



**BOLALAR
TRAVMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYASI BO‘YICHA
AMALIY KO‘NIKMALAR**

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIV VA O'RTA MAXSUS TA'LIM VAZIRLIGI**

**TOSHKENT PEDIATRIYA TIBBIYOT
INSTITUTI**

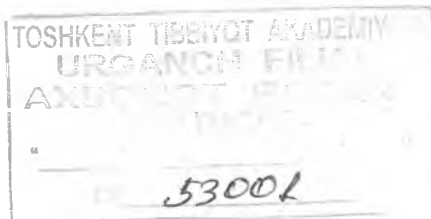
**BOLALAR
TRAVMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYASI BO'YICHA
AMALIY KO'NIKMALAR**

Bilim sohasi - Ijtimoiy ta'minot va sog'liqni saqlash - 500000

Ta'lim sohasi - Sog'liqni saqlash - 510000

Pediatric ishi — 5510200 ta'lim yo'nalishi uchun

*«Traumatologiya, ortopediya va bolalar travmatologiya
va ortopediya» fanidan o'quv qo'llanma*



**TOSHKENT
«TURON IQBOL»
2020**

UO'K: 616-001:617.3(075)

KBK: 57.33

B83

Taqrizchilar:

Asilova S.U. – Toshkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya, ortopediya, neyroxirurgiya va harbiy dala jarrohlik kafedrası professori, t.f.d.

Usmonxonov O.A. – Toshkent pediatriya tibbiyot instituti klinikasi travmatologiya, ortopediya va neyroxirurgiya bo'limi mudiri, t.f.n.

Turdiyeva K. SH. Toshkent pediatriya tibbiyot instituti o'zbek, rus va lotin tillari kafedrası mudiri, f.f.n., dotsent.

Mualliflar jamoasi:

**U.K. Narziqulov, M.N. Bo'riyev,
F.R. Umarxodjayev, U.Sh. Ruziqulov,
G'M. Nazirqulov, U.M. Samadov**

Bolalar travmatologiya va ortopediyasi bo'yicha amaliy ko'nikmalar.
O'quv qo'llanma. U.K. Narziqulov va boshq.; / O'zR Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi. Toshkent pediatriya tibbiyot instituti. T.: «TURON IQBOL», 2020. 128 bet.

O'qo'v qo'llanma lotin grafikasida yozilgan bo'lib, unda umumiy travmatologiya va ortopediyaning dolzarb masalalari ko'rsatilgan: travmatologik yordamni tashkillashtirish, tayanch-harakat apparati jaroxatlarida og'riqsizlantirish va bolalarga xos bo'lgan jaroxatlar. Ortopedo-travmatologik kasalliklarni tashxislashning asosiy kliniko-instrumental tekshirish usullari keltirilgan. Tayanch-harakat apparati jaroxatlarida muxum ahamiyatga ega bo'lgan qayta tiklash masalalari (sirkulyar gips bog'lam, longetalar, skelet tortma va jarrohlik yondashuvi) yoritilgan va shuningdek, qo'l - oyoqlarning anatoma-biomexanik xususiyatlari yoritilgan bo'lib, diagnostika va davolash usullarini tuzishda muttaxisiga qo'l keladi. O'qo'v qo'llanma tayanch-harakat apparati jaroxatlarini davolashga konkret tavsiyanomalar, jarroxlik yondashuvi, bir qancha rentgenogrammlar, rasmlar va operativ illyustratsiyalar bilan boyitilgan.

UO'K: 616-001:617.3(075)

KBK: 57.33

ISBN 978-9943-14-341-8

© «TURON IQBOL», 2020
© U.K. Narziqulov va boshq., 2020

SO‘Z BOSHI

Insoniyat paydo bo‘libdiki, hamisha travmatolog-ortoped yordamiga tayanib kelgan. Shuning uchun ham inson hayotida travmatologiya - ortopediya muhim o‘rin egallaydi. Keyingi 20 yil davomida ortopediya va travmatologiya sohasida uchraydigan jaroxatlar, tayanch-harakat tizimining tug‘ma va orttirilgan nuqsonlari haqida maxsus adabiyotlar va ilmiy maqolalar chop etilib, amaliyotda undan keng foydalanilmoqda.

Hozirgi paytda Respublikamizda ta‘lim tizimini qayta qurish davrida tibbiyot institutini bitirayotgan talabalar maxsus dastur asosida o‘qitilib, tibbiyotning umumiy amaliyot shifokori - bakalavr vazifasida ishlovchi mutaxassislar tayyorlanmoqda. Albatta bunday shifokorlarni tayyorlash uchun bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi sohasida maxsus darslikl va qo‘llanmalar yaratish zarurati paydo bo‘ldi.

«Bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi bo‘yicha amaliy ko‘nikmalar» pediatriya instituti talabalari va bakalavr shifokorlar uchun o‘quv dasturiga mos ravishda lotin grafikasida yozilgan dastlabki qo‘llanmadir.

Qo‘llanmani yaratishda mualliflar Toshkent pediatriya tibbiyot instituti klinikasining bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi kafedrasida deyarli 30 yil davomida turli xil ortopedik va travmatologik bemorlarni klinik kuzatuv va davolash natijalari, chet ellik va hamdo‘stlik mamlakatlarning etakchi olim va mutaxassislarining ma‘lumotlarini asos qilib olganlar.

Qo‘llanmada amaliy ko‘nikmalar, travmatologik va ortopedik tekshiruv usullari, muolajalarini bajarishda qo‘llaniladigan og‘riqsizlantirish turlari, turli boglamlar, gips boglam turlari yoritilgan.

Ushbu qo‘llanmada bolalarga hos bo‘lgan jarohatlar va ularning rentgenologik tahlillari izohlab o‘tilgan va bolalarda eng ko‘p uchraydigan raxit kasalligi va uning asoratlari, tayanch-harakat tizimida yuzaga keldigan shakliy o‘zgarishlar, farqlab tashxislash, davolash usullari va ularning oldini olish yoritilgan.

Kasalliklarni tushunish oson bo‘lishi uchun rasmlar, chizmalar va rentgen tasvirlar misol qilib keltirilgan. Mazkur qo‘llanma bolalarning tayanch-harakat tizimining xastaliklari to‘g‘risida yozilgan dastlabki nashr bo‘lgani sababli ayrim kamchiliklar uchrashi mumkin. Shunga ko‘ra o‘quvchilarning qo‘llanma mazmuni haqida bildirilgan barcha mulohaza va takliflarini mualliflar mamnuniyat bilan qabul qiladilar.

BOLALARDA TAYANCH-HARAKAT TIZIMINING ANATOMA-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI

Bolalar travmatizimi to'satdan tashqi tasirot natijasida yuzaga keluvchi shikastlanish bo'lib turli yoshdagi bolalarda, uyda, o'yin vaqtida, sport mashqlarida ko'chada, bog'chada va boshqa joylarda uchrash mumkin.

Shikastlanishlarning kelib chiqishi bolalarning o'ziga xosligidan va ota-ona, pedagog diqqat e'tiborning kamligidandir. O'yin va boshqa ish bilan mashg'ul bo'lib yaqinlashib kelayotgan xavf-xatarni sezishmaydi. Undan tashqari bolalarning tabiatdan harakatchanligi, atrof-muhit bilan muloqatda bo'lish, hayotiy tajribasini kamligini inobatga olsak, bolalar shikastlanishining o'ziga xosligi, kelib chiqish sabablarini va ularni oldini olishni ko'z oldimizga keltirishimiz mumkin.

Ayrim shikastlanishlar bolalarning yoshiga qarab anatomia-fiziologik xususiyatlariga bog'liqligi, ularda patologik jarayonlarning o'ziga xos kechishini izohlab beradi. Bolalarda mushak va pay-boylam apparatlari kattalarnikiga nisbatan kuchsiz bo'ladi. Suyak usti pardasi qalin, elastik, suyaklar qon tomirlar bilan yaxshi taminlangan bo'ladi.

Chaqaloqlarda suyak tizimida tog'ay to'qimalari ko'p, o'suvchi qismlar qon tomirlar bilan yaxshi ta'minlangan. Suyak usti pardasi g'ilof hosil qilishi bilan birga suyakning egiluvchanligini ta'minlab, uni shikastlanishlardan himoya qiladi. Naysimon suyak uchlarida epifiz bo'lib u metafiz bilan qalin elastik o'suvchi tog'ay orqali birikadi. Suyakdagi o'suvchi tog'aylar ham shikastlanish vaqtida ta'sir kuchini kamaytiradi.

I bob. TRAVMATOLOGIYA

BOLALARDA TAYANCH-HARAKAT TIZIMI JAROHLANISHINING O'ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

Bolalarda suyaklarning elastikligi - egiluvchanligi, suyak usti pardasining nisbatan qalinligi va suyaklarning proksimal va distal qismlarida tog'aydan tashkil topgan epifizlarning bo'lishi tufayli bolalarga xos bo'lgan jarohatlar uchraydi: ya'ni - epifizioliz (suyakning o'suvchi qismini sinishi), osteoepifizioliz (suyakning o'suvchi qismini va metafizini sinishi) bu sinishlar ko'p hollarda suyakning distal qismlarida kuzatiladi), suyakning yashil novdasimon sinishi (bu sinishlar ko'p hollarda suyakning burchak ostida siljishiga olib keladi), suyakning pardasi ostidan sinishi. Yosh bolalarda suyaklarning o'suvchi qismi jarohatlarida singan suyaklarning siljigan bo'laklarini aniqlash biroz qiyinchilik tug'diradi bunga sabab ularda hali suyaklanish yadrosining rivojlanmaganligidir. Katta yoshdagi bolalarda suyaklanish yadrosining rivojlanganligi uchun sinishni aniqlash qiyinchilik tug'dirmaydi, ba'zi hollarda to'g'ri diagnoz qo'yish uchun qarama-qarshi tomondagi sog'lom suyakni ham klinik va rentgenologik tekshirish lozim bo'ladi.

Bolalarda singan suyak kattalar suyakiga nisbatan erta bitadi. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda 3 marta, 8-15 yoshgacha bo'lgan bolalarda 2 marta tezroq qadoqlanish kuzatiladi. Qadoqlanishni sekin kechishi yoki soxta bo'g'im hosil bo'lishi kam kuzatiladi. Bolalarda singan suyaklarni joyiga qo'yish umumiy og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi va immobilizatsiya uchun gips bog'lamdan foydalaniladi. Yangi jarohatlarda tsirkulyar gipsli bog'lam qo'yilmaydi, buning sababi shish kuchayishi natijasida ishemik holat vujudga kelib Fol'kman kontakturasini keltirib chiqaradi. Fol'kman kontakturasi juda og'ir asoratlardan biri bo'lib bolalarni bir umr nogiron bo'lishiga olib keladi. Yangi jarohatlarda tsirkulyar gipsli bog'lam qo'yishga to'g'ri kelib qolsa (son suyagi, elka suyagi) oldin gipsli bog'lam ostidan oldindan tayyorlab olingan vatnik qo'yamiz so'ngra tsirkulyar gipsli bog'lam qo'yamiz va bemorni kuzatuvda qoldiramiz.

BOLALARDA SINGAN SUYAKLARNI DAVOLASHNING ASOSIY SHARTLARI

Suyak singanda uning atrofidagi yumshoq to'qimalar ham jarohatlanadi. Jarohatning turi va og'irligi turlicha bo'ladi, suyak yopiq singanda uning atrofidagi muskullar va mayda qon tomirlar zararlanadi, ba'zan yirik qon tomirlar va nerv tolalari jarohatlanishi mumkin.

Suyak singanda va aralash jarohatlarda bemor ko'p qon yo'qotadi va unda karaxtlik (shok) holati kuzatiladi, suyak va bo'g'imlarning ochiq jarohatida esa infeksiya tushishi natijasida og'ir asoratlar yuzaga kelishi mumkin.

Suyaklar singanda davolashdan maqsad bemor hayotini saqlash, jarohat asoratining oldini olib, suyakning anatomik butunligi va uning faoliyatini tiklashdir. Bu maqsadlarni amalga oshirishda quyidagi sharoitlarga amal qilish lozim.

1. Davolashni hodisa yuz bergan joydan boshlash kerak. Tez tibbiy yordam shu yerdagi kishilar yoki tibbiyot xodimlari tomonidan ko'rsatiladi. Bunda bemorning nafas olishi vaqtida to'sqinlik qiluvchi omillar yo'qotilib, qon oqishi to'xtatiladi. Jarohat bog'lanib, ifloslanishning oldi olinadi. Singan a'zo bog'lanib, taxtakachlanadi va bemor ehtiyotlik bilan shifoxonaning ixtisoslashtirilgan bo'limiga yuboriladi. Hodisa sodir bo'lgan joyda tez tibbiy yordam xodimlari shokning oldini olish maqsadida singan a'zolari og'riqsizlantirishlari, qon o'rnini bosuvchi eritmalar, yurak-qon tomir faoliyatini yaxshilovchi dorilarni teri ostiga va vena qon tomiriga yuborishlari zarur. Agar bemorning ichki a'zolari jarohatlangan deb gumon qilinsa, u holda og'riq qoldiruvchi dorilar berilmaydi.

2. Jarohatlangan bemor hayotini saqlab qolishi uchun kechiktrib bo'lmaydigan muolajalar, ochiq yoki yopiq pnevmotoraks, ichki a'zolar jarohati va bosh miyaning ezilishi kabi jarohatlarda esa operatsiya usullari qo'llanadi.

3. Aralash jarohatlarda qaysi jarohat bemor ahvolini og'irlashtirib hayotiga xavf tug'dirsa, jarrohlik muolajalari shundan boshlanadi.

4. Suyaklar singanda davolash usullari bemor ahvoliga va yoshiga qarab belgilanadi. Bemor ahvoli qanchalik og'ir bo'lsa, unga qiynalmaydigan, yaxshi natija beradigan jarrohlik usuli qo'llanadi. Bemor karaxtlikdan chiqqandan so'ng rentgen tekshiruvlari o'tkazilib, so'ngra singan suyaklar anatomik holati tiklanadi. Singan suyaklarga birlamchi jarrohlik ishlovi berishda jarohat asoratining oldini olish,

singan suyaklarning anatomik va funksional holatini tiklash asosiy vazifa hisoblanadi. Bunda jarohatlangan qon tomirlar butunligini tiklash, singan suyak bo'laklarini o'rniga qo'yish, og'riqsizlantirish, singan a'zoni tortib qo'yish, gipsli bog'lam bilan ushlab turish, hatto siniq bo'laklarini o'rniga qo'yib turli moslamalar yordamida ushlab turish mumkin.

Suyak ochiq singanda tezlik bilan erta muddatda birlamchi jarrohlik ishlovini berish lozim. Aks holda siniq bo'laklari orasida ezilib yotgan yumshoq to'qimalar, qon tomirlar va nerv tolalarida tiklab bo'lmaydigan o'zgarishlar sodir bo'ladi. To'qimalarning shishishi va muskul tolalarining tirishib qolishi natijasida siniq bo'laklarini o'rniga qo'yish qiyinchilik tug'diradi. Erta qo'llanilgan birlamchi jarrohlik ishlovi siniq bo'laklarini o'z o'rniga qo'ygan holda og'riqni kamaytirib bemor ahvolini yaxshilashga qaratilgan.

5. Suyaklar ochiq singanda jarohat yiringlashining oldini olish muhim vazifa hisoblanadi. Buning uchun jarohatga erta birlamchi jarrohlik ishlovini berib, singan suyak bo'laklarini o'rniga qo'yib, ular qo'zg'almasligi uchun mustahkam bog'lab qo'yish zarur. Shuningdek, bola yuqumli kasalliklarining oldini olish uchun qilinadigan emlashlarni olmagan bo'lsa, unga qoqsholga qarshi zardob yoki anatoksin qilinadi. Jarohat juda ham yomon ifloslangan bo'lsa, qorasonning oldini olish maqsadida qorasonga qarshi zardob yuboriladi. Agar bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, jarohat atrofiga antibiotiklar (penitsillin 500 000 TB, streptomitsin 500 000 TB) yuborib antiseptik bog'lam qo'yiladi.

6. Bolalarda singan suyak bo'laklarini o'rniga qo'yishda umumiy og'riqsizlantirish usulidan foydalaniladi. Chunki har qanday og'riqda reflektor ravishda muskullar qisqarib, suyak bo'laklarining ko'proq siljishi kuzatiladi.

7. Singan suyak bo'laklarini albatta o'z o'rniga to'liq qo'yish lozim. Aks holda singan suyak shakli notabiiy holga kelib, siniq atrofidagi muskul, qon tomir va nervlarni ezib jarohatlab qo'yishi mumkin. Bularni o'z vaqtida aniqlab, ezilib yotgan joyidan olib, o'z o'rniga qo'ymaguncha qon aylanishi buzilib, a'zoning sezuvchanligi kamayishi yoki falajlik kelib chiqishi mumkin. Singan suyak bo'laklarini (ayniqsa bo'g'im ichidan singanda) aniq o'z o'rniga qo'yib, o'rta fiziologik holatda gipsli bog'lam qo'yilsa, suyak to'g'ri bitib, uning anatomik butunligini tiklanadi. Singan suyak bo'laklarining muskullar tortishi natijasida bo'ylama siljishi kuzatiladi. Natijada jarohatlangan a'zo kalta bo'lib qoladi. Bunday hollarda

suyaklarning chetki siniq bo'lagi markaziy bo'lak qarshisida qo'yiladi. Buning uchun siniq bo'laklarining asosiy siljish yo'nalishini bilish kerak. Siniq bo'laklarini ularning o'qi bo'ylab qarama-qarshi tomonga tortish bilan o'z o'rniga qo'yiladi. Bunda me'yoridan ortiq tortish yaramaydi. Aks holda qon va limfa tomirlari cho'zilib, qon va limfa aylanishi buzilishiga olib keladi.

8. O'z o'rniga qo'yilgan suyak bo'laklarini qimirlatmasdan ushlab turish zarur. Shundagina suyak qadog'i me'yorida hosil bo'ladi. Suyak bo'laklari qimirlamasa, og'riq, yallig'lanish kamayib, qon va limfa aylanishi yaxshilanib, biokimyoviy, fiziologik va biologik jarayonlar me'yorida bo'lib, suyaklarning bitishiga qulay sharoit yaratiladi. Suyak bo'laklari o'rniga qo'yilgach, gips bog'lam, suyakdan doimiy tortib turish, yoki metallosteosintez yordamida ularni qimirlatmay ushlab turiladi. Suyaklar ochiq singanda infeksiyaning oldini olish, jarohatlarning bitishini kuzatish uchun turli xil kompression-distraksion apparatlardan foydalaniladi.

Singan suyak bo'laklarining bitishi

Singan suyak bo'laklarining bitishi murakkab biologik jarayon bo'lib, uning asosida fiziologik regeneratsiya yotadi. Singan suyak butunligining tiklanishi periost, endost va suyak atrofidagi to'qima hujayralarining ko'payishi va ularning osteogen yoki osteoblast to'qimalarga aylanishi natijasida kuzatiladi.

Suyak bo'laklari aniq va jips holda bir-biriga tegib turganda, qizil ilikning retikulyar va endost hujayralaridan intermedial qadoq hosil bo'ladi. Suyakning qayta tiklanishi morfologik jihatdan ketma-ket keladigan 5 jarayonda aniqlanadi.

B i r i n c h i j a r a y o n — jarohatdan keyin mezenximal to'qima hosil bo'lib, siniq bo'laklari atrofiga quyilgan qon laxtalari, shish suyuqligi va fibrinlardan liqildoq singari "birlamchi yelim" hosil bo'lishi aniqlanadi (A.V.Rusakova va boshqalar, 1959).

I k k i n c h i j a r a y o n — mezenximal hujayralar rivojlanib, osteogen, tog'ay va biriktiruvchi to'qimaga aylanib, ular orasida kollagen tola va hujayrali to'liqsimon to'qimalar hosil bo'lib, ularda suyak moddalari kuzatiladi.

U c h i n c h i j a r a y o n — bunda osteoidlar ko'payadi. Kollagen tola va biriktiruvchi to'qimalarda oqsil moddalari aniqlanadi. Bu jarayonda osteoid tolalar paydo bo'ladi va ular ko'payib quyuq to'r hosil qiladi.

T o' r t i n c h i j a r a y o n — osteoid qadoq hosil bo'lib, ularda ohaklanish aniqlanadi. Ohaklanish osteoid paydo bo'lishi bilan birga davom etadi. Suyaklanish qadog'i asosan qon bilan suyaklardan keltirilgan kalsiy bilan ohaklanadi.

B e s h i n c h i j a r a y o n — yetilmagan suyaklanish qadog'ining qayta tiklanishi kuzatilib suyak to'qimasi yetiladi va statik hamda dinamik sharoitga moslashadi. Suyak qadog'idan ba'zi ortiqcha moddalar so'rilib, suyak to'qimalari kattalashadi. Rezorbsiya jarayoni osteoblast va osteoklast hujayralari ishtirokida boradi. Suyak qadog'ining qayta tiklanishi bir necha oylar, hatto kattalarda yillar davom etib, suyak o'qi statik va dinamik holatlarga moslashadi.

Shunday qilib, qayta tiklanayotgan osteogenezdada ikki xil jarayon yuz beradi. *Birinchisida*, dastlab biriktiruvchi to'qimalardan tashkil topgan organik tana (matritsa) suyak bo'laklarini ushlab turadi. Buning asosida osteoblast hujayralar taraqqiy etib, kollagen oqsilni hosil qiladi, *ikkinchi* jarayonda shu hosil bo'lgan oqsilli moddalarga qonda erigan tuzlar tushishidan ohaklanish aniqlanadi.

Kuzatishlarning ko'rsatishicha, singan suyak bo'laklarining bitishi to'rt bosqichda boradi. Birinchi bosqichda 3-10 kun ichida suyak bo'laklarining birlamchi yopishishi kuzatiladi. Bu vaqtda suyak bo'laklari qo'zg'aluvchan bo'lib, ular siljishi mumkin. Ikkinchi bosqichda suyak bo'laklari orasida yumshoq suyak qadog'i hosil bo'ladi va bu jarayon 10 kundan 50 kungacha davom etadi. Uchinchi bosqichda suyak bo'laklarining o'zaro bitishi kuzatilib, bu esa 30 kundan 90 kungacha davom etadi. Uchinchi bosqichning tugaganligini suyak qadog'ini ushlab ko'rib bilish mumkin. Bu vaqtda qo'lga singan sohada qattiq narsa sezilib, suyakning bitganligi aniqlanadi. Rentgen tasvirida suyak bo'laklarining qadoqlar hosil qilib bitganligi ko'rinadi.

To'rtinchi bosqichda suyak faoliyatining qayta tiklanishi bir necha oylar, hatto yillar davom etishi mumkin.

Singan suyaklarni davolash

Bolalarda singan suyaklarni ularning yoshi va anatomo-fiziologik xususiyatlarini hisobga olgan holda, asosan quyidagi usulda davolash mumkin.

Konservativ usul. Bu usul ikki xil ko'rinishda a) suyak bo'laklari o'rniga qo'yilgach, ularni gips bog'lam yordamida qo'zg'atmay ushlab turish, ya'ni immobilizatsiya qilish bilan; b) siniq bo'laklarini o'rniga

qo'yib, suyakdan doimiy tortib turish yoki ularni kompression-distraksion apparat yordamida ushlab turish usuli bilan amalga oshiriladi. Bunda jarohatlangan a'zo faoliyati to'xtatilmaydi.

Naysimon suyaklar singanda, davolashning qaysi usulini qo'llashdan qat'iy nazar, suyak bo'laklarining turli xil: bo'ylama, burchak ostida, yoniga va aylanma siljishlari to'g'rilanib, suyakning o'qi va anatomik holati tiklanadi.

Bizning klinik kuzatuvlarimizning tasdiqlanishicha, emizikli va 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda son suyagi singanda suyak o'qi to'g'ri bo'lib, suyak bo'laklari 2-3 sm gacha, yelka suyaklari 2 sm gacha bo'ylama siljigan bo'lsa, singan suyak anatomiyasi va uning faoliyati to'liq tiklanadi. Lekin singan suyak anatomiyasi tiklanganda, uning shakli, o'qi va uzunligiga e'tibor berish zarur. Chunki tananing statistikasi va a'zo faoliyati shularga bog'liq.

Suyak siniqlarini konservativ, ya'ni singan a'zo faoliyati saqlangan holda davolash paytida bemor gips bog'lam bilan yurishi lozim. Natijada siniq bo'laklari bir-biriga jipslashadi. Siniq atrofidagi muskullarning taranglashib-bo'shashgan harakatidan qon va limfa aylanishi yaxshilanadi. To'qimalarning shishi tezlikda qaytadi. Bu esa suyak bo'laklarining bitishini tezlashtirib, suyakning osteoporoz — mo'rtlashishi va muskullar atrofiyasining oldini oladi. Lekin bolalarda naysimon suyaklar bo'g'im ichidan, yoki o'suvchi tog'ay qismi singanda epifizeolizda o'ziga xos uslubni qo'llash kerak. Suyak bo'g'im ichidan singanda, siniq bo'laklarini o'z o'rniga qo'yib, ularning anatomik butunligi tiklangach, gips bog'lam qo'yiladi. Bunda bo'g'im ichiga quyilgan qonning shaklli elementlari va oqsildan chandiqlar hosil bo'lib, bo'g'im harakatining tiklanishiga qarshilik qiladi. Bo'g'im faoliyati buzilishining oldini olish uchun gips bog'lamni 15-18 kunda yechib olib, sekin-asta bo'g'im faoliyatini tiklovchi mashqlar bilan birga fizioterapevtik davolash (LFK, parafin) usullari qo'llanadi. Natijada bo'g'im faoliyati to'liq tiklanadi.

Suyaklar o'suvchi tog'ay qismidan singanda, siniq bo'laklari o'rniga to'g'ri va aniq qo'yilgach, ular to'liq bitguncha gips bog'lamda ushlab turiladi. Bolalarda suyak singanda, davolash maqsadida qo'yilgan gips bog'lamni ushlab turish muddati bolaning yoshiga, umumiy ahvoriga, qaysi suyakning qayeridan va qanday singanligiga bog'liq bo'ladi. Agar bolada birorta surunkali kasalliklar yoki moddalar almashinuvining buzilishi kuzatilsa, unda gips bog'lamni 10-12 kun ko'proq ushlab turiladi.

Singan suyaklarni a'zo faoliyati saqlangan holda, ya'ni funksional davolash, asosan suyakni maxsus moslama yordamida doimiy tortish bilan va ushlab turuvchi moslamalar yordamida amalga oshiriladi. Suyakni doimiy tortib davolashning o'ziga xos afzalliklari bor.

1. Doimiy tortish usulida o'rniga qo'yilgan suyak bo'laklari qimirlatmay ushlab turiladi va bu muskullarga bo'shashtiruvchi ta'sir ko'rsatadi.

2. Jarohatlangan a'zoning faoliyatini erta tiklash imkoniyatini beradi.

3. Doimiy tortish usuli suyak qadog'i hosil bo'lmay turib, suyakni qo'shimcha tortib, siljigan suyak bo'laklarini o'rniga qo'yish uchun qulay sharoit yaratadi.

4. Doimiy tortish natijasida jarohatlangan a'zoda fiziologik tinch holat kuzatilib, unda qon va limfa aylanishi yaxshilanadi.

5. Doimiy tortish usulida jarohatlangan a'zoni kuzatish, uni o'lchash, yaralarni bog'lash, tekshirish maqsadida qaytadan rentgen tasviriga olish mumkin.

6. Doimiy tortish usulida davolanayotgan bemor faol harakatlar bilan bo'g'imlar harakatini amalga oshirish, asosan o'ziga xos va mos davolovchi mashqlarni bajarish imkoniyatiga ega bo'ladi.

Bolaning yoshi, anatomo-fiziologik xususiyatlari va singan suyak bo'laklarining holatiga qarab doimiy tortishning turli usullaridan foydalaniladi. Yelimli yoki yopishqoq tasma bilan (leykoplastir) tortish usuli 5 yoshgacha bo'lgan bolalarga, suyakdan kegay o'tkazib, maxsus moslamalar yordamida tortish usuli 5 yoshdan keyin qo'llanadi. Yopishqoq tasmaning eni 10, 8, 6, 4 sm bo'lishi zarur. Teriga yopishtirib tortishda Fink yelimini qo'llash yaxshi natijalar beradi.

Son suyagi singanida, uning pastki metafiz qismidan kegay o'tkazib tortish paytida tizza bo'g'imi xaltasining yaqinligini hisobga olgan holda, nerv, qon tomirlar va suyakning o'suvchi tog'ayini jarohatlashdan ehtiyot bo'lish kerak. Buning uchun bolalarda tizza qopqog'ining yuqori qismidan 2 sm yuqoriroq joyidan, ya'ni son suyagining metafizidan kegay o'tkaziladi.

Ba'zan katta boldir suyagining oldingi do'mboq sohasidan ham kegay o'tkazib singan son suyagini tortish mumkin.

Agar kegay ayniqsa bolalarda yuzaroq o'tkazilsa, katta boldir suyagining do'mbog'i qo'poriladi, yoki kesilib ketadi. Boldir suyagi singanda, kegay boldirning pastki qismidan o'tkaziladi. Bunda katta

boldir suyagining pastki qismidagi o'suvchi tog'ayni jarohatlab qo'ymaslik uchun kegayni ichki to'piqdan 2-3 sm yuqoridan o'tkazish kerak. Uni tashqi to'piqdan o'tkazib bo'lmaydi, chunki u ichki to'piqqa nisbatan birmuncha pastroqda joylashgan.

Boldir suyaklari pastki qismidan singanda, suyakdan tortuvchi kegay tovon suyagidan o'tkaziladi.

Yelka suyagi singanda, tirsak suyagi o'sig'idan kegay o'tkazilib tortiladi. Yelka suyagi metafizidan kamdan-kam hollarda tortiladi.

Bolalarda suyaklar singanda, ulardan kegay o'tkazib tortish umumiy og'riqsizlantirish, katta yoshdagi bolalarda esa mahalliy og'riqsizlantirish usulida bajariladi. Mahalliy og'riqsizlantirish bilan tortiladigan usulda dastlab suyakning singan sohasiga novokainning 1% li eritmasidan bolaning yoshiga 1 ml hisobida yuboriladi, so'ngra kegay o'tkaziladigan sohaning har ikki tomonidan novokainning 0,25% li, yoki 0,5% li eritmasidan teriga va uning ostidagi to'qimalar hamda suyak usti pardasiga yuborilib og'riqsizlantirilgach, maxsus burg'u yordamida kegay o'tkazilib yoysimon moslamaga mahkamlanadi. Shundan keyin oyoqni Beller shinasiga qo'yib, siniq bo'laklari o'rniga qo'yilgach, tortish moslamasiga yoshiga qarab ma'lum miqdorda tosh osiladi.

Siniq bo'laklarini jarrohlik usuli bilan davolash. Suyakning singan sohasini paypaslab aniqlab olgach, qon tomir va nervlar yo'nalishini hisobga olgan holda teri 4-5 sm uzunlikda kesiladi. So'ngra asbob yordamida to'qimalar ikki tomonga surilib, siniq bo'laklarining uchi ochiladi. Ular orasiga kirib qolgan yumshoq to'qimalar chiqarilib olingan bir tishli ilmoq bilan har ikkala suyak bo'lagi yuqoriga ko'tarilib bir-biriga aniq va tekis qilib qo'yiladi. Ko'pgina hollarda siniq bo'laklari osteosintez yordamida ushlab turiladi va ularning qayta siljishiga yo'l qo'yilmaydi. Siniq yuzasi suyakning metafiz qismida ko'ndalang yo'nalgan bo'lsa, siniq bo'laklari o'rniga qo'yilgach, osteosintez qilinmasa ham, suyak bo'laklari o'z o'rnida qo'zg'almay turadi. Singan a'zoni gipsli langeta bilan mustahkam ushlab turiladi.

Singan suyak bitishi uchun bolaning iste'mol qiladigan taomi uning fiziologik talabini to'liq qondirishi kerak. Ovqat tarkibida kalsiy, kaliy va fosforli tuzlar yetarli miqdorda bo'lishi zarur. Bolalarga tarkibida yengil hazm bo'luvchi sut va sutli mahsulotlar bilan birgalikda turli xil meva sharbatlari, iqlim sharoiti ko'taradigan paytda baliq moyi iste'mol qilish tavsiya qilinadi. Kuzatuvlarning ko'rsatishicha, bolaga turli xil vitaminlar berish ijobiy natija beradi.

Siniq bo'laklari bitishi va suyak qadog'i hosil bo'lishini tezlatish maqsadida kichik chastotali va doimiy magnit maydoni, impulsli tok va lazer nurlari bilan ta'sir qilish kerakli natijaga olib keladi.

I. Bolalar suyaklarini sinishi va chiqishida transportirovkani tashkillashtirish

Bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi tsikli bo'yicha talabalar bilishi va bajara olishi kerak bo'lgan amaliy ko'nikmalar

Tayanch — harakat apparatining jaroxatlanishi bilan kelgan bemor bolalarga o'z vaqtida va to'g'ri birinchi yordamni ko'rsatish, turli xil asoratlarni oldini olishga va tez sog'ayib ketishga olib keladi. Suyaklarining sinishida va qon-tomirlar shikastlanishida transport immobilizasiya va qon to'xtatish asosiy ahamiyatga ega. Suyaklar singanda, chiqqanda, yumshoq to'qimani keng zararlanishida, bo'gimlar, paylar, yirik nerv ustunlari, magistral qon tomirlari shikastlanganda va uzoq vaqt oyoq-qo'llarni ezilish sindromida transport immobilizasiya qo'llaniladi.

Transport immobilizasiya maqsadi — keyinchalik singan suyak bo'laklarini siljib ketmasligi uchun ushlab turish, tomir — nerv tutami va teri qoplamlari suyak fragmentining o'tkir uchlari bilan zararlanishini oldini olish, shuningdek, kalla suyagi sinishida bosh miyani qo'shimcha jarohatlanishini oldini oladi, og'riqni kamaytiradi va ikkilamchi shok rivojlanishiga yo'l qo'ymaydi.

Bemorni statsionarga olib kelganda transport immobilizasiyasi vaqtinchalik tadbir (bir necha soatdan bir necha kungacha) hisoblanadi, lekin katta ahamiyatga ega.

II. Transport shinasini qo'llash

Transport immobilizasiyasi standart shinalar bilan amalga oshiriladi. Oxirgi paytlarda transport immobilizasiyasi uchun pnevmatik shinalar qo'llanilmoqda.

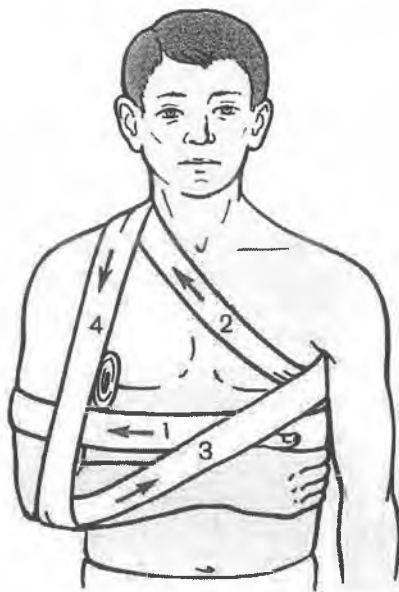
Transport shinalarini qo'yishni asosiy qoidalari:

1. Ikki ta bo'g'imdan kam bo'lmagan holda fiksasiya qilish;
2. Suyak bo'rtib chiqqan joylarga paxta dokali vatnik qo'yish.
3. Zararlangan oyoq — qo'lga iloji boricha o'rta fiziologik holatni berish (keyinchalik suyak bo'laklari siljishini oldini olish uchun mushak — antogonistlarni muvozanatga keltirish).

4. Qon ketishi bilan kechuvchi ochiq sinishlarda steril bog‘lam va jgut qo‘yish.

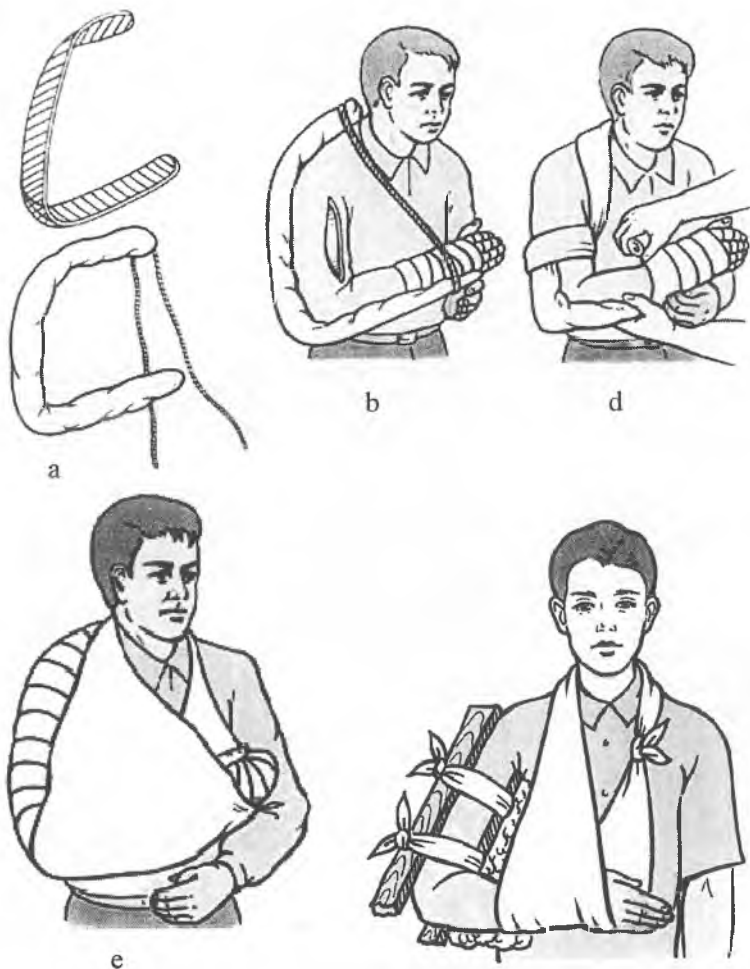
Transport immobilizatsiyasi zararlangan joyni joylashishiga bog‘liq holda quyidagicha bajariladi:

1. O‘mrov suyagi, kurak suyagi, singanda va yelka suyagi chiqqanda transport immobilizatsiyasi uchun Dezo bog‘lamidan foydalaniladi (1-rasm).



1-rasm. Dezo bog‘lami qo‘yishda bintninig o‘ralish yo‘nalishi

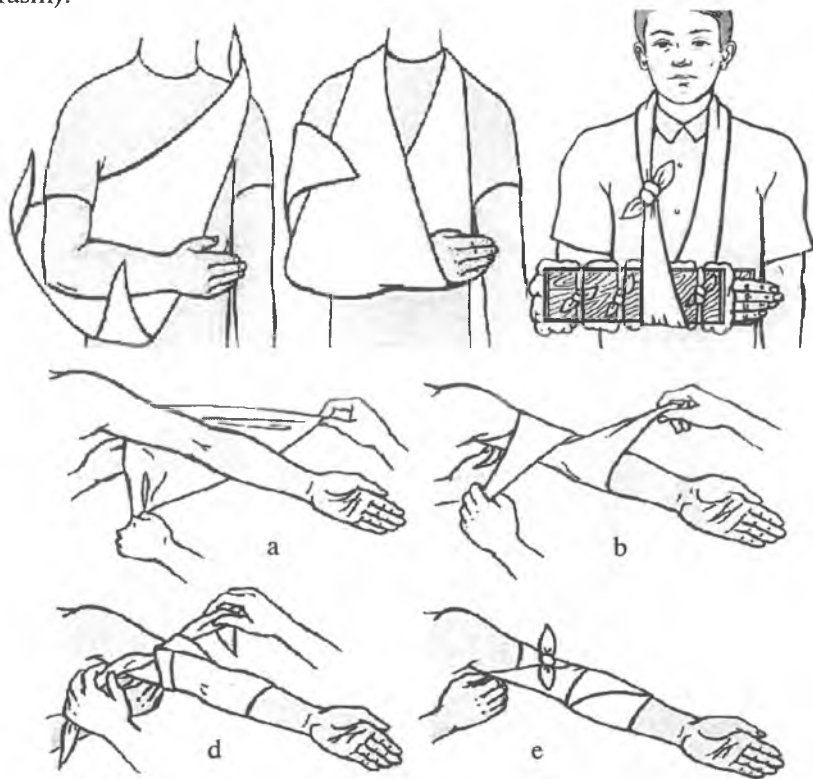
2. Yelka suyagi singanda immobilizatsiya narvonsimon, ya’ni Kramer shina bilan bajariladi. Shina qo‘yishdan oldin qo‘ltiq ostiga paxta bintli valik qo‘yiladi va uni kurak orqali sog‘lom yelkaga bog‘lanadi. Bilakni supinatsiya holatda va tirsak bo‘g‘imini 90^0 burchak ostida bukilib, barmoqlar asosidan zararlangan qo‘lni orqa yuzasi bo‘ylab Kramer shinasini qo‘yiladi. Yelkani 30^0 ga oldinga chiqarib, tanadan uzoqlashtiriladi. Shinani proksimal uchlari ikkita dokali tasma bilan sog‘lom tomonga qo‘shib bog‘lanadi. Shinani oyoq yoki qo‘llarga yumshoq dokali bint bilan fiksasiyalanadi. Qo‘lni qo‘shimcha kosinkaga osiladi va tanaga mustahkamlantiradi (2-rasm).



2-rasm. Yelka suyagi singanda transport immobilizatsiyasi

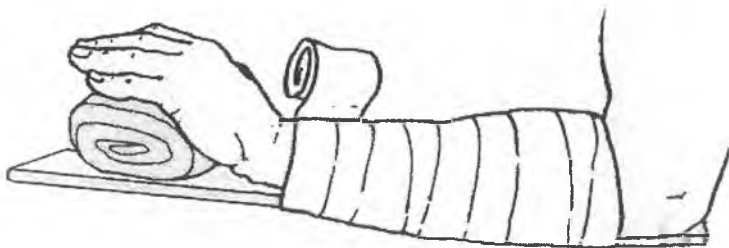
3. Bilak suyagi singanda transport immobilizatsiyasi tayyorlangan narvonsimon yoki to'rsimon shinani barmoqlar asosidan to yelkani yuqori 1/3 qismigacha orqa yuzasi bo'ylab qo'yiladi. Bilakka pronatsiya va supinatsiya o'rtasidagi holat beriladi. Tirsak suyagini toj o'sigi singanda yoki bilak suyagi bo'yinchasi singanda tirsak

bo'g'imini bukilish burchagi o'tkir bo'lishi kerak. Tirsak o'sigi ajralganda esa 110^0 - 120^0 diafizar sinishlarda 90^0 burchak ostida bo'lishi kerak, so'ngra shinani bint bilan engil bog'lab qo'yiladi (3-rasm).



3-rasm. Tirsak- Bilak kaft bo'g'imi suyaklari va barmoqlari jaroxatlarida transport immobilizatsiyasi

4. Bilak kaft bo'g'imi suyaklari va barmoqlar singanda immobilizatsiya narvonsimon, to'rsimon yoki fanerli shinalar bilan amalga oshiriladi. Kaft o'rta fiziologik holatda qoldiriladi. Pahtali dokadan tayyorlangan valik butun shina bo'ylab qo'yiladi. Shinani kaft tomonga tirsak bo'g'imigacha old yuzaga qo'yiladi va bint spiral qilib o'raladi (4-rasm).



4-rasm. Bilak, kaft bo'g'imi suyaklari va barmoqlar jarohatida immobilizatsiyani fanerli shinalar bilan amalga oshirish

5. Son suyagi singanda va chiqqanda, chanoq-son va tizza bo'g'imi shikastlanishida transport immobilizatsiyasi maxsus shinalar orqali amalga oshiriladi. Ko'pincha Diterixs transport shinasidan foydalaniladi. Shina quyidagicha qo'yiladi (5-rasm).

a) Yon taxtachalar oyoqni zararlangan joyi o'lchamiga qarab tanlanadi, so'ng ikkala tayoqchani biri qo'ltiq osti chuqurchasiga, ikkinchisi esa oraliqqa to'g'ri kelib oyoq kaftidan 10-15 sm chiqib turishi kerak. So'ng ikkilasi qo'shib bog'lanadi.

b) Siqilib qolish va nekrozni oldini olish uchun suyakni burtib chiqqan va oyoq kaftini tashqi sohalariga paxtali yostiqcha qo'yiladi.

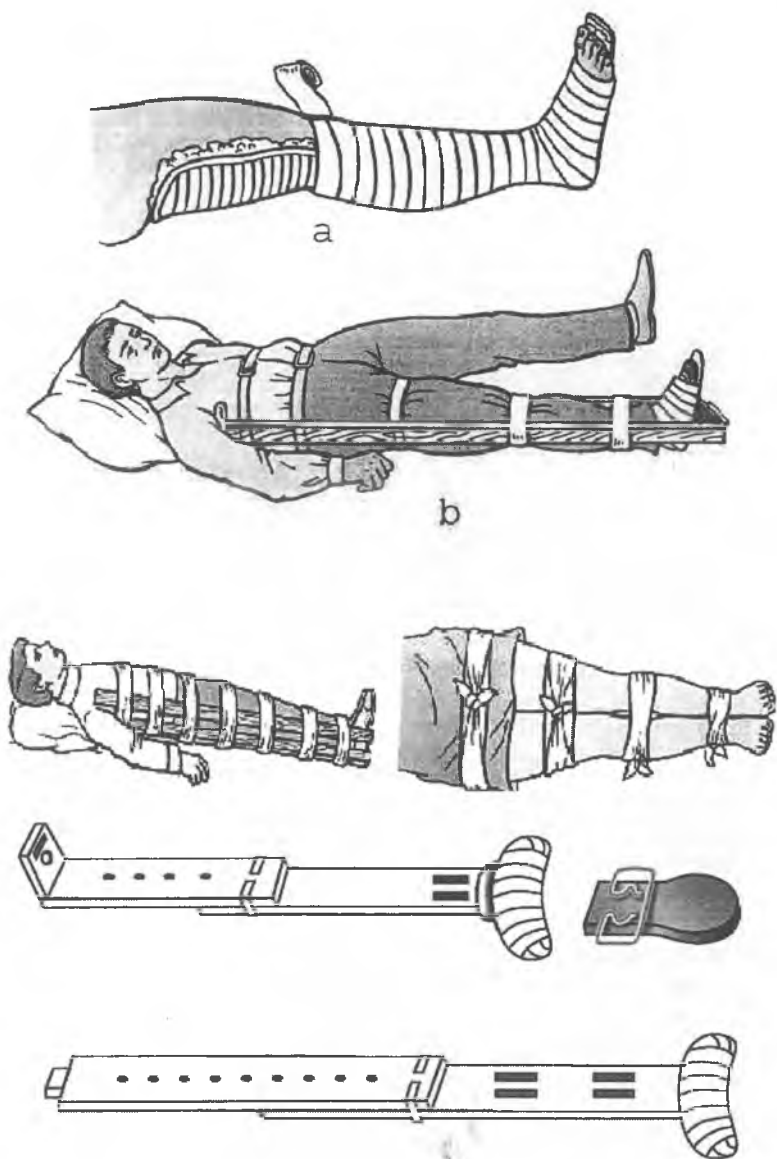
c) Taxtali "tovonni" oyoq kiyimga, oyoq kaftiga zich qilib bog'lanadi.

d) Yon taxtachalarni tanaga tasma bilan bog'lanadi, pastki yon taxtachalarni ko'ndalang doskalarga mustahkamlanadi. Oyoqqa shinani holi bog'lanmaydi.

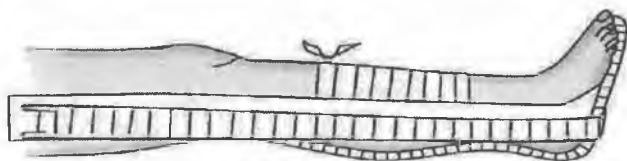
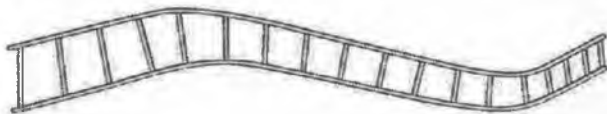
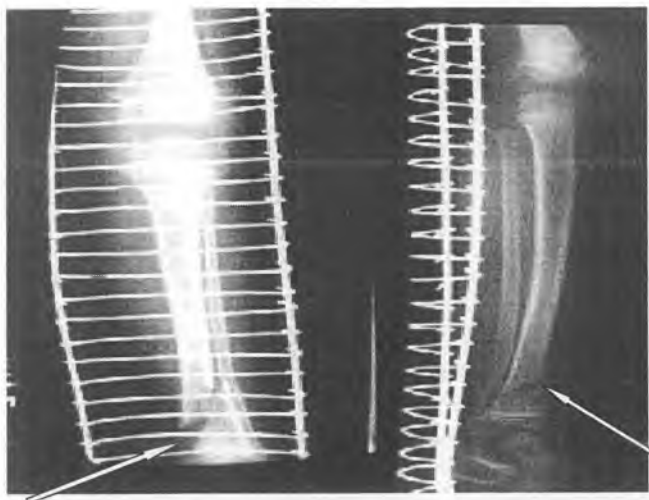
e) So'ngra tortmaga o'tiladi, bunda taxta "tovon"ga maxkamlangan ipni ko'ndalang doskaga teshigidan o'tkazib, burama tayoqcha yordamida buraladi. Buramni ko'ndalang to'sinlar qo'ltiq osti chuqurchasiga teng, zich yopishguncha va jarohatlangan oyoq uzunligi sog' oyoq uzunligiga teng kelguncha davom ettiriladi.

f) Sonni va boldirni orqa qismidan oyoqni osilib qolmasligi uchun fanerli yoki Kramer shinalar qo'yiladi. Shinalarni oyoqqa bint bilan zich qilib aylana shaklida bog'lanadi.

6. **Boldir suyaklari sinishida immobilizatsiya quyidagicha o'tkaziladi:** uchta Kramer shinalari yordamida bitta modellashirilgan shina oyoq kaftini tagidan to boldirni $\frac{1}{3}$ qismigacha qo'yiladi. Keyin ikkita yon yoki "U" simon shinalar qo'yilib, aylana bint bilan mustahkamlanadi. Bunda oyoq kafti to'g'ri burchak ostida bo'lishi kerak (6-rasm).



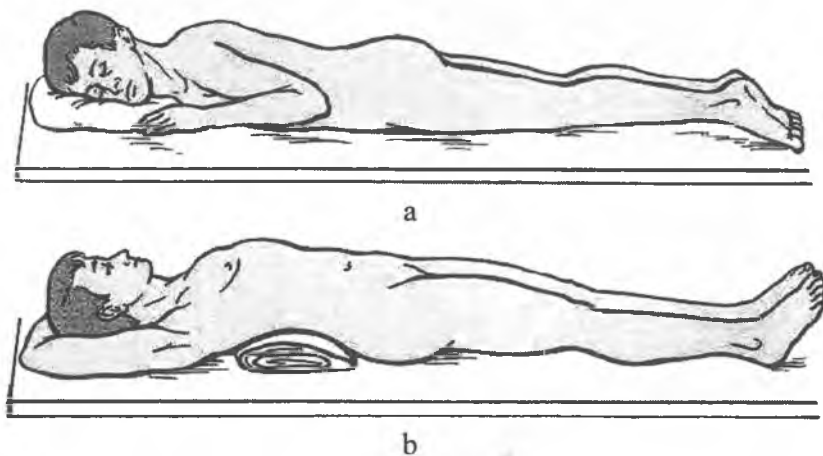
**5-rasm. Son suyagi singanda va chiqqanda, chanoq-son
va tizza bo'g'ini shikastlanishida transport immobilizatsiyasi**



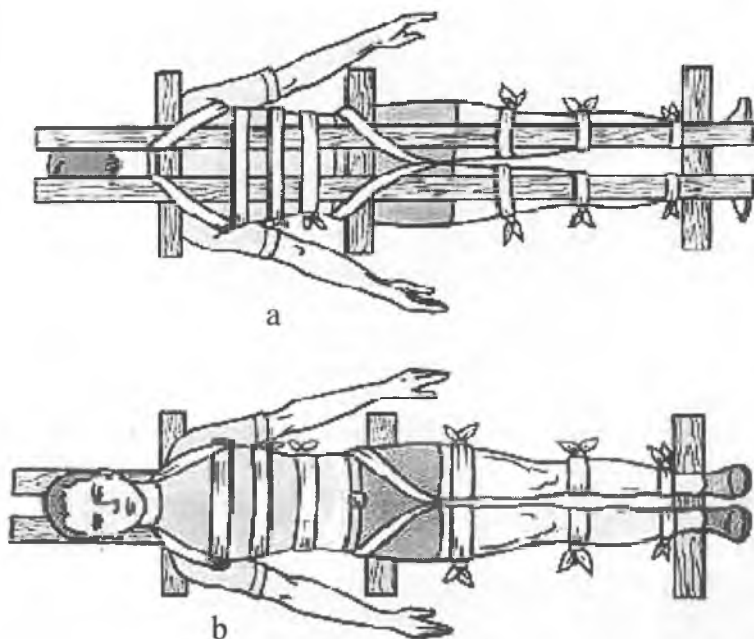
6-rasm. Boldir suyaklari singanda transport immobilizatsiyasi

7. *Boldir oyoq kafti va barmoqlari singanda transport immobilizatsiyasi.* Oyoq kafti va boldirga pahta qo'yilib, spiralsimon shaklda bint bilan bog'lanadi. Suyak bo'rtmalariga paxtali yostiqcha qo'yiladi. Narvonsimon, yoki to'rsimon shinani boldirni orqasidan tizza bo'g'imidan to oyoq barmoqlarini uchigacha qo'yilib, jarohatlangan oyoqqa yumshoq bint bilan fiksasiyalanadi (6-rasm).

8. *Bosh va umurtqa pog'onasi singanda immobilizatsiya* 1961-yilda A.H.Gerosimov universal shinani taklif etagan. Shinani jarohatlangan insonga kiyimini yechmasdan qo'yish mumkin. Shina-taxtali ramka bo'lib, unda belbog', ikkita qo'ltiq tasmasi, taxtali bosh qo'ygich, unda aylanma to'siq va Glisson ilmog'i bor, bu amortizatsiya uchun xizmat qiladi. Butun rama bo'ylab yarim aylana g'illoflar bo'lib, uning chuqurligi 1-1,5, kengligi 2,5 sm. Bu g'illoflar bilan ramka umurtqalarni o'tkir o'siqlarga qo'yiladi. Belbog'ni oldingi qismiga ikkita tasma tikilgan bo'lib, son burtmalaridan o'tadi. Ikkita tasma teshiklaridan o'tib, qo'ltiq osti sohasiga o'tadi va yelka bo'g'imi old qismida qadaladi. 30 x 30 sm. o'lchamli taxtacha yopishtirilgan Glisson kovuzlog'ida faqat oldingi tasma bo'lib, u ilgakni qamrab olib boshdagi doskaga mustahkam rezinka bilan mustahkamlanadi. Boshdagi doskaga aylana taglik qo'yiladi va shina qo'yishdan oldin shishiriladi (7-rasm).



7-a rasm. Umurtqa pog'onasi singanda transport immobilizatsiya



7-b rasm. Qo'l ostimizda tayyorlangan moslamalarda transportirovka qilish

III. Dismurgiya

Bog'lam — bog'lovni tashqi bir ko'rinishi bo'lib, yarada bog'lov materialini mustaxkam ushlab turadi. Bog'lam deganda u yoki bu bog'lov materialini mustaxkamlash (oddiy bog'lov) ma'lum bir soxani bosib turish (bosuvchi bog'lam), harakatsiz holatda ushlash yoki tanani ma'lum bir soxasini tortmaga olish (tortma bilan bog'lov), oyoq, qo'ldagi suyak bo'g'imlarini bosilib turishidan saqlash, masalan harakatlarda, yurishda holatini to'g'irlashni (korrektsiyalovchi) tushunamiz.

Bog'lamni to'g'ri qo'yish qoidalarini desmurgiya fani o'rgatadi. Bog'lov materiallari ikkiga bo'linadi: qattiq va yumshoq. Yumshoq bog'lamlarga: shinalar, kraxmalli, gipsli va boshqalar kiradi.

Mustaxkamlovchi bog'lamlar.

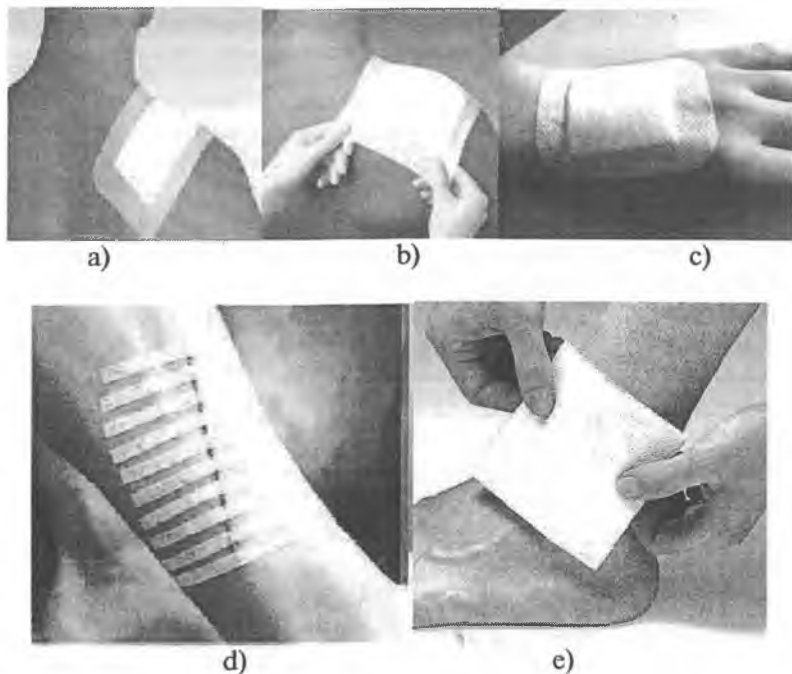
1. Plastirli — katta bo'lmagan yerlarga ishlatiladi. Bog'lov materialini ustidan o'tib, sog'lom terigacha yopiladi. *Plastirli bog'lamlar.*

Teri to'qimalari jarohatlanganda va operatsiyadan keyingi yaralarni bog'lash uchun ishlatiladi, chunki bu bog'lamlar antiseptik moddalar bilan to'yintirilgan. Plastirli bog'lamlardan bakterosidli bog'lamlar ko'proq ishlatiladi. Bu bog'lamlar asosan kichik jaroxatlarda, teri to'qimalarini sidirilishida va teri to'qimalarini kuyishida jaroxatlarga infektsiya tushmasligi uchun ishlatiladi (8-rasm).

2. Ro'molli bog'lam- uchburchak material yoki ro'mol bo'lishi mumkin. Bu qo'lni osish uchun ishlatiladi. Qo'l barmoqlari, yelka, bilak va o'mrov suyaklari singanda ishlatiladi (9-rasm).

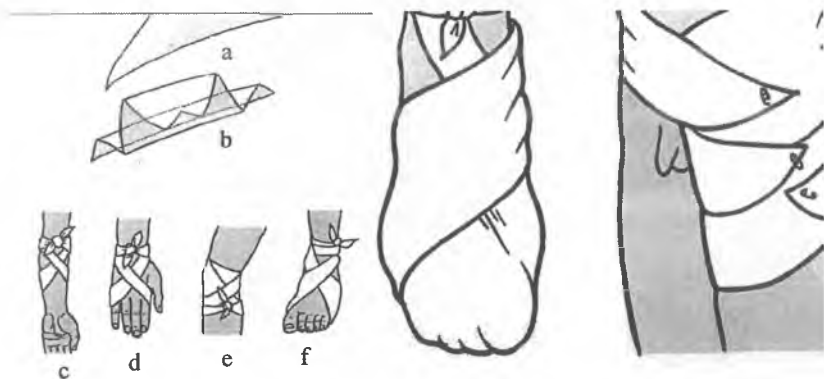
3. T-simon bog'lam- ingichka material bo'lib, o'rtasiga ikkinchi materialni bir uchi tikilgan bo'ladi yoki materialni o'rtasidan ikkinchi material o'tkazilgan bo'ladi. Bunday bog'lamlar oraliq sohalarga ishlatiladi (10-rasm).

Bintli bog'lamlar. Eng qulay, mustahkam, bir tekisda, bosuvchi bog'lamlar hisoblanadi (11-rasm). Bintli bog'lamlardan quyidagilar farqlanadi:

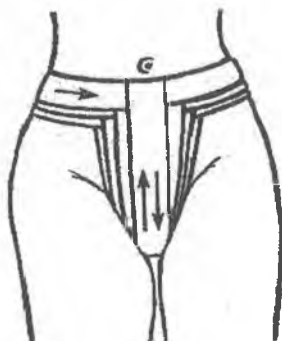




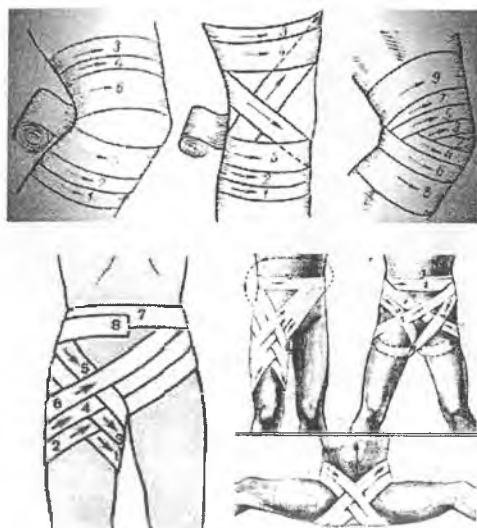
8-rasm. Plastirli bog‘lamlar



9-rasm. Ro‘molli bog‘lamlar



10-rasm. T-simon bog‘lam



11-rasm. Bintli bog'lamlar

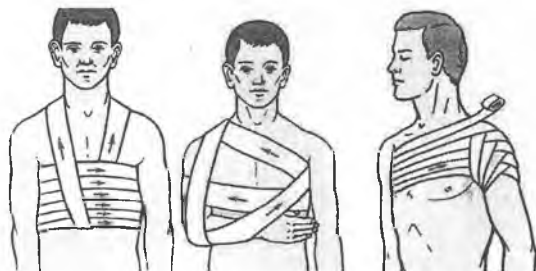
1. Aylana (sirkulyar) bog'lov. Bu bog'lam boldirning pastki qismlarida, peshonada, barmoqlar asosi sohasi kasalliklarida qulay.

2. Spiralsimon bog'lam. Birlashuvchi hamda ajraluvchi bog'lam bukilgan sohalarda qo'llaniladi.

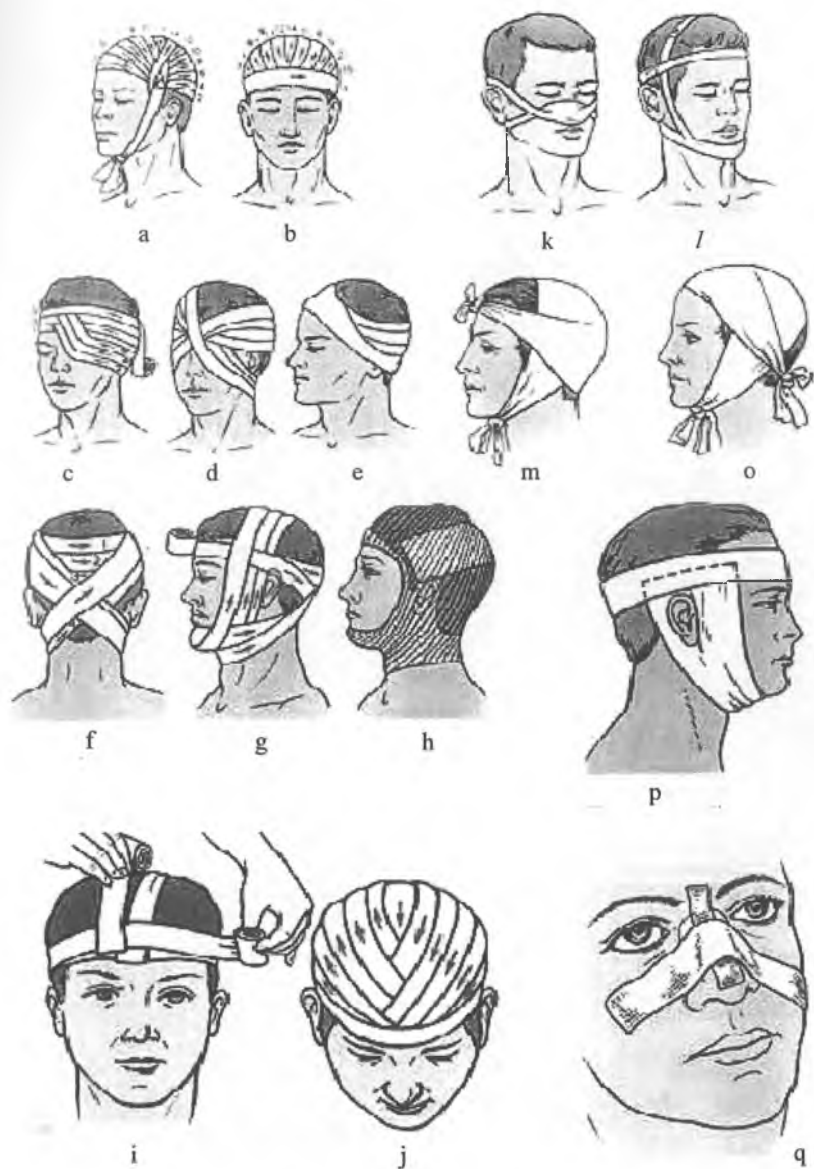
3. Sakkizsimon yoki «X»-simon bog'lam.

Ko'krak qafasidagi bog'lamlar: a) spiralsimon, b) krestitsimon, c) gorizantal yotuvchi «8» shaklida bel uchun ikki yelkani o'z ichiga oladi (12-rasm), d) ko'krak bezi uchun bog'lam, g) Dezo bog'lami-yelka va o'mrov suyaklari singanda birinchi yordam uchun ishlatiladi.

Boshdagi bog'lamlar a) Butun kalla gumbazi qaytuvchi bog'lam bilan bog'lanishi — qopqoqcha shaklida. b) Kalla bint bilan pastki jag'ga mustahkamlanadi (13-rasm).



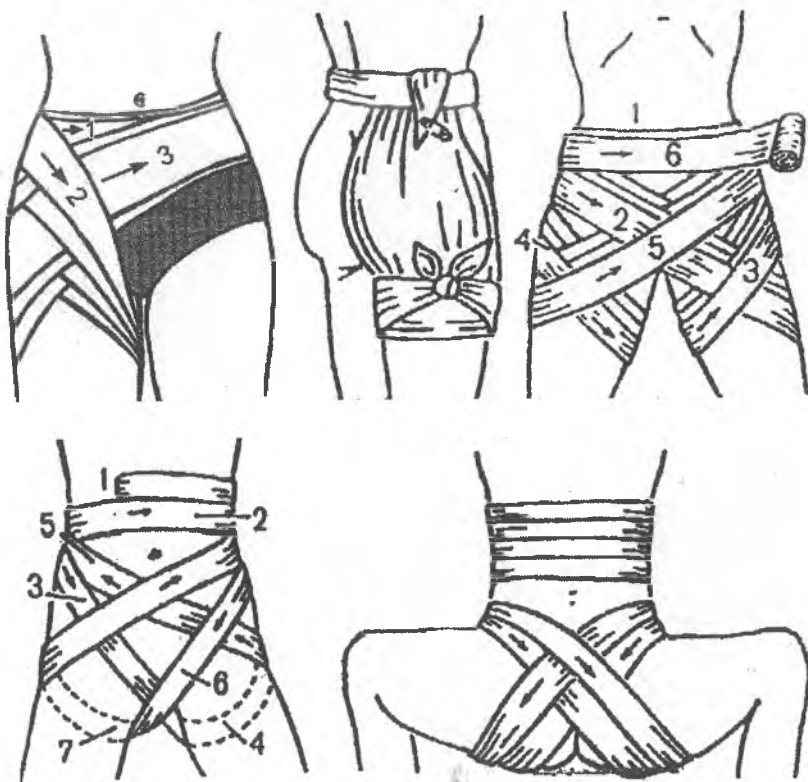
12-rasm. Ko'krak qafasi uchun bog'lamlar



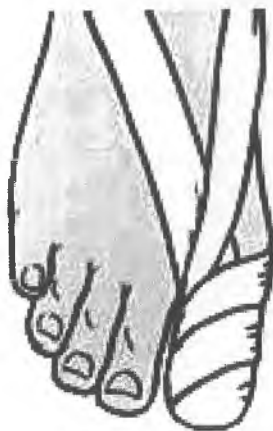
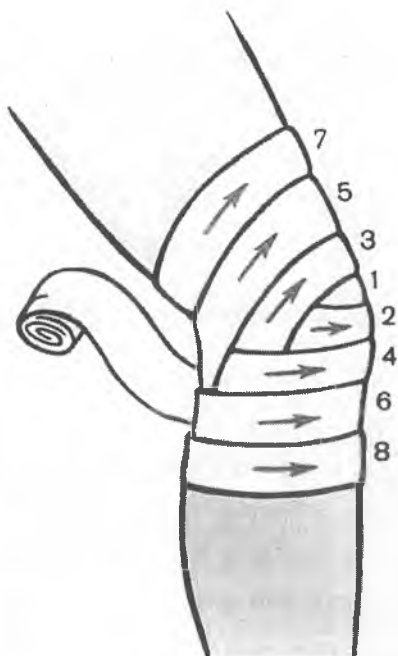
13-rasm. Boshdagi bog'lamlar



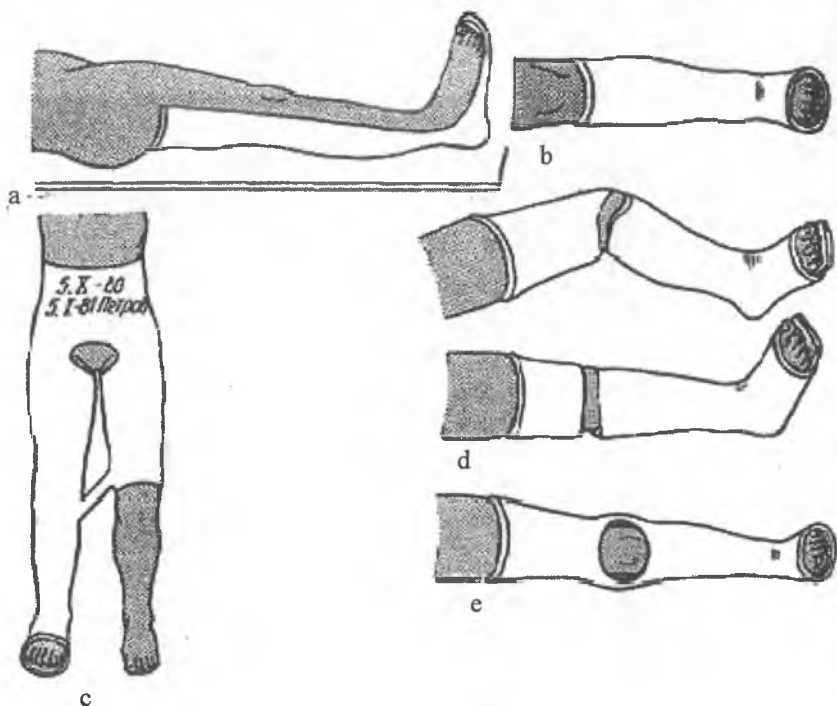
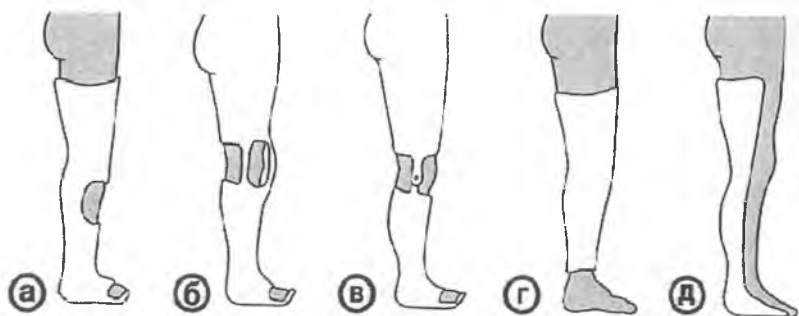
14-rasm. Qo'llardagi bog'lamlar



15-rasm. Chanoq va qorin sohasidagi bog'lamlar



16-rasm. Oyoqdagi bog'lamlar



17-rasm. Harakatsiz bog'lamlar

Oo'llardagi bog'lamlar: a) barmoqning spiral bog'lami- barmoqlar asosi sohasidan aylana yo'l bilan boshlanib, barmoqni orqa tomondan qiyshiq o'tib, shu yerdan butun barmoq spiralsimon shaklida

qo'yiladi va barmoqni orqa tomonidan bint barmoqlar asosi sohasiga boradi va mustahkamlanadi. b) Chap qo'lda jimjiloqdan, o'ng qo'lda bosh barmoqdan boshlanadigan bog'lovchi — qo'lqop deyiladi. c) Kafi bog'lami «8»-simon tipda bog'lanadi. Bilakdagi bog'lam spiralsimon yopilmalar bilan bog'lanadi (14-rasm).

Qorin va chanoq sohasidagi bog'lamlar: a) chanoqni boshhoqsimon bog'lami, b) ikkala son uchun bog'lam, c) oraliq soha uchun bog'lam (15-rasm).

Oyoqdagi bog'lam: a) son va tizza uchun bog'lam — son sohasida spiralsimon, tizza sohasida toshbaqasimon, bukilgan va yozilgan tizzada «8»-simon bog'lamlar qo'yiladi, b) tovon sohasiga toshbaqasimon bog'lam qo'yiladi, c) bolalar tovon bo'g'imi sohasiga «8» - simon bog'lam qo'yiladi, butun oyoq kaftiga barmoqlarsiz bog'lam qo'yiladi (16-rasm).

Harakatsiz bog'lamlar:

1) kraxmalli; 2) gipsli bog'lamlar (17-rasm).

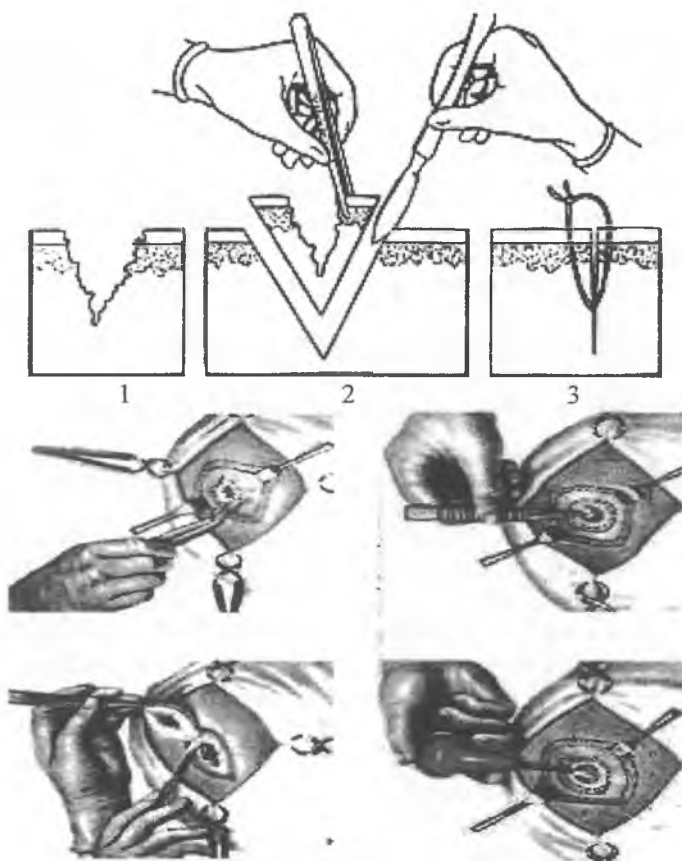
a) yopik aylanma bog'lam, b) langetali bog'lam, c) langetali aylanma bog'lam, d) darchali bog'lam, bu bog'lam oyoq-qo'llarga qo'yilishi mumkin, ularni yechish ham kerak emas. Bunda bog'lam qo'yilayotgan vaqtda yoki keyinroq teshik qo'yiladi. g) ko'priksimon bog'lam, e) ochilib — yopiluvchi bog'lam, bu bog'lam qurib qolishdan oldin ikki tomonidan kesiladi, qurigandan keyin bog'lamni ikki tomoni qoladi, bularni birlashishi butun bog'lamni beradi.

Harakatsiz bog'lamlar katta bog'lov, massaj, yoki boshqa tibbiy tadbirlar o'tkazganda foydalaniladi.

IV. Jarohatga birlamchi jarrohlik ishlov berish

Jarohatga qayta ishlov berish vaqtida uning joylashishi, xarakteri, og'irligi hisobga olinadi. Yaralar uch guruhga bo'linadi (18-rasm).

1. Tirnashlar va yarani teri ostiga hamda mushaklar ichiga kirishi. Muolaja anesteziyasi atrofni spirt va yod bilan artiladi. Yara chetlarini plastir bilan tortiladi. Katta jarohatga ishlov berish narkoz ostida o'tkaziladi. Uncha katta bo'lmagan soxalarni mahalliy 0,25 — 05% novokain bilan og'riqsizlantiriladi. Yara atrofidagi o'lgan va qon aylanishi buzilgan soxalarni olib tashlanadi. Jarohat olgandan so'ng 24 soat ichida birlamchi xirurgik chok qo'yiladi. Jarohat ichiga antibiotik yuboriladi, keyinchalik mushak orasiga yuboriladi.



18-rasm. Jarohatga birlamchi jarrohlik ishlov berish

1. Yumshoq to'qimalarga qayta ishlov berish. Paylar, yirik nerv tomirlar, bo'g'imlar zararlanganda muolaja ketma-ketligiga rioya qilish kerak:

- a) antibiotik bilan birga qayta ishlov berish.
- b) sxema bo'yicha a'zoni anatomik holatini tiklash: osteosintez, tomir choki, nerv va pay choki to'qimalarini qavatma-qavat tikish.

2. Yumshoq to'qimalar jarohati ichki a'zolar jarohati bilan birga kelishi. Jarohatlangan joyga shoshilinch qayta ishlov berishga ko'rsatma bo'lib, kuchli qon ketishi hisoblanadi. Qolgan holatlarda birinchi shokka qarshi chora hamda qayta ishlov beriladi.

Birlamchi ishlov berishga qarshi ko'rsatma:

- a) og'ir umumiy holat (shok, o'tkir anemiya)
- b) yarada yiringli infektsiya rivojlanishi.

V. Bolalarga xos bo'lgan sinishlarda rentgenologik belgilar

1. *Epifizeolizda rentgenologik ko'rsatkichlar* (19-a rasm):

a) «Qushning ochiq tumshug'i» simptomi. b) O'sish zonasining bir tomonda kengayishi, ikkinchi tomonda qisqarishi. v) Epifizni metafizga nisbatan siljishi.

2. *Osteoepifizeolizda rentgenologik belgilar:* a) «Qushning ochiq tumshuq» simptomi. b) O'sish zonasining bir tomonda kengayishi, ikkinchi tomonda qisqarishi. v) Metafizni uchburchak shaklda ajralishi va epifizga qo'shilib siljishi. (19-b rasm)

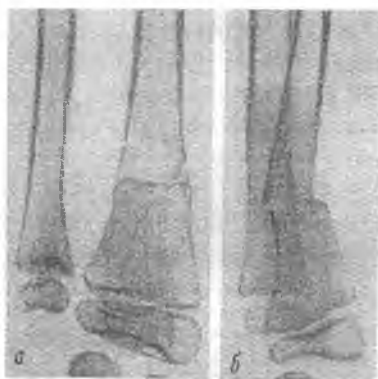
3. *Suyak ustki pardasini ostidan sinish.* Bunda suyak ustki pardasi ikkala tomondan ham butun, suyak ustki pardasi ustidan siniq chiziq ko'rinadi. Bundan tashqari singan soha atirgul tikanga o'xshash bo'ladi (20-a rasm).

4. *“Yashil novdasimon” sinish.* Bunda suyak usti pardasi bir tomondan butun, ikkinchi tomondan zararlangan bo'ladi (20-b rasm).

5. *Apofizeoliz.* Pay mushaklarini birikkan joyidan uzilishi. Apofizeolizda o'sish zonalar bo'lib, normada 0,1-0,2 mm. Agar bu masofa 0,2 mm dan ohsa apofizeolizdan dalolatdir (21-rasm).



19-a, b rasm. Bilak suyaklarini distal qismi osteoepifizeoliz va epifizeolizi



20-a rasm. Suyak ustki pardasi ostidan sinish
b) Yashil novdasimon sinish



21-rasm. Apofizeoliz

VI. Singan sohalarni og'riqsizlantirish

Og'riqsizlantirish va neyro-vegetativ blokada shokka qarshi choralarni asosiy usullaridan hisoblanib, bunda yengildan-murakkabga qarab boriladi.

Mahalliy anesteziya qo'llash zarur bo'lgan paytda qo'llaniladi, ayniqsa tayanch -harakat apparati chanoq va umurtqa pog'onasi singanda immobilizatsiya to'g'ri joylashtirilishi bilan birga qo'llaniladi. Qovurg'a va umurtqa singanda blokada ikkala segmentni egallashi

kerak. Bunda novokain blokada 6-8 soat, spirt — trimekainli blokada 18-24 soat ta'sir qiladi.

Peridural anesteziya. (P.A) yuqori P.A. t4-t11 sohada qorin organlarini simpatik blokadasi bo'lib, qorinda qon aylanishini yaxshilaydi. Bolalarda qon aylanishi buzilishi bosqichida qo'llaniladi.

Analgetiklar va sedatev moddalarni yuborish. Travmatik shokda mahalliy anesteziyadan tashqari ushbu moddalar ham yuboriladi. Bolalarda qon aylanishi buzilishi bosqichida qo'llaniladi.

Nevrolektoanalgeziva. Periferik qon aylanishiga ta'sir etadi. Og'riqsizlantirish bosqichlari o'tishida intensiv infuzion terapiya fonida o'tkaziladi.

Umumiy og'riqsizlantirish-N2 aralashmasi, trental, metak-sifluran ishlatiladi. Og'riqsizlantirish bir necha soat davom etadi.

VII. Gipsli bog'lamlarni to'g'ri qo'yilganligini aniqlash

Gips qo'yilgandan keyin bemor bir necha muddat vrach nazoratida turadi. Chunki gips bog'lami to'qimalardagi qon aylanishini buzishi mumkin.

Gips bog'lami kamida ikkita bo'g'imni o'z ichiga olishi kerak. Jarohatlangan sohani orqa yuzasini $\frac{2}{3}$ qismini egallash kerak. Oldingi tomonini bir qismi ochiq qolishi kerak. Bundan tashqari gips o'rta fiziologik holatda qo'yilishi zarur. Agar gips siqib qolsa va o'z vaqtida bo'shatilmasa og'ir asoratlardan biri bo'lmish Folkman kontrakturasiga olib keladi. Bu asorat juda og'ir asoratlardan bo'lib bemor bir umr nogiron bo'lib qoladi. Hozirgi vaqtda tibbiy yordam yaxshi yo'lga qo'yilganiga qaramasdan ba'zi holatlarda bemorlar tabiblarga murojat etishmoqda va yuqoridagi holat kuzatilmoqda.

VIII. Bilak suyagi boshchasi chiqishini to'g'rilash

Texnikasi: Xirurg bir qo'li bilan bemor yelkasini tirsak bo'g'imi sohasidan fiksatsiyalaydi, ikkinchi qo'li bilan kaft va tirsak-kaft bo'g'imidan ushlab, bilakni qo'lga nisbatan tortadi va suyakning boshchasini bosib joyiga soladi. Keyin bilakni supinatsiya holatiga keltirib to'g'ri burchak ostida tirsak bo'g'imini bukadi. Hamma harakatlarni asta-sekin yumshoq va to'xtovsiz bajarish kerak. Bukishni to'xtatish vaqtida shiqillagan tovush eshitiladi, bu boshchani to'g'irlanganidan dalolat beradi. Bundan keyin bemor ahvoli yaxshilanadi (22-rasm).

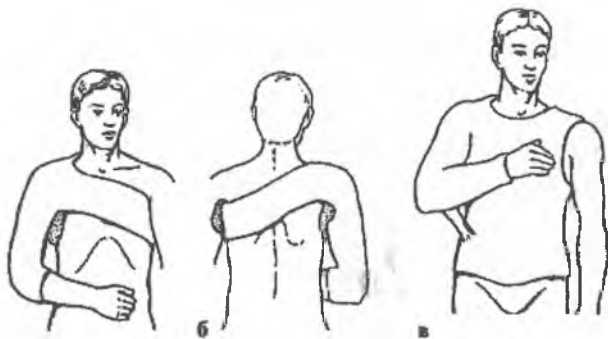


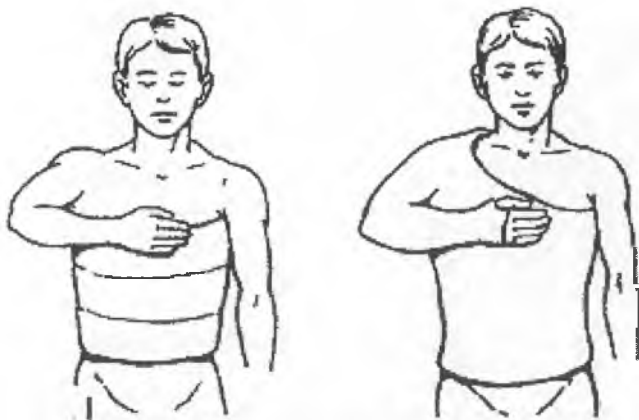
22-rasm. Bilak suyagi boshchasi chiqishi

IX. Torako-broxial gipsli bog'lamlarni qo'yish

Yelka kamarini hosil qiluvchi suyaklarni to'liq immobilizatsiyasida, yelka suyagi singanda qo'llaniladi.

Texnikasi: Bemorni stolni chetiga yoki baland taburetkaga o'tqaziladi. Qo'lni tanadan bir oz uzoqlashtirilgan (70° - 80°), agar pastki qismi singan bo'lsa 40° elka 45° - 80° ga bukiladi. Tanaga paxtali bint o'raladi. Jarohatlangan tomonda barmoqlar asosidan to sog' yelkagacha gipsli langeta qo'yilib, qo'lting ostiga paxtali sharikcha qo'yilib, gipsli langetani ustidan gipsli bint o'raladi (23-rasm).





23-rasm. Torako-broxial gipsli bog‘lam

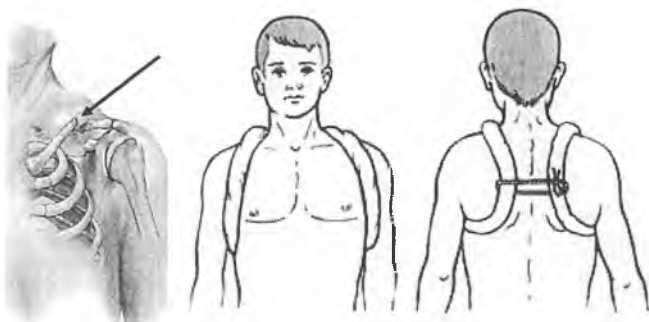
X. Dezo bog‘lamini qo‘yish

O‘mrov suyagi, kurak suyagi singanda va yelka suyagi chiqqanda “Dezo” bog‘lami qo‘llaniladi.

Texnikasi: “Dezo” bog‘lamini qo‘yishda qo‘ltiq ostiga paxtali sharikcha qo‘yiladi. Bilakni tirsak bo‘g‘imida 90^0 burchak ostida bukiladi, kaft tanaga qaragan bo‘lib ko‘krak qafasiga yopishib turadi. Bintni birinchi o‘rami sog‘ tomondan, qo‘ltiq ostidan boshlanadi va ko‘krak qafasi oldingi yuzasidan qiyshiq yo‘nalishda yuqoriga yelka ustiga o‘tkazib pastga tushiriladi, bukilgan bilak usti bilan o‘tkazilib yana qiyshiq yo‘nalishda yuqoriga yo‘naltiriladi, shu holda bir necha marotaba qaytariladi. Bog‘lam tushib ketmasligi uchun bintni uchi qayerda tugasa o‘sha yerga tiqib qo‘yiladi (1rasm).

XI. O‘mrov suyagi singanda “Del’be” xalqasini qo‘yish

Xalqani oldindan materialdan tayyorlab olinadi. Xalqa karton-paxta bint bilan o‘ralib tayyorlanadi. Xalqa ikkala qo‘lga *kiydiriladi*, yelka ustidan o‘tkazib tortiladi va kuraklar oralig‘i sohasidan bog‘lanadi. Xalqani kiydirish va bog‘lash paytida yelkani tortib ushlab turish kerak. Xalqa qo‘yilgandan so‘ng qayta rentgen tasviri tushirish kerak, suyak bo‘laklarini joyiga qo‘yganligini tekshirish uchun (24-rasm).

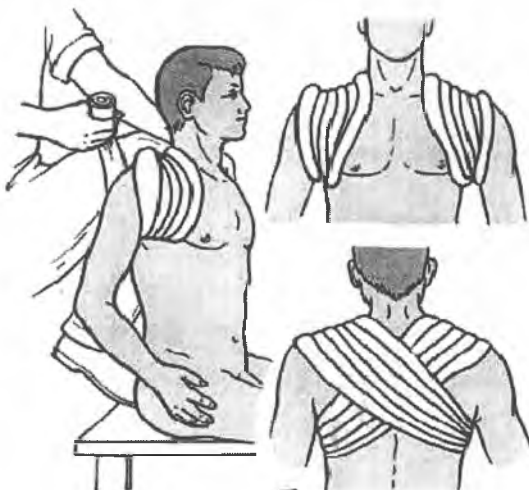


24-rasm. O'mrov suyagi sinishida Del'be xalqalasi

XII. O'mrov suyagi singanda «8»-simon bog'lamni qo'yish

Kuraklar orasiga paxtali yostiqcha qo'yiladi. Suyak bo'laklari yelkani ko'tarib orqaga tortish yo'li bilan to'g'rilanadi va qo'ltiq osti chuqurchalariga paxtali valiklar qo'yilib «8»-simon bog'lam qo'yiladi. Bintni kerakli darajada tortib qattiq qilib o'raladi, bog'lam bo'shab ketmasligi uchun.

Suyak bilaklari joyiga tushganligini qayta rentgen tasvirga tushirilib ko'riladi. Bog'lam qo'yilgandan so'ng bemor 2-3 soat davomida davolovchi vrach nazoratida bo'lishi kerak (25-rasm).



25-rasm. «8»-simon bog'lam

XIII. Magistral qon tomirlarni jarohatlanishi

QON KETISHI

Qon aylanish doirasi tomirlaridan to'qimalarga, tashqi muhitga yoki biror bo'shliqqa qonning chiqishiga qon ketishi deyiladi. Og'ir shikastlanishlarda ko'p qon yo'qotilishi tufayli o'lim yuz berishi mumkin. Bemorlar hayotiga katta xavf tug'diruvchi holatlar asosan ko'p miqdorda qon yo'qotilganda paydo bo'ladi, ya'ni bu hol qon aylanish doirasida umumiy qon hajmining keskin kamayib ketishi va to'qimalarning kislorod bilan ta'minlanishi buzilishi tufayli kelib chiqadi. Arterial qon tomirlarida sistolik bosim 70 mm simob ustunidan pastga tushganda hayot uchun xavfli holat yuzaga keladi.

Kattalarda tana vazniga qarab 4–5 l ga yaqin qon bo'ladi. Shundan 60 % ga yaqini qon tomirlarida va 40 % esa depo a'zolarida (jigar, taloq, suyak iligi sohasida) bo'ladi.

Ba'zan katta bosimda va yuqori tezlikda qon ketganda (400–600 ml), yo'qotilgan qon hajmi unchalik ko'p bo'lmasada, o'lim holati yuz berishi mumkin. Chunki bunday qon ketishi vaqtida yurakka borayotgan qon hajmining keskin kamayib ketishi sababli, tomirlarda aylanayotgan qon hajmi, shu qon aylanish doirasi hajmiga to'g'ri kelmaydi. Qon ketishining hajmi va tezligi jarohatlangan tomirning katta-kichikligiga, jarohatning yuza yoki chuqur kesilganligiga hamda ezilib ketganligiga ham bog'liq bo'ladi. Chunki kesilgan jarohatlardan ezilgan jarohatlarga nisbatan ko'proq qon ketishi mumkin.

Qariyalarda qon ketishi ko'pincha ularda uchrab turadigan hamroh kasalliklar — xafaqonlik, ba'zi surunkali kasalliklar, sindromlar va yuqumli kasalliklar (sepsis, ko'kyo'tal, vitaminlar yetishmovchiligi, nur kasalligi, xolemiya — qonning o't suyuqligi bilan zaharlanganligi) natijasida qon tomir devorlarining zaiflanishi tufayli ro'y beradi. Inson hayoti uchun o'ta xavfli bo'lgan qon ketishlar qon kasalliklari (gemofiliya, leykemiya, trombotsitopeniya) bor bemorlarda uchraydi. Qon ketishining yuz berishida ba'zi bir dori-darmonlarning ham o'z o'rni bor (antikoagulyantlar, aspirin). Bu o'rinda ba'zi tabiiy omillarning, ya'ni atrof muhit haroratining yuqoriligi, atmosfera bosimining pasayib ketganligi ham katta ahamiyat kasb etadi.

Qon ketishi yoki qonning biror yerda to'planib qolishiga nisbatan turli xil atamalar qo'llaniladi. Teri ostida to'planib qolgan kam hajmdagi qon to'plamasi «petexiya», shilliq parda ostidagisi esa

«purpura» deb ataladi. Teri yoki shilliq parda ostiga katta maydonda qonning to'planishiga «eksimoz» deyiladi.

Katta hajmda, ammo chegaralangan maydondagi to'qimalar orasidagi bo'shliqqa to'plangan qonga «gematoma», burundan qon ketishiga «epistaxis», oshqozondan qon ketishiga «gastroragiya», siydikning qon aralash chiqishiga «gematuriya», bachadondan qon ketishiga «metroragiya» deyiladi. Bulardan tashqari, biror-bir a'zo bo'shlig'iga qon to'planishiga qarab ham o'zgacha atamalar ishlatiladi: «gemoperikardium» — yurak xaltasida qon yig'ilishi, «gematoraks» — o'pka plevra bo'shlig'ida qon yig'ilishi, «gemoperitonium» — qorin bo'shlig'iga qon yig'ilishi va boshqalar.

Qon ketishining turlar

Qon ketishining bir nechta amaliy ahamiyatga molik turlari farqlanadi.

1. Anatomik, ya'ni a'zo turlariga qarab arterial, venoz, kapillar va aralash qon ketishlarga bo'linadi. Arterial qon ketishda qon och qizil rangda bo'lib, katta bosim ostida, favvora ko'rinishida otilib chiqadi. Arterial tomirlar jarohatlanganda, ularning o'lchamiga bog'liq bo'lmagan holda, qisqa vaqt ichida organizmda kamqonlik yuz berib, o'limga sabab bo'lishi mumkin. Vena tomirlaridan ketayotgan qon to'q qizil rangda bo'lib, bir maromda va sekin, «buloq» ko'rinishida oqish xususiyatiga ega.

Katta venalar jarohati tufayli qon ketishi yuz bersa, inson hayoti uchun katta xavf tug'ilishi mumkin. Kapillarlardan qon ketganda, jarohatning butun yuzasi bo'ylab kam miqdorda, bir maromda, tomchi ko'rinishida qon sizib chiqadi. Ko'pincha kapillarlardan ketayotgan qon o'z - o'zidan to'xtaydi. Parenximatov (g'ovak) a'zolar (jigar, taloq, o'pka) jarohatlanganda qon ketishi juda xavfli kechadi, ulardagi tomirlarning o'z holicha yopilmasligi sababli, qon ketishi to'xtamaydi va tez kamqonlik holatlari kelib chiqadi.

2. Qon ketishining tashqi, ichki va yashirin klinik turlari farqlanadi. Qon ketishining tashqi turida qon tomir devorining jarohati tufayli ketayotgan qon tashqariga oqadi. Bunday hollarda jarohatlangan shaxsning o'zi yoki yordam beruvchilar hech qanday qiyinchiliksiz uni aniqlashlari mumkin. Ichki qon ketish jarayoni nisbatan murakkab kechib, ketayotgan qon biror bir a'zo qobiqlarida to'plangan tarzda yoki qorin va ko'krak qafasi bo'shliqlariga ketishi mumkin. Ichki qon ketayotganligini, faqat o'tkir kamqonlik ko'rsatkichlari va ikkilamchi asoratlar boshlangandagina aniqlash

mumkin. Ichi bo'sh a'zolardan qon ketishida mahalliy va umumiy o'zgarishlar, ya'ni qon ma'lum vaqt mobaynida tashqariga chiqishi va rangi o'zgarib ketishi kuzatiladi. Masalan, oshqozonidan qon ketayotgan bemorlarda qayt qilish kuzatiladi, chiqayotgan qon esa qaliva qoldiqlari rangida bo'ladi.

Ichki qon ketish surunkali ravishda kechib, asosan a'zolarda o'tkir kamqonlikni keltirib chiqaradi va maxsus qon tahlillari ko'rsatkichsiz tashxis qo'yish juda qiyin bo'ladi.

3. O'tkir yoki surunkali qon ketishi haqidagi tushunchalar faqat qon ketishining tezligi va yo'qotilgan hajmiga nisbatan aytiladi. Inson hayotidagi eng xavfli qon ketishi o'tkir qon ketishidir. Qisqa vaqt ichida yo'qotilgan katta miqdordagi qon yetishmovchiligiga inson organizmi tez moslasha olmaydi, natijada o'lim hollari nisbatan ko'p uchraydi. Surunkali qon ketishda esa kamqonlik sekinlik bilan rivojlanadi, natijada inson organizmi bu yangi holatga asta-sekin moslashib oladi.

Sekinlik bilan kechadigan katta hajmdagi qon ketishidan qisqa fursat oralig'ida kechadigan o'tkir, kam miqdordagi qon ketish xavfliroqdir. O'tkir qon ketishda gemoglobin miqdorining 30 % gacha kamayishi katta xavf uyg'otadi. Shunga qaramasdan, surunkali ravishda gemoglobin miqdorining 75–80 % ni yo'qotgan bemorlarning umumiy ahvoli nisbatan qoniqarli bo'lishi mumkin.

Qon ketishining klinik ko'rinishlari

Qon ketishida mahalliy va umumiy simptomatik o'zgarishlar yuz beradi. Qon ketishining umumiy belgilari qon ketishi turlaridan qat'i nazar, bir xil kechadi. Qon ketishining xususiy (subyektiv) alomatlari sovuq ter, kamquvvatlik, bosh aylanishi, nafas yetishmovchiligi, og'iz qurishi ko'rinishida kechadi. Yana quloqlarda shang'illash, ko'z oldi tinishi va badanda «chumolilar o'rmalashi» kabi alomatlar kuzatilishi mumkin. Yuqoridagi alomatlar va bemor shikoyatlarining ko'payib borishi qon ketishining qanday tezlik va hajmda o'sib borishiga bevosita bog'liqdir. Katta miqdorda qon ketishi, o'tkir kamqonlik, ya'ni gemmoragik shok klinikasining har xil og'irliklarida kechishi mumkin. Masalan, butun qon aylanish doirasida aylanayotgan qon hajmining 20–25 % (1000–1200 ml) miqdorida qon yo'qotilganda, bemorlarda sovuq ter, keskin kamquvvatlik, og'iz qurishi va tomir urishining bir minutda 100 tadan oshib ketishi kuzatiladi. Bunday hollarda arterial qon bosimi me'yorida yoki bir oz pastroq bo'lishi ham mumkin.

Umumiy qon aylanish doirasidagi qonning 30–35 % (1500–1750 ml)ga yaqini yo‘qotilganda, bemorlarda o‘ziga bo‘ysunmagan holdagi harakatlar, notinchlik, teri va shilliq pardalarining oqarib ketishi, lablarning ko‘karishi, tananing uvishishi va tomir urishining 120 tadan oshib, arterial bosimning 70–90 mm simob ustunigacha tushib ketishi hamda siydik ajratishning kamayishi (oliguriya) kuzatiladi.

Umumiy qon aylanish doirasidagi qon hajmining 35–40 % (1750–2000 ml) ni yo‘qotgan bemor ahvoli ancha og‘ir, yuz ifodalari mungli, tanasi sovuq ter bilan qoplangan, terisi oqimtir-ko‘kish rangda, tanasining ochiq joylarida haroratning tushib ketganligi va tomirning ipsimon va tez-tez urishi aniqlanadi.

Umumiy qon aylanish doirasidagi qon hajmining 50 % (2500 ml) ni yo‘qotgan bemorning ahvoli keskin og‘irlashadi, arterial bosim aniqlanmaydi, tomir urishi minutiga 160 tadan ortib ketadi, yurak asistoliyasi (yurakning to‘xtab qolishi) sababli qisqa vaqt ichida o‘lim holatiga olib kelishi mumkin.

Shuni ta‘kidlab o‘tish kerakki, o‘tkir qon ketishining dastlabki vaqt-laridayoq inson organizmining qon aylanish doirasining markazlashishi arteriya bosimini nisbatan bir me‘yorda ushlab turadi. Shuning uchun ham bu yerda boshlanayotgan taxikardiya (yurak urishining tezlashishi) ga ahamiyat berib, uni katta qon yo‘qotishning asosiy va birinchi belgisi sifatida qarashimiz kerak.

Qon ketishining mahalliy belgilari (simptomlari) uning qayerdan ketayotganligiga bevosita bog‘liqdir. Tashqi qon ketishida qon tashqi muhitga chiqadi. Bunday hollarda bemor ko‘zdan kechirilganda, qon chiqayotgan jarohat holatiga, yo‘nalishiga va katta-kichikligiga ahamiyat berish lozim.

Shu bilan birgalikda, jarohatdan ketayotgan qon qanday tomirdan, arteriyadanmi, venadanmi yoki aralash ko‘rinishdalgiga ham e‘tibor berish kerak. Jarohatning pastki qismidan barmoqlar bilan paypaslab arteriya tomirining urishini aniqlash arteriya qon tomirining butunligi haqida dalolat beradi. Tomir urishining sezilmasligi uning batamom uzilganligidan dalolat berib, jarohatning pastki qismidagi a‘zolar muzlashi va rangining oqarib ketishi kuzatiladi. Bunday hollarda a‘zolar (to‘qimalarga kislorod va oziq moddalar yetishmasligi tufayli) gangrenasi (to‘qimalar o‘limi) kelib chiqadi.

Jarohatdagi arteriyaning bir devori shikastlangan bo‘lsa, bunday hollarda jarohat atrofida tomir urishi ko‘rinishidagi gematomalar (qon to‘plangan bo‘shliq) hosil bo‘ladi. Yumshoq to‘qimalar va

muskullar oralig'iga qon yig'lsa, og'riq, shish va a'zolar harakatining chegaralanishi kuzatiladi. Hosil bo'lgan gematoma yuzasi barmoq bilan bosib ko'rilganda, yuzaga yumshoq kirib, barmoqni qaytarib olgan zahoti uning tiklanish simptomi kuzatiladi. Qon bo'g'im bo'shlig'iga to'plansa, gemartroz, ya'ni bo'g'im yuzasi tekislanib, shishishi kuzatiladi. Og'riq va harakatning chegaralanganligiga qaramasdan, uni harakatga keltirish mumkin.

Tizza bo'g'imiga qon yig'ilganda, tizza yuzasi oshig'ining erkin harakati kuzatiladi. Bunday hollarda tizza bo'g'imi rentgenografiya qilinganda, ikki suyak oralig'idagi masofaning uzaygani kuzatiladi. Gematoma va gemartroz tashxislari mazkur bo'g'implar punksiyasi, ya'ni qon yig'ilgan bo'g'implardan igna orqali qonni so'rib ko'rish usullari asosida qo'yiladi. Gemartroz tashxisi aniqlangandan so'ng bo'g'implardagi harakatlarni chegaralab, oldin punksiya, keyin immobilizatsiya qilinadi. Ko'krak qafasining plevra bo'shlig'iga yig'ilgan qon (gemotoraks) ko'p hollarda qovurg'alar orasidagi yoki ko'krak qafasi arteriyalarining jarohatlanishi tufayli kelib chiqadi. Plevra bo'shlig'ida yig'ilgan qon oqib, burchak sinuslariga yig'iladi. Bunday hollarda bemorni kasallik belgilari bezovta qilmasligi ham mumkin. Plevra bo'shlig'ida yig'ilgan o'rta miq-dordagi qon bemorda og'irlik va ko'krak qafasida og'riq, nafas yetishmasligi belgilarini keltirib chiqarishi mumkin. Plevra bo'shlig'ini qon butunlay, ya'ni total egallagan holatlarda o'pkalar butunlay siqilgani, yurak va oraliq a'zolari qarama-qarshi tomonlarga surilgani, qon harakati va nafas olishda katta o'zgarishlar kuzatiladi. Klinik belgilardan nafas yetishmasligi, ko'karish, tomir urishining tez va yuza bo'lishi, arteriya bosimining pasayishi kuzatiladi.

Ko'krak qafasi barmoqlar bilan urib ko'rilganda, o'tmas tovush, auskultativ (fonendoskop orqali eshitib ko'rilganda) ko'krak qafasi orqa tomonlarida juda sustlashgan nafas eshitiladi. Ko'krak qafasi rentgenoskopik tekshirilganda, butunlay bir xil ko'rinishda torayishi, yurak va oraliq a'zolarining u yoki bu yonga qiyshayganligi kuzatiladi. Ko'p hollarda tashxis plevra bo'shlig'i punksiyasi yo'li bilan tasdiqlanadi. Kam miqdorda qon yig'ilgan hollarda plevra bo'shlig'i qayta punksiya yoki tarokotsentez yo'li bilan drenajlash, agar ko'p miqdorda qon yig'ilgan bo'lsa, shoshilinch reviziya qilib, qon tomiri butunligini tiklash maqsadida torakotomiya operatsiyasi bajariladi. Plevra bo'shlig'iga katta miqdorda qon ketishi o'tkir kamqonlik belgilari bilan kechadi.

Qorin bo'shlig'iga qon ketishi ko'p hollarda g'ovak (parenxi-matoz) a'zolar (jigar va taloq) jarohatlanganda va bachadondan tashqari homi-ladorlikda, bachadon naylarining yorilib ketish hollarida yuzaga keladi. Bunday hollarda ko'pincha umumiy qon ketish belgilaridan tashqari, mahalliy belgilar ham ahamiyatga egadir. Qon ketish davrida qorin nafas olishda cheklangan, ko'krak qafasi bilan bir xil tekislikda bo'ladi. Qorin bo'shlig'i paypaslanganda uning devoridagi mushaklar taranglashgan, barmoqlar bilan bosib qo'yib yuborilganda kuchli og'riq kuzatiladi (Shetkin—Blyumberg belgisi). Qorin bo'shlig'i perkussiya (barmoq uchi bilan urib ko'rilganda uning pastki qismlarida o'tmas, yuqori qismlarida esa jarangdor (timpanit) — havo to'ldirilgan shar tovushini beradi.

Qon ketishi klinikasida qayt qilish va ko'ngil aynishlar ham kuzatiladi. Yuqoridagi belgilar bilan birgalikda bemor organizmida o'tkir kamqonlik belgilari ham rivojlanib boradi. Qorin bo'shlig'i g'ovak a'zolari jarohatlaridan ketayotgan qon hech qachon o'z-o'zidan to'xtamaydi, shu tufayli bunday hollarda shoshilinch operatsiya qilish tavsiya qilinadi.

Qon ketishining asoratlari va oqibatlari

Qon ketishi to'xtatilmasa, bemorni gipoksiya (to'qimalarda kis-lorod taqchilligi), qon aylanish doirasida qon hajmining yetishmasligi va gemmoragik shok yuz berishi sababli o'linga olib kelishi mumkin.

O'ta nozik a'zolarga, masalan, bosh miyaga kam miqdorda qon quyilganda, ular faoliyatining to'xtashi va o'lim yuz berishi mumkin. Bosh miyaning asosiy sohasida to'rtinchi qorincha joylashgan, unda inson hayot faoliyatini boshqaruvchi markazlar joylashgan. Shuning uchun bu sohaga qon quyilganda hayot uchun xavfli bo'lgan holatlar yuz beradi.

Yurak pardasi (perikard) ichiga diastola vaqtida yig'ilayotgan qon yurak parda ichida katta manfiy bosim paydo qilib, yurak bo'lmachalari kengayishiga yo'l qo'ymaydi va yurak tamponadasi tufayli o'lim holati ro'y beradi.

Ba'zi katta qon tomirlar jarohatida (bo'yin katta venalari) havo emboliyasi holati yuzaga keladi.

Qon ketishi davrida organizmning tashqi vaichki o'zgarishlarga moslashishi

Qon ketishi vaqtida inson organizmi sodir bo'layotgan xavfli o'zgarishlarni bartaraf etish maqsadida bor ichki imkoniyatlarini ishga soladi. Bunday hollarda qon ketishiga o'ta sezgir a'zo va to'qimalarni

saqlab qolish maqsadida boshqa a'zolar hisobiga ham ish tutishga majbur bo'ladi.

Asosan bunday moslashish harakatlari surunkali qon ketish hollarida yengil kechadi, ammo o'ta xavfli o'tkir qon ketishi vaqtida esa bunday moslashishga ulgurmasligi ham mumkin. Natijada a'zo va to'qimalarda sodir bo'ladigan o'zgarishlar sababli o'lim holatlari yuz berishi mumkin. Qon ketish davrida organizmning moslashish o'rnini qoplash (kompensator) mexanizmlari asosan quyidagilardan iborat:

1) qon ketayotgan tomirning ichki qavatida tromblar hosil bo'lishi;

2) yurak va nafas olish faoliyatining to'qimalarda kislorod yetishmovchiligini bartaraf qilish maqsadida tezlashishi;

3) butun tanada harakatlanayotgan qon hajmining, depo a'zoldagi qon va to'qimalar oralig'idagi suyuqliklarning qon tomiriga jalb etilishi evaziga ortishi;

4) yurak va bosh miya faoliyatlarini ushlab turish maqsadida tananing pastki va qorin bo'shlig'i a'zolari tomirlarining qisqarishi evaziga tananing qon bilan ta'minlanishining markazlashishi;

5) turli neyroendokrin va gumoral omillarning arterial qon bosimini bir maromda tutib turish maqsadida qo'zg'alishi, bosh miya faoliyatining kislorodsiz (anaerob) sharoitlarga chidamliligini oshirish maqsadida simpatiko-adrenal va glyukokortikoid tizimlarning yordamga chaqirilishi;

6) qon hujayralari ishlab chiqarilishi (gemopoez) va qon ivishining tezlashishi.

QON KETISHINI TO'XTATISH CHORALARI

Qadim zamonlarda ham insonlar tan jarohatlari olganlarida qon etishining oldini olish maqsadida jarohat yuzasini bosib yoki qattiq og'lab qo'yanliklari haqida ma'lumotlar bor.

Qadimgi Misr hakimlarining qon ketayotgan jarohat yuzasiga izdirilgan temir bosishganliklari haqida ma'lumot bergan qo'lyozmalar ozirgi vaqtlargacha saqlanib qolgan. O'rta asrlarda qon ketishini 'xtatish maqsadida jarohat yuzasiga qaynoq yog' tomchilari tomizilgan. IX asr o'rtalarida esa Pakelen asbobi orqali jarohatni kuydirish usuli ilan qon ketishini to'xtatishga urinishgan.

Ayni vaqtda bu usullar diatermokoagulyatsiya asbobi — elektr pichog'i orqali bajariladi.

Miloddan avvalgi III asrdayoq ko'hna Aleksandriyada bog'lam usul-ri qo'llana boshlangan. Qon ketayotgan jarohat yuzasi tomirini tikish sullarini Sels va Galen qo'llaganlar Ammo bu usullar unutilib, faqatgina VI asrda Ambruaz Pare qon ketayotgan tomirlarni, asosan arteriyalarni kishni tiklagan.

Shu bilan birgalikda, A. Pare jarohatlar vaqtida a'zolar amputsiyasini taklif qilgan. Amputatsiyalar vaqtida og'riqlarni kamaytirish va on ketishining oldini olish maqsadida bog'lam (jgut)larni tavsiya qilgan.

1616 yilda U. Garvey arterial va venoz qon tomirlaridan qon ketishini 'xtatishda bog'lam (jgut)larni har xil holda qo'yishni taklif qilgan. 1628 ilda esa odam qon aylanish doirasiga oid o'z ilmiy maqolasini e'lon ilgan. Shundan keyingina bog'lam (jgut)larni keng miqyosda qo'llay oshlashgan. Asosan bu bog'lamlar 1673 yilda F. Esmarx yumshoq rezina bog'lam (jgut)ni taklif etganidan keyin keng tarqalgan.

XVIII asrda J. Xanter qon ketayotgan tomirlarni jarohat sohasidan mas, balki boshqa tomir yo'nalishidagi qismidan tikishni taklif etgan. omirlarni tikishni osonlashtirish maqsadida J. Pean tomirlar uchun isqich asbobini yaratgan. So'nggi o'n yilliklarda tomirdan ketayotgan onni to'xtatishning yangi usullari sifatida quruq sovuq va lazer nurlari o'llanilayapti.

Qon ketishini to'xtatish usullarini vaqtincha va butkul to'xtatishga ratish mumkin. Qon ketishini vaqtinchalik to'xtatish usullarini ko'p ollarda tibbiyotga daxldor bo'lmagan insonlar bajaradi. Shu tufayli unday usullarni barcha bilishi shart. Qon ketishini vaqtincha to'xtatish sullari kutilmaganda sodir bo'ladigan holatlarda qo'l keladi. Ayrim ollarda qonni to'xtatishga urinish, qon tomirida tromb hosil bo'lishi sababli, qon ketishining butkul to'xtashiga olib kelishi mumkin. Qon ketishini to'xtatish usullari bir nechta, ammo bu usullarni qo'llash jarohatlangan tomirning qay ahvoldaligi va jarohat o'miga ham bog'liqdir. Ayrim hollarda qon ketishini to'xtatish usullarining bir nechtasini qo'llash mumkin.

Yuza vena va kichik arteriyalardan qon ketishini bosib turuvchi bog'lamlar yordamida to'xtatish mumkin. Jarohat yuzasiga sterillangan yumaloq shar ko'rinishidagi paxta qo'yilib, bir necha qavat doka bilan yaxshilab bog'lanadi. Bunday hollarda bosib bog'langan tomirlarning o'tkazuvchanligi yo'qolib, tromb hosil qiladi. Bundan tashqari, bu usul boshqa, ya'ni oyoq va qo'llarni ko'tarib qo'yish usullari bilan birgalikda ham bajarilishi mumkin.

Agar qon ketayotgan jarohat oyoqlar uchida joylashgan bo'lsa, bunday hollarda oyoqni bo'g'imidan maksimal bukib qo'yish usulidan foydalanish mumkin. Bukilayotgan bo'g'im oralig'iga yostiqla qo'yilib, bo'g'im bukib bog'lanadi. Agar qon ketishi barmoqlar, panja sohalarida, bilak bo'g'imida, oyoqdagi barmoqlar va panjalarda bo'lsa, tizza bo'g'imidan, son sohasida bo'lsa, tizza va tosson bo'g'implari birgalikda bukib bog'lanadi.

Agar qon ketishi arterial qon tomiridan kuzatilganda, jarohatdan yuqori sohadan bosib to'xtatiladi va keyingi muolajalar sharoitga qarab bajariladi

Chakka yumshoq to'qimalari jarohati tufayli qon ketishida, qon ketishini to'xtatish arteriyani suyakka bosish harakatlari bilan amalga oshiriladi. Bunday hollarda arteriyani topish uncha qiyin ish emas. Quloqning tashqi kirish sohasi yuqorisidan bitta barmoq bilan bosish orqali ham maqsadga erishish mumkin. Yuz sohasida esa arteriyaning pastki jag'ning gorizontal chiziq bilan kesib o'tgan joyidan bosib, qon oqishini to'xtatish mumkin.

Umumiy uyqu arteriyasidan qon ketishi vaqtida, arteriya VI bo'yin umurtqasining ko'ndalang o'simtalariga bosiladi. Bunday muolajalar asosan bosh barmoqni bo'yinning orqa qismiga, qolgan barmoqlarni esa oldingi qismiga qo'yib amalga oshiriladi yoki buning aksi ham bo'lishi mumkin.

O'mrovosti arteriyasini birinchi qovur-g'aga bosish bilan ham qon ketishi to'xtatiladi. Bunday muolajalar III—IV barmoqlar bilan to'sh-o'mrov so'rg'ichsimon muskul-ning orqa-tashqi qirg'og'ini I qovurg'aga bosish yo'li bilan bajariladi.

Qo'ltiqosti arteriyasini yelka suyagi boshcha qismiga bosish bilan qon ketishining oldi olinadi. Bemor qo'li tashqariga ochilgan holda yotqizilib, bosh barmoq o'ltiqosti yuqori qismiga bosilib, qolgan barmoqlar esa yelkaning tashqi tomonidan o'rab turadi.

Yelka arteriyasini yelka suyagiga, ya'ni ikki boshli mushakning bosh qismi birikkan joyga, bilak va tirsak arteriyalarini esa suyaklarga bosish yo'li bilan qon ketishining oldi olinadi.

Son arteriyasidan qon ketganda qonni to'xtatish uchun chov boylami uchi-dan ichkarigi qismi bosh barmoqlar bilan bosiladi. Bunday hollar-da, boshqa nuqtalardan bunday urinishlar, son arteriyasining chuqur va qalin mushaklar ostida yotganligi sababli, samara bermaydi.

Tizzaosti arteriyasidan qon ketishini to'xtatish son suyagi pastki qismi orqasidan oldinga bosish bilan amalga oshiriladi, bunda tizza

bo'g'imining bir oz bukilgan holda bo'lishi muolaja samaradorligini oshiradi. Zarur bo'lganda, tashqi yonbosh arteriya va qorin aortasini ham bosish mumkin. Bunday hollarda bemorni orqasiga yotqizib, son-chanoq bo'g'imidan bir oz bukib, qorin mushaklarini erkin holga keltirish zarur. Shundan ke-yingina kaft musht holiga keltirilib, qorin aortasi umurtqaga, tashqi yon-bosh arteriyasi esa suyaklarga bosiladi.

Venalardan qon ketgan vaqtda, arteriyalardan qon ketishidan farqli, qon to'xtatish jarohatning pastki (distal) qismining yumshoq to'qimalariga bosish orqali ham amalga oshiriladi.

Qon ketishida har xil bog'lovchi (jgut) matolar yordamida qon to'xtatish eng qulay usullardan biri bo'lib, o'ziga xos kamchiliklarga ham ega. Bog'lovchi matolar yordamida qon to'xtatish usullari asosan arteriya qon ketishlarida, jarohatdan yuqori sohalarga qo'yish orqali amalga oshiriladi. Ularni asosan qon to'xtatishning boshqa choralari bo'lmagan hollarda, 1-1,5 soatgacha qo'yish mumkin. Aks holda, to'qimalarda qon aylanishining keskin buzilishi sababli, to'qimalar nekrozi (o'limi) va gangrenasiga, bu esa a'zolarining ma'lum qismini amputatsiya qilishga olib keladi. Ba'zida qattiq siqib bog'langan sohalarning yumshoq to'qimalari oralig'ida gematoma, nekroz va nerv tolalarining jarohatlanish hollari kuzatiladi. Nerv to'qimalarining jarohatlanishi parezlar, gohida esa a'zolar falajiga sabab bo'ladi.

Keng tarqalgan bog'lovchi matolar rezinalardan tayyorlanadi. Rezina naydan iborat Esmarx bog'laminin bir qismida ilgak, ikkinchi qismida esa halqa bo'lib, bu maxsus moslama bog'lovchi matoni biriktirishni qulay va oson qiladi. Boshqa bog'lovchi vosita sifatida kengligi 2 sm kamarsimon rezina ishlatish mumkin. Uning bir qismida tugma, ikkinchi qismida esa teshiklar shaklidagi moslama bo'lib, mahkamlash uchun juda qulaydir. Jarohatlangan a'zoning pastki qismini qon to'xtatuvchi bog'lam qo'yishdan oldin yuqoriga ko'tarib, vena qoni chiqarib yuboriladi. Bog'lovchi matolar vaziyat talabiga qarab har xil bo'lishi mumkin.

Masalan, bog'lovchi qayishqoq bo'lmagan mato (belbog', kamar) oddiy ip yoki ro'molchalardan iborat bo'lsa, qon to'xtatuvchi bog'lam qo'yilayotganda uncha qattiq tortmasdan, uning tagiga biror bir mato o'rab, so'ngra 10-15 sm uzunlikdagi sterjen (cho'p, ruchka, qalam va h. k.) yordamida burash kerak. Bunday hollarda sterjenni burash bilan bog'lamni keragicha tortish mumkin.

Bog'lam qo'yilgandan so'ng qo'yilgan vaqti yorliqqa yozib ko'rsatiladi. Bog'lam qo'yish muddati yozda 1,5 soat, qishda esa bir

soatdan oshmasligi kerak. Agar jarohatlangan odamni shu muddat ichida shifoxonaga yetkazib borishning iloji bo'lmasa, bog'lam yechilib, 10–15 minut davomida qon ketayotgan tomir barmoq bilan bosib turiladi, keyin bog'lam yuqorida ko'rsatilgan talab bo'yicha qaytadan boshqa joyga qo'yiladi. Faqat davomiyligi birinchi marta qo'yilgandagi vaqtning teng yarmiga qisqaradi.

Jgutning to'g'ri qo'yilganligini tekshirish

Ko'pincha jgut yelka va son sohasiga qo'yiladi. Agar haqiqiy tibbiy jgut bo'lmasa, u holda qo'lga ilingan istalgan matoni «burama – jgut» shaklida qo'l-lash mumkin. Ammo arqon va sim ishlatish man qilinadi, chun-ki ular to'qimalarni shikastlaydi. Tibbiy jgut — egiluvchan rezina tasma bo'lib, oxirgi uchida qo'l va oyoqqa mahkamlanadigan moslamasi bor.

Jgut qo'yish texnikasi

Jgutni ikki qo'llab ushlab, yengil tarang qilib, har bir aylanmani oldingisi bilan yonma-yon qo'yib, so'ng jgut mahkamlanadi. Burama jgut qo'yish uchun mato (ro'molcha, bint)ni arqonsimon holatda o'rab, qo'l yoki oyoqqa tugun shaklida bog'lanadi, so'ng kichik tayoqcha yordamida qon oqishi to'xtaguncha buraladi. Tayoqcha buralib bo'shab ketmasligi uchun uni alohida bog'lab qo'yiladi. Qon ketishi to'xtagach, jarohatga bog'lam qo'yiladi.

Jgut qo'yishda quyidagi qoidalarini esda tutish kerak.

1) jgut asosan songa yoki yelkaga qo'yilishi lozim, chunki u yerda bitta suyak bor;

2) jgut tanaga to'g'ridan-to'g'ri qo'yilmaydi, albatta, uning ostiga biror nima qo'yish kerak;

3) jgutni yozda 1,5 soatdan, qishda bir soatdan oshmagan muddatga qo'yish mumkin;

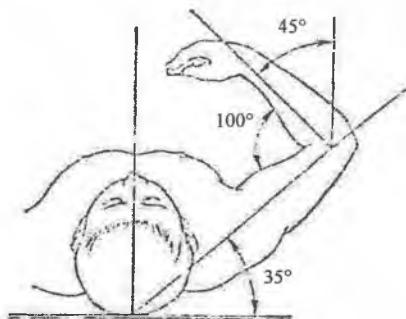
4) jgut qo'yilgan vaqtni aniq qilib yozib, yopishtirib qo'yish kerak. Jgut qo'yilgandan so'ng uning to'g'ri yoki noto'g'ri qo'yilganligini aniqlash katta ahamiyatga ega. Buning uchun qo'l va oyoqlardagi puls aniqlanadi. Agar puls yo'q bo'lsa, jgut to'g'ri qo'yilgan bo'ladi. Biron sababga ko'ra, 1–1,5 soat davomida bemorni kasalxonaga olib borishning iloji bo'lmasa, u holda 10–15 minutga jgut bo'shatiladi va bir vaqtning o'zida barmoq bilan jarohatdan yuqorisi bosib turiladi. Qish vaqtida oyoq va qo'lni o'rab, issiq saqlash tavsiya qilinadi.

Kichik o'lchamli arteriya yoki vena shikastlanganda siqib turuvchi bog'lam qo'yish kifoya. Qon ketishini vaqtinchalik to'x-

tatishda jarohatga steril doka yoki bint hamda paxta qo'yib bog'lanadi. Uncha katta va chuqur bo'lmagan jarohatlarga yuqoridagi usulni qo'llash qon ketishining batamom to'xtatish chorasi hisoblanadi. Qolgan hollarda batamom qon to'xtatish uchun jarrohlik klinikalarida tikish, bog'lash yoki shikastlangan tomirlarni kuydirish kabi usullar ishlatiladi. (M. N. Rizayev, I. R. Mavlyanov, O. R. Mirtursunov «Birinchi tibbiy yordam» 2005)

XIV. Yelka - bilak suyaklari singanda fiziologik holat

Bunda sagital chiziqdan yelka suyagi o'qi 35° , tirsak bo'g'imi 90° - 100° . Bilakni distal va $1/3$ pastki qismi singanda pronatsiya xolatida joylashtiriladi. O'rta $1/3$ qismi singanda supinatsiya va pronatsiya orasidagi holat beriladi. Yuqorigi $1/3$ qismi singanda tirsak bo'g'imi sohasi supinatsiya holatida bo'ladi. Hamma hollarda tirsak bo'g'imi 90° - 100° (26-rasm).



26-rasm. Bilak -yelka suyaklari singanda fiziologik holat

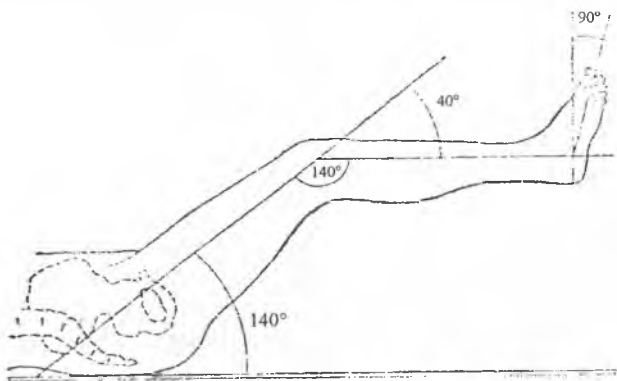
Qo'll suyklarini asoratsiz sinishi repozitsiyasi

Bunga uncha katta bo'lmagan suljishlar, burchakli suljishlar kiradi. Bu bo'laklarni repozitsiyasi uchun ko'p kuch kerak emas. Burchakli suljishlarda bo'rtib turgan joyni bosib qo'lni to'g'irlab gipsli bog'lam qo'yish mumkin.

XV. Oyoqlar singanda o'rta fiziologik holat

Bunda chanoq-son bo'g'imi 140° , tizza bo'g'imi 140° va boldirtovon bo'g'imi 100° burchakda bo'ladi.

Pastki 1/3 qismi singanda 15° , o'rtta 1/3 qismida 25° , yuqorigi 1/3 qismida 45° uzoqlashtiriladi (27-rasm).

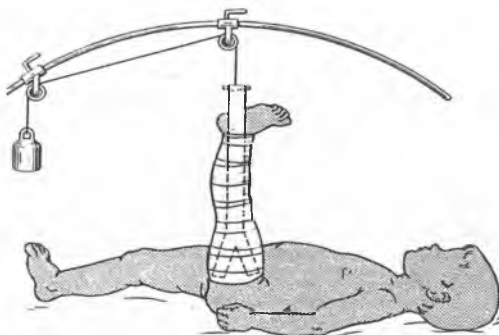


27-rasm. Oyoq suyaklari singanda o'rta fiziologik holat

Shede usulda leykoplasterli (kleolli) tortmaga olish

Bu usulda son suyagi singanda 3 yoshgacha bo'lgan bolalar davolanadi.

Texnikasi: jarohatlangan oyoqni medial va lateral yuzalariga sonning yuqorisidan leykoplastir yopishtirilib, tovondan 5 sm uzoqlikda aylantirilib sonning ikkinchi yuzasiga o'tiladi va ustidan bint bilan o'raladi. Tovondan 5 sm uzoqlikda leykoplastir taxtacha ustidan o'tadi va vertikal holatda tortiladi va tosh osiladi (28-rasm).



28-rasm. Shede usulida leykoplasterli (kleolli) tortma

XVI. Tizza bo'g'imi punktsiyasi

a) Buning uchun antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilish kerak.

b) Bemor bog'lov xonasiga olinib, stolga chalqancha yotqiziladi va tizza taqimi ostiga valik qo'yiladi.

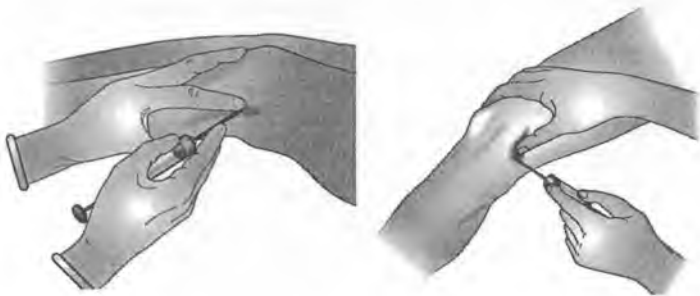
c) Umumiy og'riqsizlantirish ostida tizza bo'g'imi sohasiga antiseptik moddalar bilan ishlov beriladi.

d) Yoki mahalliy og'riqsizlantirish ostida (novokain 0,5 % yoki 1⁰/₀ li eritmasi) olib boriladi.

e) Punktsiya qilish uchun mo'ljal tizza qopqog'ini yuqorigi ichki, yuqorigi tashqi, pastki ichki va pastki tashqi qirralari sohasi.

g) Punktsiya uchun shprits ninasi olinib (yoki punktsion nina) yuqorida qayd qilingan mo'ljaldagi nuqtalardan biridan qilinadi (29-rasm).

h) Bo'g'imdagi qonlar olib tashlangach oyoqqa tutor gipsli bog'lam bilan bosib turuvchi bog'lam qo'yiladi.



29-rasm. Tizza bo'g'imi punktsiyasi

Boldir suyaklarining asoratsiz singanda yopiq repozitsiya qilish

a) Bunda avvalom bor singan sohani hisobga olgan holda, gips longeta tayyorlab olish maqsadga muvofiqdir.

b) Bemor gipsxonaga olingach umumiy og'riqsizlantirish ostida repozitsiya olib boriladi.

c) bemorni jarohatlangan oyog'i tizza bo'g'imidan to'g'ri burchak ostida bukiladi va bir shifokor yordamchi shu sohadan ushlaydi.

d) Ikkinchi bir yordamchi tovon va panjadan to'g'ri burchak ostida ushlaydi va qarama-qarshi tomonga tortishadi.

e) Shifokor singan suyakni barcha sinish turlarini suyak bo'laklariga barmoqlarini bosish hisobiga bartaraf qiladi.

g) Suyak bo'laklari joyiga tushganligiga ishonch hosil qilingach tizza bo'g'imidan 170° ga bukkani holatda, barmoqlardan sonning o'rta yoki sonning yuqori qismigacha gips longeta qo'yiladi va kontrol rentgen tasvirga tavsiya qilinadi.

Tutor va gips longetalarni qo'llash

I. a) Tutor gips bog'lamning gips bog'lamlardan farqi, u faqat bitta bo'g'im harakatini cheklaydi.

b) Tutor gips bog'lam bolalarda ko'pincha, tizza bo'g'imidagi jarohatlarda suyaklar sinmaganda qo'llaniladi.

v) Tutor gips bog'lam sonning yuqori qismidan to'piqqacha oyoqning orqa tomonidan qo'yiladi.

II. a) Gips longetalarni qo'llash uchun qaysi sohaga qo'llashni o'lchab olish kerak.

b) Gips longetalar ikki yoki uch bo'g'im harakatini cheklashi zarur.

v) Gips longetalar har bir muchani orqa tomonidan 3/2 qismiga qo'yilib bir qismi ochiq qoladi.

d) ochiq qolgan joylardan muchani kuzatib turish joizdir.

e) har qanday gips longetani qo'yishda singan sohaning o'rta fiziologik holatini hisobga olish zarur.

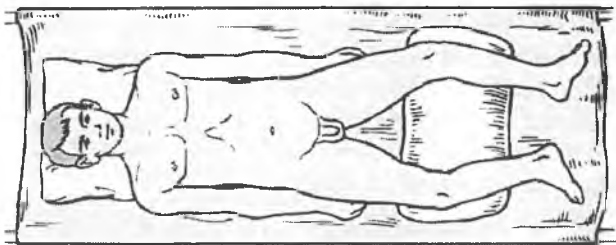
Chanoq suyaklarini singanda o'rta fiziologik holat

(O'tirgich, qov, quymich yonbosh, suyaklari va simfiz. Malgeniya jarohati)

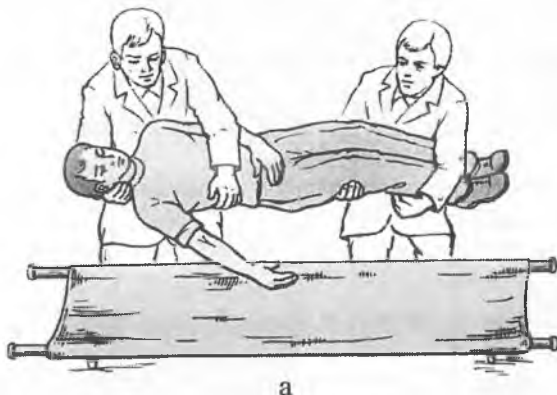
a) O'tirgich suyagi jarohatlarida agar bir tomonlama bo'lsa, qattiq to'shakda jarohatlangan tomon oyog'ini nisbatan kerilgan holda Beller shinasiga qo'yib davolanadi.

b) agar ikki tomonlama bo'lsa, qattiq to'shakda "qurbaqa" (Volkovich) holati beriladi, ya'ni tizza va son-chanoq bo'g'imidan o'tmas burchak ostida bukiladi va tizza ikki tomonga keriladi. Tizza taqimi ostiga valik qo'yiladi, oyoq panjalari esa tashqariga rotatsiyalangan holda tovonlar bir-biriga yaqinlashtiriladi. **(30 rasm)**

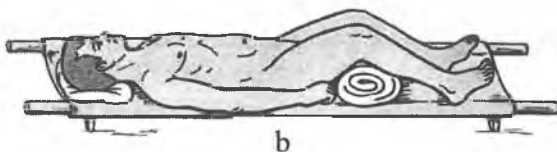
v) Qov suyagi singanda ham shu holat qo'llaniladi. Bu texnik muolajalar og'riqsizlantirish ostida olib boriladi.



30-rasm. Bemor qurbaqa holatida



a



b

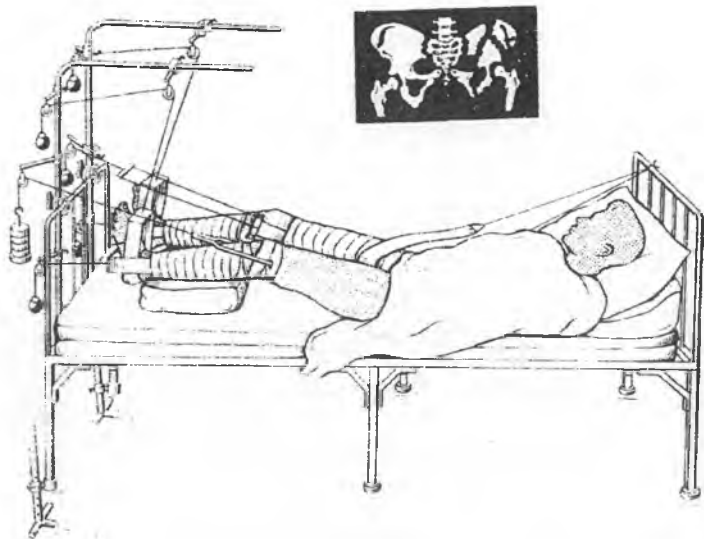
30-rasm. Bemor Volkovich holatida

d) Yonbosh suyagining oldingi yuqorigi qirrasi singanda og'riqsizlantirish ostida oyoq nisbatan kerilib Beller shinasiga olib davolanadi.

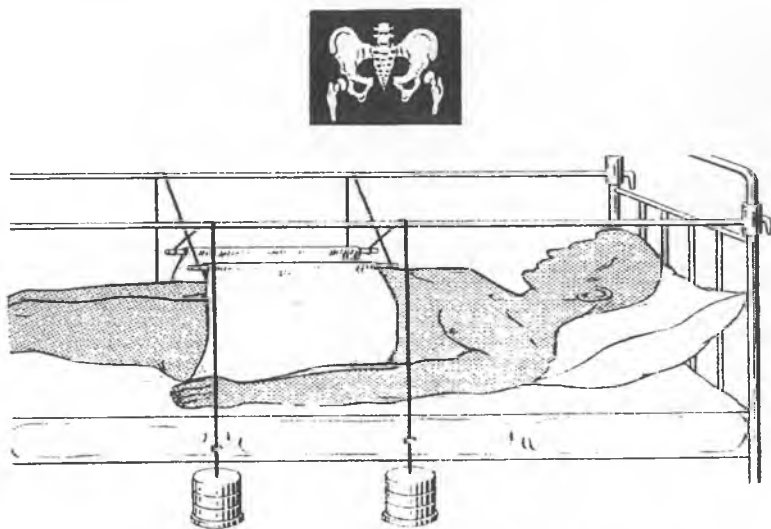
e) Quymich kosasi jarohatlarida og'riqsizlantirish ostida Beller shinasida, oyoqdan tortmaga olgan holda davolanadi.

g) Malgeniya jarohatida og'riqsizlantirish ostida Beller shinasida oyoqdan tortmaga olgan holda va gamak yordamida davolanadi (31-rasm).

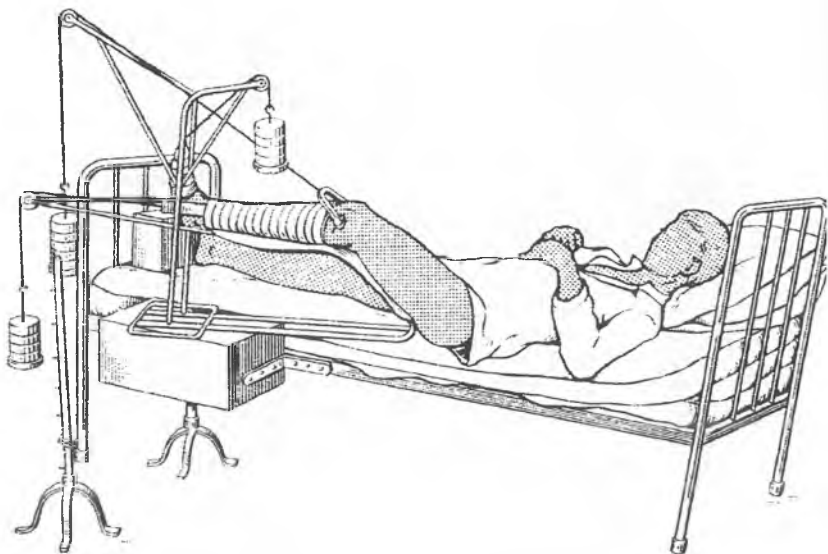
h) Simfiz jarohatida bemor qattiq to'shakda gamakka olgan holda davolanadi (32-rasm).



31-rasm. Bemor Malgeniya jarohatida Beller shinasida skelet tortmada



32-rasm. Simfiz jarohatida bemorning gamakdagi holati



33-rasm. Oyoq suyaklari sinishlarida skelet tortmaga olish

To'shakda bemorning gamakdagi holati

a) Og'riqsizlantirish ostida, agar qov suyaklari bir-biridan uzoqlashib ketgan bo'lsa, Volkovich holatida davolanadi.

b) Agar qov birikmasi 05 sm dan katta bo'lsa, unda gamakka olib davolanadi.

c) Gamak bemorning chanoq ostidan o'tqizilib, krovatga o'rnatilgan ramaga bir-biridan kesishgan holatida taqiladi. Gamakni yuqorigi qismi belning birinchi umurtqasigacha, quyi qismi esa sonning o'rta qismigacha kelishi zarur.

d) Gamakka olingan bemorning chanoq sohalari to'shakka tegmay turishi zarur, shundagina gamak o'z funksiyasini bajaradi.

Oyoq suyaklari sinishlarida skelet tortmaga olish

a) Son suyagi yuqori qismi singanda, jarohatlangan oyoqning quyi metafizidan bo'g'imdan 2 sm yuqorisidan Kirshner kegayi sonning ichkari tomonidan tashqarisiga o'tkaziladi va kegaylar atrofiga spirtli shariklar o'ralib SITO yoyiga mahkamlanadi.

b) Bir vaqtning o'zida boldir suyaklaridan ham kleol yoki leykoplastir tortmaga olinadi.

c) Kirshner kegayini bo'g'imdan 2 sm yuqoridan o'tkazish uchun tizza qopqog'ini yuqori qirrasidan 2 sm yuqorisidan o'tkazish joizdir.

d) So'ngra bemorning oyog'i Beller shinasiga qo'yilib, oyoq 45⁰ kenglikda keriladi (33-rasm).

e) Krovatning oyoq tomoni 25-30 sm balandlikda ko'tarilib tortmalarga tosh osiladi.

g) Son suyagi o'rta qismi singanda og'riqsizlantirish ostida antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilgan holda katta boldir suyagining yuqori do'ngligi ostidan tashqaridan ichkariga o'tkaziladi va yuqoridagi Beller shinasiga olinadi. Oyoqning kerilish kengligi 30⁰ ga teng bo'ladi.

h) Sonning pastki qismi singanda ham huddi son suyagining o'rta qismi singandagi tortmaga olish bajariladi. Oyoqning kerilish kengligi 15⁰ ga teng bo'ladi.

j) Bu ikkala holatida ham boldirdan qo'shimcha ravishda kleol yoki leykoplastir tortmaga olinadi. Bu muolajalar umumiy, yoki maxalliy og'riqsizlantirish ostida olib boriladi.

i) boldir suyaklarining yuqorigi qismi singanda og'riqsizlantirish ostida antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilgan holda boldir suyagining quyi metafizidan bo'g'imidan 2 sm. ya'ni to'piqdan 2 sm yuqorisidan Kirshner kegayi tashqaridan ichkarisiga o'tkaziladi.

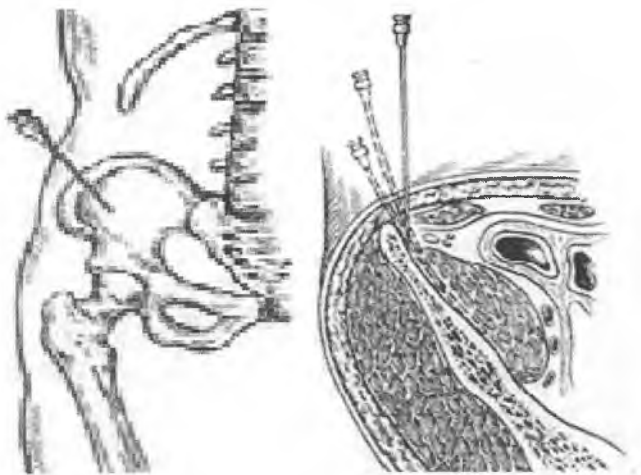
k) Boldir suyaklarining o'rta yoki pastki qismidan singanda Kirshner kegayi antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilgan holda tovon suyagidan o'tkaziladi va Beller shinasiga olib davolanadi.

Chanoq suyaklari sinishida Shkolnikov-Selevanov usulida og'riqsizlantirish

a) Bemor bog'lov xonasiga olinib, antiseptika va aseptika qoidalariga rioya qilgan holda 0,25 % novakain eritmasidan ninasi 12-14 smli uzunlikda shpritsga olinadi.

b) So'ngra yonbosh suyagining oldingi-yuqorigi qirrasidan 1,0 sm ichkarisiga qarab, yonbosh suyagiga parallel holda in'ektsiya qilinib qavatma-qavat novakain yuboriladi va yonbosh suyagi chuqurchasiga boriladi.

c) Doza: 3- yoshgacha-30,0 ml, 3 yoshdan -6 yoshgacha 30-40 ml, 6 yoshdan- 9 yoshgacha 40-60 ml, 9-12 yoshgacha 60-70 ml, 12-15 yoshgacha 70-100 ml. (34-rasm).



34-rasm. Chanoq suyaklari sinishida Shkolnikov-Selevanov usulida og'riqsizlantirish

Bo'yin umurtqalari jarohatlanganda Glisson qovuzlog'ida tortmaga olish

a) Umurtqa pog'onalari jarohatlarida qo'llaniladi: birinchi navbatda bemor uchun to'shak va qovuzloq tayyorlab olinadi.

b) Jarohat og'riqsizlantirilgachgina tortmaga olish jozidir.

c) Buning uchun qattiq to'shakli krovat bosh tomoni 25-30 sm balandlikda ko'tariladi va bemor krovatga chalqancha yotqizilgach, bo'yin ostiga fiziologik lordozni saqlash maqsadida valik qo'yiladi.

d) So'ngra oldindan tayyorlab qo'yilgan Glisson qovuzlog'i bemorni bo'yin va bosh sohasidan o'tkazilib krovatni bosh tomoniga tosh osib tortiladi.

e) Glisson qovuzlog'ida bo'yin umurtqasi pog'onasi va ko'krakning yuqorigi (4 gacha) umurtqalari jarohatlarida tortiladi (35-rasm).

Ko'krak bel-umurtqalari jarohatlanganda qo'ltiq ostidan tortmaga olish

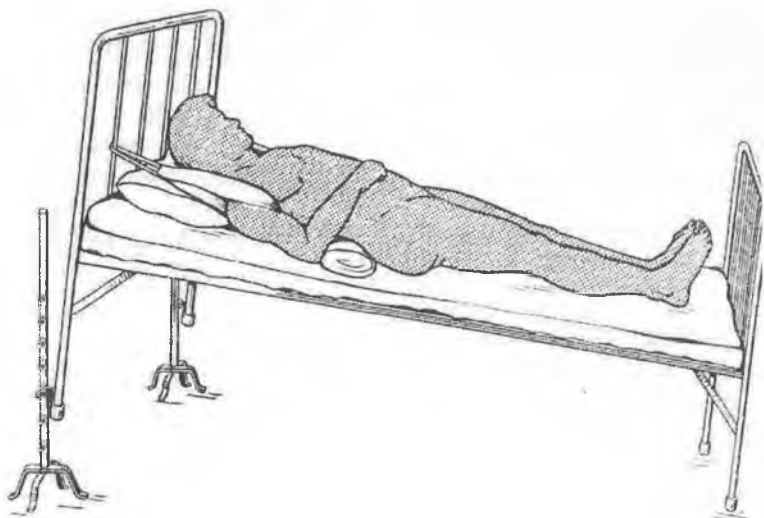
a) Qo'ltiq ostidan tortmaga olish umurtqa pog'onasi suyaklarining ko'krakning pastki umurtqalari va bel umurtqalari jarohatlarida bajariladi.

b) Bunda tortma va krovat oldindan tayyorlab qo'yiladi va og'riqsizlantirish ostida olib boriladi.

c) Qattiq to'shakli krovatning bosh qismi 20-30 sm ga ko'tariladi. Bemor chalqanchasiga yotqizilib, bel va bo'yin sohasiga valik qo'yilgan holda xalqa ikkala qo'lga kiygizilib qo'ltiq ostiga olib kelinadi. Xalqalarga tortqich ip bog'lanib krovatning bosh qismiga toshlar orqali tortiladi (36-rasm).



35-rasm. Bo'yin umurtqalari jarohatlanganda Glisson qovuzlog'ida tortmaga olish



36-rasm. Ko'krak bel umurtqalari jarohatlanganda qo'ltiq ostidan tortmaga olish

Umurtqa pog'onasi jarohatlarida bemorning to'shakdagi holati

a) Krovatga taxta shit qo'yilib, qattiq to'shak holatiga keltiriladi. Krovatning bosh qismi 25-30 sm ga ko'tariladi.

b) Agar bemorning bo'yin sohasida jarohat bo'lsa va ko'krak umurtqalarining yuqori qismida ham jarohatlanish bo'lsa bo'yin ostiga valik qo'yilib Glisson qovuzlog'ida tortiladi.

c) Agar ko'krak umurtqalarining pastki qismi yoki bel umurtqalari jarohatlangan bo'lsa qo'ltiq ostidan xalqa orqali tortiladi, bunda bel va bo'yinga valik qo'yiladi.

Bosh miyasi jarohatlangan bemorlarni statsionarga olib borish

a) Bemorni statsionarga olib borish uning jarohatini qay darajadaligiga bog'liq, ya'ni bosh miya chayqalishi, bosh miya lat yeyishi, bosh miya ezilishi.

b) Agar bemor shok holatida bo'lsa birinchi navbatda shokdan chiqarish taraddudini ko'rish kerak va hayotiy muhim a'zolar faoliyatini tiklash kerak.

c) Qat'iy yotoq rejimi, degidratatsion, o'griq qoldiruvchi muolajalari, qon to'xtatuvchi, qusishga qarshi muolajalar, nafas olish va yurak faoliyatini tiklovchi muolajalar o'tkazish maqsadga muvofiqdir.

d) Bosh miya chayqalishi bo'lgan bemorlar statsionarda 7 kundan -14 kungacha, bosh miyasi lat yegan bemorlar esa 14-21 kungacha va undan yuqori kun davomida davolanishlari shart.

XVII. Bosh miya jarohatlarida medikamentoz terapiya o'tkazish

a) Qattiq yotoq rejimiga rioya qilish.

b) Boshiga muz xalta qo'yish.

c) Vena ichiga gipertonik eritmalar, ya'ni: glyukoza 20 % -40 %li vitamin "C" bilan birga, mannit, manitol, mochevena yuborish.

d) Magniy sulfat 25 %li va novakain bilan qo'shib mushak orasiga.

e) Furosimed (laziks, diakarb) tabletkasi yoki in'ektsiyasi.

g) Kaltsiy xlor 5 %li 3 maxal yoshiga qarab ichishga ovqatdan so'ng.

- h) glitserin 30 %li 3 maxal yoshiga qarab ichishga.
 - j) Og'riq qoldiruvchi muolajalar (analgin, dimedrol)
 - i) Simptomik muolajalar: qusishga qarshi (tsirukal splenin, metpamed.)
 - k) Qon to'xtatuvchi muolajalar (ditsinon, etamzilat natiriy, aminakapron kislota.)
 - l) Jarohatning o'tkir holati o'tib bo'lgach (5-7 kun) vitamin B-1, B-6, aloe, (FiBS, shishasimon tana, gumizol, lidaza).
 - m) Serebrolizin, piratsetam, glutamin kislotasi.
- Holatiga qarab antibakterial terapiya. Oradan uch oy o'tib qayta profilaktik muolajalar buyuriladi va jismoniy tarbiya hamda og'ir jismoniy ishlardan bir yil muddatga ozod etiladi.

Bosh miya jarohatlarini tashhislash

- a) anamnez: qayerda, qachon, qanday jarohat oldi va shikoyatlari.
- b) klinik tekshiruv (umumiy ahvoliga e'tibor berish, qayd qildimi yo'qmi, bosh og'rig'i, quloq shang'illashi, hushini yo'qotishi, savollarga javob berishi, kontakga kirishishi, oyoq-qo'l xarakatlari va se-zuvchanligini aniqlash, boshdagi va tanadagi jarohat izlarni aniqlash).
- c) rentgenologik tekshiruv (suyaklar butunligiga e'tibor berish, choklarga, tomirlar tasviri kengayganligiga (gipertenziya) e'tibor berish, barmoq botiq izlari belgalarini aniqlash).
- d) EEG (elektroentsefalografiya- faol o'choqlar joylashuvini aniqlash)
- e) Exo-EG (exoelektroentsefalografiya — bosh miya dislokatsiyasini aniqlash)
- f) kompyuter tomografiya (MRT, MSKT)
- j) nevrologik tekshiruv.

II bob. ORTOPEDIYA

XVIII. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda son suyagi tug'ma chiqishini tashhislash va klinikasi

- a) Mark-Ortolani simptomi yoki shilqillash simptomi bo'lishi.
- b) Son-chanoq bo'g'imini yonga kerilishining chegaralanishi (37-rasm).
- v) Son-dumba teri burmalarini asimmetriyasi.
- d) Tug'ma chiqqan oyoqni nisbiy uzunligini kaltalashuvi (38-rasm).
- e) Oyoqni tashqi rotasiyasi.

Rentgen tasvirida:

- 1) Putti uchligi (39-rasm):
 - a) qo'ymich tomini qiyaligi
 - b) son suyagi boshini suyaklanish yadrosini kech paydo bo'lishi (gipoplaziyasi).
 - v) Son suyagi proksimal qismini tashqariroqqa siljishi.
- 2. Shenton chizig'i buzilishi (40-rasm).
- 3. Xilgenreyner sxemasida d-kattalashib, h-kichrayishi. (0,9-1 sm) (41-a rasm).

Son suyagini tug'ma chiqishini 1 yoshdan keyin tashhislash va klinikasi:

- a) Yurishni kechikishi
- b) Oqsab yurish.
- c) Ikki tomonda bo'lsa o'rdaksimon yurish.
- d) Trendelenburg simptomi — bemor kasal oyog'iga turg'azilib, sog'lom oyog'i tizza bo'g'imida bukilganda dumba burmalari asimmetriyaligi, ya'ni sog'lom tomonda dumba burmasi past joylashgani ko'rinadi (42-rasm).
- e) Dyupyutren belgisi musbatligi — zararlangan oyoq o'qi bo'ylab yuqoriga va pastga harakat qiladi.
- g) Pastga tushish belgisi musbat bo'lishi.

Rentgenologik:

Son suyagi boshchasi quymich kosasi tomidan yuqorida joylashuvi, asetabulyar burchak katta, quymich tomi qiya, son

suyagini boshi kichik va deformatsiyalangan, d-kattalashgan, h-kichiklashgan.

Son suyagi boshchasi chiqishining *V darajasi* mavjud:

1. Son suyagi boshchasi chiqishining *I darajasida* son suyagi boshchasi quymich kosasidan tashqariga siljigan, lekin unga markazlashgan holda joylashgan

2. Son suyagi boshchasi chiqishining *II darajasida* son suyagi boshchasi quymich kosasidan tashqariga-yuqoriga siljigan va quymich kosasi tomi labi ostida joylashgan

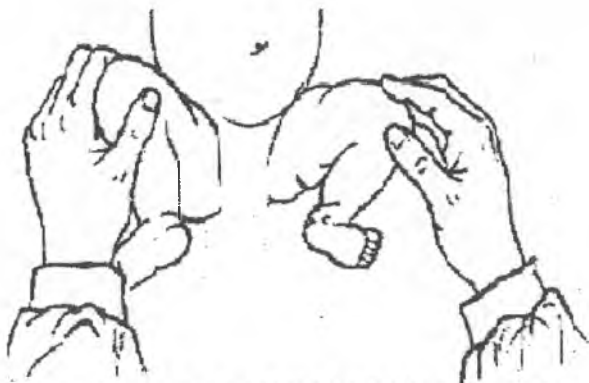
3. Son suyagi boshchasi chiqishining *III darajasida* son suyagi boshchasi quymich kosasidan tashqariga-yuqoriga siljigan va quymich kosasi tomi ustida joylashgan

4. Son suyagi boshchasi chiqishining *IV darajasida* son suyagi boshchasi quymich kosasidan tashqariga-yuqoriga siljigan va yonbosh suyagi qanoti ostida joylashgan

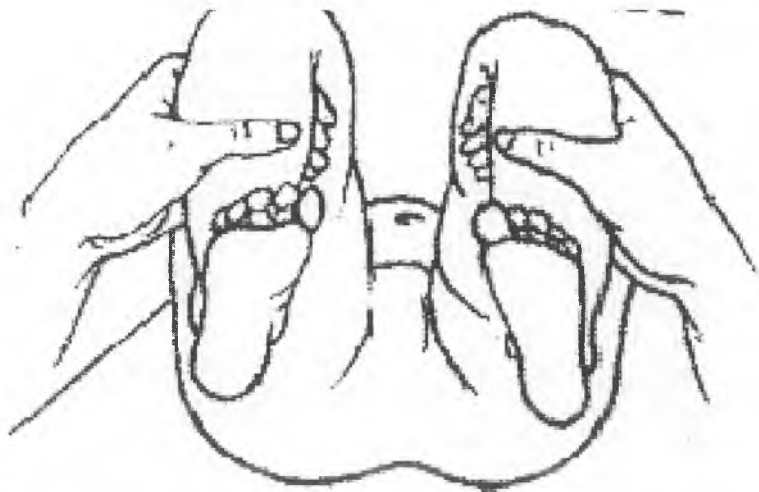
5. Son suyagi boshchasi chiqishining *V darajasida* son suyagi boshchasi quymich kosasidan tashqariga-yuqoriga siljigan va yonbosh suyagi qanoti orqasida joylashgan, hamda uning soyasi ostida qolgan

Son suyagini tug'ma chiqishini oldini olishda va son-chanoq bo'g'imi displaziyasida keng yo'rgaklash texnikasi

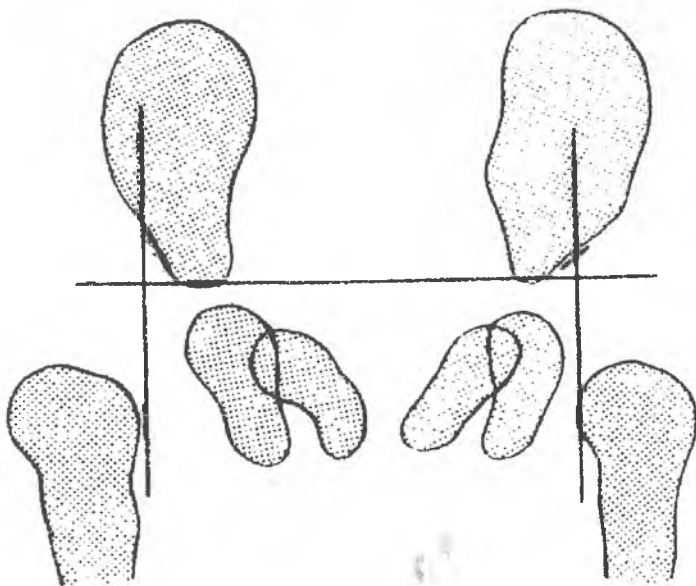
3 oygacha bo'lgan bolalarda bajariladi. Muolaja onasiga o'rgatiladi va doim onasi tomonidan bajariladi. Keng yo'rgaklash uchun 2 ta taglik o'rab oyoqlar orasiga qo'yiladi va uchinchi taglik bilan bola yo'rgaklanadi. Tagliklar son suyaklari orasiga qo'yiladi va oyoqlar yelka kengligida ochilishi kerak.



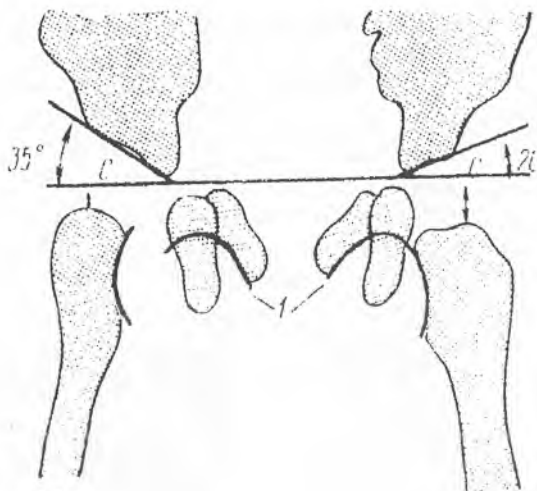
37-rasm. Son-chanoq bo'g'imini kerilishining chegaralanishi



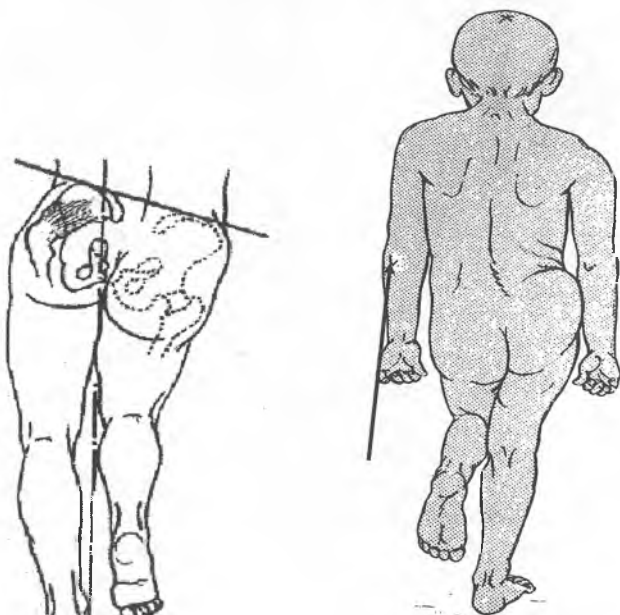
38-rasm. Tug'ma-chiqqan oyoqni uzunligini nisbiy kaltalashuvi.



39-rasm. Putti uchligi



40-rasm. Xilgenreyner sxemasi. Shenton chizig'i buzilgan



41-rasm. Trendelenburg simptomi musbat

Tsito (lifchik) shinasini taqish tartibi

Tsito shinasini 3 oygacha bo'lgan bolalarni displaziya va tug'ma son suyagini chiqishini davolashda qo'llaniladi. Shina tayyorlash uchun 20 sm gacha bo'lgan qattiq karton olinib o'rtasi teshib olinadi. So'ng kartonga bemorni jussasiga moslab kombinzon sifatida biror bir materialdan moslama tikiladi va ikkala yelkasiga osish uchun iplar qilinadi. Bemor ikkala son orasi yoki chov sohasiga karton material ichiga o'rnatilib qo'yiladi. Son-chanoq va tizza bo'g'imida 90^0 atrofida bukilgan holda yelkalariga osiladi. Shu holatda bemorni olib yuriladi. Bu shinani kalta va uzunlashtiradigan iplarida moslama bo'ladi. Kerak paytida bemorga biror holatni osonlik bilan beriladi (42-rasm).



42-rasm. Tsito shinasini (lifchik)

Klinika shinasini taqish tartibi

Klinika shinasini 3 oydan 1 yoshgacha bo'lgan son suyagi tug'ma chiqqan bemorlarni davolashda qo'llaniladi.

a) Klinika shinasini har bir bemor uchun yoshidan kelib chiqqan holda alohida tayyorlanishi kerak.

b) Ustida oyoqqa botmasligi uchun yumshoq g'ilofi bo'lishi kerak, bolani yelkasiga osish uchun g'ilofni 2 ta uchiga tikilgan tasma bo'lishi zarur.

c) Klinika shinasi bolani oyog'ini kerib borish uchun mo'ljallangan.

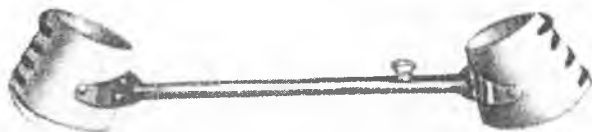
Qo'yish tartibi: Bolani orqasiga yotqiziladi. Sonni yaqinlashtiruvchi mushaklari bir oz taranglashgan holatda ikkala son orasidagi masofa o'lchanadi. Shinani shu masofaga olib to'g'rilanadi. So'ng g'ilofi kiygizilib bolani orqasida g'ilof iplari "X" simon kesishtirilib yelkasidan o'tkazilib, shina oldi tomonidagi xalqaga bog'lanadi. Shinani ko'ndalang yo'nalgan sohasi kindikdan 1 sm pastroqda turishi, ya'ni son-chanoq bo'g'imi 90^0 ga oldinga bukilgan holda bo'lishi kerak (43-rasm).



43-rasm. Oyoqni kerib turuvchi klinika shinasi

Vilenskiy shinasini taqish

6 oydan katta bo'lgan bolalarda son suyagini chala chiqishi hollarida, hamda gipsli bog'lamlar, klinik shinalar yordamida davolashdan so'ng, quymich tomi yassiligi saqlangan holatlarda, quymich tomini hosil qilish maqsadida qo'llaniladi. Vilenskiy shinasi uzaytirgich (qisqarib -uzayadigan) plankadandan va uning ikki uchiga o'rnatilgan teridan yasalgan manjetadan, manjetani bog'laydigan ipdan iborat. Vilenskiy shinasi boldirning pastki uchligiga taqiladi. Talablar: yelka kengligida bo'lishi, manjeta oyoqni siqib qo'ymasligi kerak. Vilenskiy shinasi 2-6 oygacha taqiladi va u sekin — astalik bilan qisqartirilib boriladi. Shinani kechasiga echmaslik zarur. Uni faqatgina bolani kiyintirayotganda va yuvintirayotganda vaqtinchalikka echish mumkin (44-rasm).



44-rasm. Vilenskiy shinasi

XIX. Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqqligini qiyosiy tashhislashda rentgenogrammani o'qish

Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqqligida rentgenologik o'zgarishlar:

a) Kalla suyagida asimmetriyasi. b) umurtqa pog'onasida qiyshayishlar S_1 , S_2 birikmasida boshning burilishi va egilishi, yuqori ko'krak va bo'yin umurtqalari sohasida yoysimon skoliozi, bo'yin va ko'krak umurtqalarida skolioz.

Ikki tomonlama tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqqligida bo'yin lordozining kuchayishi va o'mrovning yuqoriga ko'tarilishi ko'rinadi.

Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqqligini boshqa shakldagi bo'yin qiyshiqqligi bilan qiyosiy tashhislash

a) *Grizel* kasalligi bilan — bunda atlantni rotatsion siljishi bilan kechadi, bu biror bir yallig'lanishdan so'ng kelib chiqadi. O'tkir boshlanadi. Harorat ko'tariladi. Asorati boylam apparatlari, mushaklar yallig'lanib kontraktura yuzaga keladi va atlantni tortadi. Paypaslanganda surilgan umurtqa aniqlanadi. Rentgen tasvirida ham atlant siljigani ko'rinadi.

b) bo'yin —umurtqalarini bir-biri bilan birikib ketishi *Klippel-Feyl* kasalligi:

Bunda bo'yin umurtqalari birikib, kamayib ketishi mumkin. Bularda bo'yin juda kalta, ayrim holda yo'qdek bo'ladi. Orqasida bemor sochi ko'krak sohasidan o'sishi mumkin. Iyak ko'krakka tegib turishi ham mumkin. Kifoz, yoki skolioz yaqqol ko'rinadi, bemorlarda nevrologik o'zgarishlar ham bo'lishi mumkin. (nistagm, parezlar, paralich)

c) *Qanotsimon bo'yin* - bularda asosan bo'yinni ikki tomonida bo'lib, bo'yin terisi "yelkansimon" yoki "qanotsimon" shaklni egallaydi, mushak aytarli zararlanmaydi. Bunda teri boshni yon

yuzalarida yelkaga uchburchaksimon shaklda tortilgan bo'ladi. Bo'yin kalta bo'ladi. Ko'pincha boshqa tug'ma nuqsonlar bilan birga keladi.

d) *Bo'yin qovurg'asi* - bunda bo'yin umrtqalarini pastki yoki ohirgisida ya'ni, C₇ dan qo'shimcha qovurg'a chiqqanligi ko'rinadi. Bemorlarda hech qanday shikoyat bo'lmaydi. Ularda o'mrov usti sohasida qattiq hosila ko'rinadi, paypaslanadi. Bemorga chuqur nafas olib qo'llarini ko'tarish tavsiya etiladi va ko'riladi.

Bemorlarda yelka pastroqqa tushadi va bo'yinni davomi hisobida ko'rinadi, bu esa "tyulensimon ko'rinishni" beradi. Ularda ham nerv va qon-tomirlar tomonidan o'zgarishlarni ko'rishimiz mumkin. Bosh og'ishi bo'yin qiyshayishi bo'lmaydi.

Rentgen tasvirida -qo'shimcha qovurg'a borligi aniqlanadi.

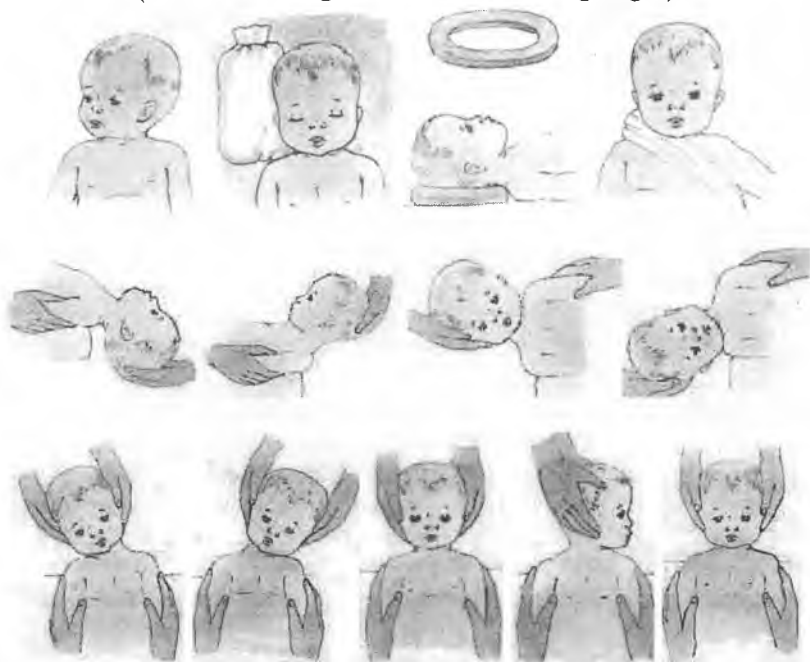
Ota-onalarga tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqligida davolovchi mashqni bajarishni o'rgatish

Bemor boshi zararlangan og'gan, iyagi esa qarama-qarshi tomonga qaragan. Shuning uchun bemorni boshini bir kunda 5-6 mahal 5-10 daqiqadan sog'lom tomonga egish va iyagini zararlangan tomonga qaratish kerak bo'ladi. Bu holatlar alohida-alohida bajariladi. Bu mashqlarni bajarish uchun oddiy stol ham bulaveradi. Bolani stolga orqasi bilan yotqiziladi, bunda bola boshi stolni chetidan chiqib turadi, bolani qo'lini tanasiga yaqinlashtirib ushlanadi va onasi bolani bosh tomoniga o'tirib ohistalik bilan quyidagi mashqlarni bajaradi (45-rasm).



O'ng tomonlama bo'yin qiyshiqligi.

(to'sh-umrov-so'rg'ichsimon mushak taranglashgan)



45-rasm. Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqligida davolovchi mashqlarni bajarilish bosqichlari

To'sh-o'mrov — so'rg'ichsimon mushakka lidaza yuborish

Buning uchun 1 ml li shprits olib, bir ampula 64 EDli lidazani 0.5⁰/₀ li 4.0 ml novokainda eritib, 1 mg ya'ni, 16 ED lidazani tortib olamiz, so'ngra bemorni orqasiga yotqizib ko'krak sohasini tagiga valik qo'yib biroz ko'taramiz. Bemorni boshini sog' tomonga qaratib, to'sh-o'mrov — so'rg'ichsimon mushakni zararlangan tomonini (tarang, kalta, qattiqligi yaqqol ko'rinib turadi), qo'l bilan ushlab eng tarang sohasi topiladi. Yod spirt bilan bir necha marta artilib, asta shu sohaga shprits ignasi 1 sm gacha sanchiladi. So'ng shprits porsheni tortib ko'riladi, qon chiqmasa, manfiy bosim hosil bo'lsa astalik bilan lidaza yuboriladi. Igna olinib o'rniga spirtli sharik qo'yilib bolani korrektsiyalovchi karton-paxtali, ya'ni Shants yoqasi ta'qib qo'yiladi. Bu muolaja har 3-4 kunda 1 marta bajariladi. Agar 16 ED bemorda allergik reaksiya chaqirmasa so'ng bemorni yoshiga qarab miqdorni ko'paytirish mumkin.

Karton, paxta, dokali Shants yoqasini taqish.

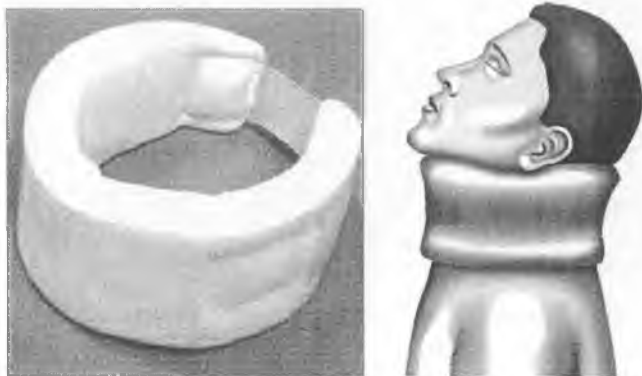
a) Bo'yin qiyshiqlarida taqiladi (46-rasm).

b) Buning uchun yoqani tayyorlab olish kerak, ya'ni bemorning yoshiga qarab mos holda karton o'lchab olinib, o'rtasi "o'rkach" holda kesib olinadi.

So'ngra, paxta qo'yilib ustidan doka o'raladi va dokaning ikki uchi kartonning ikki uchidan chiqarib qo'yiladi.

c) Bemorni boshini to'g'irlagan holda yordamchi ushlab turadi. Shants yoqasi o'rkachini qiyshiq tomonga to'g'irlab ikkinchi bir shifokor taqib bog'lab qo'yadi.

d) Yoqadagi "o'rkach" bosqichma-bosqich kattalashtirilib, bemor boshini giperkorrektsiya holiga olib kelinadi va bir oy mobaynida taqish tavsiya etiladi. Parallel holda fizioterapiya muolajalari buyuriladi.



46-rasm. Shants yoqasi

XX. Tug'ma maymoqlikni tug'riqxonada tashhislash

Maymoqlik belgilari bola tug'ilgandayoq bilinadi. Tug'ma maymoqlikda asosan 3 ta belgi ko'rinadi.

a) Ekvinus — oyoq panjasini tovonga qarab bukilishi.

b) Supinatsiya — oyoq kaft yuzasini ichkariga burilishi.

c) Adduktsiya- oyoq kaftini uchini ichkariga yaqinlashuvi.

Shu 3 ta asosiy belgisi bo'lgan bemorlarni aniq tashhis qo'yib, ortoped nazoratiga chiqarish zarur bo'ladi.

Tug'ma maymoqlikda Fink-Ettingin bo'yicha yumshoq bintlash texnikasi

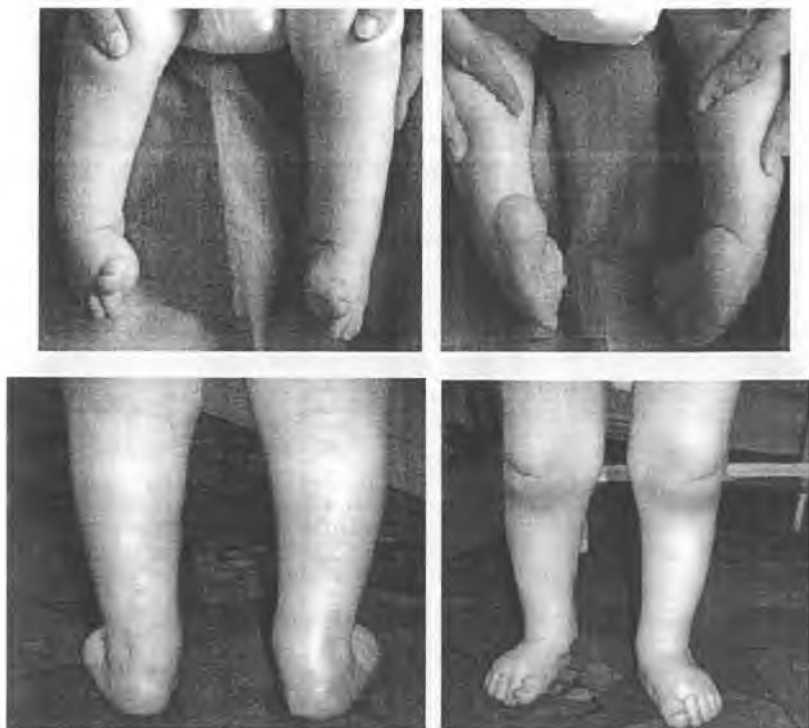
Bintning bir uchini oyoq kaftini orqa yuzasiga qo'yib oyoq tashqi qirrasidan orqa yuzasi orqali ichki tomonga va kaft yuzasi orqali o'raymiz va sonning pastki qismiga (tizza bo'g'imidan 90^0 ga bukilgan holatda) old yuzasi, ichki yuza va orqa yuzasi orqali sonni aylantirib chiqamiz, undan boldirning old yuzasi orqali o'tib, pastga qarab o'rab tushamiz va yana dastlabki holatdagidek oyoq kaftini o'raymiz. Shu tarzda bintlash bir necha marta bajariladi. Bintlashdan so'ng oyoq barmoqlarida ko'karish yoki oqarish kuzatilishi mumkin. Agar 5-10 daqiqa ichida bu belgilar o'tib ketmasa, bintni yechib, toki barmoqlarda normal tus hosil bo'lguncha kutiladi va so'ng qayta bintlanadi (47-rasm).

Tug'ma maymoqlikda redrisatsiyalovchi-korreksiyaalovchi gipsli bog'lam qo'yish texnikasi

Avvalam bor bemorni oyog'ini barmoq uchidan to sonni pastki uchdan bir qismigacha o'lchab olinadi va shu masofaga loyiq gipsli longeta tayyorlanadi. So'ng 3-4 ta gipsli bint tayyorlanadi. Bemorning orqasiga yotqizilib yordamchi shifokor oyoqni ushlab turadi. Oyoq tizza bo'g'imida 90^0 bukilgan va oyoq kafti redrisatsiya qilingan holatda ushlab turiladi. So'ng bemorni oyog'iga bintdan tayyorlangan 3-4 qavat taglik qo'yib so'ng langeta qo'yiladi. Asta gipsli bint o'ray boshlanadi. Bir vaqtini o'zida gipsli bog'larga oyoq kaftini normal holati berilib boriladi. 3-4 qavat o'ralgandan so'ng gipsli bog'lam korrektsiya holatida qotishi kutiladi. Qotgandan so'ng 30-40 daqiqa kutiladi. Bemorni oyoq panjalari harakati saqlangan bo'lsa, shishmasa, qon aylanishi buzilmagan bo'lsa uyga javob beriladi.



**47-rasm. Tug'ma maymoqlikni Fink Tug'ma maymoqlikni
Ettingen usulida bog'lash qo'llaniladigan shina**



48-rasm. *a-b* Tug'ma maymoqlik. V-g davolashdan keyin

XXI. Raxitik deformasiyani davolash

Raxit bolalar ichida ko'p uchraydigan kasallik bo'lib, Ca-P almashinuvini buzilishi, sklet va mushaklarni zararlanishi bilan namoyon bo'ladi. O'tkir davrida og'ir deformasiyani oldini olish uchun medikomentoz va parxez, hamda to'g'ri ovqatlanish ahamiyatga ega.

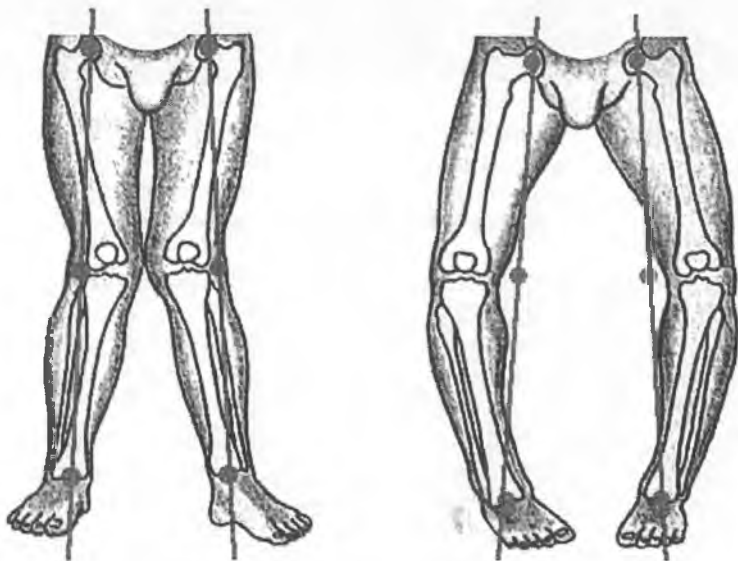
Qoldiq asoratlar bosqichida jarrohlik muolajalaridan foydalaniladi. Kichik yoshli bolalarda oyoq qo'llarni qiyshiqligini to'g'rilashda 3 yoshgacha etapli gipsli bog'lamlardan foydalaniladi. Gipsli bog'lam 10-12 kunga qo'yil almashtirilib boriladi, 3-5 yoshli bolalarga ya'ni konservativ da'vo yordam bermaganida jarroxlik muolajasi qo'llaniladi.

Asosiy va ko'p qo'llaniladigan usul bu — ponasimon osteotomiyadir. Suyakni kesib o'tish chizig'ida quyidagilar farqlanadi: ponasimon, chiziqli, sharnerli, burchakli suyak bo'lagini transpozitsiyasi bilan bajariladigan osteotomiyalardir. Og'ir deformatsiyalarda segmentar osteotomiyaga ko'rsatma beriladi.

Bolalarda raxitik deformatsiyani davolash murakkab kompleksli, konservativ va operativ usullar bilan birgalikda yangi zamonaviy medikamentos, fizioterapevtik, xirurgik usullar va uzoq muddatli reabilitatsiyani o'z ichiga oladi.

Hozirgi vaqtda klinikamizda profeccor [Xolxadjayev M.X.] boshchiligida kafedra xodimlari tomonidan amaliyotga tadbic qilingan raxitik deformatsiyani poliperforativ osteotomiya usulini qo'llab davolash yo'llga qo'yilgan bo'lib yahshi natijalar olinmoqda (49-rasm).

Bu usulni afzalliklari shundan iboratki- bunda teri va yumshoq tuqimalari kesilmaydi. Suyak maxsus igna bilan yumshatiladi va gips bog'lam bilan korrektsiyalanadi. Operatsiya vaqtida suyak usti pardasi jaroxatlanligi minimal bo'lganligi uchun suyakni tiklanishi boshqa usullarga nisbatan 1 — 1,5 oy erta yuzaga keladi va shunindek bemorlarni statsionardagi davolanish kuni qisqaradi.



Raxitik «X»- «O» simon deformatsiya



Raxitik «O» simon deformatsiya.



Osteotomiya o'tkazilayotgan holat



49-rasm. Poliperfarativ osteotomiya o'tkazilayotgan holat

XXII. Qomatning bo'zilishi

Qomatning buzilishini tashhislash

Qomat ko'p jihatdan umurtqa pog'onasiga bog'liq bo'lib, uning shakli asosan nasl, irsiyat va bola yoshi bilan ifodalanadi. Homila umurtqasi tekis yoy shaklida bo'lib, oldingi yuzaga ochilgan bo'ladi. Yangi tug'ilgan chaqaloqda umurtqa pog'onasi asosan yoy shaklda ko'rilsada, nafas yo'llari va me'da-ichak sistemasi havo bilan to'lgach to'g'rilanadi, shuning uchun ham tekis yuzaga butun uzunligi bilan tegib turadi. Keyinchalik yuqori joylashgan, xususan bosh va qo'llar, a'zolar og'irligi tufayli va tegishli mushaklar tonusi osha borgach fiziologik qiyshayishlar shakllana boradi.

Birinchii oylarda bola boshini ko'tarishga va tutib turishga harakat qila boshlagach, bo'yin sohasida oldinga bo'rtgan qiyshayish — lordoz paydo bo'ladi. Besh-olti oylik bo'lganda bola o'tira boshlaydi, natijada ko'krak sohasida orqaga bo'rtgan yoysimon qiyshayish — kifoz shakllanadi. Bola tik turib yura boshlagach, paraspinal mushaklar rivojlanishi bilan bel sohasida lordoz va dumg'aza-dum sohasida kompensator kifoz paydo bo'ladi. Shunday qilib, Shultes bo'yicha bir yashar bolalarda kattalarda mavjud umurtqa pog'onasining barcha fiziologik qiyshayishlari asosan shakllanib bo'ladi, ammo ular turg'un bo'lmay vertikal holatda yaxshi bilinadi.

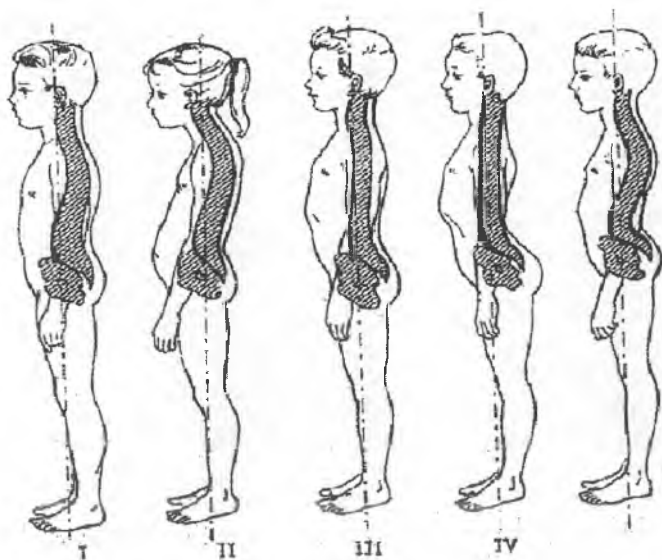
Goffning kuzatishicha, 6—7 yoshlarda umurtqa pogʻonasining qiyshayishlari turgʻunlashadi.

Bemor tekshirilayotganda simmetrik tomonlarini qiyoslash va toʻgʻri baholash uchun yalangʻoch boʻlishi shart. Yurganda va turganda qomatga ahamiyat beriladi, yaʼni boʻyin, elka kamari, chanoq, bel yuzalari va shakli, tana hamda oyoqlar simmetrikligi aniqlanadi.

Normal qomat bosh va umurtqa pogʻonasining toʻgʻriligi, dumba burmalarining simmetrikligi, oʻtkir oʻsimtalarning toʻgʻri chiziqda yotishi, yonbosh suyaklarining gorizontal yuzada bir xil turishi, sagittal yuzada umurtqa pogʻonasining fiziologik qiyshayishlari tekis tulqinsimon boʻlishi, oyoqlarning bir xil uzunlikdaligi toʻgʻri holati bilan ifodalanadi. Bunda tananing vertikal oʻqi Shtoffel boʻyicha kalla qutisi oʻrtasidan boshlanib pastki jagʻ suyagi orqa qirrasidan, boʻyin lordozi choʻqqisiga tegar-tegmas bel-dumgʻaza lordozini kesib, chanoq-son boʻgʻimi markazidan tizza boʻgʻimi oldingi yuzasi boʻylab oʻtib, panjada Shopar boʻgʻimining oldingi sohasida tugaydi. Shtoffel qomatning quyidagi turlarini ajratadi; agar umurtqa pogʻonasining fiziologik qiyshayishlari meʼyordan kam boʻlib, tekislanib ketgan boʻlsa, unda yassi qomat, deyiladi. Bunday qomatga ega bolaning koʻkragi yassilangan, kuraklari qanotsimon boʻrtib turadi, qorni ichkariga tortilgan boʻladi. Uning umurtqa pogʻonasi chidamliligi pasaygan, shikastlanish va yon tomonga qiyshayishga moyillik kuzatiladi.

Yumaloqlashgan qomat deganda fiziologik qiyshayishlarning meʼyordan ortiqligi tushuniladi, yaqqol koʻzga tashlanayotgan koʻkrak bukriligiga mos ravishda kompensator holda boʻyin va bel sohalaridagi lordoz kuchaygan boʻladi. Bu qomat egasining umurtqa pogʻonasi yon tomonga qiyshayishlarga juda moyil boʻladi. Nihoyat, qomatning bukri boʻlishi ham hayotda koʻp uchraydi. Ular koʻkrak sohasidagi kifozning oshib ketgani, umurtqa pogʻonasining qolgan qiyshayishlari esa nisbatan kamroq rivojlangani bilan ifodalanadi. Tananing vertikal oʻqi bunday qomat egalarida chanoq oʻqi orqasidan oʻtadi.

Shunday qilib, inson tanasining tuzilishi boʻyicha toʻrt xil qomat mavjud ekan, ulardan eng mukammali birinchisi hisoblansa, ikkinchi yassilangan turi — skoliozga, uchinchi va toʻrtinchi turlari esa kifoz, yoki lordoz turda qiyshayishga moyil boʻladi (50-rasm).



50-rasm. Shtoffel ta'rifiga ko'ra qomat turlari: I — me'yordagi; II — patologik (yumaloq va do'ng orqa); III—IV — patologik qomat (yassi orqa va yassi bukilgan orqa); V — kifoz.

Skolioz — umurtqa pog'onasini yon tomonga 10^0 va undan ortiq qiyshayishi, umurtqa tanasining torsiyasi va bemorni har qanday holatida qiyshayishi saqlanib turishiga aytiladi.

Tashhis qo'yishda bemorni turgan, o'tirgan, yotgan holatda tekshiramiz. Turgan holatda umurtqa pog'onasining frontal va sagital tekisliklar bo'yicha qiyshayganligini, yelkaning, kurakning, dumbaning simmetrikligi buzilishini aniqlashimiz mumkin.

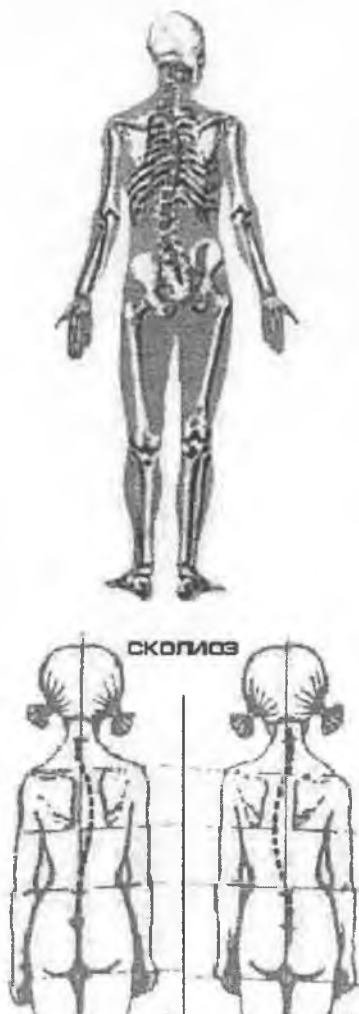
Bemor o'tirgan holatda umurtqa pog'onasida qiyshayishlarning o'zgarishi yoki turg'unligi, bo'g'imlarda harakat qilganda o'zgarishlari aniqlanadi.

Bemor har tomonga yotqizilib, qiyshayishlarning o'zgarishi yoki turg'unligi aniqlanadi. Yana turgan holda skoliozning tipi va shakli aniqlanadi. C₇ orqa o'simtasiga tosh osilgan ipcha fiksatsiyalanadi. Bunda orqa o'simtalar va ipcha orasidagi masofa, ipchaning dumba burmalari ustidan o'tganligi aniqlanadi. *Rentgenologik tekshirish uch holatda o'tqaziladi:*

a) Tik turgan holatda old va yon proektsiyada. b) Yotgan holatda old va yon proektsiyada. c) Yotgan holatda umurtqa pog'onasi o'qi bo'ylab tortgan holatda.

Skolios tashhisi uchun shu uchala holatda rentgen tekshiruvi o'tqazilishi shart. Yana skoliosda qo'shimcha holda o'tirgan holatda o'ngga va chapga burilgan holda old — orqa proektsiyada rentgen tekshiruvi o'tqaziladi.

Skolios umurtqaning o'ng yoki chap tomonga qiyshayishiga qarab o'ng tomonlam va chap tomonlama bo'ladi.



51-rasm. O'ng tomonlama chap tomonlama



52-rasm. Skoliozda bemorning orqa tomondan kurinishi
Skoliozda bemor umurtqalarining rentgenologik ko‘rinishi



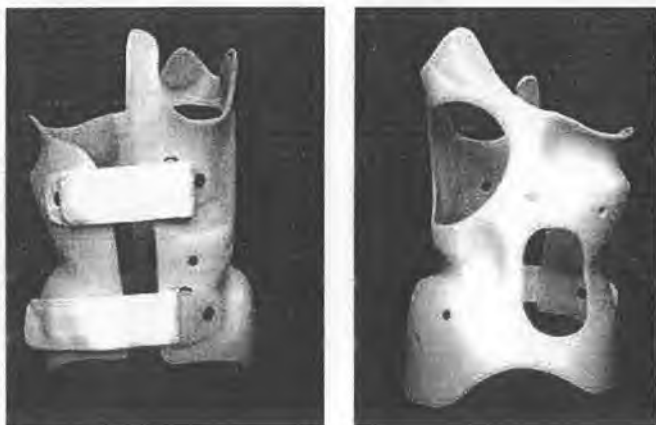
53 rasm. Skoliozda bemor umurtqalarining operatsiyadan keyin rentgenologik ko‘rinishi: a) skoliozda bemorning orqa tomondan b) operatsiyadan oldin, c) operatsiyadan keyin ko‘rinishi.



54 rasm. Skoliozning profilaktikasi va davolashda bajariladigan mashqlar

Yuqoridagi mashqlar umurtqa pog'onasi mushaklarini tonusini oshiradi. Bu mashqlarni bajarishda birinchi kunlari og'riq kuzatilishi mumkin, bu og'riqlar sekin-astalik bilan o'tib ketadi va mashqlarni kuchaytirish mumkin bo'ladi. Shuni nazarda tutish kerakki, qomatni buzilishi yuzaga kelmaslik uchun faol hayot tarzini olib borish va muntazam ravishda sport turlari bilan shug'ullanish zarur. Buning uchun eng foydali sport —bu suzish va gimnastika bo'lib bunda barcha gurux mushaklari qatnashadi. Yuqoridagi mashqlardan so'ng korset taqib yurish zarur (55-rasm). Skoliozda taqiladigan

korsetlardan yaxshi natija beradigani polivikdan tayorlangan, engil Sheno korseti bo'lib u bir vaqtini o'zida ham vertical va ham gorizontal yuzada korrektsiyani amalga oshiradi va shuningdek, umurtqa pog'onasi rotatsiyasini bartaraf etadi.



55-rasm. Sheno korseti

XXIII. Yassi panjalik

Yassi panjalik: tayanch-harakat sistemasidagi o'zgarishlar ichida ko'p uchraydigani hisoblanib, turli olimlarning ko'rsatishlari bo'yicha 17 dan 29% ni tashkil qiladi. Kasallik asosida panjaning ko'ndalang va bo'ylama gumbazlarini alohida-alohida bir vaqtning o'zida yassilanishi yotadi. Agar panjaning bo'ylama gumbazi pasaysa, yassi panjalik vujudga keladi. U ko'pincha panja oldingi qismining uzoqlashishi bilan birga kechadi, ko'pincha panja butunlay tashqariga og'adi. Bu hollarda deformatsiya yassi valgus panja deb ataladi. Umuman boldir-panja sohasi orqa yuzasi o'rtasidan o'tkazilgan vertikal chiziq tashqariga 60° gradusgacha og'sa, bu me'yor hisoblanadi, ichkariga og'ish normada kuzatilmaslgi kerak. Yurilganda panja yuzasi odatda 3 soxa bilan tanani ko'taradi; bular orqa tomondan tovon suyagi bo'rtig'i, oldingi yon tomonlarda esa birinchi va beshinchi kaft suyaklari boshi hisoblanadi. Bu uch soha o'zaro yoylar majmuasi bilan birlashib, panja gumbazini tashkil qiladi. Ichki yoy tovon bo'rtig'i bilan birinchi kaft suyagining boshi orasida bo'lib, uning chuqqisi

qayiqsimon suyakka to'g'ri keladi. U elastik va tashqi yoydan 3—4 barobar bo'rtiqroqligi bilan ifodalanadi. Panjaga tiralganda ichki yoy pasayadi, buning hisobiga panja uzayadi, oyoq yerdan uzilganda yoy va unga bog'liq holda panja uzunligi ham o'z holiga qaytadi.

Tashqi yoy tovon suyagi bo'rtig'i bilan V kaft suyagi boshi orasida bo'lib, uning chuqqisi kubsimon suyak sohasiga to'g'ri keladi.

Nihoyat, oldingi yoy panja uzunligiga ko'ndalang ravishda birinchi va beshinchi kaft suyaklari boshlari orasida joylashgan.

Shunday qilib, panja gumbazi deganda, asosan uch yoy majmuasidan iborat bo'rtiq ikki yuza tushuniladi. Panja gumbazi mayda suyaklar, bog'lam-pay, fastsiya va mushaklar hisobiga katta-katta yuklarni bemaolol ko'tarishni, ohista tekis yurishni ta'minlaydi.

Kelib chiqishiga qarab yassi panjalikni tug'ma va orttirilgan turlari ajratiladi. Ayrim bolalarda panja gumbazi yassi bo'lsada, balog'atga yetguncha, tana og'irligi oshgunga qadar hech qanday klinik belgilar kuzatilmaydi. Boshqa bolalarda panja gumbazi qoniqarli rivojlangan, lekin patologik abduksiya mavjud bo'ladi. Bu ikkala xolda o'zgarish mushaklar va panja bog'lam apparatining kuchsizligidan darak beradi.

Tug'ma yassi panjalik nisbatan kam uchraydi, T. S. Zatsepin ko'rsatkichlari bo'yicha panja deformatsiyalarining 11,5% ni tashkil qiladi. Sabablari homilaning noto'g'ri rivojlanishi, amniotik tortmalar, kichik boldir suyagining yaxshi shakllanmaganligi, yoki umuman yo'qligi bo'lishi mumkin. Tug'ma yassi panjalik ko'pincha valgus deformatsiya bilan birgalikda uchraydi.

Orttirilgan yassi panjalikni raxitik, paralitik, travmatik va statik turlari kuzatiladi. Raxitik yassi panjalik maktabgacha yoshda raxit xastaligi bo'lgan bolalarda uchraydi. Suyaklarning yumshoqligi va og'irlikka qarshiligi pasayganligi, umuman mushak-bog'lam apparatining sustligi yassi panjalikka olib keladi. Panja tana og'irligi tufayli pronatsiya holatiga o'tib, oldingi qismi o'rta chiziqdan qochadi va panja gumbazi pasayadi. Bu turdagi yassi panjalikning oldini olish va davolash raxit kasalligini bartaraf etish hamda davo tadbirlariga uzviy bog'liqdir. Paralitik yassi panjalik bolalarda asosan poliomielit kasalligi asorati sifatida yuzaga keladi. Uning darajasi falajlik darajasi va mushaklarning nechog'li zararlanganligiga bog'liq. Ya. D. Shoxmanning tekshirishlari bo'yicha, yassi valgus panjalik katta yoki kichik boldir muskullarining ikkalasini yoki birinchisini zararlab, qolgan mushaklar faoliyati qoniqarli saqlanib qolishidan kelib chiqadi.

Travmatik yassi panjalik esa ko'pincha to'piqlar sinishidan (N. G. Dam'e), kamroq panja suyaklari butunligi buzilimagan, katta va kichik boldir suyaklari orasidagi bog'lamning uzilishidan ham hosil bo'lishi mumkin. Boldir, panja sohalarida shikastlanishni to'g'ri aniqlash va gips bog'lamini qo'yishda korrektsiyaga e'tibor berilsa travmatik yassi panjalikning oldini olgan bo'lamiz.

Bolalarda statik yassi panjalik uning eng ko'p tarqalgan shakliga kiradi (M. V. Volkov, N. N. Priorov, L. E. Ruxman va boshqalar). Uning asosiy kelib chiqish sababi mushaklar tonusining pasayishidir. Masalan, panjani tashqariga buradigan mushaklar kuchi kamayishi natijasida panjaning ichki qirrasi pastga tushib, tashqi qirrasi ko'tarilishga moyil bo'ladi, bora-bora bu holat turg'unlashadi, natijada yassi panjalik rivojlanadi.

Yassi panjalikning dastlabki belgilari oyoqlarning kun oxiriga borib charchashi va boldir orqa yuzasi sohasida mahalliyashmagan og'riqni sezish hisoblanadi. Keyinchalik turganda va yurganda og'riq kuchayadi. Maktab yoshidagi bolalarda umumiy charchoqlik, holsizlik, bosh og'rig'i va o'zlashti-rishning pasayishi kuzatiladi. og'riq endi panja osti sohasida, gumbazida, oshiq qayiqsimon bo'g'im atrofida va boldir mushaklarida mahalliyashadi. Ayrımlarda ishias manzarasini berishi, ya'ni og'riq to'piq sohasidan songa uzatilishi mumkin. Ob'ektiv ko'rilganda panjaning uzaygani, o'rta qismi nisbatan kengligi, panja bo'ylama gumbazi yassilangani, panjaning ichkariga buralib tovon tashqariga surilgani ko'zga tashlanadi. Oyoq kiyimining ichki tomonlari «yoyilib» ketganini ko'rish mumkin. Tashxislashda oyoq panjasi bosib yuriladigan yuzasi aksini qog'ozga tushirish (plantografiya) va panja ko'rsatkichlarini Fridland usulida o'lchash (podometriya) ham mumkin.

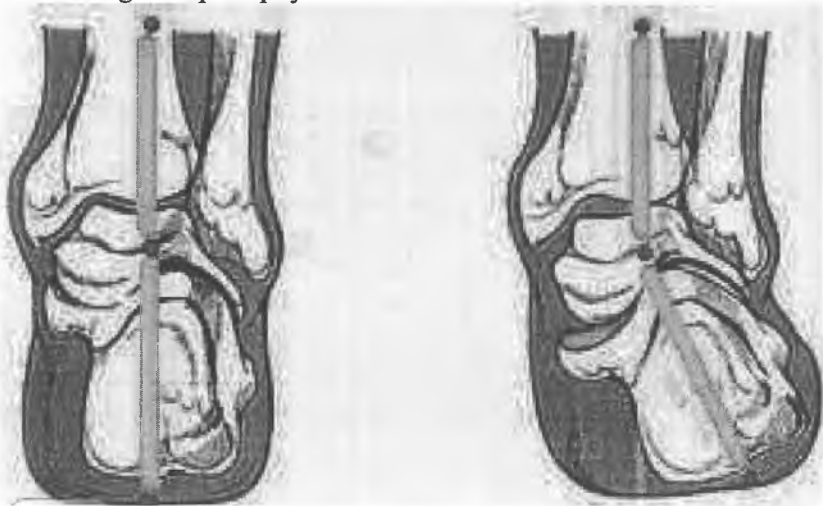


56 rasm. a) normal b) yassi v) yassi panjada deformatsiyaning panja panja ko'rinisi

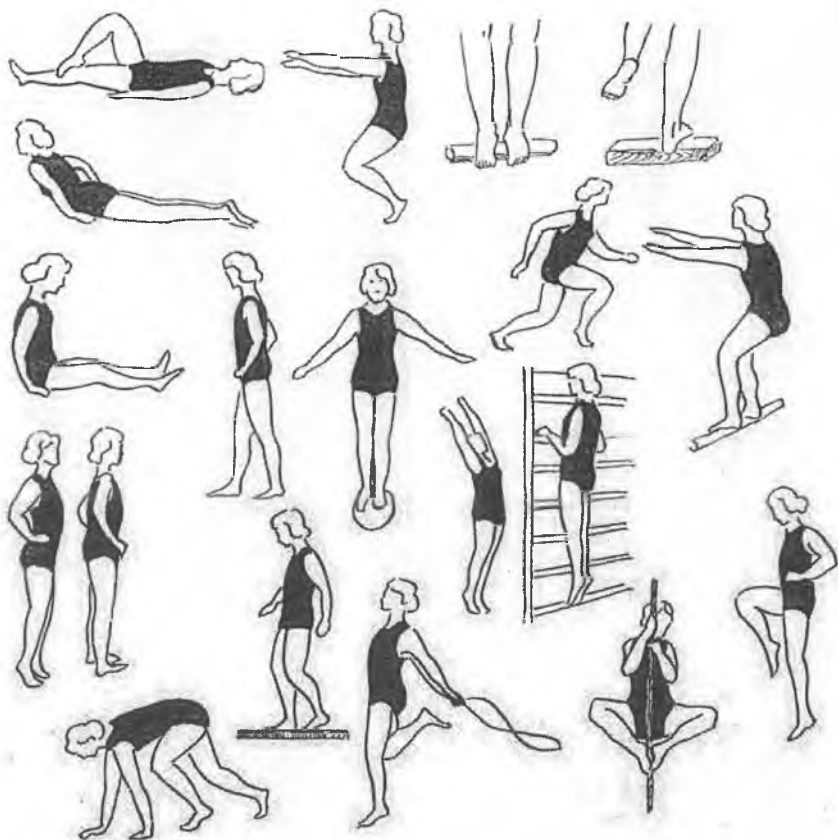


57-rasm. **Plantografiya.** 1. normal panja, 2. yassi panjani I- darajasi, 3. yassi panjani II- darajasi, 4. yassi panjani III- darajasi

Panjaning rentgen tasviri esa, suyaklarning bir-biriga munosabati qay darajada o'zgarganligini ko'rsatadi. Bunda panjaning barcha suyaklarida o'zgarish yuzaga keladi, tovon, oshiq va kaft oldi suyaklari dislokatsiyaga uchraydi. Bo'g'imlarda sekin-astalik bilan degenerativ o'zgarish yuzaga kelib artrozga sabab bo'ladi va bu insonni nogiron qilib qo'yadi.



58-rasm. **a) normal panja b) yassi valgus panja**



59-rasm. Davolash mashqlari

Yassi panjalikni davolash- turli vannalar (tuzli, sodali, dengiz tuzi bilan) qilish, uqalash, davolovchi gimnastika, elektr toki bilan mushaklarni ta'sirlab ular tonusini oshirish, yalangoyoq yurishdan iborat. Bolalarga tabiiy panja gumbazini shakllantirishda yordam beruvchi moslamalar (supinator) buyurish, jismoniy tarbiya bilan muntazam shug'ullantirish, suzish, panjaga mos poyafzal kiydirish zarur. Ayrim bemorlarga bosqichma-bosqich gips bog'lami qo'yiladi, kamdan-kam hollarda esa yassi panjalik operatsiya usulida bartaraf etiladi.

Yassi panjalikning davolashda quyidagi mashqlarni muntazam bajarish zarur.

- a. Tekis bo'lmagan yuzada oyoq kiyimisiz 8-12 marotaba yurish
- b. Oyoq kiyimisiz qumda panjani tashqi yuzasini bosib yurish
- c. Oyoq kiyimisiz qiyalikda panjani tashqi yuzasini bosib yurish
- d. Oyoq kiyimisiz yog'ochda yon bilan yurish
- e. By gimnastikalar yassi panjalikda inson uchun kundalik odatiy mashqiga aylanishi kerak va bir kunda 2-3 marotaba bajarish maqsadga muvfiqdir.
- f. Bu mashqlarni bajarib bo'lgach har doim stel'kada yurish zarur (60-rasm).



60-rasm. Supinatorli stel'ka

XXIV. Hushdan ketish, kollaps va shokda birinchi yordam ko'rsatish

Hushdan ketish to'satdan qisqa vaqtga hushdan ketish bo'lib, miyaning birdaniga qonsizlanishidan sodir bo'ladi. Obmorok asab tizimi chidamsiz, zaif, astenik konstitutsiyaga ega kishilarda, charchash, og'ir jismoniy yoki psixomotsional zo'riqishdan so'ng, kuchli og'riqlar natijasida, ayrim holda esa qo'rqish natijasida ham kelib chiqadi. Hushdan ketishning kechishi miyada to'satdan qon aylanishi yetishmovchiligi va uning ishemiyasi (qonsizlanishi)ga bog'liq. Bu qorin bo'shlig'i qon tomirlarining kengayishi va qonning organizmda qayta taqsimlanishi tufayli yuz beradi. Bu jarayon boshlanishida bemor esnashi,

yuz terisining oqarishi, peshonasidan sovuq ter ajralishi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi. Shundan so'ng bemor hushini

yo'qotib yerga yiqiladi. Ba'zan obmorok yuqoridagi belgilersiz ham ro'y berishi mumkin.

Birinchi yordam: hushdan ketish nisbatan kam vaqt davom etishiga qaramasdan, hushdan ketgan kishiga, albatta, tezlik bilan birinchi yordam ko'rsatish zarur. Birdaniga uning oyoqlarini tepaga ko'tarish kerak, shunda miyada qon almashinuvi tiklanadi, toza havoga olib chiqish, boshini teparoq qilib orqasi bilan yotqizib qo'yish lozim. Ko'krak qismidagi tugmalarni bo'shatish kerak, chunki bo'yin va ko'krak qisilib qolmasligi kerak. Ko'pincha to'g'ri yordam ko'rsatish natijasida hushdan ketish holati tezda o'tib ketadi. Shuningdek, oddiy usullar bilan ham tashqi qo'zg'alish ta'sirini o'tkazish mumkin: yuziga shapatlab urish; o'tkir hidli moddalarni (ammiak), masalan, navshadil spirtini paxtaga tomizib hidlatish kerak. Agar behush kishi xirillab nafas ola boshlasa yoki nafas olishi umuman to'xtasa, unda tili og'iz orqasiga ketib qolmaganligini tekshirish lozim. Nafas olish va tomir urishi to'xtasa, bu holat organik kasalliklari bo'lganda (yurak porogi, yurak ritmi buzilganda, serebral-qon tomir yetishmovchiligida, miokard infarktida, o'pka arteriyasi tromboemboliyasida) tezda jonlantirish tadbirlarini hamda shifoxonaga joylashtirish choralarini o'tkazish lozim.

Kollaps yurak-tomir yetishmovchiligining nisbatan og'ir ko'rinishi hisoblanadi. Kollaps holatida tana harorati pasayadi, ter ajraladi, teri qoplamlari oqaradi, puls juda kuchsizlanib ipsimon bo'ladi (terining marmar rangida bo'lishi, siydik ajralishining kamayishi yoki to'xtashi, miya gipoksiyasi paydo bo'lishi).

Tez yordam ko'rsatish tadbirlari:

1) kollaps holatidagi bemor boshini pastga qaratib qo'yish kerak;
2) vena tomiriga asta-sekin quyidagi vazopressor vositalar yuboriladi:

- mezaton 1 % — 0,2—0,3 ml 0,9 % li natriy xlorid eritmasida;
- noradrenalin 0,1 % — 1,0;
- poliglyukin, reopoliglyukin 400,0 ml tomchilatib;
- prednizolon 60—90 mg;
- puls kamayganda atropin 1 % — 1;

3) zudlik bilan asosiy kasalligi bo'yicha gospitalizatsiya qilish.

Hushning yo'qolishi — shunday holat bo'lib, bunday shaxs harakatsiz

yotadi, savollarga javob bermaydi, tashqi ta'sirlarni qabul qilmaydi. Bunday holatda nerv faoliyatining buzilishi, organizmning tashqi ta'sirga reaksiyasi pasayishi va yo'qolishi hamda o'z shaxsini

anglash qobiliyatining o'zgarishi haqida o'ylash kerak. Bunday holat ko'plab sabablar natijasida kelib chiqadi, lekin barcha hollarda sezgi markazi — bosh miya jarohatlanadi. Miyaning jarohatlanishi

bevosita ta'sir natijasida — bosh jarohatlanishlarida qon qo'yilishi, elektrdan shikastlanish, zaharlanishlar (shu jumladan, alkogolizm) natijasida yuzaga kelishi, shok, yurak kasalliklari, jigar yoki bo'yрак yallig'lanishida va sovuq urganda yuz berishi mumkin.

Hushini yo'qotgan bemorlarga hech qachon sovuq ichimlik ichirishga va ovqat yedirishga harakat qilmaslik kerak. Ular yutina olmaydilar, shu tufayli suyuqlik yoki ovqat nafas yo'llarini berkitib qo'yishi mumkin. Agar yurak faoliyati va nafas olishi to'xtagan bo'lsa, bu faoliyatlarni tiklash bilan bir vaqtda shoshilinch davolash muassasasiga olib borish lozim.

Hushini yo'qotgan bemorlar transportirovkasi: harakatsiz holatda yon tomoniga yotqizib, albatta, kuzatuvchi shaxs bilan birga olib borilishi kerak.

Shok

Shok — ingliz tilidan «zarba» deb tarjima qilinadi. Bundan 200 yil muqaddam kuchli jarohatlovchi ta'siridan kelib chiquvchi holatga shunday nom berilgan. Shok o'zida ko'plab simptomlarni mujassamlashtiradi, bu belgilar bemor yoki shikastlangan shaxs holatining og'irligini ko'rsatadi.

Shokning bir necha turlari farqlanadi. Amaliyotda ko'proq uchraydiganlari:

travmatik, kardiogen, anafilaktik, kuyish shoki, infeksiyon, allergik, gemorragik, elektr shoki.

Travmatik shok — turli a'zolar va tana qismlarining shikastlanishi tufayli sodir bo'ladi. Travmatik shok rivojlanishiga olib keluvchi asosiy omillar: a) og'riq; b) qon yo'qotish; v) shikastlangan to'qimaning parchalanish mahsulotlari bilan organizmning zaharlanishi.

Klinikasi: travmatik shokning kechishida 2 davr farqlanadi; erektill (qo'zg'alish) va torpid (tormozlanish). Erektill davr travmadan so'ng birdaniga boshlanib, hushning saqlanishi, harakat va nutq qo'zg'alishlari, o'ziga va atrofdagilar holatiga tanqidiy qarashlarning yo'qligi bilan tavsiflanadi. Terisi oqargan, ko'z qorachiq-lari yorug'lik ta'sirida yaxshi kengaygan, qon bosimi normada bo'lib, tomir urishi biroz tezlashgan. Bu davr o'rtacha 10—20 minut davom etadi. Shundan so'ng torpid davr boshlanadi, bunda qon bosimi birdan

keskin pasayadi, sovuq ter bosadi, tana harorati pasayadi, yaqqol tormozlanish rivojlanadi va o'lim yuz berishi mumkin.

Birinchi yordam: — nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini tiklash; qon ketishini to'xtatish, jarohatlarda immobilizatsiya qilish, og'riqsizlantirishni o'tkazish, jarohatlangan kishini eng yaqin tibbiyot muassasasiga tezda va ehtiyot qilgan holda olib borish kerak.

Kuyish shoki jarohatlangan kishi tanasining 15–20 % qismi kuyganda kuzatiladi. Klinikasi ikki bosqichda kechadi: 1) qo'zg'alish bosqichida kuchli og'riq, harakat bezovtaligi, ter bosishi, qaltirash. 2) 6–12 soatdan keyin kuygan kishi og'riqni sezmaydi, sovuq ter bosishi kuzatiladi, «qahva quyqasi» ko'rinishida qusishi mumkin, qon bosimi keskin pasayadi, tomir urishi tezlashadi, umumiy tormozlanish kuzatiladi. Tez yordam: a) kuyish manbasini o'chirish; b) kuyishning aniq vaqtini aniqlash; v) «kaft» qoidasi bo'yicha tananing qancha qismi jarohatlanganini aniqlash; g) og'riqsizlantirishni o'tkazish; d) vena ichiga suyuqliklar yuborish; e) tezkor va ehtiyotkorlik bilan jarrohlik-kuyish bo'limiga gospitalizatsiya qilish. Transportirovkada jarohatlanmagan tomon bilan yotqizish kerak.

Gemorragik shok asosida o'tkir qon yo'qotish yotadi (masalan, bachadondan tashqaridagi homiladorlikda). Qon yo'qotishga puls tezlashishi, arterial qon bosimining pasayishi, teri va shilliq qavatlarning rangi oqarishi, ong tormozlanishi, hushning buzilishi qo'shiladi. Arterial qon bosimining 75 mm simob ustidan pasayib ketishi chegara holat hisoblanadi. Aylanib yurgan qon hajmining tezda kamayishi 30 % ga yetsa, yurak to'xtashidan o'lim yuz beradi. Elektr shoki tok urganidan so'ng 2–3 soat mobaynida hayot uchun muhim sanalgan uzunchoq miyadagi nafas markazining falaji evaziga sodir bo'ladi. Shuning uchun ham, elektr shikastlari qay darajada bo'lishidan qat'i nazar, bunday bemorlar shifoxonaga yotqizilishlari shartdir.

Anafilaktik shok allergik reaksiyalar to'plami hisoblanib, juda og'ir darajada kechadi. Anafilaktik shokning doimiy belgilaridan bo'lib, o'tkir tomir yetishmovchiligi, qon bosimining keskin tushishi bilan, yuzning oqarishi yoki giperemiyasi, tsianoz, kuchli terlash, puls ipsimonligi hisoblanadi. Yurak ritmi chastotasi va to'g'riligi buziladi. O'pka shishi rivojlanishi mumkin va qo'ng'iroqsimon nafas paydo bo'lishi, ko'p miqdorda ko'pikli balg'am ajralishi, o'pkaning barcha yuzasi bo'yicha xirillashlar, bronxospazm paydo bo'lishi kuzatiladi. Psixomotor qo'zg'alishlar paydo bo'lishi mumkin, u adinamiyaga, hushni yo'qotishga, ixtiyorsiz siydik ajralishiga va defekatsiyaga

sababchi bo'ladi. Ba'zan alohida muskul guruhlarining fibrillar uchishi hamda tonik yoki klonik

tirishishlar yuz berishi mumkin.

Anafilaktik shokda birinchi yordam quyidagi ketma-ketlikda ko'rsatiladi: — allergik reaksiya chaqirgan preparatning inyeksiya qilingan yoki hasharot chaqqan joyining proksimal (yuqorigi) qismiga bog'lagich siqib qo'yiladi, bu venoz shishni blokada qiladi va organizmga allergen

kirishiga yo'l qo'ymaydi; teri ostiga 0,5 adrenalin qilinadi; maska yordamida kislorod berish kerak; tomoqning o'ta shishida va nafas yo'llarining o'tkazuvchanligi buzilganda Dyuflo ignasi yordamida konikotomiya qilinib, kateter kiritiladi; agar adrenalin kiritilishi natijasiz bo'lsa, gemodinamikani stabilizatsiya qilish va tsirkulatsiya bo'layotgan qon hajmini tiklash uchun poliglyukin tomchilatib yuboriladi; bronxospazmni yo'qotish uchun 5–10 ml 2,4 % eufilin yuboriladi; shu bilan birgalikda, antigistamin (dimedrol, suprastin, pipolfen) preparatlar yuboriladi; vena ichiga kortikosteroidlar (prednizolon, gidrokortizon) yuboriladi.

XXV. Qoqsholga qarshi zardob (QQZ) kiritish texnikasi

Chiqarilishi: 1 amp. — 3000 XB profilaktika uchun.

Q. Q. Z. (Qoqsholga qarshi zardob) kiritish uchun zarur bo'ladi.

a) Q. Q. Z. (Qoqsholga qarshi zardob)

b) Q. Q. Z. ning (Qoqsholga qarshi zardob) 1 : 100 suyiltirilgan eritmasi.

c) 0.1 ml bo'linishga ega bo'lgan steril shprits.

d) Spirtli paxta.

Q. Q. Z. (Qoqsholga qarshi zardob) kiritish uchun organizmni sezgirligini aniqlashimiz kerak. Buning uchun zardobning 1 : 100 nisbatidagi eritmasi (dori qutisi ichida alohida ampulada bo'ladi) olinib, maxsus 0.1 ml kiritamiz. Sinama natijasini 20 daqiqadan so'ng o'qiladi:

1. Qoqsholga qarshi zardob kiritilgan joyda shish va qizarish 1 sm dan kichik bo'lsa reaksiya manfiy sanaladi.

2. Qoqsholga qarshi zardob kiritilgan joyda shish va qizarish 1 sm va undan katta bo'lsa reaksiya musbat sanaladi.

Reaksiya manfiy bo'lganda kiritilish kerak bo'lgan zardobdan (3000 XB- ko'k rang bilan markirlangan ampula) 0.1 ml yelka sohasiga teri ostiga yuboriladi. 30 daqiqadan so'ng reaksiya natijasi

manfiy bo'lsa qolgan doza kurak osti sohasiga teri ostiga yuboriladi. Qoqsholga qarshi shoshilinch maxsus profilaktika o'tkazishga ko'rsatma:

* Teri va shilliq qavatlar butunligi buzilishi bilan kechadigan jarohatlar.

* Sovuq urishi va 2-3-4 — darajali kuyishi.

* Kasalxonadan tashqari abortlar.

* Meditsina muassasasidan tashqari tugruqlar.

* To'qimalar nekrozi, gangrenasi. Abtesslar.

* Hayvonlar tishlaganda.

* Oshqozon — ichak traktining teshib o'tuvchi jarohatlarida.

Qarshi ko'rsatmalar:

* Shu preparatlarga allergik reaksiya borligi.

* Homiladorlik.

Qo'l-oyoq suyaklarining chiqishlari

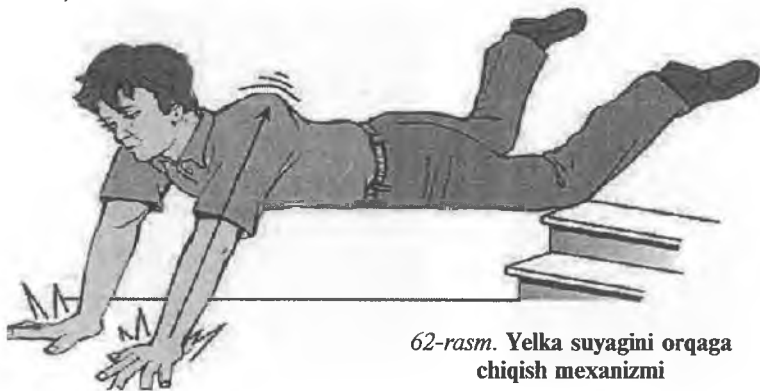
Yiqilish yoki qattiq zarba, ya'ni bevosita — bilvosita jaroxatlar natijasida bo'g'im yuzalarining bir-biriga nisbatan siljishiga chiqish deb ataladi. Sharsimon bo'g'implarning chiqib ketishi oson kechadi, shuning uchun ham yelka suyagining chiqishi ko'proq uchrab turadi. Chiqishda periferiyada joylashgan suyakning nomi qo'llaniladi. Bundan chiqishlarning nomi kelib chiqadi. Masalan, yelka bo'g'imidagi chiqish — yelkaning chiqishi, tos-son bo'g'imidagi chiqish — sonning chiqishi va boshqalar. To'liq chiqishlar (suyaklarning bo'g'im yuzalari bir-biriga tegmay qolganda) va chala chiqishlar (bo'g'im yuzalari qisman bir-biriga tegib turganda) farqlanadi. Shuni ham nazarda tutish kerakki, chiqishlarda nafaqat bo'g'im yuzalarining siljishi, balki bo'g'im kapsulasining, paylar, ba'zan esa qon tomirlari va hatto nervlarning shikastlanishlari ham kuzatiladi.

Chiqishning simptomlari — qo'l yoki oyoqning majburiy holatdagi fiksatsiyasi, deformatsiya, faol va passiv harakatlarda og'riqning kuchayishi, oyoq yoki qo'l uzunligining o'zgarishi, prujinasimon qarshilik (harakatlantirishga intilganda jarohatlangan bo'g'imda holatni o'zgartirishga qarshilik seziladi va og'riq paydo bo'ladi (61-rasm). Qo'llardagi chiqish oyoq chiqishiga nisbatan 2 barobar ko'p uchraydi va u hamma chiqishlarning 60 % ni tashkil etadi. Oyoqlardagi chiqishlar, mos ravishda, 40 % ni tashkil etadi. Bunda yelka chiqishi 41 %, tirsak chiqishi 16 %, kaft va barmoqlar chiqishi 4 % atrofida kuzatiladi.



61-rasm. Chiqishda majburiy holat

Oyoq bo'g'imlaridagi chiqishlardan son suyagining chiqishi ko'prok uchraydi (27 %). Tizza chiqishi 2 % ni va tovon chiqishi 1% foizdan ko'proqni tashkil etadi. Birinchi yordam kursatishda qo'l - oyoqni shina va qattiq ro'mol bilan immobilizatsiyalash, analgetik dorilar berish va travmatologiya punkitlariga, yoki statsionarga olib borishdan iborat. Har xil joylardagi chiqishlarda asosiy birinchi yordam, shikastlangan oyoq, yoki qo'lni harakatsizlantirish va tezda bemorni travmatologiya bo'limiga jo'natishni o'z ichiga oladi (62-rasm).



62-rasm. Yelka suyagini orqaga chiqish mexanizmi

Qo'l bo'g'imlarining chiqishi, yelkaning chiqishi kuchli og'riq va uning funksiyasi buzilishi bilan kechadi.

Yelka suyagi chiqishida uninig boshini joylashuviga qarab oldinga, orqaga va pastga chiqishlarga bo'linadi.



63-rasm. Yelka suyagini chiqish turlari

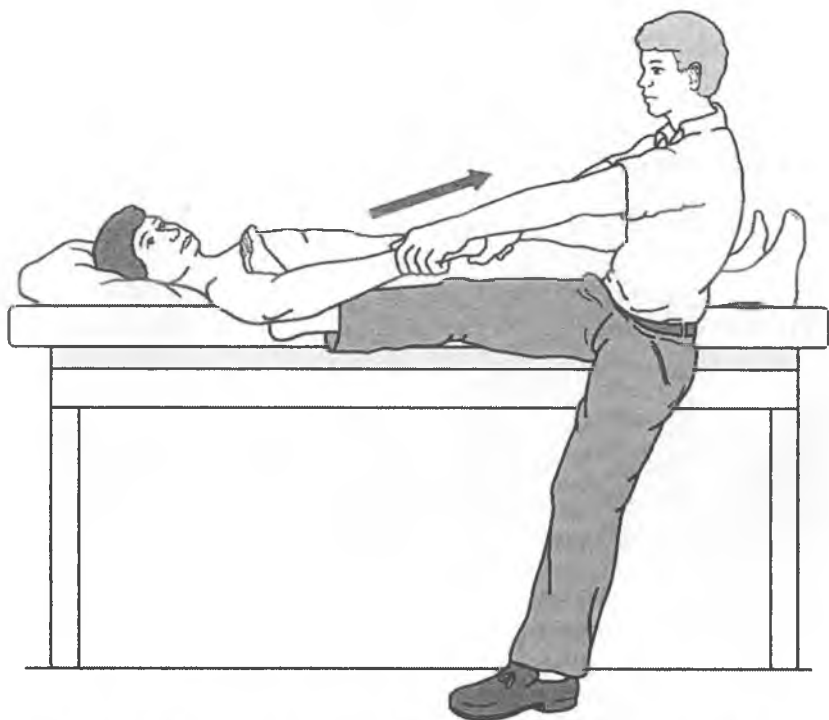
K l i n i k a s i- bemorning chiqqan qo'li tomondagi yelkasi pastga tushgan, boshi shu tomonga og'gan, sog'lom qo'li bilan chiqqan qo'lni ushlab turishga harakat qiladi. Shikastlangan qo'l tanadan uzoqlashgan, tirsak bo'g'imi bukilgan va xuddi uzayibroq qolgandek ko'rinadi. Yelka bo'g'imining normal yumaloqligi yo'qolib, uning tashqi yuzasi, yelka suyagi boshining siljishi natijasida, tekislanib qoladi. Bu bo'g'imning faol harakati yo'q, sekin harakatlantirilganda yelkaning «tarang fiksatsiyasi» kuzatilib, tirsak bo'g'imini tanaga yaqinlashtirib bo'lmaydi (64-rasm).



64-rasm. Yelka suyagini chiqishini anatoma-rentgenologik ko'rinishi

D a v o l a sh. Yangi chiqishlarda yelka suyagini joyiga solish bir nechta usullarda olib boriladi.

Gippokrat-Kuper usuli. Shifokor bemorni qo'li chiqqan tomonda yuzma-yuz o'tirgan holda ikala qo'li bilan bemorni chiqqan qo'lini ushlaydi va tovonini bemorni qo'ltigi ostiga q o'yib qarama-qarshi tomonga tortib qo'lni rotatsyalaydi (65-rasm).



65-rasm. Yelka suyagini chiqishini Gippokrat-Kuper usulida joyiga solish

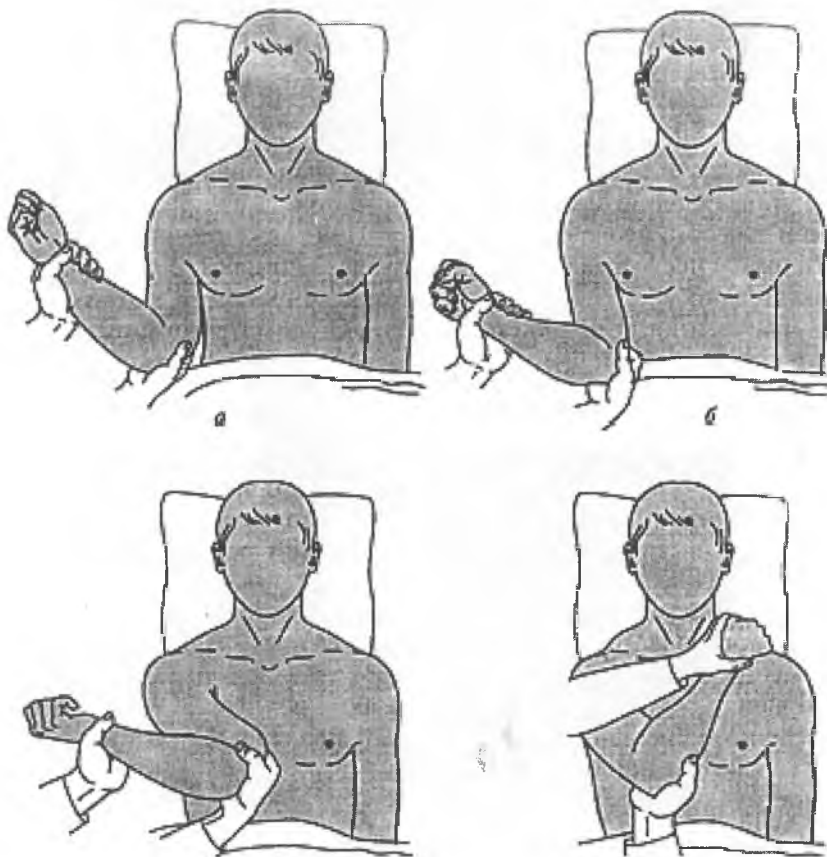
Koxer usuli. 4 bosqichda olib boriladi.

B i r i n c h i b o s q i c h. Bemorni qo'li stol chetiga chiqib turgan holda yotqiziladi va jarroh bir qo'li bilan bemorni qo'lini pastki uchligidan ushlaydi, ikkinchi qo'li bilan to'g'ri burchak ostida bukilgan tirsakdan ushlaydi va tanaga ohista yaqinlashtiradi, yelka o'qi bo'ylab tortadi.

I k k i n c h i b o s q i c h. Bemorni qo'lini jarroh tashqariga rotatsiyalagan holda tanaga nisbatan frontal yuzaga olib keladi. Bu bosqichda yelka suyagini boshi ko'p hollarda joyiga tushadi.

U c h i n c h i b o s q i c h. Bemorni qo'li tashqariga rotatsiyalagan va tanaga nisbatan frontal yuzada turgan holda bilakni yuqoriga va oldinga tirsakni to'sh tomonga olib kelinadi. Bu bosqichda yelka suyagini boshi ko'p hollarda joyiga tushadi.

T o' r t i n c h i b o s q i c h. Uchinchi bosqichni mukammal bajargan holda bilak richak sifatida qo'llanilib birdaniga rotatsiyalantiriladi. Bunda panja sog'lom bo'g'imga olib boriladi va bilak ko'krakka qo'yiladi. Bu bosqichda yelka suyagini boshi joyiga tushadi (66-rasm).





I



II



III

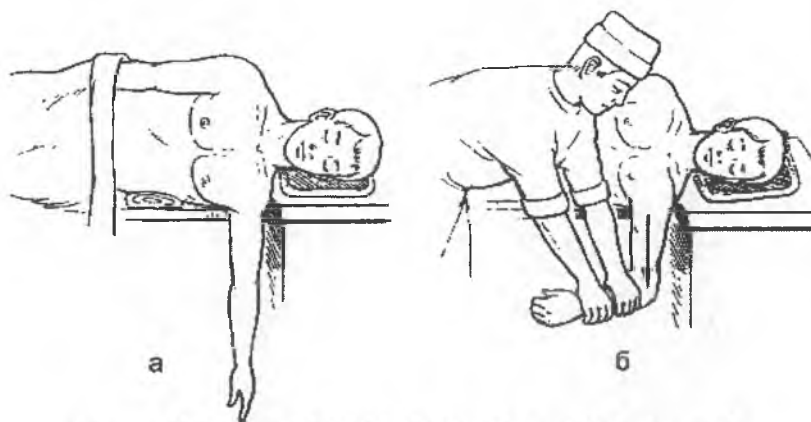


IV

66-rasm. Yelka suyagini chiqishini Koxer usulida joyiga solish

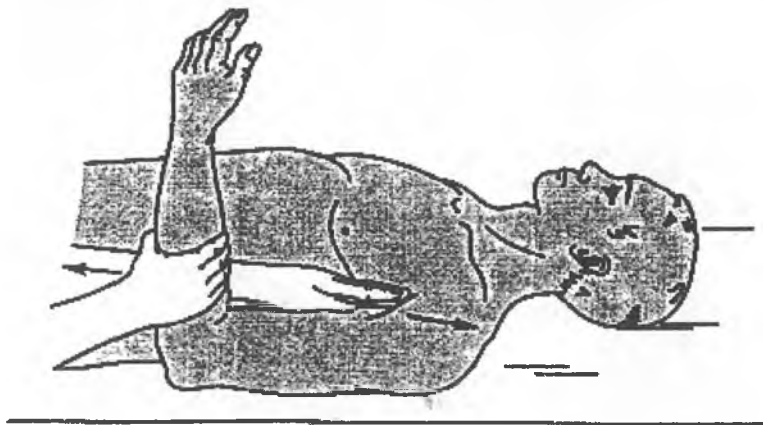
Djanilidze usuli. Umumiy og'riqsizlantirish ostida bemor stolga yotqiziladi. Bunda bemorni qo'li yon tomonga stoldan erkin osilib turadi. 10-20 minut shu holatda bemorni qo'li mushaklar

bo'shashishi uchun osilib turadi. So'ngra jarroh bemorni qo'lini tirsakdan bukib bosib rotatsiyalaydi va boshchani bosib joyiga soladi (67-rasm).

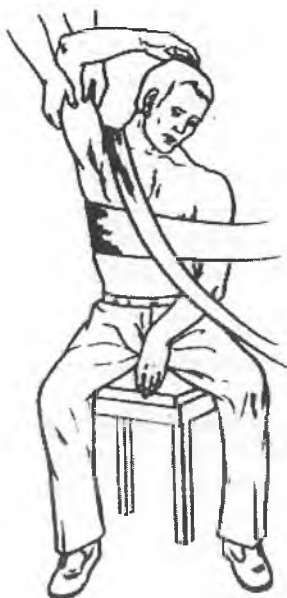


67-rasm. Yelka suyagini chiqishini Djanilidze usulida joyiga solish

Chaklin usuli. Umumiy og'riqsizlantirish ostida bemor stolga yotqiziladi va jarroh qo'lini mushtlab bemorni chiqqan qo'ltig'i ostiga qo'yib tortib joyiga soladi. Chaklin usuli nisbatan atravmatik bo'lib asosan sinib-chiqishlarda qo'llash mumkin (68-rasm).



68-rasm. Yelka suyagini chiqishini Chaklin usulida joyiga solish



Muxin usuli. Umumiy ogʻriqsizlantirish ostida bemor stolga yotqiziladi, choyshab bilan jarohatlangan qoʻlni koʻkrak va yelka boʻqimidan oʻtkazilib fiksasiyalaydi va jarroh qoʻlni tortgan holda uni rotatsyalab toʻgʻri burchak ostiga olib keladi (69-rasm).

69-rasm. Yelka suyagini chiqishini Muxin usulida joyiga solish

Mota usuli. Umumiy ogʻriqsizlantirish ostida bemor stolga yotqiziladi, yordamchi jarohatlangan qoʻlni yelka kamariga oyoq panchasini qoʻygan holda yuqoriga tortadi, jarroh yelka boshini barmoq bilan bosib joyiga soladi (71-rasm).

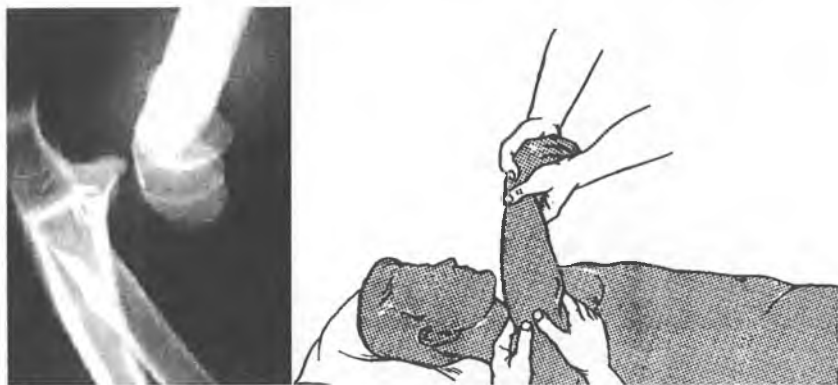


71-rasm. Yelka suyagini chiqishini Mota usulida joyiga solish

Bilak suyaklarini chiqishi tasnifi. 1) Ikkala suyakni chiqishi (orqaga, oldinga, tashqariga, ichkariga va tarqalgan), 2) bitta bilakni chiqishi (orqaga, oldinga, tashqariga), 3) tirsak suyagini alohida chiqishi. Bilak suyaklarini orqaga chiqishi ko'p uchradi va 90% ni tashkil etadi.

K l i n i k a s i- Bilak suyaklarining chiqishida tirsak bo'g'i-mining hajmi kattalashib, deformatsiyalanadi, qo'l yarim bukilgan holatda bo'ladi. Agar bilak old tomonga chiqqan bo'lsa, u uzaygandek, orqaga chiqsa kaltalashib kolgandek tuyiladi. Faol harakat yo'q, sust harakat vaqtida og'riq kuchayadi, shish, paypaslaganda og'riq kuchayadi, prujinasimon qarshilik yuzaga keladi.

Davolash. *Bilak suyaklarini orqaga chiqishi.* Umumiy og'riqsizlantirish ostida bemor stolga beli bilan yotqiziladi, qo'l uzoqlashtirilgan-tirsakdan bukilgan va bilak vertical holatda, jarroh qo'lini chiqqan tirsak usig'ga qo'yib yelkani oldindan orqaga tortib tirsakni bosadi. Bu baqtda yordamchi bilakni qarama-qarshi tomonga tortadi (72-rasm).



72-rasm. Bilak suyaklarini orqaga chiqishi joyiga solish

Bilak suyaklarini oldinga chiqishi. Umumiy og'riqsizlantirish ostida bemor stolga beli bilan yotqiziladi, qo'l uzoqlashtirilgan-tirsakdan bukilgan va bilak vertical holatda, yordamchi bilakni qarama-qarshi tomonga tortadi. jarroh yelkani orqagadan oldinga tortib bilakni orqaga bosadi (73-rasm).



73-rasm. Bilak suyaklarini oldinga chiqishi tasviri va joyiga solish

Barmoqlar ichida, ko'pincha birinchi barmoqning chiqishi ko'proq kuzatiladi. Bunda ko'proq orqa tomonga va nisbatan isa kaft tomonga siljish kuzatiladi. Barmoqlarning chiqishiga ko'pincha ularni zo'rlab egish sababchi bo'ladi. Chiqqan barmoq majburiy «miltiq tepkisi» holatida bo'lib, panjalarga nisbatan deyarli 90^0 li burchak ostida joylashadi.

Oyoq suyaklarining chiqishlari

Son suyagining chiqishi bilvosita katta kuchning ta'siri natijasida yuz berib, bu kuch kutilmaganda va keskin tarzda sonni ichkariga (orqaga chiqish) yoki oyoqning keskin kerilishi va uni tashqariga aylantirilishi (oldinga chiqish) natijasida kelib chiqadi. Sonning orqaga chiqishida oyoq tos-son bo'g'imida bukilgan, tanaga yopishgan va ichkariga o'girilgan, aylanib qolgandek tuyuladi.

Oyoq kaftidagi chiqishlar ko'pincha to'liq bo'lmay (chala chiqishlar deb atash mumkin), ularni rentgenologik tekshiruvsiz to'g'ri tashxislash juda qiyin. Chiqishlarning har xil lokalizatsiyalaridagi asosiy birinchi yordam shikastlangan oyoq yoki qo'lni tinch holatga keltirish va bemorni tezda travmatologik bo'limga yoki travmpunktlarga malakali tibbiy yordam ko'rsatish va chiqqan bo'g'imni o'rniga solib qo'yish uchun jo'natishdan iborat. Bunday shikastlanishlarda voqea sodir bo'lgan joyda biron-bir manipulyatsiya o'tkazish mumkin emas, chunki mutaxassissiz qo'yilgan tashxis noto'g'ri bo'lishi mumkin, bundan tashqari, voqea joyida yetarli og'riqsizlantirishning iloji ham yo'q. Voqea sodir bo'lgan joyda chiqqan joyni solish, oyoq-qo'llarni siltab tortish, bo'g'imlarni passiv harakatga keltirish — yo'l qo'yib bo'lmaydigan holat. Bunday bemorlarni shifoxonaga olib borishda

chiqqan qo'lni ro'mol bilan bog'lanadi va tirsak chuqurchasiga yumshoq yostiqla qo'yiladi.

Oyoq suyaklari chiqqanda standart simli Kramer yoki Ditriss shinas yordamida, u bo'lmagan taqdirda, qo'l ostida bo'lgan immobilizatsiyalovchi vositalar yordamida bintlanib yoki chiqqan oyoqni sog'lom oyoqqa mahkamlab (bunda kiyimlar yechilmaydi), keyin jo'natish tavsiya etiladi. Bemorga og'riqsizlantiruvchi va tinchlantiruvchi dori vositalarini berish mumkin. Qo'li chiqqan bemor o'tirgan holatda, oyoq bo'g'imlari chiqqan bemor faqat yotqizilgan holatda shifoxonaga olib boriladi. Bemorni kasalxonaga yotqizishni paysalga solish mumkin emas. Chiqqan bo'g'imni joyiga solish qancha kechiksa, shuncha qiyinlashib boradi. Chunki asta-sekin chiqqan bo'g'imning yumshoq to'qimalarida ikkilamchi o'zgarishlar (shish, qisilish, uzilish) kelib chiqa boshlaydi.

Son suyagini chiqishlari

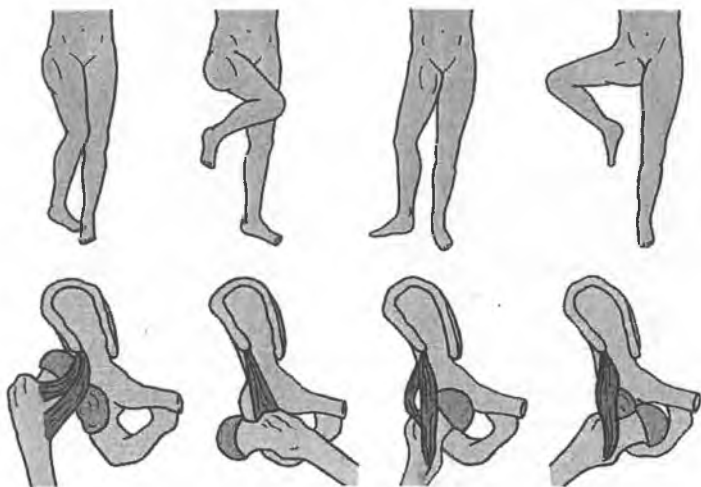
Son suyagini chiqishlari tasnifi.

1) Son suyagi boshchasini oldinga chiqishi;

a) oldinga — yuqoriga chiqishi. b) oldinga - pastga chiqishi.

2) Son suyagi boshchasini orqaga chiqishi;

a) orqaga — yuqoriga chiqishi/ b) oldinga pastga chiqishi (74-rasm).



74-rasm. Son suyagini chiqishlari klinikasi va turlari

Davolash. Koxer usuli. Umumiy og'riqsizlantirish ostida bemor stolga beli bilan yotqiziladi, chiqqan oyog'i son-chanoq va tizza bo'g'imidan bukilgan, yordamchi chanoqni fiksatsiyalaydi jarroh bemorni tizza taqimi ostiga o'z tizzasini qo'yib boldirni bosada va rotatsiyalaqdi (75-rasm).



75-rasm. Son suyagi chiqishini Koxer usulida joyiga solish

Djanilidze usuli. Umumiy og'riqsizlantirish ostida bemor stolga qorni bilan yotqiziladi. Bunda bemorni oyog'i yon tomonga stoldan erkin osilib turadi. 10-20 minut shu holatda bemorni oyoq mushaklari bo'shashishi uchun osilib turadi, so'ngra jarroh bemorni oyog'ini tizzadan bukib bosib rotatsiyalaydi va boshchani bosib joyiga soladi (75-rasm).



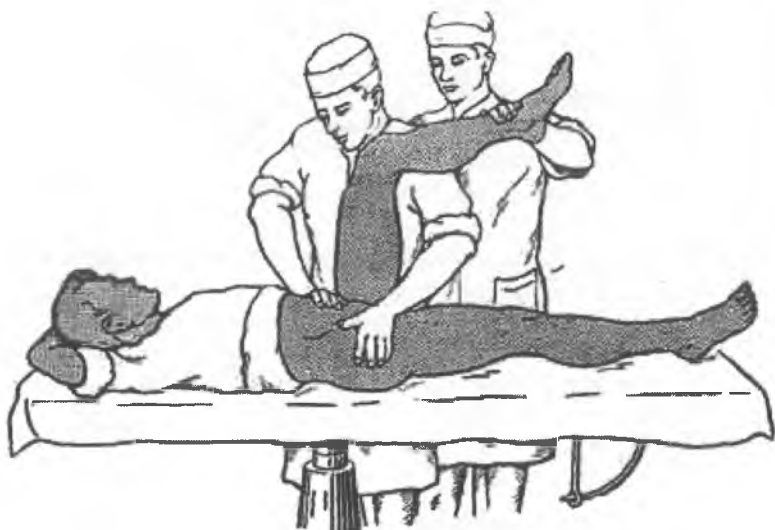
75-rasm. Son suyagi chiqishini Djanilidze usulida joyiga solish

Somixin usuli. Uch bosqichda olib boriladi.

1. Jarroh bemorni chiqqan tomoniga unga yuzma - yuz turadi, oyoqni son chanoq, tizza bo'g'imlaridan to'g'ri burchak ostida bukadi, boldirni jarroh yelkasiga joylaydi. Yordamchi boldirni shu holatda ushlaydi.

2. Jarroh bemorni chanog'ni ikala qo'l bilan bosib turadi, yordamchi esa tizzani richak sifatida bosadi.

3. O'yoq o'qi bo'ylab tortiladi va joyiga tushadi (**rasm 76**) .



76-rasm. Son suyagi chiqishini Somixin usulida joyiga solish

Favqulodda holatlarda (yer qimirlashi, suv toshqini, o'pirilish va bosib qolish) birinchi tibbiy yordam ko'rsatish xususiyatlari

Ko'p insonlarning og'ir jarohatlar olishida asosiy sabablardan biri tabiiy ofatlar hisoblanadi. Hozirgi kunlarda u yoki bu tabiiy ofatlarning qachon bo'lishini bashorat qilish mumkin emas, ammo xavfi yuqori bo'lgan mintaqalarni bilish mumkin. Zilzila va yog'ingarchilik xavfi yuqori bo'lgan mintaqalar mavjud. Yer qimirlashi natijasida katta issiqlik uzatuvchi tarmoqlar, kollektorlar, elektrostansiyalar va boshqalarning ishdan chiqishi hamda xavfli yong'inlarning sodir bo'lishi og'ir kuyish va zaharlanishlarga ham olib

keladi. Yer qimirlashi qishloq aholisiga nisbatan shahar aholisiga va turar joylarga katta talafot yetkazishi mumkin. Tabiiy ofat bo'lgan mintaqalarda industrial obyektlar qancha ko'p bo'lsa, xavf shuncha yuqori va vujudga kelgan holat murakkab bo'ladi. Zilzila vaqtida yuzaga keladigan jarohat shikastlantiruvchi agentning ta'sir qilish tezligi, kuchi, davomiyligi, ta'sir qilish joyi va jarohatlanganning yoshiga bog'liq bo'ladi.

Shikastlanishning jarohatlanish mexanizmiga qarab quyidagi turlari kuzatiladi: zarbali, kompression va aralash. Zarbali shikastlanish ta'sirida uning ta'sir kuchiga bog'liq bo'lgan har xil og'irlikdagi — miya chayqalishidan tortib, bosh miyaning og'ir jarohatlanishigacha bo'lishi mumkin. Jarohat olgandan so'ng hush va xotirani yo'qotish holatlari kuzatiladi. Zarba tekkan joyda yumshoq to'qimalarning shikastlanishi, har xil sinishlar ham aniqlanishi mumkin. Kompression (bosib qolish) mexanizmi ta'sirida (bino va qurilish bo'laklari va boshqa jihozlar bilan ko'p kuzatilgan) jarohatlovchi kuch katta bo'lmaydi. Bunda kam hollarda suyaklarning sinishi va deformatsiyaga uchrashi aniqlanishi mumkin. Aralash mexanizmli shikastlanishda esa tayanch-harakat organlari, bosh suyagi, miya to'qimasining jarohatlanishi bilan birga, tana sohalarining yuk ta'sirida ezilishi ham kuzatiladi.

Bosh suyagi va miyaning shikastlanishi. Bosh suyagining jarohati kommonsion-kontuzion sindrom ko'rinishidagi organizmning o'ziga xos belgisi bilan tavsiflanadi. Bosh suyagining jarohati yumshoq to'qimalarda gematomalarning paydo bo'lishi, ular butunligining buzilishi (yorilishlar), bosh suyagining sinishi hamda miya shikastlanishlari bilan kechadi. Bosh suyagining shikastlanishi ochiq va yopiq bo'lishi mumkin. Bosh sohasining yopiq shikastlanishida yumshoq to'qimalarning anatomik butunligi buzilmaydi. Teri osti tomirlarining shikastlanishi tufayli gematoma hosil bo'ladi va bosh sohasida turli o'lchamli shish (g'urra) paydo bo'ladi. Shikastlangan soha og'riq, qizarish, keyinchalik esa ko'karish kuzatilishi mumkin. Ochiq shikastlanish holatlarida esa to'qimalar anatomik butunligi buzilishi tufayli jarohatlar paydo bo'ladi va jarohatlarga xos belgilar kuzatiladi. Bosh suyagi shikastlanishida 8–15 % holatlarda bosh miya funksiyasining buzilishlari qayd etiladi. Yopiq shikastlanishlar ochiq shikastlanishlarga qaraganda 3 marta ko'proq uchraydi. Jarohatlanganni tekshirayotganda bosh suyagi jarohatining bor yoki yo'qligi, yaraning chuqurligi, miyaning shikastlanishini aniqlash katta ahamiyatga ega. Teri butunligi, yaralar, gematomalar yoki bosh

suyagi ezilishini aniqlashga e'tibor berish kerak. Bosh suyagi aponevrozi yaralari, odatda, teri va teriosti qavati yaralariga qaraganda ko'proq ochiq bo'ladi. Jarohat chuqurligini aniqlashda undan chiqayotgan ajralmalar xususiyatiga ham e'tibor beriladi. Jarohatdan oqayotgan qon hajmi bosh suyaklarining shikastlangan yoki shikastlanmaganligidan dalolat berishi mumkin. Chunki bosh suyaklari shikastlanganda diploye tomirlari va miya qavatlaridan qon ko'p ketadi. Jarohat ajralmasida orqa miya suyuqligi yoki miya to'qimasi bo'laklarining bo'lishi jarohat miya to'qimalariga o'tganligidan dalolat beradi. Ko'z qovog'ining «ko'zoynak» ko'rinishidagi qontalashuvi bosh suyagi asosi oldingi sohasining sinishi belgisidir, quloqlardan qon ketishi esa bosh suyagi asosi o'rtta qismining singanligini ko'rsatadi.

Bosh miya jarohatida miya shikastlanishining asosiy uch turi farqlanadi: miya chayqalishi, lat yeyishi va ezilishi. Miyaning chayqalishi. Miyaning chayqalishi mexanik kuchning tez va kuchli ta'siridan kelib chiqadi. Klinik kechuviga qarab miya chayqalishining yengil, o'rtacha va og'ir darajalari tafovut qilinadi. Yengil darajali miya chayqalishida qisqa muddatli hushni yo'qotish, ba'zan bosh aylanishi, quloqlar shang'illashi, ko'z oldi qorong'ilashishi, bosh og'rishi, teri oqarishi, ko'ngil aynishi yoki qusish ro'y beradi. Shikastlanganda retrograd amneziya (jarohat olishdan oldingi voqelikni esdan chiqarish) holati kuzatiladi. Yuqorida qayd qilingan belgilar miya chayqalishining bu og'irlik darajasida 5—7 kundan so'ng asta-sekin yo'qoladi. O'rtta darajali miya chayqalishida bir necha soat davomida hushni yo'qotish, adinamiya, ruhiy qo'zg'alish, qusish, reflekslarning pasayishi, nistagm, ko'z qorachig'ining torayishi, pulsnining sustlashuvi, nafas olishning tezlashishi kuzatiladi.

Og'ir darajali miya chayqalishida hushni uzoq muddatga (bir necha soatdan kungacha) yo'qotish bilan tavsiflanadi. Bunda nafas olishning yuzakilanishi, pulsnining sustligi va kuchsizligi, teri qoplamlarining oqarishi, reflekslarning yo'qolishi, ko'z qorachig'ining yorug'likka bo'lgan reaksiyasining yo'qolishi, siydik va najasning ixtiyorsiz ajralishi yuz beradi. Buning hammasi koma va o'lim bilan tugashi mumkin. Miyasi chayqalgan bemorlar faqat yotishlari shart. Yengil chayqa-lishda uch haftagacha, og'irroq chayqalishlarda bir oydan ikki oygacha. Miyaning lat yeyishi. Miya lat yeyishi deb, miya moddasining shikastlanishi tushuniladi. Og'ir jarohatlarda bu shikastlanish fizik kuch ta'sirining qarama-qarshi tomonida joylashgan bo'ladi. Miya lat yeganida miya funksiyasining buzilishi

ham tavsiflidir, hamda bu holat jarohatdan so'ng birdan rivojlanadi. Oyoq yoki qo'lning (monoplegiya) yoki gavda yarmi mushaklarining (gemiplegiya) falajlanishi kuzatiladi, ovoz yo'qoladi (afaziya), yuz nervlarining shikastlanishi tufayli yuz qiyshayishi (assimetriya) va ko'rishning yomonlashuvi yuz beradi. Tana harorati 40⁰ C gacha keskin ko'tarilishi mumkin. Siydikning sutkalik miqdori oshadi, undagi qand miqdori ko'payadi. 4–5 hafta davomida kompleks davolash tadbirlari qo'llaniladi. Bunda asosiy e'tibor nafas olish va qon tomir tizimlarining faoliyatini yaxshilash, keyinchalik esa nevrologik o'zgarishlarni yo'qotishga qaratiladi. Miyaning ezilishi. Miya ezilishi bosh suyagi ichidagi tomirlardan qon ketishi yoki suyaklar sinishi natijasida ro'y beradi. Qon to'planishi (gematoma) miya qattiq po'stlog'i ustida (epidural gematoma) hamda miya to'qimasi ichida (miya ichi gematomasi) hosil bo'ladi.

Miya ezilishining ilk belgilari: es-hushning yo'qolmasdan tormozlanishi, bosh og'rishi hisoblanadi. Ko'z qorachig'ining qon quyilgan tomonda kengayishi kuzatiladi. Keyinchalik esa bemorning tashqi muhitga reaksiyasi yo'qoladi, hushidan ketadi, puls sekinlashadi, minutiga 40–50 gacha kamayadi. Nafas olish yomonlashadi, shovqinli va notekis bo'lib qoladi. Bosh miyaga qon ketishi natijasida ezilish belgilari birdaniga ro'y bermasdan bir necha vaqtdan so'ng namoyon bo'ladi, shuning uchun ham shikastlanganlar vrachlarning qat'iy nazoratida bo'lmog'i lozim. Bosh suyagi va miya jarohatlarida vrachgacha bo'lgan yordam shikastlanganlarga osoyishtalikni ta'minlash, bosh sohasini immobilizatsiya qilish, nafas olishni yaxshilash, ya'ni hayot uchun xavfli bo'lgan holatlarning oldini olishdan iborat bo'ladi.

Bosh miyaning yopiq jarohatlarini davolash bemorga mutlaq osoyishtalik yaratishdan boshlanishi kerak. Ularni transportirovka qilish boshi bir oz ko'tarilgan, yotgan holda bajarilishi lozim. Bemor hushsiz bo'lganligi tufayli, qusuqning nafas yo'liga tiqilishi, tilning tushib qolishiga qarshi choralar ko'riladi. Boshni yon tomonga egib, og'iz bo'shlig'iga havo o'tkazuvchi naycha qo'yish lozim. Ba'zan transportirovka qilishda kislorod bilan nafas oldirish va yurak-tomir vositalaridan berish lozim bo'ladi. Og'ir bemorni transportirovka qilishda maxsus taxta, zambil yoki g'ildirakli zambil ishlatiladi. Bemor solingan zambil ikki yoki to'rt kishi yordamida chayqatmasdan ko'tariladi. Shikastlanganlarni yuqori qavatlariga ko'tarishda boshini oldingi tomonga va oyoq tomonini gorizontol holatgacha ko'targan holda chiqarish lozim. Bemorni zambildan

to'shakka o'tkazishda zambilni karavot sathida ushlash va 3 kishi zambil bilan karavot orasida bemorga qaragan holda turishi lozim. Bunda bir kishi bemor boshi va ko'ragini, ikkinchi kishi beli va sonini, uchinchi esa boldirini ushlashi kerak. Favqulodda holatlarda bosh suyagi va miya shikastlanishlari bilan bir qatorda, bel suyaklarining, jumladan, umurtqa pog'onasi, yuz suyaklari (yuqori va pastki jag' suyaklari, burun suyaklarining) sinishlari ham kuzatilishi mumkin. Bu shikastlanishlar bosh va yuz sohasining hamda tana boshqa sohalari yumshoq to'qimalarining ham jarohatlanishi va turli kattalikdagi yaralarning paydo bo'lishi bilan ro'y beradi.

Uzoq ezilish sindromi. Uzoq ezilish sindromi (*Krash sindromi*) ko'plab yumshoq to'qimalarning uzoq vaqt yuk ta'sirida ezilishi natijasida kelib chiqadi. Uning umumiy va mahalliy belgilari tafoutlanadi. Umumiy belgilar shok, o'tkir buyrak yetishmovchiligi va mioglobinuriyadan (siydik orqali mioglobulin moddasining chiqishi) iborat bo'lib, asosiy belgilar hisoblanadi va kasallik oqibatini aniqlaydi. Uzoq ezilish sindromi quyidagi holatlarda; zilzila va binolar qulashi paytida, shaxta va konlar bosib qolishi va boshqa holatlarda uchraydi. Masalan, Ashxoboddagi yer qimirlashi paytida shikastlanganlarning 3,5 % da bu sindrom kuzatilgan. Xirosimadagi atom bombasi portlashi oqibatida esa 20 % kishilarda bu holat aniqlangan.

Uzoq ezilish sindromi uch davrda kechadi: erta, o'rta va kech davrlar. Erta davrda (2–3 kun davom etadi) bosib turgan og'irlikdan xalos etilganlarda umumiy va mahalliy belgilar erta (bir necha o'n minut yoki bir necha soat o'tgach) ko'zga tashlanadi. Mahalliy belgilar ezilgan joyning tez shishishi, terining ko'karishi va sovishi bilan namoyon bo'ladi. Keyinchalik esa terida pufakchalar hosil bo'lib, pufak ichida qontalashgan suyuqlik ko'rinadi. Ana shu davrda rivojlana boshlaydigan gemodinamik o'zgarishlar (qon bosimining pasayishi, yurak urishining tezlashuvi va b.) boshlang'ich davr uchun xos bo'lgan umumiy belgilardir. Uzoq vaqt davomida ezilib yotgan odam (1–2 sutka), ko'pincha qutqarib olinganidan so'ng bir necha soat ichida hayotdan ko'z yumadi. Ba'zan bitta oyoq yoki qo'l bosilib qolishi mumkin. Qutqarib olingandan so'ng qo'l yoki oyoq oqargan, sog'iga nisbatan sovuqroq, barmoq uchlari ko'kargan bo'ladi. Suyaklar ko'pincha zararlanmaydi. Sezish hissi yo'qoladi. Tomir urishi aniqlanmaydi. Bir necha kun ichida ezilgan qo'l va oyoqlar shishib, ikki-uch barobar kattalashib ketadi.

Ikkinchi o'rta davr (3 kundan 10–12 kungacha). Bunda ko'z oqining sarg'ayishi, tomir urishining tezlashuvi, qon bosimining tobora pasayishi, plazma yo'qotilishi, qonning quyulishi va o'tkir buyrak yetishmovchiligi belgilari kuzatiladi. O'tkir buyrak yetishmovchiligi dastlabki soat va kunlardan kuzatilib, bu vaqt mioglobulinuriya tufayli siydik qo'ng'ir rangga kiradi. Keyinchalik buyrakning siydik chiqarish faoliyati buzilib, qonda azot miqdori oshib ketadi. Bu davrda ham bemor darmoni quriydi, qusadi, og'ir hollarda 3–7 kunga kelib hushdan ketadi. Og'ir zaharlanish oqibatida kelib chiqadigan yurak yetishmovchiligidan o'lim sodir bo'ladi.

Uchinchi kechki davr. Kasallik unchalik og'ir kechmaganida ikkinchi hafta oxiridan to 3 oygacha davom etadi. Bunda buyrak faoliyati asta-sekinlik bilan tiklanib, siydikda silindr, oqsil, eritrotsitlar yo'qolib boradi.

Yumshoq to'qimalarning ezilish hajmi va davomiyligiga qarab bu sindromning yengil, o'rtacha og'irlikdagi, og'ir va o'ta og'ir darajalari yoki kechish turlari farqlanadi. Yengil darajasi yoki turida yumshoq to'qimalar kam muddat (4 soatgacha) og'irlik ostida eziladi: bunda buyrak faoliyati sal buzilib, bir necha kun ichida bemor sog'ayib ketadi. O'rtacha og'irlik darajasi yoki turida yumshoq to'qimalar og'irlik ostida 6 soatgacha qolib ketganda kuzatilib, bir necha kun mobaynida siydik mioglobin hisobiga rangi o'zgaradi. Bemor kamharakat bo'lib qoladi, ko'ngli ayniydi, zaharlanish belgilari paydo bo'ladi, qon zardobida mochevina va kreatinin miqdori oshadi. Og'ir darajasi yoki turida (yuk ostida 6–8 soat qolib ketganda) shok bilan o'tkir buyrak yetishmovchiligi belgilari: ko'ngil aynishi, qusish, hushdan ketish kuzatiladi. siydikda oqsillar, xilma-xil silindrlar miqdori oshib ketadi. Qonda esa azot miqdori ko'tariladi. Buyrak mutlaqo siydik ajratmay qo'yadi. O'ta og'ir darajasi yoki turi 6–8 soatdan ziyodroq yuk ostida qolib ketganda kuzatilib, kuchli shok, qonda azot miqdorining ko'tarilishi, buyrak siydik ajratmay qo'yishi bilan tavsiflanadi. Jabrlanganlar bir-ikki kun ichida o'ladilar.

Jabrlanganlarga birinchi tibbiy yordam voqea sodir bo'lgan joyda ko'rsatiladi. Ezilgan soha bosib turuvchi yukdan xalos etmasdan turib yoki xalos etilgandan so'ng tezda shikastlangan sohadan yuqoriroqqa jgut qo'yiladi. Ezilgan soha bog'lov materiallari bilan qattiq bog'lanadi va bu sohaning immobilizatsiyasi amalga oshiriladi. Shikastlangan soha iloji boricha sovitiladi. Jabrlanganlar transportirovkasi shoshilinch ravishda amalga oshiriladi. Zilziladan so'ng talafot ko'rganlarning 1/3 qismida ezilish sindromining og'ir

turlarini uchratish mumkin. Bunda shikastlan-ganlarning 1/3 qismida bu sindromning namoyon bo'lishi minimal bo'ladi. Armanistondagi zilzila paytida kuzatilgan uzoq ezilish holatlari odatdagi ana shunday hollardan farq qilmadi. Birinchi kunlardayoq jabr ko'rganlarda ezilgan to'qimalar va autoliz mahsulotlari qonga so'rilishi natijasida organizmning jarohatdan keyingi zaharlanish belgilari yuzaga keladi.

Tez tibbiy yordam» xizmati xodimlari faoliyatida tibbiy etika va deontologiya

Tibbiy deontologiya tibbiyot xodimlarining shaxsiy manfaatini-gina emas, balki ularning bemorga nisbatan burchi va mehribonligini ham ifoda etadi. Tibbiy deontologiya asosiy vazifalari mashhur jarroh N. Pirogovning 1944 yilda chop etilgan «Jarrohlik deontologiyasi masalalari» kitobida belgilab berilgan. Ular quyidagilardan iborat: 1) tibbiy muassasa xodimlarining huquq va vazifalarini to'g'ri taqsimlashga asoslangan ishni yo'lga qo'yish; 2) o'tkazilayotgan davolash natijasining yaxshi bo'lishida bemor ruhiyatini doim hisobga olib borish va uni avaylash; 3) turli kasalliklar to'g'risidagi ilmiy bilimlarni har bir bemorning kasalligini aniqlash va davolashga qaratish; 4) bemor jarrohlik uchun emas, balki jarrohlik bemor uchun» degan shiorga amal qilish; 5) o'z ish faoliyatida yo'l qo'yilgan xato va kamchiliklarni aniqlash va muhokama qilish yo'li bilan tajriba to'plash. Jarrohlikda arziyas narsaning o'zi yo'q. Bu mashaqqatli va xatarli ishdir. Shu sababdan ham bu prinsiplarga amal qilmaslik deontologiya qoidalarini qo'pol buzish demakdir. Vrachning noto'g'ri xatti-harakati natijasida bemorning umumiy ahvoli og'irlashishi va hatto «yangi yatrogen» kasalliklar kelib chiqishi mumkin. I. A. Kassirskiy yatrogen kasalliklarning sabab va shakllarini quyidagicha ta'riflab beradi:

- tibbiy xodimlarning ehtiyotsizligi tufayli bemorni shikastlantirish;
- tibbiy adabiyotni o'qishga aloqador bo'lgan bilvosita shikastlantirish;
- psixopatik, psixoastenik reaksiyaga moyil bemorlar ruhiyatini shikastlantirish;
- tibbiy asbob-uskunalar yordamida o'tkaziladigan noto'g'ri tekshirishlar, dori-darmonlarning yanglish berilishi va boshqalar.

Bemor ruhiyatini asrash, yatrogen kasalliklarning oldini olishda o'zini to'g'ri tutish, e'tiborli bo'lish va ziyraklik sifatlarini alohida

ta'kidlab o'tish zarurdir. Har bir tibbiy xodim yuqori darajada madaniyatli bo'lishi kerak. Unda tibbiyotga zid, zararli odatlar (chekish, spirtli ichimliklar iste'mol qilish va

boshqalar) bo'lmasligi darkor, undan shaxsiy gigiyena va estetika qoidalariga qat'iy amal qilish talab qilinadi, kiyimlari orasta, yurish-turishiga mos, bejirim bo'lishi kerak. Chunki o'ta rang-barang va qo'pol kiyimlar bemorga salbiy ta'sir ko'rsatishi mumkin. Turli atir-upa va bo'yoqlarni me'yorida ishlatish zarur. Bemorlar sog'lig'ini o'ylaydigan tibbiy xodim, tabiiyki, ular yonida o'zining shaxsiy ishlar i to'g'risida gapirmasligi lozim.

Tibbiy deontologiya qoidalariga amal qilish farmatsevtika xodimlariga ham taalluqlidir. Tibbiy xodim va provizor vrachlik sir-asrorini oshkor qilmasligi kerak, chunonchi:

a) bemorning o'zidan yoki davolash jarayoni davomida olingan ma'lumotlarni jamoatchilikka oshkor qilmaslik;

b) bemorlar to'g'risidagi ba'zi ma'lumotlarni ularning o'zlariga ham bildirmaslik darkor.

Tibbiy xodim va provizorlar malakali vrach kelgunga qadar jarohatlangan bemorlarga tibbiy yordam ko'rsatishlari shart. Chunki o'z vaqtida va to'g'ri ko'rsatilgan birinchi yordam bemor taqdirini hal qiladi. Buning uchun ular tibbiy yordam ko'rsatish qoidalarini mukammal egallagan bo'lishlari kerak. Provizor bemorni davolamasa va unga dori-darmonlar buyurmasa ham, bemor yoki uning qarindosh-urug'lari bilan muloqotda bo'ladi, kerakli dori-darmonlarni aniq va o'z vaqtida tayyorlab berishi bilan bemor ruhiyatiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi, sog'ayib ketishiga ishonch tug'diradi. Vrach ko'rsatmasisiz bemorga u yoki bu dorini yozib beruvchi provizor mutlaqo nohaqdir. Chunki vrach bemorda bo'lgan obyektiv o'zgarishlarni, organizmning shaxsiy xususiyatlarini, qo'shimcha kasalliklarni e'tiborga olib ish tutadiki, bu narsalar farmatsevtlarga ma'lum emas.

Tibbiy xodimlar hamda provizorlarning muhim fazilatlaridan eng asosiysi kasb pokligidir, uning ish mezonini esa yo'l qo'yilgan xato va kamchiliklarni o'z vaqtida payqash hisoblanadi. Yo'l qo'yilgan xato va kamchilik bilan o'z obro'sining pasayishi yoki jazolanishdan qo'rqmasdan inson hayotini saqlash, bemor sog'lig'ini tiklash tibbiyot xodimlari, provizorlarning burchi hamda vazifasidir. Davolash sifati ko'pgina hollarda vrach buyurgan muolajani o'z vaqtida aniq va puxta bajarishga va bemorlarni parvarish qilishga bog'liq bo'ladi, bu mas'uliyat tibbiy hamshiralari va enagalarga ham yuklanadi.

Tibbiyot hamshiralari o'z ishlarining sir-asrorini yaxshi biladigan, pok, aql-zakovatli, o'z kasblarini mukammal egallagan kishilar bo'lmog'i kerak. Bemorning tezda sog'ayib ketishini yaxshi parvarishsiz hamda enaga (sanitarka)larsiz tasavvur qilish qiyin. Enaga tibbiy hamshiraning birinchi yordamchisidir. Faqat ulargina boshqa tibbiyot xodimlariga qaraganda bemor yonida ko'proq bo'ladilar.

Bemorning tezroq tuzalib ketishida unga aytilgan har bir shirin so'z katta ahamiyatga ega. Shu asnoda Servantesning ajoyib so'zlarini keltirish o'rinlidir: «Xushmuomalali bo'lishning hech bir qiyinchiligi ham yo'q va hech bir narsa u kabi yuqori baholanmaydi». Bemorlarda kasallik tufayli paydo bo'ladigan injiqlik, achchiqlanish hollarida xushmuomalalik kasalning tuzalishi uchun muhim omildir.

Vaziyatli vazifalar

№1

Poliklinikaga ortoped qabuliga 20 kunlik o'g'il bola profilaktik ko'rikka keltirildi. Chaqaloq vazni tug'ilganida 3100, bo'yi 50 sm bo'lgan. Tug'ilgan zaxoti yig'lagan. Bolani to'liq yechintirib ko'rilganda uning tanasi va tayanch-harakat a'zolari simmetrik ravishda bo'lib, bola yig'laganda kindigi shishib chiqadi, yig'idan to'xtaganda shish yo'qoladi. Bolaning qo'l-oyoq harakatlari to'liq. Son va dumba sohasidagi burmalar soni har xil. Sonni bukkanda yon tomonga kerilishi qiyin bo'lib, bunda chov sohasidagi mushakning nihoyatda tarangligi aniqlandi.

1. Bolani profilaktik ko'rikdan o'tkazishda qanday mutaxassislar qatnashmog'i kerak?

2. Qanday tekshiruv usullari qo'llanilishi zarur?

3. Boladagi asosiy kasallikni aniqlang.

4. Boladagi yo'ldosh kasallikni aniqlang.

5. Bolaga qanday davolash usullari qo'llanadi?

6. Bola parvarishini tushuntiring.

№2

Ortoped ikki oylik qiz bolani profilaktik ko'rikdan o'tkazadi. Bola o'z muddatida va me'yordagi (3000 gr) vaznda tug'ilgan. Tayanch-harakat a'zolari faoliyati to'liq saqlangan. Bolaning oyoqlarini cho'zib juftlab ko'rilganda ikkala sonning yuqori qismi «galife» shaklida bo'lib, sonni bukkanda xolda yon tomonga kerganda va juftlaganda bo'g'im sohasida «shiq» etgan tovush eshitiladi. Oyoq muskullarining tonusi past bo'lib, sezuvchanlik saqlangan.

1. Bolani qanday tekshirish kerak?

2. Bolada qaysi kasallikni aniqladingiz?
3. Kasallikni qaysi-usulda davolaysiz?
4. Bemor bolani qanday parvarishlashni onasiga tushuntiring.

№3

Ortoped qabuliga 6 oylik qiz bola keltirildi. Onasining so'ziga qaraganda bola keyingi kunlarda ko'p bezovtalanib, yig'laydi, boshini yostiqa ishqalab yaxshi uxlamaydi. Bolani yechintirib ko'rilganda boshning ensa sohasi tekislanib, sochi siyraklashgani va tuganak bo'lib qolgani aniqlandi. Oyoqlarini cho'zib qaraganda boldir suyaklarining yoysimon qiyshayib, oyoqlarning tashqi tomonga to'liq osib turishi, son va dumba burmalarining asimmetrik holati kuzatildi.

1. Bolada qanday tekshiruv usullari o'tkaziladi?
2. Boladagi asosiy kasallikni aniqlang.
3. Boladagi qo'shimcha kasallikni aniqlang.
4. Bunday kasalliklarni davolash usullari.
5. Bolaning onasiga qanday parvarishlashni tushuntiring.

№4

Ortoped qabuliga 6 oylik o'g'il bola keltirildi. Onasi bolani yo'rgaklayotganda va beshikka belayotganida chap oyog'ining biroz kaltaligini aniqlagan. Bola o'z muddatida 3800g vaznda dumbasi bilan tug'ilgan. Tug'ilgan zaxoti yig'lagan. Tug'ruqxonadan 3-kuni uyiga ruxsat berilgan. Uyda bolani yo'rgaklash paytida o'ng tizza bo'g'imida shish borligi va to'liq yozilmasligi aniqlangan. So'ngra shifokor maslahatiga ko'ra bolaning oyog'i turli xil dorilar bilan davolangan.

Bola oyoqlarining o'qi to'g'ri, juftlab ko'rilganda o'ng oyoqning 1 sm kaltaligi aniqlandi. Chanoq-son bo'g'imida harakati to'liq, lekin o'ng tizza bo'g'imi to'liq yozilmaydi.

1. Bemorga qanday tekshiruv usuli qo'llanadi?
2. Bemorning asosiy kasalligini aniqlang.
3. Qo'shimcha kasalligini aniqlang.
4. Qanday davolash muolajalari zarur?
5. Bemor parvarishini onasiga tushuntiring.

№5

Ortoped qabuliga 8 oylik bolani onasi tekshirishga olib keldi. Onasining aytishicha, bola chaqaloqlik paytida o'ng buksa sohasida yiringli hosila paydo bo'lib, uni jarroxlik usulida davolashgan. Bola oyoqlarini uzatib juftlab ko'rilganda burmalarning asimmetriya holati kuzatildi. Sonni bukib yon tomonga kerganda o'ng tomoni to'liq yozilmaydi, o'ng oyoq tinch holatda yotganda tashqariga to'liq buraladi uni o'qi bo'ylab itarib ko'rilganda oyoq yuqoriga siljiydi.

1. Bolaga qanday tekshiruv usuli qo'llanadi?
2. Asosiy kasallikni bilish uchun qanday maxsus tekshiruv o'tkaziladi?
3. Asosiy kasallik nima?

4. Davolash tadbirlarini aniqlang.
5. Bola parvarishi haqida onasiga maslahat bering.

№6

Ortoped 7 oylik bolani profilaktik ko'rikdan o'tkazdi. Oyoqlar va dumba sohasida burmalarning asimmetrik holati aniqlandi. Sonni yonga kerish chegaralangan bo'lib, rentgen tasvirda atsetabulyar burchak 25° , d-0,8, son suyagi boshining suyaklanish yadrosi kech paydo bo'lgan.

1. Bemorning asosiy tashxisini aniqlang?
2. Davolash muolajasi qanday?
3. Bemor parvarishi haqida onasiga maslahat bering.

№7

Ortoped huzuriga 2 yashar bola tekshiruvga keltirildi. Onasining so'ziga qaraganda bola tezroq yurganda tez-tez yiqilar ekan. Bemorni ko'rganda oyoqlarining o'qi to'g'ri va uzunligi bir xil ekanligi aniqlandi. Sonning tashqariga va ichkariga harakati cheklangan, mushaklar tonusi pasaygan. Chanoq-son bo'g'imining rentgen tasvirida ikkala son suyagining boshi o'rtacha kattalikda bo'lib, atsetabulyar burchak 45° gradus, d-1,5 sm, h-0,6 sm.

1. Bemorga tashxis qo'ying.
2. Kasallik asoratini aniqlang.
3. Davolash muolajasini belgilang.
4. Bolani qanday parvarishlashni onasiga tushuntiring.

№8

Ortoped 3 yoshli bolani ko'rikdan o'tkazdi. Onasining gapiga qaraganda bola o'rdakka o'xshab lapanglab yuradi. Bolani echintirib ko'rilganda oyoqlari o'qi to'g'ri, yurganda ikkala oyoqini sudrashni aniqlandi. Yon tomondan ko'rilganda bel sohasida lordoz kuchli bo'lib, qorin oldinga chiqib turibdi.

1. Bolaning kasalligini aniqlash uchun qanday tekshiruv usullari kerak?
2. Bemorning asosiy tashxisini aniqlang.
3. Davolash muolajasini ko'rsating.
4. Bemorni parvarishlashda onasiga maslahat bering.

№9

Ortoped qabuliga 4 yashar bola onasi bilan kelishdi. Ona bolasining «o'rdakka» o'xshab yurishini aytdi. Bola tekshirilganda ikkala oyog'ining o'qi to'g'ri, chanoq-son bo'g'imida harakatlar to'liqligi aniqlandi, faqat tashqariga kerilishi chegaralangan. Son suyaklarining katta ko'sti Rozer-Nelaton chizig'idan yuqorida, tortilganda esa pastga siljishi aniqlandi.

1. Bola qanday tekshiriladi?
2. Asosiy tashxisi nima?
3. Davolash muolajasini belgilang.

4. Parvarishlash haqida onasiga maslahat bering.

№10

5 yoshli bola ortoped ko'rigidan o'tdi. Bolani ko'rilganda boshi o'ng tomonga og'ib, dahani va yuzi chetga qarab turishi aniqlandi. Bolaning bo'ynida sterno-claideo-mastoideus tortilib turishi kuzatildi.

1. Bolaning boshi va bo'ynida yana qanday o'zgarishlarni ko'rish mumkin.

2. Qanday tekshiruv usullari qo'llanadi?

3. Bemorni asosiy tashxisi nima?

4. Kasallik asoratini aniqlang.

5. Davolash muolajalari qanday?

6. Bola qanday parvarish qilinadi?

№11

Ortoped qabuliga 7 yoshli bolani onasi profilaktik tekshiruvga olib keldi. Onasining aytishicha keyingi 2 yil ichida bola qomatida o'zgarish kuzatilgan. Bola yechintirib ko'rilganda bo'yin sohasi umurtqalari qiyshaygani, bir elkasi ko'tarilgani, boshi yon tomonga og'ib, suyaklarida shakliy o'zgarishlar va yuzida asimmetriya holati aniqlandi.

1. Bemor qanday usulda tekshiriladi?

2. Bemorda yana qanday klinik belgilarni ko'rish mumkin.

3. Bemorning asosiy tashxisi nima?

4. Kasallik asoratini aniqlang.

5. Davolash muolajalarini belgilang.

6. Bemor parvarishini onasiga tushuntiring.

№12

Bemor 3 yoshda. Onasining aytishicha, keyingi paytlarda bolaning boshi va yuzida asimmetrik holat kuchaygan. Bola ko'rilganda bo'yni juda ham kalta bo'lib, ensa tomondan soch chegarasi ko'krakning yuqori qismidan o'tadi. Boshi bir tomonga og'gan, bosh suyagi va yuzi asimmetriya holatida. Bosh harakati bo'yin umurtqasi sohasida nihoyatda chegaralangan.

1. Tekshiruv usullari nimalardan iborat?

2. Bemorning asosiy tashxisi qanday?

3. Kasallik asoratini aniqlang.

4. Davolash muolajalarini belgilang.

5. Parvarishlashni onasiga tushuntiring.

№13

Ortoped 6 yoshli bolani ko'rikdan o'tkazdi. Bolaning bo'yin umurtqasi sohasida harakat nihoyatda chegaralangan. Bosh suyaklari asimmetriya holatida. Bo'yin mushaklarida patologik o'zgarishlar yo'q?

1. Bemor qanday usulda tekshiriladi?

2. Asosiy tashxisi nima?

3. Davolash muolajalarini aniqlang.

4. Qanday parvarishlash haqida onasiga maslahat bering.

№14

Ortoped qabuliga 40 kunlik chaqaloq keltirildi. Onasining aytishicha, Homiladorlik ko'ngildagidek o'tgan. Lekin chaqaloq tug'ilganda ikkala qo'lining barmog'idagi asosiy bo'g'im ayrisimon ekanligi aniqlandi. harakati qoniqarli bo'lib, qaysi birining anatomik va funksional holatda kosmetik jihatdan kerakligini aniqlash qiyin.

1. Bolani tekshirish usuli?
2. Bemorning asosiy tashxisi nima?
3. Davolash tadbirlari.
4. Bemor parvarishi.

№15

Ortoped 1 oylik chaqaloqni tekshirib chiqdi. Bolaning ikkala qo'lidagi barmoqlari qiyshiq bo'lib, to'piq yozilmaydi, funksiyasi qoniqarli emas.

1. Qanday tekshiruv usullari qo'llanadi?
2. Asosiy tashxisi nima?
3. Davolash muolajalarini ayting.
4. Onasiga kerakli maslahat bering.

№16

3 oylik chaqaloq ortoped tomonidan tekshirildi. Bolaning ikkala qo'lidagi barmoqlari o'rdak panjasiga o'xshash, lekin barmoqlar harakati to'liq.

1. Tekshiruv usullarini ayting.
2. Asosiy tashxisi nima?
3. Davolash muolajalari qanday?
4. Parvarishlashni tushuntiring.

№17

Ortoped qabuliga 5 oylik bolani onasi olib keldi. Bola ko'rilganda o'ng qo'lining V- barmog'i asosida teriga ilinib turgan kichkina barmoqcha osilib turgani aniqlandi.

1. Tekshiruv usullari.
2. Bemorning tashxisi.
3. Davolash muolajasini aniqlang.
4. Onasiga kerakli maslahat bering.

№18

5 yoshli bolani onasi ortoped qabuliga olib keldi. Onasining aytishicha bolada har ikkala qo'l kaftini aylanma harakati chegaralangan. Bola tekshirib ko'rilganda ikki qo'lning tirsak bo'g'imlarida bukilish va yozilishi me'yorda bo'lib, bilakning aylanma harakati yo'qligi aniqlandi.

1. Bolani qanday tekshirish kerak?
2. Bemorning asosiy tashxisi nima?
3. Davolash muolajasini aniqlang.
4. Bolani parvarishlashni tushuntiring.

№19

Ortoped qabuliga 4 oylik bolani onasi tekshirishga olib keldi. Bolada o'ng qo'lining II barmog'i o'rtasidan III barmog'i chetki bo'g'imidan yo'q, uchi tumtoq, IV va V barmoqlarda barmoq o'qiga ko'ndalang joylashgan chuqur sirtmoqlar mavjud.

1. Bemorni qanday tekshirish kerak?
2. Bemorning tashxisi nima?
3. Davolash usulini aniqlang.
4. Bemor parvarishi haqida onasiga maslahat bering.

№20

Ona 20 kunlik chaqaloqni ortoped qabuliga olib keldi. Bolani ko'rilganda har ikkala oyog'ining to'piq sohasidan ichkariga buralib turgani va boldir muskullarida atrofiya holati aniqlandi. Bolaning oyog'ida bunday shakliy o'zgarishlar tug'ilganidan beri bor.

1. Qanday tekshiruv usulini qo'llash zarur?
2. Bolaning tashxisi nima?
3. Davolash muolajalarini rivojlantiring.
4. Qanday parvarishlash haqida onasiga maslahat bering.

O'zingizni sinab ko'ring

1. Oyoqning nisbiy kaltalanishi qanday aniqlanadi

- a) katta ko'stdan ichki to'piqqacha;
- b) katta ko'stdan tashqi to'piqqacha;
- v) chanoq-son bo'g'imidan ichki to'piqqacha;
- g) chanoq-son bo'g'imidan tashqi to'piqqacha;
- d) hamma javoblar noto'g'ri.

2. Bolalarda suyaklarning o'ziga xos xususiyatlari:

- a) suyaklarda organik moddalar ko'p;
- b) suyak egiluvchan bo'ladi;
- v) suyaklar hajmi kichik;
- g) suyaklar tarkibida tuzlar kam;
- d) hamma javoblar to'g'ri.

3. Yosh bolalarga qanday sinishlar xos?

- a) epifizeoliz;
- b) osteoepifizioliz;
- v) suyak usti pardasi ostidan sinish;
- g) apofizeoliz;
- d) hamma javoblar to'g'ri.

4. Epifizeoliz nima?

- a) g'adir-budir o'simtalarining sinishi;
- b) paylar yopishadigan sohalarning sinishi;
- v) o'sish chizig'i bo'yicha sinish;
- g) epifizning sinishi;
- d) bo'g'im ichidan sinishlar.

5. Apofizeoliz nima?

- a) paylar yopishadigan sohalarning sinishi;
- b) o'sish chizig'i bo'yicha sinish;
- v) bo'g'im ichidagi sinishlar;
- g) epifizning sinishi;
- d) metafiz sohasining sinishi;

6. Epifizolizning rentgenologik belgilari nima?

- a) Qushning «ochiq tumshug'i» belgisi;
- b) o'sish chizig'ining torayishi;
- v) o'sish sohasining kengayishi;
- g) epifizning siljishi;
- d) hamma javoblar to'g'ri.

7. O'sish chizig'i shikastlanishidan qanday asoratlar paydo bo'ladi?

- a) suyak yallig'lanishi;
- b) suyakning deformatsiyalanishi;
- v) harakatning cheklanib qolishi;
- g) soxta bo'g'im;
- d) osteomielit.

8. Qanday sinish turg'un bo'lmaydi?

- a) ko'ndalang sinish;
- b) Qiyshiq sinish;
- v) qoqilgan sinish;
- g) epifizar sinish;
- d) metaepifizar sinish.

9. Qanday sinishlar turg'un hisoblanadi?

- a) maydalanib sinish;
- b) ko'ndalang sinish;
- v) vintsimon sinish;
- g) qiyshiq sinish;
- d) burchak ostida sinish.

10. Singan sohaning bitmasligi ko'proq nimaga bog'liq?

- a) yumshoq to'qima shikastlanishiga;

- b) sinish turiga;
- v) yumshoq to'qimalar interpozitsiyasiga;
- g) gipsli bog'lam notog'ri qo'yilishiga;
- d) ochiq sinishlarga.

11. Umrov suyagining sinishi kam uchraydigan sohasi:

- a) ichki 1/3 qismi;
- b) o'rta 1/3 qismi;
- v) tashqi 1/3 qismi;
- g) mushaklar yopishadigan joy;
- d) akromial qismi.

12. Chaqaloqlarda umrov suyagi singanda qotirish usuli:

- a) Delbe xalqasi;
- b) Dezo bog'lami;
- v) klinika usuli;
- g) «8» — simon yumshoq bog'lam;
- d) Kefer usuli bilan yumshoq bog'lam.

13. Bilak suyaklarining yuqori qismi singanda gipsli bog'lamda bilak va kaftning

o'rta fiziologik holati:

- a) supinatsiya;
- b) pronatsiya;
- v) supinatsiya va pronatsiyaning o'rta holati;
- g) bilakni bukish;
- d) bilakni yozish.

14. Bilak suyaklari pastki qismi singanda gipsli bog'lam qo'yishda bilak va kaftning o'rta fiziologik holati:

- a) supinatsiya
- b) pronatsiya
- v) supinatsiya va pronatsiyaning o'rta holati
- g) bilakni bukish
- d) bilakni yozish.

15. Galiatsiya shikastlanishi nima?

- a) bilak suyaklarining diafizdan sinishi
- b) tirsak suyagining yuqori diafizdan sinishi — bilak suyagi boshining chiqishi
- v) bilak suyagining pastki diafizdan sinishi va tirsak suyagi boshining chiqishi
- g) bilak suyagi epifiziolizi va tirsak suyagining chiqishi
- d) bilak suyagi tipik sohasining sinishi

16. Bennet shikastlanishi nima?
a) elka suyagining ikki joyidan sinishi
b) I kaft suyagining asosidan sinib chiqishi, bo'g'im ichidan sinishi
v) boldir suyaklari sinishi
g) bilak suyaklari sinishi
d) I kaft suyagi tanasining sinib siljishi.
17. Bennet shikastlanishi repozitsiya qilinganda I-barmoqning holati
a) ichkariga bukilgan holat
b) bukilgan holat
v) tashqariga bukilgan holat
g) o'rta fiziologik holat
d) tirnoq falangalari bukilgan holat.
18. Son suyagi chiqqanda uni joyiga solish usuli
a) Djanelidze
b) Svinuxov
v) Bairov
g) Marks
d) Ibn Sino
19. Son suyagi singanda Shede usulida tortish qachon qo'llanadi?
a) chaqaloqlikda
b) 3 yoshgacha
v) kichik maktab yoshida
g) 10 yoshdan keyin
d) kattalarda.
20. Son suyagi singanda leykoplastr bilan Beler shinasida tortish necha yoshda qo'llanadi?
a) 3 yoshgacha
b) 3—5 yoshda
v) 5—7 yoshda
g) 7—14 yoshda
d) kattalarda
21. Son suyagi singanda skeletdan tortish usulining qo'llanilishi:
a) Qiz bolalarda;
b) O'g'il bolalarda;
v) 5 yoshdan oshgan bolalarda;
g) 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda;
d) chaqaloqlarda.

22. Son suyagi sinishida immobilizatsiya qiluvchi bog‘lam:

- a) toroka-broxial
- b) tutor
- v) koksit
- g) orqa gips langeta
- d) korset

23. Menisklar yorilganda ko‘proq uchraydigan belgilar.

- a) bo‘g‘imning qotib qolishi;
- b) artrit;
- v) bo‘g‘im og‘rishi;
- g) qon-tomir nerv tutamining jaroxati;
- d) soxta bo‘g‘im.

24. Son suyagining yuqori ($1/3$ qismi sinishiga xos bo‘lgan) siljishi:

- a) markaziy bo‘lak oldinga va tashqariga
- b) periferik bo‘lak yuqoriga va tashqariga
- v) siljish yo‘q
- g) periferik bo‘lak tashqariga
- d) markaziy bo‘lak ichkariga

25. Chanoq suyagi sinishidagi shok sabablari.

- a) peshob to‘xtab qolishi
- b) qabziyat
- v) qon ketishi
- g) peshob peritoniti
- d) hamma javoblar to‘g‘ri

26. Chanoq suyagi sinishining asosiy sabablari.

- a) ezilish
- b) bevosita jaroxat
- v) yuqoridan oyoqqa tik yiqilish
- g) yuqoridan qo‘llarga yiqilish
- d) yuqoridan dumba sohasi bilan yiqilish

27. Chanoq suyagi sinishida og‘riqsizlantirish

- a) Lukashevich usulida
- b) Shkolnikov-Selivanov usulidagi blokada
- v) Shnek usuli
- g) Shede usuli;
- d) Oberin usuli

28. Chanoq suyaklaridan qaysi biri singanida siydik chiqarish kanali jaroxatlanishi mumkin?

- a) dumg'aza suyagi singanida
- b) qov suyagi singanda
- v) yonbosh suyagi singanda
- g) o'tirg'ich suyagi singanda
- d) quymich kosasi singanda.

29. Malgenya jaroxati nima?

- a) qov va o'tirg'ich suyaklarining sinishi
- b) simfiz va yonbosh dumg'aza birlashmasining ajralishi
- v) dumg'aza va yonbosh suyagining sinishi
- g) dum va dumgaza suyaklari sinishi
- d) qov o'tirg'ich va yonbosh suyaklari sinishi

30. Quymich kosasi singanda davolash usuli:

- a) taxtada «qurbaqa» holati
- b) gamakda
- v) skelet tortqich
- g) koksit gips bog'lami
- d) korsetda yotqizish

31. Chanoq suyaklari singanda o'rta fiziologik holat.

- a) chalqancha bel sohasiga yostiqcha qo'yish
- b) qorin bilan yotish
- v) yonlamasiga yotish
- g) chalqancha tizza ostiga yostiqcha qo'yish
- d) o'tirgan holat.

32. Shkolnikov—Selivanov usulida og'riqsizlantiri ladigan soha:

- a) katta ko'st orqali
- b) oldingi-yuqori yonbosh qirrasi sohasi
- v) qov do'ngligi orqali
- g) tizza osti yuqori burchagi orqali
- d) IV bel umurtqasi qirrasi ro'parasida

33. Yonbosh suyagi qanotining sinishi qanday sinishga kiradi?

- a) chanoq xalqasi bo'zilishiga olib keluvchi
- b) chanoq xalqasining buzilmay sinishi
- v) Malgenya sinishi
- g) chanoq xalqasiga aloqasi yo'q sinish
- d) hamma javoblar to'g'ri

34. Kefalogematoma qachon hosil bo'ladi?

- a) tug'ruq paytida;
- b) mashina urganda;
- v) daraxtdan yiqilganda;
- g) yonboshga yiqilganda;
- d) bosh bilan urilganda.

35. Son suyagi chiqishida bo'g'im xaltasidagi o'zgarishlar:

- a) kapsula fibrozi
- b) hamma javoblar to'g'ri
- v) kapsula cho'zilgan
- g) kapsula yupqalashgan
- d) kapsula gipertrofiyalashgan.

36. Son suyagining tug'ma chiqishida quymich kosasi tomining ko'rinishi quyidagicha:

- a) pasayadi
- b) to'liqinsimon
- v) balandlashadi
- g) qiyalanadi
- d) kaltalashadi

37. Son suyagining chala chiqishi nima?

- a) suyak boshi kosadan tashqari joylashib limbusning ostida bo'ladi
- b) suyak boshi quymich kosasining ichkarisida
- v) suyak boshi limbus ustida
- g) suyak boshi quymich tomi ustida
- d) suyak boshi chanoq bo'shlig'ida.

38. Son suyagi chiqishi nima?

- a) suyak boshi quymich kosasidan tashqarida
- b) suyak boshi kattalashib qolgan
- v) suyak boshi kichiklashib ketgan
- g) suyak bo'yni val'gus holatida
- d) suyak boshi epifiziolizda.

39. Son suyagi tug'ma chiqqanda oyoqning kalta bo'lish sabablari

- a) tizza bo'g'imini bukuvchi kontrakturasi
- b) chanoq-son bo'g'imini bukuvchi kontrakturasi
- v) son suyagining yuqoriga siljishi
- g) son mushaklari atrofiyasi
- d) boldir mushaklari atrofiyasi.

40. Chanoq-son bo'g'imi displaziyasida bolani dastlabki oyda davolash

- a) aparat qo'yish
- b) bolani keng yo'rgaklash
- v) leykoplastir orqali tortish
- g) Vilenskiy shinasini qo'llash
- d) beshikka belash

41. Chanoq-son bo'g'imi displaziyasida 3 oydan so'ng davolash

- a) koksit bog'lami
- b) bo'sh yo'rgaklash
- v) skelet tortma;
- g) Vilenskiy shinasini
- d) Sheptun gips bog'lami

42. Son suyagi tug'ma chiqqan bolalarni 6 oylik bo'lgandan so'ng davolash:

- a) koksit bog'lami
- b) oyoqni bo'sh yo'rgaklash
- v) klinika shinasini
- g) Sheptun gips bog'lami
- d) Vilenskiy shinasini

43. Chanoq-son bo'g'imi displaziyasida rentgen tasviridagi erta paydo bo'lgan belgilar:

- a) Shenton chizig'ining bo'zish
- b) Rozer-Nelaton chizig'ining bo'zish
- v) Puttining uch belgisi
- g) «h» o'zgarishi
- d) "d" o'zgarishi.

44. Son suyagi boshida suyaklanish yadrosining paydo bo'lish muddati:

- a) 2—3 oy
- b) 4—6 oy
- v) 8—10 oy
- g) 1 yoshdan keyin
- d) chaqaloqlikda.

45. Son suyagi tug'ma chiqqan bolada rentgen tasviridagi dastlabki belgilar

- a) Puttining uch belgisi
- b) Shumaxer belgisi

- v) bilak chizig'ining bo'zilihi
- g) bitroxanterika chizig'ining bo'zilihi
- d) hamma javoblar to'g'ri.

46. Son suyagi boshining o'rniga tushmaslik sabablari:

- a) quymich yuzaligi
- b) limbusning surilib qolishi
- v) son suyagi boshining deformasiyasi
- g) dumaloq bog'lam cho'zilib ketganligi
- d) bo'g'im xaltasida tor bo'yin hosil bo'lishi.

47. Son suyagi tug'ma chiqqanda musbat belgi:

- a) Girgolav belgisi
- b) Chaklin belgisi
- V) Trendelenburg belgisi
- g) Perelman belgisi
- d) Marks chizig'ining o'zgarishi.

48. Son suyagi bir tomonlama chiqqanda bemorning yurishi:

- a) majburiy
- b) oqsoqlanish
- v) o'rdaksimon
- g) ataktik
- d) paralitik.

49. Son suyagi ikki tomonlama chiqqan bemorning yurishi:

- a) majburiy
- b) oqsoqlanib
- v) o'rdaksimon
- g) ataktik
- d) paralitik.

50. Son suyagi chiqqan bemorni qachon operatsiya usulida davolash
rak?

- a) chaqaloqlikda
- b) 1 yoshgacha
- v) 2—3 yoshda
- g) maktabgacha yoshda
- d) konservativ davolashdan natija bo'lmasa.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. С.И.Киричек //Травматология и ортопедия. Минск-2002.
2. Н.В.Корнилов, Г.Грязнухин //Травматология и ортопедия том 4: травмы и заболевания таза, груди, позвоночника, головы. Кровопотеря в ортопедической хирургии. Принципы экспериментальных исследований. Санкт-петербург-2006
3. В.А.Соколов. //Множественные и сочетание травмы. Москва-2006
4. А.Н.Шванов, И.Ю.Каем, В.А.Сартан. //Атлас переломов лодыжек и их лечение. Москва-1972
5. Б.Бойчев. //Оперативная ортопедия и травматология. Москва - 1961
6. Л.А.Смирнова, И.В.Шумада //Травматология и ортопедия. Москва-1984
7. Роен, Ёкочи, Лютийен, Дреколд //Большой атлас по анатомии.
8. Клаус Букуп //Клиническое исследование костей, суставов и мышц. Москва-2008
9. Волкова Валентина Михайловна //Хирургия кисти. Екатеринбург-1991
10. П.Трачук, В.М.Шаповалов, Р.М.Тихилов //Основы диагностической артроскопии коленного сустава. // Санкт-петербург-2000
11. С.Т.Зацепин //Костная патология взрослых. Москва-2001
12. А.А.Корж, Н.С.Бондаренко //Повреждения костей и суставов у детей. Харьков-1994
13. А.А.Корж, В.П.Черних, В.А.Филиппенко, Н.В.Дедух, И.А.Зупанец, А.Н.Хвисюк, Т.Н.Грашенкова. //Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы. Харьков -1997
14. Н.В.Корнилов, Е.Г.Грязнухин, В.И.Осташко, К.Гредко //Травматология. Санкт-петербург-1999
15. Н.В.Корнилов, Е.Г.Грязнухин //Травматология и ортопедия том 2: травмы и заболевания плечевого пояса и верхней конечности. Санкт-петербург -2005
16. Н.С.Косинская //Нарушения развития костно-суставного аппарата. Москва-1966
17. Г.П.Котелников //Посттравматическая нестабильность коленного сустава. Самара-1988

18. А.Ф.Краснов, В.М.Аршин, В.В.Аршин //Травматология. Ростов-на-Дону-1998
19. М.И.Кузин, Б.М.Костюченко //Раны и раневая инфекция. Москва-1990
20. В.О.Маркс //Ортопедическая диагностика. Минск-1978
21. М.И.Синило //Атлас травматических вывихов. Киев-1979
22. Г.С.Юмашев //Травматология и ортопедия. Москва-1990
23. X.A.Musalatov, G.S.Yumashev, L.L.Silin //Travmatologiya va ortopediya. Toshkent-2007
24. Djalilov P.S., Xolxo'jayev M.X. //Bolalar travmatologiyasi. Toshkent-2009
25. Djalilov P.S., Xolxo'jayev M.X. //Bolalar ortopediyasiyasi. Toshkent-2009
26. М.В.Волков, Дедова В.Д. //Детская ортопедия. Медицина. Москва-1980
27. Баиров Г.А. //Травматология детского возраста. Санкт-петербург-2000
28. Mirsodiqov A.S. //Bosh miya jarohatlari. Toshkent-1999
29. Золотова Н.Н. "Руководство по детской травматологии" Тошкент, 2010
30. М.Гарлицки. //Травматология. Варшава-1973
31. Axmedov A.G., Rasulov X.A. //Odam anatomiyasi. Toshkent-2012
32. Ю.Ф.Исаков, Ю.М.Лопухина //Оперативная хирургия с топографической анатомией. Москва-1997
33. Бухни А.Ф. //Повреждения эпифизарных зон кости у детей. Москва-1973
34. Ключевский В.В. //Скелетное вытяжение. Ленинград-1991
35. Рейнберг С.А. //Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. Москва-1964
36. Narziqulov U.K., Ruzikulov U.Sh., G'aniyev A.Q., Karimov J.N., Usmonov Sh.U. //Bolalar ortopediyasi. Toshkent-2010.
37. М. Земан. //Техника наложения повязок. Питер-1994

MUNDARIJA

Soʻz boshi.....	3
BOLALARDA TAYANCH-HARAKAT TIZIMINING ANATOMA-FIZIOLOGIK XUSUSIYATLARI	4
I bob. TRAVMATOLOGIYA BOLALARDA TAYANCH-HARAKAT TIZIMI JAROHATLANISHINING OʻZIGA XOS XUSUSIYATLARI	5
Bolalarda singan suyaklarni davolashning asosiy shartlari.....	6
Singan suyak boʻlaklarining bitishi.....	8
Singan suyaklarni davolash.....	9
I. Bolalar suyaklarini sinishi va chiqishida transportirovkani tashkillashtirish.....	13
II. Transport shinasini qoʻllash.....	13
III. Dismurgiya.....	21
IV. Jarohatga birlamchi jarrohlik ishlov berish.....	29
V. Bolalarga xos boʻlgan sinishlarda rentgenologik belgilar.....	31
VI. Singan sohalarni ogʻriqsizlantirish.....	32
VII. Gipsli bogʻlamlarni toʻgʻri qoʻyilganligini aniqlash.....	33
VIII. Bilak suyagi boshchasi chiqishini toʻgʻrilash.....	33
IX. Torako-broxial gipsli bogʻlamlarni qoʻyish.....	34
X. Dezo bogʻlamini qoʻyish.....	35
XI. Oʻmrov suyagi singanda “Del’be” xalqasini qoʻyish.....	35
XII. Oʻmrov suyagi singanda “8-simon bogʻlamni qoʻyish.....	36
XIII. Magistral qon tomirlarni jarohatlanishi.....	37
Qon ketishi	37
Qon ketishining turlar.....	38
Qon ketishining klinik koʻrinishlari.....	39
Qon ketishining asoratlari va oqibatlari.....	42
Qon ketishi davrida organizmning tashqi vaichki.....	42
oʻzgarishlarga moslashishi.....	42
Qon ketishini toʻxtatish choralari	43
Jgutning toʻgʻri qoʻyilganligini tekshirish.....	47
Jgut qoʻyish texnikasi.....	47
XIV. Yelka - bilak suyaklari singanda fiziologik holat.....	48
Qoʻll suyaklarini asoratsiz sinishi repozitsiyasi.....	48
XV. Oyoqlar singanda oʻrta fiziologik holat.....	48
Shede usulda leykoplasterli (kleolli) tortmaga olish.....	49
XVI. Tizza boʻgʻimi punktsiyasi.....	50
Boldir suyaklarining asoratsiz singanda yopiq repozitsiya qilish.....	50
Tutor va gips longetalarni qoʻllash.....	51
Chanoq suyaklarini singanda oʻrta fiziologik holat.....	51
Toʻshakda bemorning gamakdagi holati.....	54
Oyoq suyaklari sinishlarida skelet tortmaga olish.....	54
Chanoq suyaklari sinishida Shkolnikov-Selevanov usulida ogʻriqsizlantirish.....	55
Boʻyin umurtqalari jarohatlanganda Glisson qovuzlogʻida tortmaga olish.....	56
Koʻkrak bel-umurtqalari jarohatlanganda qoʻltiq ostidan tortmaga olish.....	56
Umurtqa pogʻonasi jarohatlarida bemorning toʻshakdagi holati.....	58
Bosh miyasi jarohatlangan bemorlarni statsionarga olib borish.....	58

XVII. Bosh miya jarohatlarida medikamentoz terapiya o'tkazish.....	58
Bosh miya jarohatlarini tashhislash	59
II bob. ORTOPEDIYA	60
XVIII. Bir yoshgacha bo'lgan bolalarda son suyagi tug'ma chiqishini tashhislash va klinikasi	60
Son suyagini tug'ma chiqishini oldini olishda va son-chanoq bog'imi displaziyasida keng yo'rgaklash texnikasi	61
Tsito (lifchik) shinasini taqish tartibi	64
Klinika shinasini taqish tartibi	64
Vilenskiy shinasini taqish	65
XIX. Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqiligini qiyosiy tashhislashda rentgenogrammani o'qish.....	66
Tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqiligini boshqa shakldagi bo'yin qiyshiqiligi bilan qiyosiy tashhislash	66
Ota-onalarga tug'ma mushakli bo'yin qiyshiqiligida davolovchi mashqni bajarishni o'rgatish	67
To'sh-o'mrov – so'rgichsimon mushakka lidaza yuborish.....	68
XX. Tug'ma maymoqlikni tug'riqxonada tashhislash	69
Tug'ma maymoqlikda Fink-Ettingin bo'yicha yumshoq bintlash texnikasi	70
Tug'ma maymoqlikda redrisatsiyalovchi-korreksiyalovchi gipsli bog'lam qo'yish texnikasi	70
XXI. Raxitik deformasiyani davolash.....	71
XXII. Qomatning bo'zilishi	74
Qomatning buzilishini tashhislash	74
XXIII. Yassi panjalik	80
XXIV. Hushdan ketish, kollaps va shokda birinchi yordam ko'rsatish	85
Shok	87
XXV. Qoqsholga qarshi zardob (QQZ) kiritish texnikasi	89
Oyoq suyaklarining chiqishlari	99
Son suyagini chiqishlari	100
Favqulodda holatlarda (yer qimirlashi, suv toshqini, o'pirilish va bosib qolish) birinchi tibbiy yordam ko'rsatish xususiyatlari	102
Tez tibbiy yordam» xizmati xodimlari faoliyatida tibbiy etika va deontologiya.....	108
Vaziyatli vazifalar	110
Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati	124

Narziqulov Umar Karimqulovich,
Bo'riyev Murod Norbekovich,
Umarxodjaev Fatxulla Risxitillayevich,
Ruzikulov Uktam Shukurovich,
Nazirqulov G'affor Musurmonqulovich,
Samadov Ulug'murod Maxmanazarovich

**BOLALAR TRAVMATOLOGIYA VA ORTOPEDIYASI
BO'YICHA AMALIY KO'NIKMALAR**

O'quv qo'llanma

Muharrir: J. Shukurov
Badiiy muharrir: M. Odilov
Kompyuterda sahifalovchi: U. Raxmatov

Bosishga ruxsat 14.09.2020-y.da berildi.
Bichimi 60x84 $\frac{1}{16}$. Ofset qog'ozi №2. «Times» garniturası.
Shartli b.t. 7,85. Nashr hisob t. 8,0. Adadi 50 dona.
23-buyurtma.

«TURON IQBOL» nashriyotida tayyorlandi.
100000, Toshkent, Navoiy ko'chasi, 30-uy.

MChJ «Odil Print» bosmaxonasida chop etildi.
100012. Toshkent, Sirg'ali-II. 10-uy.

ISBN 978-9943-14-341-8



9 789943 143418