



O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRINING BUYRUG'I

2024_yil 25-dekabr

№ 401

Toshkent sh.

Davolash-profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokol va davolash standartlarini tasdiqlash hamda amaliyotga joriy etish to'g'risida

O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Sh.M.Mirziyoyev rahbarligida 2024-yil 5-fevralda kengaytirilgan tarzda o'tkazilgan videoselektor yig'ilishining 9-son bayoni ijrosini ta'minlash hamda 300 ta klinik protokol va standartlarni xalqaro mezonlarga moslashtirish maqsadida, **buyuraman:**

1. Sog'liqni saqlash vazirligining 2024-yil 29-apreldagi 107-son buyrug'iga muvofiq 30 ta tibbiyot (klinik) yo'nalishi bo'yicha 60 ta klinik protokol, 2024-yil 14-iyundagi 195-son buyrug'iga muvofiq 11 ta nozologiya bo'yicha klinik protokol va davolash standartlari hamda 2024-yil 9-sentabrdagi 290-son buyrug'iga muvofiq 38 ta tibbiyot (klinik) yo'nalishi bo'yicha 60 ta klinik protokol va davolash standartlari tasdiqlanganligi ma'lumot uchun qabul qilinsin.

2. 41 ta tibbiyot (klinik) yo'nalishi bo'yicha davolash-profilaktika muassasalari uchun milliy klinik protokol va davolash standartlari ro'yxati ilovaga muvofiq tasdiqlansin.

3. Tibbiy yordamni tashkillashtirish departamenti (U.Gaziyeva), Onalik va bolalikni muhofaza qilish boshqarmasi (F.Fozilova), Tibbiy sug'urta boshqarmasi (Sh.Almardanov), Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi (Sh.Nurimova), Xususiy tibbiyot va JST masalalari bo'limi (Sh.Gulyamov), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari bilan birgalikda:

mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini barcha davlat va nodavlat tibbiyot tashkilotlariga yetkazilishini ta'minlasin;

2025-yil 3-martdan boshlab mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini davolash profilaktika muassasalarining amaliyotiga joriy qilsin, bunda:

milliy klinik protokol va davolash standartlaridan tashxislash va davolash jarayonida to'liq foydalanishni yo'lga qo'yish maqsadida joylarda baholash va monitoring o'tkazish orqali amaliy yordam ko'rsatish ishlari amalga oshirilsin;

milliy klinik protokol va davolash standartlarini amaliyotga joriy etishda milliy klinik protokol va davolash standartlarini qayta o'rganish orqali takomillashtirib borish choralari ko'rsin.

4. Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi (Sh.Nurimova), Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari rahbarlari bilan birgalikda:

yil yakuniga qadar 2025-yil davomida milliy klinik protokol va davolash standartlarini qayta ko'rib chiqish va tasdiqlash reja-grafikini ishlab chiqsin.

5. Qoraqalpog'iston Respublikasi sog'liqni saqlash vaziri, Toshkent shahar va viloyatlar sog'liqni saqlash boshqarmalari boshliqlari mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini davlat va nodavlat davolash profilaktika muassasalarida amaliyotga joriy etilishini ta'minlasin.

6. Fan-ta'lim va innovatsiyalar boshqarmasi (O'.Ismailov) Respublika tibbiyot oliy ta'lim muassasalari rektorlari bilan birgalikda mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlari 2025/2026 o'quv yilidan boshlab Sog'liqni saqlash vazirligi tizimidagi tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining bakalavriat, magistratura, klinik ordinatura bosqichlari, shuningdek, shifokorlarni qayta tayyorlash va malakasini oshirish bo'yicha o'quv dasturlariga kiritilgan holda ta'lim jarayonini tashkil qilinishini ta'minlasin.

7. Nazorat inspeksiyasi (A.Alijonov) rejali va rejadan tashqari tekshirishlarida mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarining tibbiyot amaliyotiga joriy etilishi va ularga rioya qilinishi ustidan nazorat o'rnatish vazifasi yuklatilsin.

8. Raqamli texnologiyalarini joriy etish va muvofiqlashtirish boshqarmasi (N.Eshnazarov) mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarini vazirlikning rasmiy veb-saytiga joylashtirsin.

9. Matbuot xizmati (bo'limi) (F.Sanayev) mazkur buyruq bilan tasdiqlangan milliy klinik protokol va davolash standartlarining mazmun mohiyatini yoritish bo'yicha tashviqot va targ'ibot ishlari o'tkazilishini ta'minlasin.

10. Mazkur buyruq qabul qilinishi munosabati bilan O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirining 2021-yil 30-noyabrdagi "Davolash-profilaktika muassasalari uchun klinik bayonnomalar hamda kasalliklarni tashxislash va davolash standartlarini tasdiqlash to'g'risida"gi 273-son buyrug'ining ilovalaridagi tegishli nozologiyalar bo'yicha klinik protokollar va standartlari o'z kuchini yoqotgan deb hisoblansin.

11. Mazkur buyruq ijrosining nazorati vazir o'rinbosari F.Sharipov zimmasiga yuklansin.

Vazir



A. Xudayarov

O‘zbekiston Respublika
Sog‘liqni Saqlash vazirining
2024 yil “25” dekabrda
401-son buyrug‘iga
ilova

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA BOLALAR ORTOPEDIYASI MARKAZI**

**"SONNING PATOLOGIK CHIQISHI" NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMALAR**

Toshkent – 2024

"TASDIQLAYMAN"
Respublika bolalar ortopediya
markazi direktori
A.B. Tilyakov



"SON SUYAGINI PATOLOGIK CHIQISHI" KASALLIGI BO‘YICHA MILLIY KLINIK BAYONNOMALAR

Toshkent - 2024

MUNDARIJA:

"SONNING PATOLOGIK CHIQISHI" KASALLIGINI TASHXISLASH VA
DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR_____5

"SONNING PATOLOGIK CHIQISHI" KASALLIGIGA OID TIBBIY
ARALASHUVLAR BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR_____44

"SONNING PATOLOGIK CHIQISHI" KASALLIGINING OLDINI OLISH VA
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR_____71

"SONNING PATOLOGIK CHIQISHI"
NOZOLOGIYASINI TASHXISLASH VA DAVOLASH
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent - 2024

1. KIRISH QISMI

Mazkur klinik protokollar Respublika bolalar ortopediyasi markazi, "O'zbekiston travmatolog ortopedlar ilmiy jamiyati" va Toshkent tibbiyot akademiyasi mutaxassislari tomonidan Rossiya travmatolog va ortopedlar Umumrossiya jamoat tashkilotining (ATOR) yo'riqnomalari, tavsiyalari va ma'lumotlari asosida ishlab chiqilgan.

Mualliflar guruhi xalqaro ekspertlarning fikrlarini to'liq qo'llab-quvvatlaydi va shuni ta'kidlash kerakki, klinik protokollar chop etilgan vaqtdagi eng ishonchli va tajribali mutaxassislar uchun ochiq bo'lgan ma'lumotdir. Ular alohida bemorni davolash taktikasini aniqlashda klinik tajribaning o'rnini bosa olmaydi, lekin bemorning o'ziga xos xususiyatlari va uning afzalliklarini hisobga olgan holda tanlov qilishga yordam beradi.

Milliy klinik protokollar sonning patologik chiqishi bo'lgan bemorlarni tashxislash, davolash, rehabilitatsiya qilish va oldini olish uchun qo'llanma bo'lib, MKB-10/11 M 95.5 shifri bo'yicha respublikamizning barcha davolash-profilaktika muassasalari bolalar ortopediya shifokorlari tomonidan qo'llanilishi lozim. Ushbu protokolni ishlab chiqishda klinik tavsiyalar va rus tilidagi nashrlarda nashrlar, PubMed (MEDLINE) ma'lumotlar bazasidan olingan ma'lumotlar asos bo'ldi.

10-KXT bo'yicha kod (lar):

10-XKT	
kod:	Nomi: Chanoqning orttirilgan deformatsiyalari
M 95.5	Sonning patologik chiqishi
Yuklab olish (KXT havolasi)	https://cyberleninka.ru/article/n/patologicheskii-vyvih-bedra-u-detey-perenesshih-epifizarnyy-osteomielit/viewer

Milliy klinik protokol ishlab chiqilgan va qayta ko'rib chiqilgan sana

Milliy klinik protokol 2024 yilda ishlab chiqilgan.

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul tashkilot:
Respublika bolalar ortopediyasi markazi (RBOM).

MILLIY KLINIK BAYONNOMALAR VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHGA O'Z HISSASINI QO'SHGAN SHAXSLAR:

Fanlararo ishchi guruh a'zolari:

Tilyakov Akbar Bo'riyevich - tibbiyot fanlari doktori, Respublika bolalar ortopediya markazi direktori.

Alpisbayev Xojaaxmed Shayxislomovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktorining davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari, chanoq-son bo'g'imi patologiyasi bo'limi mudiri.

Tapilov Elyar Abduvaliyevich - Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.

Mirpayazov Alovuddin Xabibullayevich - Respublika bolalar ortopediyasi markazi umurtqa pog'onasi va ko'krak qafasi patologiyasi bo'limi mudiri.

Mirzayev Anvar G'ofurovich - tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi neyroortopediya bo'limi mudiri.

Shomikimov Shuxrat Abdushukurovich - panja va oyoq panjasi patologiyasi bo'limi mudiri

Ro'ziyev Norpo'lat To'rayevich - tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.

Fanlararo mualliflar ro'yxati, qo'shimcha hammualliflar jamoasi:

- Taqrizchilar:

Respublikadan:

Jo'rayev Ahrorbek Maxmutovich - tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi bolalar ortopediyasi va travmatologiyasi bo'limi rahbari.

Xorijdan:

Ryabix Sergey Olegovich - t.f.d., professor. Akademik Yu.Ye.Veltishchev nomidagi Pediatriya va bolalar xirurgiyasi ilmiy-tadqiqot klinik instituti ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari, Bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi bo'limi rahbari.

Fanlararo ishchi guruh yig'ilishida milliy klinik protokollar loyihasining muhokamasi bayonnomasidan ko'chirma raqami va sanasi: Fanlararo ishchi guruhning 1-yig'ilishi 2023-yil 15-noyabrda bo'lib o'tdi.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo'yicha ekspert xulosasi va tahrir qilish

Respublikadan:

Xo'janazarov Ilhom Eshkulovich - Toshkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya va ortopediya kafedراسi mudiri, tibbiyot fanlari doktori

Sog'liqni saqlash vazirligining ekspert guruhi mutaxassislari tomonidan milliy klinik protokol va standartlarni baholash bo'yicha ekspert xulosasi:

Ushbu klinik protokol va standart O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi mutaxassislari tomonidan tashkiliy va uslubiy qo'llab-quvvatlash bilan

ishlab chiqilgan. Vazir o‘rinbosari t.f.d. F.Sharipov, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh.Almardanov, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi boshlig‘i t.f.d. S.Ubaydullayeva, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo‘limi bosh mutaxassislari Sh.Nurimova, S.Usmanov va G.Jumayeva.

Sog‘liqni saqlash vazirligi huzuridagi muvofiqlashtiruvchi kengash majlisi bayonnomasidan ko‘chirma (25.04.2024 y.)

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

SPCH - sonning patologik chiqishi	
SS	- son suyagi
SSB	- son suyagi bo‘yni
CHSB	- chanoq-son bo‘g‘imi
SSB	- son suyagi boshchasi
QK	– quymich kosachasi
BDB	- bo‘yin-diafiz burchagi
OGO	- o‘tkir gematogen osteomiyelit
OGMO	- o‘tkir gematogen metaepifizar osteomiyelit
MRT	- magnit-rezonans tomografiya
MST	multispiral tomografiya
UTT	- ultratovushli tekshiruv

Ushbu nozologiya bo‘yicha milliy protokol va standartdan foydalanuvchilar:

Travmatolog va ortoped shifokorlar;

Vrachlar-bolalar travmatologlari ortopedlar;

Umumiy amaliyot shifokorlari;

Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;

Viloyat ko'p tarmoqli tibbiyot markazlari shifokorlari;

Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, magistrlar, ordinatolar va aspirantlar.

Ushbu klinik protokol va ushbu nozologiya bo'yicha standartga mos keladigan bemorlar toifasi: bolalar (18 yoshgacha).

- Daliliy tibbiyotga asoslangan dalillilik darajasi shkalasi:

Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

YD	Taxrirlash
1	Referens usul bilan nazorat qilingan tadqiqotlarning tizimli obzori yoki meta-tahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli obzori
2	Referens usul bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va metatahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Referens usul bilan ketma-ket nazorat qilinmaydigan tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usul bilan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmining asosi yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, terapevtik va rehabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

YY P	Taxrirlash
1	Meta-tahlilni qo‘llagan holda RKIni tizimli ko‘rib chiqish
2	Meta-tahlilni qo‘llagan holda har qanday dizayndagi tadqiqotlarning alohida RKI va tizimli obzorlari, RKIdan tashqari
3	Nerdomizatsiyalangan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqoti
5	Faqatgina aralashuvning ta’sir mexanizmini asoslash (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki ekspertlarning fikri mavjud

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

YBP	Taxrirlash
A	Kuchli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan samaradorlikning barcha mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatga ega bo‘lgan dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari bir-biriga mos kelmaydi)

2. Asosiy qism

Kirish.

Chanoq-son bo'g'imini hosil qiluvchi suyaklarning o'tkir gematogen osteomiyeliti alohida o'rin tutadi va ushbu bemorlarni tashxislash, olib borish va davolashning qoniqarsiz natijalari ko'pligi jihatidan murakkablik tug'diradi. U yiringli kasalliklarning 6-12,2% ni tashkil qiladi va 79,1-88,7% hollarda uzun naysimon suyaklarni zararlaydi, bu esa ortopedik asoratlar rivojlanishiga olib keladi. Infeksiya ko'pincha oyoqlarda uchraydi, bunda eng ko'p uchraydigan joylari: son suyagi (27%), boldir suyagi (22%) va yelka suyagi (12%). Bir suyakning zararlanishi ko'p o'choqli infeksiya bilan taqqoslaganda 50% dan ko'proq hollarda uchraydi. Odatda, kasallik ko'pincha 5 yoshgacha bo'lgan bolalarda uchraydi [12]. Ushbu asoratlar 22-71,2% bolalarda rivojlanadi va 16,2-53,7% bemorlarda erta nogironlikka olib keladi [1,2,3]. Bolalik davrida kasallikning og'irligi uzoq muddatli davrda metaepifizar sohalarning shikastlanishi bilan kuchayadi, bu esa tayanch-harakat tizimining keyingi shakllanishining buzilishiga olib keladi [13]. Bir qator mualliflarning fikriga ko'ra, eng ko'p uzun naysimon suyaklarning epimetafizar (54,5%) va metafizar (39,6%) sohalari zararlanadi va lokalizatsiyasiga ko'ra, son suyagi ham bir, ham bir nechta darajada zararlanadi, bu barcha gematogen osteomiyelit holatlarining 38-46% ni tashkil qiladi. Osteomiyelitning tarqalish xususiyatlari va uning ko'rinishlari tashxis qo'yish, davolash taktikasini rejalashtirish uchun muhimdir. Osteomiyelitning tarqalishiga doir boshqa statistik kuzatishlar ham bor. Peltola et al. [16] ma'lumotlariga ko'ra, bolalarda oyoq suyaklari infeksiyon shikastlanishlarining 75% ni tashkil qiladi, bunda son (27%), boldir suyagi (26%), chanoq (9%) va tovon eng keng tarqalgan joylar hisoblanadi [19]. Ortopedik natijalar nafaqat xilma-xil bo'lishi, balki tuzatish uchun juda qiyin bo'lishi mumkin [36]. B 31-71% hollarda o'tkazilgan yallig'lanish jarayonidan keyin ortopedik asoratlar (yirik bo'g'imlarning chiqishlari, deformatsiyalari, qisqarishlari, kontrakturalari va ankilozlari) shakllanadi, ularning asosida epifizlar, o'sish zonalar va diafizlarning shikastlanish variantlari yotadi [7, 13, 14, 37].

Jarrohlik davolash sifati va uzoq muddatli funksional natijalarning yaxshilanishiga qaramay, bemorlarning umumiy sonining kamayishi fonida ortopedik asoratlar sonining ko'payishi kuzatilmoqda [5, 8, 38, 39]. Shuning uchun oyoqlarning o'tkir gematogen metaepifizar osteomiyeliti (OGMEO) da ortopedik asoratlarni oldini olishga qaratilgan optimal davolash algoritmini ishlab chiqish va joriy etish orqali asoratlarga yo'l qo'ymaslik birinchi darajali vazifa hisoblanadi. Mahalliy adabiyotlarda PVBni bolalarda o'tkir gematogen metaepifizar osteomiyelitning oqibati sifatida ta'riflash ildiz otgan (Sokolovskiy A.M., Sokolovskiy O.A.,1997). Xorijiy adabiyotlarda septik artrit yoki o'tkir gematogen osteomiyelit oqibatlari ko'proq qabul qilingan (Hallel N., Salvati E., 1978; Lloyd-Roberts G.,1979). Shuni ta'kidlash kerakki, hozirgi vaqtda qo'llaniladigan 10-sonli Xalqaro kasalliklar tasnifida PVB tashxisi yo'q, u yerda ushbu kasallik shifr bilan belgilanadi. M 95.5 "chanoqning orttirilgan deformatsiyalari." O'tkir gematogen osteomiyelit (O'GO) bolalar yoshidagi barcha jarrohlik kasalliklarining 2,6-11% va yiringli kasalliklarning 6,6-30% ni tashkil qiladi (Kononov V.S., 1974; M.V.Grinev, 1977; Akjigitov G.N., Yudin Ya.B.,1986; M.D.Burin, 1989; V.Ye.Shitinin va hammual., 2000), bunda chaqaloqlik davrida - 27,4% gacha (Sitkovskiy N.B., Kukuruza Yu.P., 1975; Abayev Yu.K. va hammual.,2003). O'GO turli yoshdagi bolalarda klinik kechish xususiyatlariga ega bo'lib, bu suyak to'qimasi va tananing boshqa tizimlarining nisbatan yetilmaganligi bilan izohlanadi (Frederiksen B, et al.,1993).

Nozologiyaning umumiy xususiyatlari

Sonning patologik chiqishi (SPN) erta bolalik davrida infeksiyon koksitning eng ko'p uchraydigan va dahshatli asoratlaridan biri bo'lib, u KBSda anatomik munosabatlarning yaqqol buzilishiga olib keladi va chanoq suyaklarining turli og'irlikdagi destruksiyasi, bo'g'im atrofida yumshoq to'qimalarning chandiqli o'zgarishlari, bo'g'im kontrakturalarining shakllanishi va turg'un ikkilamchi statik deformatsiyalarning rivojlanishi bilan birga keladi.

O'tkazilgan gematogen osteomiyelitdan keyin sonning patologik chiqishi tasnifi.

Sonning patologik chiqishining bir qator tasniflari mavjud. Asoratlarni tasniflash eng maqbul jarrohlik amaliyotini tanlashga yordam berish uchun mo'ljallanganligi sababli, odatda uning asosida bo'g'im elementlarining anatomik (rentgenologik) xususiyatlari qo'llaniladi.

chanoq-son bo'g'imi, rentgenologik ma'lumotlar asosida chanoq-son bo'g'imi nisbatining buzilishi.

Kelib chiqish mexanizmiga ko'ra quyidagilar ajratiladi:

- sonning destruktiv patologik chiqishi;
- sonning distension patologik chiqishi.

PVBning distension shaklida chanoq-son bo'g'imi tarkibiy qismlarining shakli, tuzilishi, o'lchamlari buzilishlari aniqlanmaydi yoki ular minimal darajada ifodalangan.

PVBning destruktiv shaklida har doim son suyagi boshchasining shakli, tuzilishi, o'lchami va proksimal oxiridagi buzilishlar mavjud bo'lib, ular bolaning og'ir umumiy somatik holati (sepsis, o'pkaning sun'iy ventilyatsiyasi) fonida shakllanadi.

Klinik-rentgenologik belgilariga ko'ra quyidagilar ajratiladi:

- sonning patologik chiqishi;
- sonning patologik chiqishi.

PVBning ishchi tasnifi (N.N.Zolotova 1991) chanoq-son bo'g'imidagi patologik o'zgarishlarning 4 darajasini farqlaydi:

I-daraja: distension chiqish;

II-daraja: qisman destruksiya;

III-daraja: boshchaning to'liq destruksiyasi, qisman sonning bo'yin qismi, qov chuqurchasining jarayonga tortilishi;

IV-daraja: - boshcha, bo'yincha to'liq yemirilib, qov chuqurchasining jarayonga tortilishi.

Klinik-rentgenologik ko'rinishlarning ifodalanishiga asoslanib, patologik chiqishning yuzaga kelishining mumkin bo'lgan mexanizmlari va barcha holatlarda dinamik rentgenologik tekshiruv ma'lumotlaridan foydalangan holda Samkov A.S. klinik-rentgenologik parallellarni o'tkazdi va ular asosida PVBning ishchi tasnifini ishlab chiqdi. Bemorlarning 4 ta asosiy guruhleri ajratildi:

I guruh: yurish-turishida yengil buzilishlar bo'lgan bemorlar. Birlamchi yallig'lanish o'chog'i ushbu bemorlarda son suyagi proksimal metafizida joylashgan. U epifizga tarqalmadi, shuning uchun son suyagi boshchasi deyarli o'zgarmadi - distension o'z-o'zidan chiqishlar.

II guruh: son suyagi distension chiqishlari bo'lgan bemorlar, ularda o'tkazilgan yallig'lanish natijasida son suyagining proksimal qismi deformatsiyalangan. Shu bilan oqsoqlik, 2-3 sm (nisbiy) oralig'idagi kaltalik - son suyagi proksimal oxirining o'rtacha deformatsiyasi bilan distension chiqishlar;

- III guruh: Trendelenburgning ijobiy simptomi yaqqol ifodalangan, oldinga va orqaga harakatlanuvchi bemorlar. O'tkir davrda ularda yallig'lanish jarayoni son suyagi boshchasiga tarqalib, uning va son suyagi bo'yinchasining to'liq yoki sezilarli darajada yemirilishiga olib keldi, son suyagi katta sixining baland turishi bilan;

- IV guruh - keskin ifodalangan yiqiluvchan yurish, chanoq-son bo'g'imida bukuvchi-kirituvchi kontrakturalar, ikkilamchi deformatsiyalar bo'lgan bemorlar. Rentgenologik tekshiruvda son suyagi boshchasi va bo'yinchasining to'liq yemirilishi, katta sixining baland turishi, Y-simon tog'ayning yemirilishi va sinostozi qayd etildi.

PVB oqibatlarini In Ho Choi et al. bo'yicha tasniflashda deformatsiyaning har bir turi A va B kichik tiplarga bo'lingan holda 4 guruhga ajratildi:

- I tip: qoldiq deformatsiyaning yoʻqligi (A tip) yoki uncha katta boʻlmagan magna soʻxasi (I tip B);

II tip: boshchasi deformatsiyalangan breva soxasida (II A tip) yoki oʻsish zonasining (II B) muddatidan oldin asimmetrik yopilishi natijasida rivojlanib boruvchi vara soxasida yoki valga soxasida;

III tur: son boʻynining coxa vara yoki coxa valga zararlanishi natijasida ogʻir antetorsiya yoki retrotorsiya bilan rivojlanishi (III A tur) yoki son boʻynining kichik qismi saqlanib qolgan psevdartroz (III B tur);

IV tip: boʻynining kichik qismi saqlanib qolgan holda bosh va son boʻynining yemirilishi (IV A tip) yoki boʻgʻimda butunlay chiqib ketgan holda bosh va son boʻynining toʻliq yemirilishi (IV B tip).

Son suyagi boshchasi va boʻyinchasi epifizining, quymich chuqurchasi shikastlanishining ogʻirlik darajasidan kelib chiqqan holda davolash-prognostik prinsiplar boʻyicha PVB tasnifi:

I-daraja: - chuqurchaning biroz rivojlanmaganligi, atsetabulyar indeks 300 dan oshmaydi;

II-daraja: - choʻkmaning oʻrtacha rivojlanmaganligi, atsetabulyar indeks 500 gacha;

III daraja: - chuqurchalarning toʻliq rivojlanmaganligi, atsetabulyar indeks 500 dan yuqori.

3. Diagnostika usullari, yondashuvlari, tibbiy aralashuv yondashuvlari va diagnostika jarayonlari.

- Shikoyat va anamnez

Standart tekshiruv toʻliq anamnez yigʻish va jismoniy tekshiruvni oʻz ichiga oladi. Son suyagining patologik chiqishi boʻlgan bemorlarni tashxislash anamnestik

ma'lumotlarni sinchkovlik bilan aniqlashga va ko'rikdan o'tkazishga asoslanadi. Bunda kasallikning dastlabki belgilariga e'tibor qaratiladi -

- qo'l-oyoqlar harakatining cheklanishi, ularning majburiy holati;
- chanoq-son bo'g'imlari sohasidagi abscesslar ochilgan joylardagi chandiqlar.
- mustaqil yurishda 12-15 oylik bolada oqsoqlanish (bir tomonlama chiqishlarda) yoki "o'rdak yurish" (ikki tomonlama chiqishlarda) kabi yurishning buzilishi kuzatiladi;
- oyoq kaltaligi (bir tomonlama chiqishlarda);
- chanoq-son bo'g'imida bukuvchi-keltiruvchi kontraktura.

- Fizik tekshiruv:

- yurishning buzilishi (oqsoqlanish yoki "o'rdakdek" yurish),
- chanoq-son bo'g'imida beqarorlik,
- katta sixning lateral va yuqoriga siljishi,
- chanoq-son bo'g'imida cheklanish,
- bir tomonlama zararlanganda oyoqning kaltalashishi.

- Laboratoriya tadqiqotlari:

- Qonning umumiy tahlili - leykoformulani, surtmada trombotsitlarni hisoblash: OAK me'yor chegarasida bo'lishi mumkin, ammo o'rtacha leykotsitoz bo'lishi mumkin. Ko'pincha ECHTning sezilarli raqamlargacha tezlashishi qayd etiladi. Kamqonlik kamdan kam kuzatiladi va mustaqil noxush prognostik belgi hisoblanadi;

- O'sma lizisi sindromini, shuningdek, organlarning yondosh zararlanishini aniqlash uchun qonning biokimyoviy tahlili - laktatdehidrogenaza, umumiy oqsil, albumin, kreatinin, mochevina, elektrolitlar, siydik kislotasi;
- umumiy siydik tahlili;
- guruh va rezus-omil bo'yicha qon tahlili;
- qonni biokimyoviy tekshirish: umumiy oqsil va uning fraksiyalari (a, v, u), bilirubin (bilvosita, to'g'ri), glyukoza, mochevina, ishqoriy fosfataza, alaninaminotransferaza (AlAT), aspartataminotransferaza (AsAT), elektrolitlar (K, Na, Cl, Ca);
- koagulogramma: protrombin indeksi (PTI), trombin vaqti (TV);

- Instrumental tadqiqotlar:

- chanoq-son bo'g'imlarining UTTsi;
- Chanoq-son bo'g'imlarining rentgenografiyasi;
- chanoq-son bo'g'imlarining MSKTsi;
- chanoq-son bo'g'imlarining MRTsi;
- elektrokardiografiya (EKG);

zarurat bo'lganda tashqi nafas funksiyasini tekshirish (spiroografiya).

Statsionar darajadagi majburiy tekshiruvlar ro'yxati:

Laboratoriya va funksional tekshiruvlar:

1. umumiy qon tahlili;
2. siydikning umumiy tahlili;

3. guruh va rezus-omilga qon tahlili;
4. koagulogramma;
5. qonning biokimyoviy tekshiruvi;
6. RW bo'yicha qon tekshiruvi;
7. V hepatit Ekspress-usul;
8. Hepatit S Ekspress-usul;
9. OIV-infeksiya (HIVAg/anti-HIV) IFA usuli bilan
10. EKG;
11. Ichki a'zolar UTTsi;
12. Ko'krak qafasi va tos-son bo'g'imlarining rentgenografiyasi.

Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar:

pediatr - somatik statusni aniqlash uchun;

kardiolog - ko'rsatmalar bo'yicha;

reanimatolog - hayotiy funksiyalarning buzilishi;

nevrolog - ko'rsatmalar bo'yicha;

Sonning patologik chiqishining klinik ko'rinishi:

Gematogen osteomiyelitni boshdan kechirgan bola klinik-laborator ko'rsatkichlar normallashtirgandan so'ng jarroh tomonidan hisobdan chiqariladi va uzoq vaqt davomida ortopedga murojaat qilinmaydi: bu davrda ko'pincha suyak-bo'g'im tizimining og'ir deformatsiyalari shakllanadi, ular kech davrda ko'p martalik

jarrohlik aralashuvlarini va uzoq muddatli reabilitatsiyani talab qiladi. Son suyagining patologik chiqishining klinik simptomlari son suyagi boshchasi va bo'ynining distensiyasi yoki destruksiyasi va mushaklar funksiyasining yangi sharoitlarga moslashuvi natijasida bo'g'imni hosil qiluvchi suyaklar o'rtasidagi anatomik nisbatlarning o'zgarishi natijasida yuzaga keladi.

1 yoshgacha bo'lgan bolalarda klinik simptomlar:

Bolalarda tug'ma chiqishning klinik belgilari tug'ilgandan so'ng va hayotning birinchi oylarida ko'pincha kam ifodalanadi va har doim ham ularni aniqlash mumkin emas. Shu munosabat bilan, birgina klinik belgilarga asoslanib, sonning patologik chiqishi tashxisini qo'yish qiyin, chunki ko'pincha metaepifizar sohaning o'tkir yallig'lanish jarayonini boshdan kechirgan yangi tug'ilgan chaqaloqlar, ko'pincha, amaliyotda, yallig'lanish jarayoni to'xtatilgandan so'ng, bolalar ortoped kuzatuv bo'yicha tavsiyalar olmasdan poliklinika tarmog'iga yuboriladi. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda sonning patologik chiqishining klinik belgilari quyidagilardan iborat:

- oyoqlarning majburiy holati;
- chanoq-son bo'g'imlarida harakatlarning cheklanishi;
- chanoq-son bo'g'implari sohasida abscesslar ochilgan joylarda chandiqlarning mavjudligi.

1 yoshdan katta bolalarda klinik simptomatikasi:

Yurishni boshlagan bolalarda sonning patologik chiqishining klinik diagnostikasi unchalik qiyinchilik tug'dirmaydi va hozirgi kunga qadar yetarlicha to'liq ishlab chiqilgan. Bir yoshdan katta bolalarda sonning patologik chiqishida yurishning buzilishi aniqlanadi. Ikki tomonlama chiqishida "o'rdak" tipidagi tebranma yurish, bir tomonlama chiqishida "cho'kkan oqsoqlik" deb ataladi. Son suyagi ikki tomonlama chiqib ketgan 1 yoshdan katta barcha bolalarda tik turgan holatda bel

lordozi kuchayganligi qayd etilgan. Bu frontal tekislikda gavda o'qi bilan oyoq o'qi bir-biriga mos kelmasligi bilan bog'liq, shu munosabat bilan muvozanatni saqlash uchun bemor majburiy holatni qabul qiladi. Katta quyruqning kranial siljishi tufayli o'rta va kichik quyruq mushaklarining birikish nuqtalarining yaqinlashuvi natijasida dumba mushaklari tonusining pasayishi tug'ma chiqishning eng og'ir simptomi - bemor oyoqning yuklanishi paytida chanoqning yon tomonga ag'darilishiga olib keladi (Trendelenburg simptomi). Sonning yuqori patologik chiqishida katta sixning Rozer-Nelaton chizig'iga nisbatan kranial siljishi qayd etiladi (o'rindiq do'mbog'ini yonbosh suyagining oldingi ustki uchi bilan birlashtiruvchi chiziq). Sonning patologik chiqishida oyoqning kaltalashishi sonning yuqoriga siljishiga bog'liq. Shu bilan birga, bemor va sog'lom tomonda oyoqning mutlaq uzunligi (katta sixdan ichki to'piqqacha) bir xil, bemor oyoqning nisbiy uzunligi (yonbosh suyagining oldingi ustki uchidan ichki to'piqqacha) har doim sog'lom tomonga qaraganda kichikroq. 1 yoshdan katta bolalarda shikastlangan oyoqning nisbiy qisqarishi 0,5 dan 9 sm gacha bo'lishi mumkin. KBSda harakatlar amplitudasini o'rganishda turli darajadagi passiv yo'nalishning cheklanishi aniqlanadi, shu bilan birga katta yoshda chanoq-son bo'g'imlarida olib keluvchi kontraktura ortadi. Son suyagining patologik chiqishida uzoq vaqt davomida turli xil ortopedik yordam olgan bolalarda simptomatika biroz o'zgaradi. Bunday hollarda chanoq-son bo'g'imlarida harakatlarning bo'shashganligi aniqlanadi, sonning uzoqlashishi frontal tekislikkacha yetib boradi. Shu bilan birga, deformatsiyaning kuchli rigidligi qayd etiladi, oyoqlarni yaqinlashtirish va yozishga urinishda sonning bukuvchi mushaklari va uzoqlashtiruvchi mushaklari taranglashgan, TBKda harakatlar hajmi 10-20° oralig'ida. Ba'zi hollarda oyoqlarni uzoqlashtirish holatida uzoq muddatli fiksatsiyadan so'ng, KBSda bukuvchi-olib ketuvchi kontraktura, chanoqning qiyshayishi, umurtqa pog'onasining bel qismi kompensator skoliozi va tovonning ekvinus deformatsiyasi kuzatiladi.

Sonning patologik chiqishini tashxislashning instrumental usullari

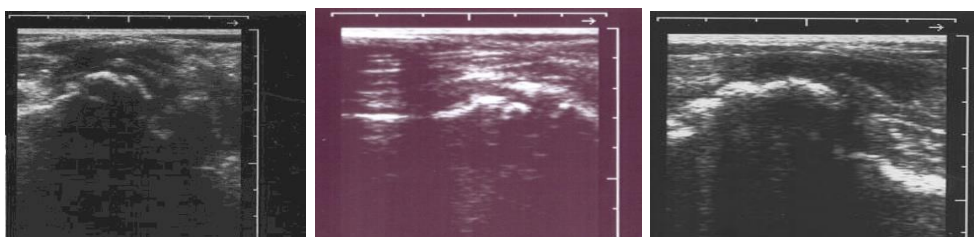
Osteomiyelitni kech tashxislashda suyakda infeksiya rivojlanishi natijasida bu o'zgarishlarni vizualizatsiya qilish ba'zan jarayon boshlanganidan keyin ikki hafta o'tgach mumkin bo'ladi, chunki suyakdagi rentgenologik o'zgarishlar uning zichligining 30-50% yo'qotilishi ko'rinishida aynan shu muddatlarda paydo bo'ladi [19, 27]. Destruksiya va periostit belgilari jarayon boshlanganidan 7 kundan ko'proq vaqt o'tgach paydo bo'ladi. Aynan shu holat ko'pincha diagnostik xatolarga va davolashni kech boshlashga sabab bo'ladi [28]. Sonning patologik chiqishi gumon qilingan bolani tekshirish quyidagilarni o'z ichiga oladi klinik ko'rikdan tashqari, instrumental tadqiqotlar o'tkazish, ular asosida tashxis qo'yish. Yangi diagnostika usullarining amaliyotga joriy etilishi erta va aniq tashxis qo'yish imkoniyatlarini kengaytiradi. Sonning patologik chiqishida chanoq-son bo'g'imlarining holatini talqin qilish maqsadida chanoq-son bo'g'imlarining ultratovush tekshiruvi, rangli doppler xaritalash, chanoq-son bo'g'imlarining rentgenografiyasi, kompyuter tomografiyasi (KT), magnit-rezonans tomografiyasi (MRT) o'tkaziladi. PVBda chanoq-son bo'g'imida o'zgarishlarni aniqlash ko'p marotaba maqsadli tekshiruvni talab qiladi. Turli diagnostik bosqichlarda u turli maqsadlarni ko'zlaydi. Bunda hozirgi vaqtda eng to'liq va zarur ma'lumotlarni beruvchi turli xil tadqiqot usullaridan foydalaniladi. lekin shu bilan birga, bola organizmiga minimal ta'sir ko'rsatadi. Biroq, bugungi kunga qadar rentgenologik tadqiqotlar tashxislashning asosiy usuli hisoblanadi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davrida O'GMEO va PVBni erta tashxislashda rentgenologik ma'lumotlar ahamiyatsiz rol o'ynaydi, chunki destruksiya, periostit hodisalari kasallikning yetti kunidan keyin paydo bo'ladi (Kris-Pugach A.P., 2000; Ash J., Gilday D., 1980; Nath A. et al., 1992; Gordon J.E. et al., 2002). Shu bilan birga, chanoq-son bo'g'imi artritining bilvosita belgilariga e'tibor qaratilgan, uning ko'rinishlari bo'g'im yorig'ining kengayishi, sonning lateropozitsiyasi, atrofdagi yumshoq to'qimalarning reaksiyasi hisoblanadi (Sadofeva V.I., 1990; Bergdahl S. et al., 1985; Howard C. et al., 1993). BMQAO'B asoratlarida qon bilan ta'minlanishning buzilishi, suyak matriksi saqlangan holda minerallarning yuvilishi tufayli boshchaning ossifikatsiyalanishining bir necha oydan 3-5-yilgacha kechikishi kuzatiladi (Berejnoj A.P., Samkov A.S., 1988;

Petersen S. et al., 1980; Litt R., 1981). Suyak to'qimasi tuzilishining buzilishi diffuz va o'choqli distrofik o'zgarishlar va son suyagi bo'yni skleroziyasidan iborat. 7,4% holatda "motam lentasi" simptomi, 38,8% holatda esa "osilgan arqon" simptomi kuzatildi (Nikolayev A.I. 2005). Son suyagi boshchasi tog'ay modelining shakli, bo'g'im chuqurchasi, ularning kongurentligi, hiqildoq chuqurchasi yumshoq to'qima tuzilmalarining holati, kapsula-bog'lam apparati haqida rentgenokonstrastli tadqiqot eng to'liq tasavvur beradi (Andrianov V.L. va hammual., 1987; De Pellegrin M. et.al., 1997).

Chanoq-son bo'g'imini ultratovush tekshiruvi.

O'GMEO va PVBni zamonaviy tashxislashda ultratovush tekshiruvi muhim o'rin tutadi. O'GMEO, chanoq-son bo'g'imi artriti va PVBni erta tashxislash maqsadida ultratovush tekshiruvi (UTT) o'tkazishning ahamiyatini ko'pchilik mualliflar ko'rsatib o'tishgan (Kris-Pugach A.P., 2000; Miralles M. et al., 1989; Howard C. et al., 1993; Mah E. et al., 1994; Cavalier R. et al., 2003). A.I. Nikolayev (2005) tomonidan erta yoshdagi bolalarda yiringli koksitni tashxislashda chanoq-son bo'g'imini ultratovush tekshiruvining yuqori informatsion diagnostik ahamiyati isbotlangan. Ultratovush tekshiruvida bo'g'imdagi ajralma kasallikning birinchi kunlaridanoq aniqlandi, u bir xil tuzilishga yoki bir xil bo'lmagan tuzilishga ega bo'lishi mumkin - yiringli artritda. Son suyagi metaepifizar osteomiyelitidan keyin sonning patologik chiqishida ultratovush tekshiruvi erta bosqichlarda kasallikni tashxislash, patologik jarayon dinamikasini kuzatish va konservativ davolash samaradorligini baholash, shuningdek, ultratovush nazorati ostida reabilitatsiya tadbirlari kompleksini o'tkazish, suyakning epifizar bo'limlari shakli va strukturasining tiklanishini kuzatish imkonini beradi. Tog'ay tomi strukturasining bir jinsli emasligi, ba'zan giperexogen kiritmalar borligi aniqlanadi. Son ko'pincha lateropozitsiya holatida bo'ladi. Son boshchasida giperexogen kiritmalar paydo bo'ladi. Son suyagi boshchasi bo'g'imdan chiqib turadi, sonning patologik chiqishi va chiqishi aniqlanadi. Bolada son suyagi boshchasining suyaklanish yadrosi mavjud bo'lsa, uning konturi yaxshi ko'rinmaydi, tuzilishi noravshan,

fragmentatsiya elementlari bilan. Ultratovush tekshiruvida bo'g'imdagi ajralma kasallikning birinchi kunlaridanoq aniqlandi, u bir xil tuzilishga yoki bir xil bo'lmagan tuzilishga ega bo'lishi mumkin - yiringli artritda. Barcha kuzatuvdagi bolalarda bo'g'im kapsulasi qalinlashishi kuzatildi. Suyak usti pardasining sezilarli darajada 5-7 mm va undan ortiq qalinlashishi bilan periostal reaksiya 5-8 kunlarda kuzatildi. 30 nafar bolada epifiz strukturasida uning fragmentatsiyasi ko'rinishidagi o'zgarishlar aniqlandi. Ultratovush tekshiruvlari kasallikning kechishiga qarab intervallar bilan o'tkazildi.



1-rasm. PVBda chanoq-son bo'g'imining ultratovush tasviri.

Patologik chiqish bo'lgan bemorlarning sonografik ko'rinishi chanoq-son bo'g'imi elementlaridagi destruktiv o'zgarishlar darajasiga bog'liq bo'ldi:

- son suyagi boshchasining butunlay yo'qligi;
- son suyagi boshchasi aniqlangan, lekin uning butunligi buzilgan, u yirik bo'laklardan iborat bo'lgan;
- bo'shashgan quloq chuqurchasi proyeksiyasida buzilgan va siljigan boshcha bo'laklari aniqlandi;
- cho'kmadagi tog'ay hosilalari, ular tushirilgandan keyin chiqishni yopiq yo'naltirishga to'sqinlik qiladi, rentgenologik tekshiruvda aniqlanmaydi

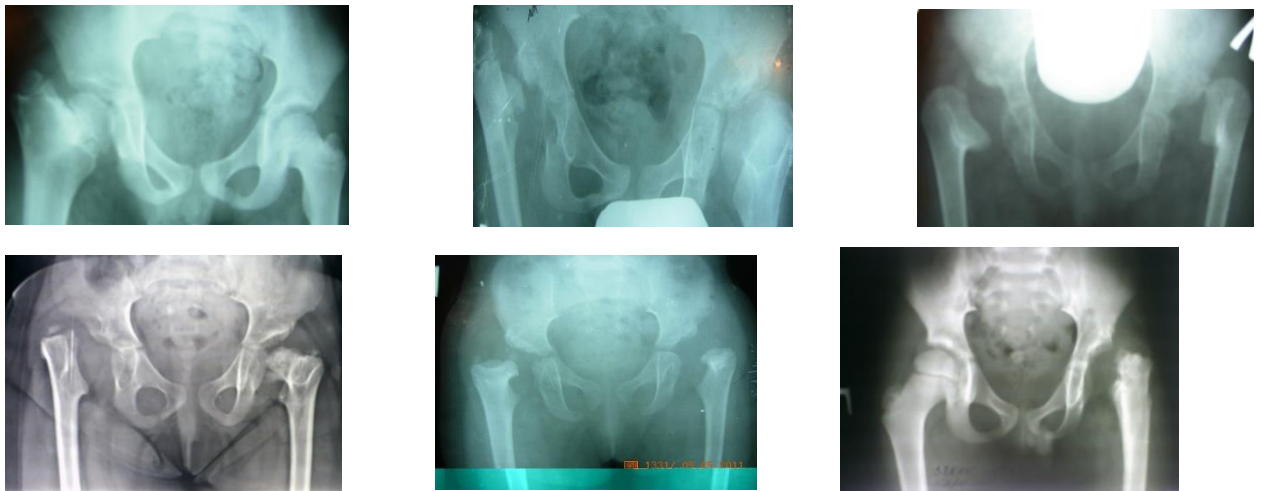
Rentgenologik belgilari. So'nggi yillarda PVBli bolalarda O'GMEO asoratlarini tashxislashda ma'lum yutuqlarga erishildi. Yangi tug'ilgan chaqaloqlik davrida PVBni erta tashxislashda rentgenologik ma'lumotlar ahamiyatsiz rol o'ynaydi, chunki destruksiya, periostit hodisalari kasallikning yetti kundan keyin paydo

bo‘ladi. (1-rasm). Shu bilan birga, chanoq-son bo‘g‘imi artritining bilvosita belgilariga urg‘u beriladi, uning ko‘rinishlari bo‘g‘im yorig‘ining kengayishi, sonning lateropozitsiyasi, atrofdagi yumshoq to‘qimalarning reaksiyasi hisoblanadi. BMQAO‘Bda O‘GMEO asoratlarida qon bilan ta‘minlanishning buzilishi, suyak matriksi saqlangan holda minerallarning yuvilishi tufayli boshchaning ossifikatsiyasi bir necha oydan 3-5-yilgacha kechikadi. Chanoq-son bo‘g‘imining rentgenologik tekshiruvda nafaqat uning anatomik o‘zgarishlariga, xususan, chanoq va son bo‘g‘im komponentlarining destruktiv zararlanishlarining mavjudligi yoki mavjud emasligiga, destruksiya darajasiga e‘tibor qaratildi. BHTS, shuningdek, son suyagi boshchasi epifizi va katta six apofizining o‘rish zonalarining holatiga ham ta‘sir qiladi. Distension patologik chiqish son suyagi boshchasi va qov chuqurchasining tuzilishi, shakli va o‘lchamlarida minimal o‘zgarishlar, korreksiya qilinmagan chiqishlarda chanoq-son bo‘g‘imidagi nisbatning buzilishi bilan kechdi. Rentgenogrammalarda patologik chiqish va destruksiya o‘choqlari ko‘rinishidagi o‘zgarishlar ko‘rinadi, faqat lateropozitsiya erta muddatlarda aniqlanishi mumkin.



Bolalarda PVBning rentgenologik belgilari

Destruktiv PVB suyak to‘qimasi strukturasining buzilishi, chanoq va son bo‘g‘imi komponentlarining deformatsiyasi, son suyagi boshchasining ossifikatsiyalanishining kechikishi, chanoq-son bo‘g‘imida chiqish ko‘rinishidagi nisbatlarning shikastlanishi bilan kechdi. Suyak to‘qimasi tuzilishining buzilishi son suyagi bo‘yni va qov chuqurchalarining distrofik va sklerozlashgan shakllanishi bilan ifodalandi. Son suyagi boshchasi va bo‘yinchasining qolgan cho‘ltog‘i "egar" yoki "sichqon qulog‘i" ko‘rinishida to‘liq so‘rilib ketgunga qadar deformatsiyalanadi. 2-rasm.



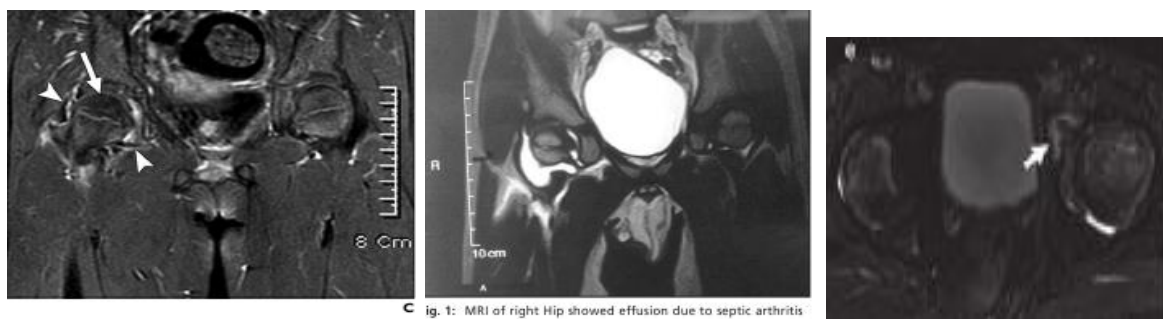
Son suyagi proksimal oxiridagi deformatsiya turlari.

Kompyuter tomografiyasi (KT) o'smirlar va yoshlarni davolashda foydali bo'lib, PVBni tashxislashda va uning adekvat davosini tanlashga yordam beradi, shu jumladan chanoq va yoki son suyagi osteotomiyasi va gorizontal tekislikda bo'g'im tuzilmalarining o'zaro munosabatlarini baholash, shuningdek, uch o'lchovli fazoviy tasvirda bo'g'im haqida tasavvurga ega bo'lish mumkin [13,14].

KT quyidagilarni baholashga imkon beradi:

- son suyagi proksimal bo'limi va qov chuqurchasining anteverziyasi;
- quloq chuqurchasi shakli va chuqurligi, uning oldingi va orqa devorlarining tuzilishi va rivojlanishi; quloq chuqurchasi tomining bir tekis ossifikatsiyasi, o'rganilayotgan hududda destruksiya hodisalari;
- son suyagi boshchasining chuqurchasiga nisbatan destruksiya va desentratsiya darajasi;
- quymich kosasi va son suyagi boshchasi bo'g'im yuzalarining kongruentligi;
- chanoq-son bo'g'imini o'rab turgan yumshoq to'qimalarning o'zgarishi (hajmining kichrayishi, ayrim mushak guruhlarining atrofiyaga uchrashi, ular orasidagi bo'shliqlarning kengayishi).

Magnit-rezonans tomografiya. MRT yordamida bo'g'imlar va paraartikulyar to'qimalarning shakli, tuzilishi va morfologiyasini o'rganishdan tashqari, sog'lom va shikastlangan o'sish zonolari va fantomlarning relaksatsiya vaqtlari ma'lumotlaridan foydalangan holda metaepifizar o'sish zonalarining funksional faolligi o'rganildi. Ular yordamida suvning nisbiy konsentratsiyasi aniqlandi va matematik ishlov berish orqali kesmalarning sof proton zichligi bo'yicha tasvirlari olindi. Fantomdagi suv molekullari miqdorini bilgan holda metaepifizar o'sish zonasining funksional faolligi yakuniy natijaga olib keladigan modda miqdori aniqlandi. Tadqiqotlar 2 proyeksiyada: koronar va transversal va 2 rejimda o'tkaziladi: T 1-anatomik o'zgarishlarni aniqlash uchun, T 2-patologik o'zgarishlarni aniqlash uchun (suyak va yumshoq to'qima elementlarining tuzilishi va zichligi). Qalinligi 5 mm bo'lgan 4-5 ta kesma 1-2 daqiqa oralatib bajariladi. 3 yoshgacha bo'lgan bemorlarda tadqiqot medikamentoz uyqu holatida o'tkaziladi. MR-tomogrammalarni tahlil qilishda GO'B suyak tuzilmalari va bo'g'im tog'ayining holatiga e'tibor beriladi.



4-rasm. PVBda MRT-rasm.

Multispiral kompyuter tomografiyasi (MSKT) o'tkazilgan gematogen osteomiyelitdan keyin va sonning patologik chiqishi mavjud bo'lgan bolalarda chanoq-son bo'g'imini baholash uchun muhim vositadir. Ushbu patologiya uchun MSKT o'tkazishda qo'llanilishi mumkin bo'lgan bir nechta mezonlar:

1.Bo'g'im shakli va tuzilishini baholash: MSKT TBS shakli va tuzilishini, shu jumladan bo'g'im yuzalari va biriktiruvchi to'qimalarni batafsil baholash imkonini beradi. Bu osteomiyelit tufayli yuzaga kelishi mumkin bo'lgan va sonning patologik

chiqishiga olib kelishi mumkin bo'lgan bo'g'imning mumkin bo'lgan deformatsiyalari, displaziyalari yoki nuqsonlarini aniqlashga imkon beradi.

2. Suyak rekonstruksiyasini o'rganish: MSKT osteomiyelitdan keyin suyak rekonstruksiyasining samaradorligini baholashga yordam beradi. Bu bo'g'imning barqarorligi va patologik chiqish rivojlanish xavfini tushunish uchun muhimdir.

3. Anomaliya va deformatsiyalarni baholash: MSKT sublyuksatsiya, suyak tikanlari, bo'g'im yuzalari shaklining o'zgarishi va chiqish rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan boshqa patologik o'zgarishlar kabi bo'g'im anomaliyalari va deformatsiyalarini aniqlashi mumkin.

4. Yumshoq to'qimalarni o'rganish: MSKT bo'g'im kapsulasi, paylar va boylamlar kabi atrofdagi yumshoq to'qimalarning holatini baholashga yordam beradi. Bu bo'g'im barqarorligiga ta'sir qilishi mumkin bo'lgan o'zgarishlarni aniqlash uchun muhimdir.

5. Jarrohlik davolashni rejalashtirish: MSKT ma'lumotlari asosida sonning patologik chiqishini korrektsiyalash uchun jarrohlik davolash rejasini ishlab chiqish mumkin. Bu bo'g'im rekonstruksiyasining optimal usulini tanlash va qo'shimcha barqarorlashtirish zaruratini baholashni o'z ichiga olishi mumkin.

Multispiral rekonstruksiyalar bilan MSKT yuqori ma'lumotli usul bo'lib, chanoq-son bo'g'imidagi geometrik munosabatlarni aniqlash va patologik fazoviy buzilishlarni aniqlash imkonini beradi. Maxsus ko'rsatkichlar bo'yicha o'tkazilgan MSKT standart rentgen ko'rsatkichlaridan tashqari aksial va sagittal tekisliklardagi burchak ko'rsatkichlarining qiymatlarini baholash imkonini beradi. 3D-rekonstruksiya rejimi chanoq-son bo'g'imidagi fazoviy munosabatlarni batafsilroq baholash imkonini beradi. BO'SOK deformatsiyasida MSKT o'tkazishga ko'rsatmalar: "to'siqni aniqlash va torsion komponentni baholash; bo'g'im tuzilmalarini hajmli vizualizatsiya qilish maqsadida son suyagi boshchasini chiqarish; katta yoshdagi bolalarda konsentratsiya, torsiya hodisalarini baholash, bo'g'im tuzilmalarining kistoz va distrofik o'zgarishlarini aniqlash uchun. Chanoq-

son bo'g'imi kontrastli multispiral kompyuter tomografiyasi chanoq-son bo'g'imi barcha tuzilmalarining o'zaro joylashuviga haqiqiy ishonchli baho beradi va usulning yuqori informativligi eng adekvat, kam jarohatli va yuqori samarali davolash usulini tanlash uchun operatsiyadan oldingi aniq rejalashtirishni amalga oshirish imkonini beradi.

PVB qiyosiy tashxisini talab qiladigan kasalliklar

Belgi	Sonning patologik chiqishi	Sonning tug'ma chiqishi	Son bo'ynining tug'ma varusli deformatsiyasi
Yurishning buzilishi	Anamnezida son suyagi osteomiyeliti bo'lsa, yurish boshlangan paytdan boshlab	Yurishni boshlagan paytdan boshlab	2-4 yoshda
Rentgenologik belgilari	Son suyagi boshchasi yoki bo'yin cho'ltog'i qov chuqurchasidan tashqarida joylashgan, deformatsiyalangan	Son suyagi boshchasi qov chuqurchasidan tashqarida joylashgan, biroz deformatsiyalangan	Son suyagi boshchasi o'zgarmagan, chuqurlikda joylashgan, O'BI o'zgargan

Sonning patologik chiqishini konservativ davolash.

Son suyagining "kechki" patologik chiqishi bo'lgan bemorlarni konservativ ortopedik davolash, agar u o'tkir yallig'lanish jarayoni to'xtaganidan keyin 6 oy va undan ortiq vaqt o'tgach boshlangan bo'lsa, samarasiz. Ortopedning KBSning proksimal bo'limi O'GO va artritini tashxislash va davolashdagi ishtiroki chiqishlar sonining kamayishiga, uning destruktiv shakllari sonining kamayishiga, erta

davolash natijalarining yaxshilanishiga olib keladi. Kichik yoshdagi bolalarda sonning patologik chiqishini yoki chiqishini konservativ davolash ular aniqlangan paytdan boshlab amalga oshiriladi. Konservativ davolashning asosiy vazifasi: chanoq-son bo'g'imining o'zaro munosabatini barqarorlashtirish, yo'qolgan funksiyani tiklash uchun oyoqning ishonchli tayanchini yaratish va nafaqat saqlanib qolgan son boshchasini, balki chanoq-son bo'g'imi va umuman oyoqning to'liq rivojlanmaganligini oldini olish, lekin bo'yinlar ham, agar ular bo'lmasa - sonning proksimal uchi. Davolash uchun 1-2 hafta davomida keng yo'rgaklashdan foydalaniladi. (Freyk yostig'i, Pavlik uzangi, Koshl shinasi), keyinchalik 6 oy va undan ortiq muddatga Ter-Yegiazarov yoki Lorens I ning funksional gips bog'lamiga o'tish. Hozirgi vaqtda turli xil olib ketuvchi moslamalar (olib ketuvchi shinalar, shimlar, bog'ichlar, Freyk tipidagi yostiqlar, Pavlik uzangi, Tyubinger ortezlari va boshqalar) yordamida erta davolashning ko'plab usullari ma'lum. Ushbu patologiyada olib ketuvchi ortezlarni qo'llash 6 oygacha bo'lgan bolalar uchun eng maqbul hisoblanadi. Ushbu davolash usulining afzalligi chanoq-son bo'g'imlarida faol harakatlarni saqlagan holda sonni bukilish va uzoqlashish holatida ushlab turishdan iborat bo'lib, bu zo'rliqqa adduktorlarni bo'shashtirishga, son suyagi boshchasini o'z-o'zidan to'g'rilashga yordam beradi va keyinchalik shakllanishiga yordam beradi. bo'g'im. Oyoq uzangida, shuningdek, chanoq-son bo'g'imlarida bukilish darajasini boshqarish mumkin, son suyagi boshchasini to'g'ri markazlashtirish uchun qov chuqurchasida oraliqning ochiq sohasi saqlanadi, bu bolani parvarish qilishni osonlashtiradi. Dastlab moslamalar shunday kiydiriladiki, ular oyoqlarni bukish va siljitish holatida kuch sarflamasdan siljitish mumkin bo'lgan darajada keng tutib turadi. Chanoq-son bo'g'imlarida kerakli siljish va bukilishga 3-4 hafta davomida, odatda har 4 kunda paylarni me'yorlab tortish yo'li bilan erishiladi. Shu bilan birga, oldinda joylashgan tasmalar bilan chanoq-son bo'g'imlarida bukishni tartibga solish mumkin, boldirning tashqi yuzasidan chiquvchi orqa tasmalar bilan esa oyoqlarning yoyilishini oshirish mumkin. Davolash Ter-Yegiazarov-Sheptun usuli bo'yicha FGP 6 oylikdan 2 yoshgacha bo'lgan PVB kech tashhislangan bolalarda, ko'pincha erta davolashning

noadekvatligi sababli o'tkaziladi. Bu yoshda erta usullarni qo'llash muvaffaqiyatsizlikka uchraydi, chunki kontrakturani bartaraf etish va oyoq-qo'llarni yumshoq fiksatsiyalovchi moslamalar yordamida kerakli holatda ushlab turish mumkin emas. Davolash tugagandan so'ng FGPda bolaning oyoqlariga Vilenskiy shinasi kiygiziladi (son boshchasining markazini chuqurlikda saqlash maqsadida) 3-6 oy davomida. Davolash jarayonida shina-rasporka kengligi asta-sekin kichraytirilib boshqariladi. Ortopedik davo tiklovchi terapiya fonida o'tkazilishi kerak. Oyoqlarga tushadigan nagruzka shinaga kiritilgandan keyin 8-9 oydan kechikmay yechiladi. Vertikal tekislikda bosqichma-bosqich cho'zish usuli ("over-head" usuli) eng keng tarqaldi. Hozirgi vaqtda sonning yuqori chiqishi, ko'pincha ikki tomonlama, chanoq-son bo'g'imlarida yaqqol yetaklovchi kontraktura bilan kechadigan holatlarda ushbu davolash usulini qo'llash maqsadga muvofiqdir. Bunday hollarda kontraktura nafaqat sonning keltiruvchi muskullarining qisqarishi bilan, balki chanoq-son bo'g'imlaridan chiqarilganda sonning kranial va orqa tomonda joylashgan boshchasi yonbosh suyagi qanotiga tiralib turishi bilan ham bog'liq bo'ladi. Shu munosabat bilan to'g'rilash uchun qisqartirilgan olib keluvchi muskullarni cho'zibgina qolmay, balki boshchani yonbosh suyak qanoti orqasidan chiqarib olish ham kerak. Buning uchun traksiya bir vaqtning o'zida oldinga va jism o'qidan yon tomonga o'tkazilishi kerak. Son suyagi boshchasini (bosh va bo'yin cho'ltoqlarini) hiqildoq chuqurchasiga kiritish maqsadida vertikal cho'zish usulini qo'llash uchun ko'rsatma bo'lib, 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda FGP va boshqa konservativ davolash usullaridan foydalanib bartaraf etib bo'lmaydigan chanoq-son bo'g'imlarida yaqqol yetaklovchi kontraktura bilan yuqori PVB (atsetabulyar, yonbosh) hisoblanadi. Yuborish ustidan nazorat joyida rentgenografiya yordamida amalga oshiriladi. Chanoq-son gips bog'lami oyoq-qo'llar holatida chanoq-son bo'g'imlarida 90° burchak ostida bukilgan va abduksiya qilingan holda qo'yiladi. 1 oydan keyin gipsli bog'lamning oldingi qismi kesib tashlanadi, tiklovchi davolash majmuasi o'tkaziladi, bolaga o'tirishga ruxsat beriladi. 1,5-2 oydan keyin tizza bo'g'imlari bo'shatiladi, gips tutori olib tashlanadi va Vilenskiy shinasi kiydiriladi. Shu bilan birga, bola massaj, LFK, umumiy quvvatlantiruvchi davolash,

fizioterapevtik va suv muolajalarini oladi. Shina bilan fiksatsiya qilish muddatlari sonning proksimal uchi va quymich chuqurchasidagi tiklanish jarayonlarining tabiati va tezligiga qarab individual aniqlanadi va 3 oydan 1-yilgacha bo'ladi. Bolalar doimiy ravishda tiklovchi davolash kurslarini olishlari kerak, avval emaklashni o'rganishlari, 9-12 oydan keyin esa. to'g'rilagandan keyin yurishga ruxsat beriladi. Konservativ davolashning muvaffaqiyati PVBni o'z vaqtida tashxislash va davolashning boshlanishiga bog'liq. O'tkazilgan o'tkir gematogen osteomiyelit va artrit oqibatida son suyagi boshchasi, son suyagi osti va son suyagi chiqishini o'z vaqtida ortopedik tashxislamaslik va davolash bolaning o'sish jarayonida erta deformatsiyalovchi artroz (12-15 yosh) shakllanishi bilan zararlangan chanoq-son bo'g'imining barcha elementlarini rivojlanishdan ortda qolishiga olib keladi. Ko'pchilik mualliflar tomonidan OGMEOda PVBni uzoqlashtiruvchi shinalar va cho'zishlarni qo'llash ko'rinishidagi konservativ davolash faqat o'tkir davrda samarali ekanligi e'tirof etilgan [30]. PKB osteomiyelitining o'tkir davrida PVB bo'yicha ehtiyotkorlikning yo'qligi, erta profilaktik ortopedik tadbirlarga yetarlicha e'tibor berilmasligi, ko'pincha yurish boshlanganidan keyin ham PVBning kech tashxislanishiga olib keladi. Eskirgan PVBni konservativ davolash ko'plab mualliflar tomonidan o'tkazilmoqda[1], ammo shu bilan birga, davolashning past samaradorligi[2], retsidivning yuqori foizi qayd etilgan[3]. Hozirgacha PVBni Lorens-1 holatida bog'lamlar bilan immobilizatsiya qilish bilan yopiq usulda solish usullari qo'llaniladi, bu esa PKBKning shikastlanish tomonidan qon bilan ta'minlanishining yanada yomonlashuviga, ba'zida esa sog'lom chanoq-son bo'g'imi son suyagi boshchasining ishemik nekroziga olib keladi.

PVB bilan og'rigan bolalarni konservativ davolash bir qator usullarni o'z ichiga oladi:

- son suyagi boshchasi holatini to'g'rilash va to'g'ri anatomik holatni saqlab turishga qaratilgan maxsus shinalar, ortezi va bandajlardan foydalanish;

yopiq yo‘naltirishdan oldin 2-3 hafta davomida repozitsiya oldi tayyorgarligi o‘tkazilishi kerak;

- massaj: maxsus massaj texnikasi sonning normal holatini tiklashga va bo‘g‘im sohasida qon aylanishini yaxshilashga yordam beradi;

- repozitsiyani asta-sekin funksional shinada amalga oshirish kerak;

BOLANING PATOLOGIK CHIQISHI BO‘LGAN BOLALARNI XIRURGIK DAVOLASH.

Keyingi bosqichlar o‘tkir gematogen osteomiyelitdan keyin son proksimal qismining nuqsonlari bilan bog‘liq bo‘lgan sonning tayanch buzilishlarini davolash uchun turli rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlarni ishlab chiqish bilan tavsiflanadi. Son suyagi boshchasi va bo‘yinchasi defektida xirurglar alohida qiyinchiliklarga duch keladilar. Chanoq-son bo‘g‘imi elementlarining buzilishi sonning chiqib ketishiga, tayanch qobiliyatining sezilarli darajada buzilishiga va oyoq-qo‘l qisqarishiga olib keladi. Yosh ulg‘aygan sari kaltalik ortadi, oqsoqlik kuchayadi, statik-dinamik buzilishlar tufayli umurtqa pog‘onasi, tos, sog‘lom va chiqib ketgan oyoqlar tomonidan ikkilamchi deformatsiyalar shakllanishi uchun sharoit yaratiladi, bu esa o‘z navbatida mehnat qobiliyatini cheklaydi va nogironlikka olib kelishi mumkin. Bolalar ortopedlari tomonidan chanoq-son bo‘g‘imini barqarorlashtirish uchun turli xil jarrohlik davolash usullari qo‘llaniladi. Son suyagi proksimal oxirining destruksiyasi polimorfizmi differensial yondashuvni va jarrohlik davolashning yangi usullarini izlashni talab qiladi.

Sonning patologik chiqishini davolashning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- tayanch TBTni yaratish;
- iloji boricha anatomik munosabatlarni tiklash;
- oyoq kaltaligini kamaytirish;

-bemorning yurishi va statikasini yaxshilash (yurak-qon tomir kasalliklarida asosiy fiziologik funksiyalarni ta'minlovchi harakatlarni tiklash).

Son suyagi boshchasi va bo'yinchasi nuqsoni bo'lgan va katta son suyagi apofizining o'sish zonasi shikastlangan yoki erta yopilgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash six eng qiyin vazifadir. Bu, birinchi navbatda, vertologik plastikaning an'anaviy usullaridan birini bajarishda rekonstruksiyadan keyin yangi yaratilgan son suyagi boshchasi va bo'yinchasining uzunasiga o'sishini istisno qilishi bilan izohlanadi. Shuni hisobga olgan holda, shuningdek, bolalarda son suyagi bo'yinchasining uzunligi bo'yicha o'sishining turli intensivligini hisobga olgan holda, jarrohlik usulini tanlashga differensial yondashamiz. So'nggi vaqtlarda xorijiy adabiyotlarda ushbu muammoga bag'ishlangan xabarlar keskin kamaydi. Buning sababi o'tkir gematogen osteomiyelitni sifatli davolash va yallig'lanish jarayonining ortopedik asoratlarini o'z vaqtida oldini olishdir.

Quyidagilar GKQni chuqurlikka ochiq kiritish uchun ko'rsatmalar hisoblanadi:

- sonning patologik distension yoki destruktiv chiqishining mavjudligi;
- son suyagi boshchasi epifizining qisman yoki to'liq nuqsoni;
- dastlabki cho'zishdan so'ng yopiq yo'naltirishning muvaffaqiyatsizligi,
- ambulator bosqichda konservativ funksional davolash usullarining samarasizligi;
- diagnostik bosqichda (MSKT, KT) KBS bo'shlig'ida chiqishning yopiq bartaraf etilishiga to'sqinlik qiluvchi patologik tuzilmalarning mavjudligi (son suyagi boshchasi va quymich chuqurchasi mutanosibligining yo'qligi,

Ochiq yo'naltirish oldingi-yonbosh yoki bo'g'imga medial kirish orqali amalga oshirilishi mumkin. Yondashuvni tanlash jarrohning tajribasiga va chiqish xususiyatlariga bog'liq.

Davolash taktikasini tanlashning asosiy mezonlari quyidagilardan iborat:

- bolaning yoshi,
- kasallik anamnezi, ortopedik maqom ma'lumotlari,
- yo'ldosh patologiyaning mavjudligi,
- BK va VV proksimal bo'limining rentgenanatomik tavsiflari,
- ularning o'zaro munosabatlari buzilishining ifodalanganligi,
- rentgenografiya, kompyuter tomografiyasi va MSKT ma'lumotlari.

Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- asosiy yallig'lanish jarayonining turg'un so'nmasligi;
- boshqa organlarda surunkali infeksiya o'choqlarining mavjudligi;
- organizm immunoreaktivligining sezilarli darajada pasayishi;
- og'ir darajadagi anemiya
- kompensatsiya qilinmagan somatik kasalliklar
- epilepsiya
- kaxeksiya

Operatsiyadan oldingi laboratoriya tekshiruvi:

Laborator va funksional tekshiruvlar:

- umumiy qon tahlili;
- umumiy siydik tahlili;
- najasning umumiy tahlili;
- guruh va rezus-omil bo'yicha qon tahlili;
- koagulogramma;
- qonning biokimyoviy tekshiruvi;

- RW bo'yicha qon tekshiruvi;
- V gepatit Ekspres-usul;
- S gepatit Ekspres-usul;
- HIP;
- EKG;
- ichki a'zolar UTTsi;
- Ko'krak qafasi va chanoq-son bo'g'imlarining rentgenografiyasi;
- MRT tazobejrennix bo'g'imlar;
- MSKT tazobejrennix bo'g'imlar;

Ko'rsatmalar bo'yicha: pediater va boshqa mutaxassislar maslahati.

Anesteziologik ta'minot.

Bemor o'tkazilgan laborator va funksional tekshiruvlardan so'ng pediater va anesteziolog-reanimatolog tomonidan ko'rikdan o'tkaziladi. Ko'rsatmalarga ko'ra qo'shimcha tekshiruv o'tkazish, turdosh mutaxassislar bilan maslahatlashish, tayyorgarlik davolash tadbirlarini bajarish kelishib olinadi. Anemiya bo'lganda gemoglobin miqdorini rejali korreksiya qilish zarur.

Bolalarda anesteziyaning tavsiya etilgan turi vena ichiga narkoz, kattalarda - o'tkazuvchi va spinal anesteziya hisoblanadi.

Bemorni operatsiyagacha tayyorlash.

Ichakni bo'shatish va kesmalar sohasidagi terini sanatsiya qilish jarrohlikda umumiy qabul qilingan usul bo'yicha amalga oshiriladi.

Operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin, o'pka va jarrohlik jarohatlari tomonidan yuqumli asoratlarning oldini olish uchun, yosh dozalari doirasida keng spektrdagi antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

Sonning patologik chiqishida bajariladigan asosiy jarrohlik amaliyotlarini shartli ravishda uch guruhga bo'lish mumkin:

PVBni davolashning jarrohlik usullarini 3 ta asosiy guruhga bo'lish mumkin

1. TBTni barqarorlashtirish va uning funksiyasini tiklashga qaratilgan operatsiyalar:

- son suyagi girdoblararo korrektsionalovchi osteotomiyasi bilan KQGni ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish;
- son suyagining korrektsionalovchi buramalararo osteotomiyasi, chanoq osteotomiyasi va VV tom plastikasi bilan KQGni ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish;

2. Sonning proksimal uchi va tos suyaklarida ishlab chiqilgan rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlar:

- son suyagi boshchasi va bo'ynining cho'ltog'ini modellashtiruvchi rezeksiya va BKning buramalararo osteotomiyasi bilan ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish;
- son suyagi boshchasi va bo'yinchasining cho'ltog'ini modellashtiruvchi rezeksiya va BKning buramalararo osteotomiyasi va tos suyagi osteotomiyasi yoki Pemberton bo'yicha quymich chuqurchasi tomining plastikasi bilan ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish;
- son suyagi boshchasi va bo'ynining cho'ltog'ini ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish, modellashtiruvchi rezeksiya va BKning apofizodezi va BK katta sixining transpozitsiyasi bilan buramalararo osteotomiyasi;
- son suyagi boshchasi va bo'yinchasining cho'ltog'ini ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish, modellashtiruvchi rezeksiya va BK apofizodezi va BK katta sixining transpozitsiyasi bilan BKning buramalararo osteotomiyasi, tos suyagi osteotomiyasi yoki Pemberton bo'yicha quymich chuqurchasi tomining plastikasi;
- "semafor" osteotomiya;

- aylanuvchi artroplastika, ya'ni katta yoki kichik aylanuvchi arteriyani VVga kiritish;
- Vertebral artroplastika, ya'ni - katta yoki kichik vertebral tomirlarni Salter bo'yicha chanoq osteotomiyasi yoki Pemberton bo'yicha quymich chuqurchasi tom plastikasi bilan VVga kiritish;
- stabil osteosintez bilan birgalikda son suyagi bo'yinchasi nuqsonlarini qon bilan yaxshi ta'minlangan ko'chib yuruvchi to'qimalar komplekslari bilan plastika qilish;
- bo'g'im ichi osteosintezi, ochiq yo'naltirish yoki sentratsiya, "G" simon metall fiksator va 1-spongioz va 2-3 kortikal vintlar yordamida korreksiyalovchi buramalararo osteotomiya va autotransplantat yordamida suyak rekonstruksiyasi (transplantat katta boldir suyagidan olinadi).

3. Oyoq kaltaligini kompensatsiya qilishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlar:

- kontrlateral epifizeodez;
- son va boldirga Ilizarov apparatini qo'yish yo'li bilan sonni uzaytirish, distraksiyaning butun davrida chanoq komponentini majburiy stabillashtirish bilan pastki uchdan bir qismida BK osteotomiyasi.

Keyinchalik yuritish:

Operatsiyadan keyin olib borish

Operatsiya tugagandan so'ng bemor anesteziologik va reanimatsion vaziyatga qarab, uyg'ongunga qadar intensiv palatada tegishli narkoz ostida 2-8 soat davomida o'pkaning uzaytirilgan sun'iy ventilyatsiyasida (keyingi o'rinlarda - O'SV) qolishni davom ettirishi mumkin. Qulay kechganda va hech qanday asoratlarni bo'lmaganda reanimatsiya bo'limida bo'lish bir necha soatdan 1-2 kungacha davom etadi. Keyin qon, yurak-qon tomir, nafas olish va almashinuv tizimlari ko'rsatkichlarini barqarorlashtirish uchun zarur bo'lgan intensiv terapiya tadbirlari o'tkaziladi. Ko'rsatmalarga ko'ra donor qonining gemotransfuziyasi o'tkaziladi. Bog'lamlarni almashtirish va drenaj tizimini olib tashlashni o'z ichiga olgan operatsiya yarasi

holatini nazorat qilish operatsiyadan keyin 48-72 soat o'tgach amalga oshiriladi. Uzoqdagi drenajlardan hosil bo'lgan yaralar plastir bilan bog'lanadi, steril salfetka va plastir bilan yopiladi.

Ortopediya bo'limida operatsiyadan keyingi davr

Ertasi kuni bemor kasalxonaga o'tkaziladi

navbatchi xodimlar tomonidan 2-3 kun davomida doimiy ravishda kuzatib boriladi va antibakterial va infuzion terapiya, vitaminoterapiya va simptomatik davolashni davom ettiradi.

Og'riq sindromi bartaraf etilgandan keyin bemorga karavotdagi holatni faol o'zgartirishga, qoringa va yonboshiga burilishga ruxsat beriladi. Drenaj naychalari operatsiyadan keyin 2-3 sutkada olib tashlanadi. Operatsiyadan keyingi davrda kasallik ijobiy kechganda va asoratlarni kuzatilmaganda bemor stasionardan chiqariladi.

Operatsiyadan keyingi laboratoriya monitoring

Operatsiyadan keyin quyidagilar bajariladi (ko'rsatmalar bo'yicha):

- ijobiy dinamika paydo bo'lgunga qadar (keyinchalik ko'rsatmalar bo'yicha) gemoglobin darajasi (agar operatsiya vaqtida qon yo'qotilsa) va qonning yallig'lanish o'zgarishlari (agar operatsiya jarohati bilan bog'liq muammolar mavjud bo'lsa) dinamikasini nazorat qilish maqsadida qonning umumiy tahlili.

- qonning biokimyoviy tekshiruvi: umumiy oqsil, oqsil fraksiyalari (a, v, u), bilirubin (bevosita, bilvosita), ishqoriy fosfataza, AlAT, AsAT, glyukoza, mochevina, elektrolitlar (K, Na,

Operatsiyadan keyingi dori-darmon ta'minoti

Jarrohlik jarohati tomonidan infeksiya asoratlarning oldini olish uchun keng ta'sir doirasiga ega antibiotiklar (1-3 avlod sefalosporinlari) buyuriladi: sefazolin 1-2 g sutkasiga 2-3 marta v/i, seftriakson bir marta sutkasiga 1-2 g v/i, sefoperazon 1-2 g

sutkasiga 2 marta v/i, sefotaksim 1-2 g sutkasiga 2-3 marta v/i (doza bemorning vazni va holatiga qarab) kamida 4-5 kun (doza bemorning vazni va holatiga qarab).

Analgetiklar og‘riq sindromining og‘irligini hisobga olgan holda buyuriladi (marta va davomiylik): metamizol 50% 2-4 ml, tramadol 5% 1 ml, trimperidin 2% 1 ml v/i va nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar og‘riq sindromining og‘irligini hisobga olgan holda buyuriladi.

Infuzion medikamentoz davolash (tuz eritmalari, dekstran, 0,9% natriy xlorid eritmasi) (ko‘rsatmalarga ko‘ra): periferik vazodilyatatorlar: pentoksifillin 2% 5 ml 250-500 ml - 0,9% natriy xlorid eritmasi va askorbin kislotasi 5% -5 ml v/i 5-7 kun; nootropalar: piratsetam 20% v/i yoki v/i 10 ml dan.

Parallel ravishda vitaminoterapiya kursi o‘tkaziladi (ko‘rsatmalar bo‘yicha):

sianokobalamin 200 mkg kuniga 1 mahal 7 kun; tiamin gidroxlorid, piridoks va askorbin kislotasi 5% 5 ml infuzion terapiya bilan birga 7 kun.

Davolash jismoniy tarbiya kursi (jarrohlik amaliyotidan keyingi 2-3-kundan boshlab nafas gimnastikasi, oyoq-qo‘l bo‘g‘imlarida izometrik va faol harakatlar) qo‘l-oyoqlar uchun amplitudali dinamik mashqlar bilan - operatsiyadan keyingi 2-3 kundan boshlab).

Bemorning ijtimoiy holatiga qarab, kasalxonadan chiqishda quyidagi qo‘shimcha tavsiyalar beriladi:

- 6 haftaga mo‘ljallangan bir yarim gipsli bog‘lam;
- jarohatlarga har kuni ishlov berish, operatsiyadan keyin 14-16 kunlarda choklarni olib tashlash;
- ortopedik kasallikning og‘irligi, chanoq-son bo‘g‘imidagi o‘zgarishlarning ifodalanganligi va qaytmasligi, uning funksiyasining sezilarli darajada buzilishi va cheklanishi munosabati bilan tibbiy ko‘rsatmalar bo‘yicha nogironlikni rasmiylashtirish (agar u oldindan rasmiylashtirilmagan bo‘lsa) yoki qayta rasmiylashtirish (agar muddatlar bo‘yicha zarurat bo‘lsa);

- maktab o'quvchilari uchun - kamida 3 oy davomida uyda o'quv dasturi bo'yicha darslarni rasmiylashtirish;

- I-reabilitatsiya davosini olish uchun 1,5 oydan keyin qayta kasalxonaga yotqizish.

Shunday qilib, bemorning shifoxonada yotishining umumiy muddati shifoxonaga kelgan kundan shifoxonadan chiqqan kungacha 10 kundan 12 kungacha davom etadi.

Qayta hospitalizatsiya

Jarrohlik davolashdan 1,5 soat o'tgach, bemor qayta shifoxonaga yotqizilgan. Bir yarim chanoq-son gips bog'lamini tirgak bilan yechib olinadi va keyingi 3,5,4,5 oy davomida detaratorli gips etikcha qo'yiladi. Bolaning to'shakda orqasi va qorni bilan turgan holati ushlab turiladi, har ikkala chanoq-son bo'g'imlarida 20-25° ga ajratiladi, yonboshlagan holati taqiqlanadi. Davolash gimnastikasi, massaj, fizioterapevtik muolajalarni o'z ichiga olgan tiklovchi davolash kursi har 3 oyda takrorlanadi. O'tirish va qo'ltiqayoqda yurish imkoniyati cheklanganligi (avvaliga operatsiya qilingan oyoqqa tayanmasdan, so'ngra oyoq panjasining oldingi qismiga tayanib) operatsiyadan keyingi davrning kechishi va bolaning yoshini hisobga olgan holda operatsiya kunidan 4-5 oy o'tgach hal qilinadi. Chanoq va son suyaklaridan metall konstruksiyalar odatda operatsiya kunidan 5-6 oy o'tgach - bajarilgan osteotomiyalar darajasida suyak fragmentlari konsolidatsiyasi boshlanganidan keyin olib tashlanadi. Operatsiya qilingan oyoqqa yuklama bilan yurishga son va yonbosh suyaklari osteotomiyasi joyi konsolidatsiyalangandan keyin 3-4 oy o'tgach ruxsat etiladi. Mustaqil yurishni boshlash uchun quyidagi shartlarga rioya qilish zarur: bo'g'imning barqarorligi, harakatlarning funksional jihatdan yetarli amplitudasi, son suyagi boshchasining to'g'ri tuzilishiga ega bo'lishi va uzoqlashtiruvchi mushaklarning yetarli kuchi.

Bemorlarni ambulatoriya darajasida olib boorish

Bemorga jarrohlik davolashdan 1,5 oy o'tgach, shifoxonaga kelish tavsiya etiladi. Bunda bemorning klinik holati, yangi sharoitlarga moslashuvi, jarrohlik

jarohatlaridan keyingi holati, oldingi tavsiyalarning bajarilishi, shuningdek, bemorning o'z fikri va ehtimoliy shikoyatlari baholanadi. Rentgenografiya faqat klinik ko'rikda aniqlangan salbiy o'zgarishlar mavjud bo'lgandagina amalga oshiriladi.

Davolash rejasida mushaklarni mustahkamlash uchun mashqlar - LFK dasturini kengaytirish tavsiya etiladi. Keyingi nazorat ko'rigi operatsiya kunidan boshlab 6 oy va 1 yil muddatga tayinlanadi.

Bemorlar jarrohlik davolashdan so'ng birinchi 3 yil davomida har 6 oyda, keyin yiliga 1 marta rentgenologik nazorat bilan dispanser kuzatuviga muhtoj. Ushbu usuldan foydalanish son suyagi tug'ma chiqishi yuqori bo'lgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash, asoratlarning xavfini, xususan, son suyagi boshchasining aseptik nekrozi rivojlanish xavfini kamaytirish, shuningdek, chanoq-son bo'g'imining tug'ma patologiyasi bo'lgan bemorlarning nogironlik foizini kamaytirish imkonini beradi.

Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

1. Son suyagi cho'ltog'i boshchasi va bo'yinchasining VVda joylashuvi va sonning tayanch qobiliyati. TBSda funksional harakat hajmini tiklash.

TIBBIY YORDAM KO'RSATISH TURLARINI HISOBGA OLGAN HOLDA KASALXONAGA YOTQIZISH UCHUN KO'RSATMALAR:

Rejali yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Rejali, oyoq funksiyasining buzilishi, oqsoqlik, yurish paytida chanoq-son bo'g'imida og'riq, oyoqning kaltaligi, chanoq-son bo'g'imining beqarorligi, konservativ davolashning samarasizligi.

Statsionar darajada davolash taktikasi:

Bemorni kuzatish kartasi, bemorning yoʻnalishi:

Statsionarning qabul boʻlimi (poliklinikasi) da koʻrik

- Son suyagi patologik chiqqan bemorni ortoped tomonidan jismoniy koʻrikdan oʻtkazish
- laboratoriya va instrumental tekshiruvlarga yuborish

Statsionarning laboratoriya boʻlimi

- laboratoriya tekshiruvini oʻtkazish
- instrumental tadqiqotlar oʻtkazish

statsionarning qabul boʻlimi.

- statsionar bemor kartasini rasmiylashtirish
- statsionarning ortopediya boʻlimiga yotqizishga yuborish

statsionarning ortopediya boʻlimi

- ortopediya boʻlimi mudirini koʻrikdan oʻtkazish
- pediatr koʻrigi
- anesteziolog koʻrigi
- operatsiya sanasini tayinlash

Operatsiya boʻlimi

- Jarrohlik aralashuvini oʻtkazish

Statsionarning ortopediya boʻlimi

- Ortoped tayinlashi boʻyicha statsionar nomedikamentoz va medikamentoz davolash
- operatsiya qismini nazorat qilish
- ambulatoriya kuzatuviga chiqarish

RMO poliklinikasi, oilaviy poliklinika

- Ambulatoriya sharoitida reabilitatsiya qilish;
- Ambulatoriya sharoitida profilaktika;
- Ambulatoriya sharoitida dispanserizatsiya.

"SON SUYAGINI PATOLOGIK CHIQISHINI"
NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK BAYONNOMALAR

10-KXT bo'yicha kod (lar):

10-KXT	
Kod:	Nomi: Chanoqning orttirilgan deformatsiyalari
M 95.5	Sonning patologik chiqishi
Yuklab olish (XKT havolasi)	https://cyberleninka.ru/article/n/patologicheskiy-vyvih-bedra-u-detey-perenesshih-epifizarnyy-osteomielit/viewer

1. Asosiy qism**Sonning patologik chiqishida qo'llaniladigan jarrohlik aralashuvlari.**

Davolash usullarining xilma-xilligiga qaramay, son suyagi patologik chiqishining prognozi aksariyat hollarda noxushligicha qolmoqda, bu son suyagi boshchasi va qov chuqurchasining ko'p sonli qoldiq deformatsiyalari va diskongruentligi, bo'g'imning nostabilligi 22-71,2% hollarda oyoq kaltaligi va koksartroz rivojlanishiga olib keladi. [2, 8]

Hozirgi vaqtda PVBni jarrohlik yo'li bilan davolashda chanoq-son bo'g'imidagi nisbat buzilishining barcha tarkibiy qismlarini bir vaqtning o'zida mumkin bo'lgan tuzatish maqsadida kombinatsiyalangan aralashuvlarga ustunlik beriladi [102]. Ko'pincha quyidagi aralashuvlar kombinatsiyasi qo'llaniladi: ochiq usulda sonning korreksiyalovchi osteotomiyasi variantlari bilan birgalikda katta sixni pasaytirish va jarrohlik aralashuvlarining ko'p bosqichliligi [4,103].

Ko'pgina mualliflarning fikrlarini umumlashtirgan holda, sonning patologik chiqishini davolashning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat degan xulosaga kelish mumkin:

- chanoq-sonning tayanch bo'g'imini yaratish
- imkon qadar anatomik nisbatlarni tiklash

- oyoq kaltaligini kamaytirmoq
- bemorning yurishi va statikasini yaxshilash (yurak-qon tomir kasalliklarida asosiy fiziologik funksiyalarni ta'minlovchi harakatlarni tiklash).

Jarrohlik davolashning umumiy tamoyillari:

1. Tabiiy mushaklararo bo'shliqlar orqali bo'g'imga old-yonlama kirish (m. tensor fascia lataet m. gluteus media)
2. Bo'g'imning atrofdagi tog'ay va yumshoq to'qima tarkibiy qismlariga: tomirlar, mushaklar, nervlarga ehtiyotkorona munosabatda bo'lish.
3. Deformatsiyalovchi koksartroz rivojlanishining samarali profilaktik chora sifatida bo'g'imlar kongruentligini ta'minlagan holda o'sayotgan organizmda to'g'ri anatomik nisbatlarni tiklash.

Qolgan KQG va KQG cho'ltog'ini to'liq konsentrik kiritishni ta'minlash uchun quyidagilar zarur:

- VPga chandiq to'qimalarini olib tashlash bilan puxta ishlov berish;
- jarohatlangan CHSBning qolgan to'qimalariga ehtiyotkorona va e'tiborli munosabatda bo'lish;
- O'BIYAK deformatsiyasini va bemorning yoshini hisobga olgan holda TBning buramalararo korreksiyalovchi osteotomiyasi;
- ventilyator tomining plastikasi ko'rsatmalari bo'yicha bajarish

Sonning patologik chiqishida bajariladigan asosiy jarrohlik amaliyotlarini shartli ravishda 3 guruhga bo'lish mumkin:

1. TBTni barqarorlashtirish va uning funksiyasini tiklashga qaratilgan operatsiyalar:

- BKning korrektsiyalovchi buramalararo osteotomiyasi bilan KQGni ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish;
- KQGni Salter usuli boʻyicha korrektsiyalovchi buramalararo osteotomiya va chanoq osteotomiyasi bilan ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish;
- PBXni ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish, korrektsiyalovchi buramalararo osteotomiya va Pemberton boʻyicha VV tom plastikasi;

2. Sonning proksimal uchi va tos suyaklarida ishlab chiqilgan rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlar:

- son suyagi boshchasi va boʻynining choʻltogʻini modellashtiruvchi rezeksiya va BKning buramalararo osteotomiyasi bilan ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish;
- son suyagi boshchasi va boʻyinchasining choʻltogʻini modellashtiruvchi rezeksiya va BKning buramalararo osteotomiyasi va tos suyagi osteotomiyasi yoki Pemberton boʻyicha quymich chuqurchasi tomining plastikasi bilan ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish;
- son suyagi boshchasi va boʻynining choʻltogʻini ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish, modellashtiruvchi rezeksiya va BKning apofizodezi va BK katta sixining transpozitsiyasi bilan buramalararo osteotomiyasi;
- son suyagi boshchasi va boʻyinchasining choʻltogʻini ochiq yoʻnaltirish yoki markazlashtirish, modellashtiruvchi rezeksiya va BK apofizodezi va BK katta sixining transpozitsiyasi bilan BKning buramalararo osteotomiyasi, tos suyagi osteotomiyasi yoki Pemberton boʻyicha quymich chuqurchasi tomining plastikasi;
- "semafor" osteotomiya;
- spiralsimon artroplastika, yaʼni katta yoki kichik spiralni VVga kiritish;
- Vertebral artroplastika, yaʼni - katta yoki kichik vertebral tomirlarni Salter boʻyicha chanoq osteotomiyasi yoki Pemberton boʻyicha quymich chuqurchasi tom plastikasi bilan VVga kiritish;

- stabil osteosintez bilan birgalikda son suyagi bo'yinchasi nuqsonlarini qon bilan yaxshi ta'minlangan ko'chib yuruvchi to'qimalar komplekslari bilan plastika qilish;
- bo'g'im ichi osteosintezi, ochiq yo'naltirish yoki sentratsiya, "G" simon metall fiksator va 1-spongioz va 2-3 kortikal vintlar yordamida korreksiyalovchi buramalararo osteotomiya va autotransplantat yordamida suyak rekonstruksiya (transplantat katta boldir suyagidan olinadi).

3. Oyoq kaltaligini kompensatsiya qilishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlar:

- kontrlateral epifizeodez;
- son va boldirga Ilizarov apparatini qo'yish yo'li bilan sonni uzaytirish, distraksiyaning butun davrida chanoq komponentini majburiy stabillashtirish bilan pastki uchdan bir qismida BK osteotomiyasi.

BOLDIRNI PATOLOGIK CHIQARISHDA JARROHLIK ARALASHUVLARINI QO'LLASH.

Sonning patologik chiqishini jarrohlik yo'li bilan davolashdan maqsad.

PVBni jarrohlik yo'li bilan davolashdan ko'zlangan maqsad - son suyagi boshchasi va bo'yinchasi cho'ltog'ini TBSga kiritish yoki markazlashtirish orqali tayanch hosil qilish, TBSda yetarli harakat hajmini saqlab qolish, son suyagi proksimal qismining og'ir deformatsiyalarini oldini olish, keyinchalik esa bo'g'im chuqurchasini bartaraf etish va oyoq kaltaligini bartaraf etishdan iborat.

Kichik yoshdagi bolalarda o'tkir gematogen metaepifizar osteomiyelitning noxush oqibatlari aksariyat hollarda o'simta plastinasining shikastlanishi va natijada deformatsiyalarning rivojlanishi, bolaning o'sishi jarayonida, kasallik o'tkazilgandan bir necha yil o'tgach, oyoq-qo'llar o'sishining buzilishi bilan bog'liq. Shifokorning barcha tavsiyalarini to'liq bajarishda mumkin bo'lgan TKVni konservativ davolash usullari samarasiz bo'lganda, operativ davolashni o'tkazish ko'rsatilgan, bu GKVni ochiq usulda kiritish, BKning korreksiyalovchi

buramalararo osteotomiyasi va metall fiksatorlar yordamida chanoq suyaklarida rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlardan iborat.

Sonning patologik chiqishida qo'llaniladigan jarrohlik aralashuvlariga qarshi ko'rsatmalar.

- og'ir darajadagi anemiya;
- o'tkir yuqumli kasalliklar;
- xuruj bosqichidagi surunkali yuqumli kasalliklar;
- bemorning qon tahlilidagi yallig'lanish o'zgarishlari belgilari;
- zo'rayish bosqichidagi ruhiy kasalliklar;
- o'tkir somatik kasalliklar;
- sub- va dekompensatsiya bosqichidagi surunkali somatik kasalliklar;
- kaxeksiya.

KBSni barqarorlashtirish va uning funksiyasini tiklashga qaratilgan operatsiyalarga qarshi ko'rsatmalar.

- 2 yoshga yaqin yoki undan oldin bolalarda sonning patologik chiqishi;
- ilgari davolanmagan bemorlar (birlamchi);
- bemorning qon tahlilidagi yallig'lanish o'zgarishlarining belgilari.

Son va tos suyaklarining proksimal uchida ishlab chiqilgan rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlarga qarshi ko'rsatmalar:

- 2 x yoshgacha bo'lgan bemorlar;
- og'ir darajadagi anemiya;

- o‘tkir yuqumli kasalliklar;
- xuruj bosqichidagi surunkali yuqumli kasalliklar;
- bemorning qon tahlilidagi yallig‘lanish o‘zgarishlari belgilari;
- zo‘rayish bosqichidagi ruhiy kasalliklar;
- o‘tkir somatik kasalliklar;
- sub- va dekompensatsiya bosqichidagi surunkali somatik kasalliklar;
- kaxeksiya.

Oyoq kaltaligini kompensatsiya qilishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlariga qarshi ko‘rsatmalar:

- 7-8 yoshgacha bo‘lgan bemorlar;
- og‘ir darajadagi anemiya;
- o‘tkir yuqumli kasalliklar;
- xuruj bosqichidagi surunkali yuqumli kasalliklar;
- bemorning qon tahlilidagi yallig‘lanish o‘zgarishlari belgilari;
- zo‘rayish bosqichidagi ruhiy kasalliklar;
- o‘tkir somatik kasalliklar;
- sub- va dekompensatsiya bosqichidagi surunkali somatik kasalliklar;
- kaxeksiya.

Sonning patologik chiqishida qo‘llaniladigan jarrohlik aralashuvlariga ko‘rsatmalar.

- sonning yuqori teratogen chiqishi mavjudligi;
- dastlabki cho‘zishdan so‘ng yopiq yo‘naltirishning muvaffaqiyatsizligi,

- ambulator bosqichda konservativ funksional davolash usullarining samarasizligi;
- diagnostik bosqichda (artrografiya, MRT, kontrastli KTda) chanoq-son bo'g'imi bo'shlig'ida chiqishni yopiq bartaraf etishga to'sqinlik qiluvchi patologik tuzilmalar aniqlanganda birlamchi tuzatib bo'lmaydigan chiqishning mavjudligi (GKB va VV mutanosibligining yo'qligi,
- VBda kontrastni to'ldirish nuqsonlarining mavjudligi, VBda limbusning buralishi va interpozitsiyasi belgilari, hech bo'lmaganda bitta tekislikda kapsulaning tortilishi mavjudligi).
- bir yildan kam bo'lmagan vaqt oralig'ida yallig'lanish jarayonining to'liq to'xtashi va bemorning qon tahlilida yallig'lanish o'zgarishlarining belgilari yo'qligi.

KBSni barqarorlashtirish va uning funksiyasini tiklashga qaratilgan operatsiyalarga ko'rsatmalar.

- 2 yoshdan katta bolalarda sonning patologik chiqishi va chiqishi;
- funksional yopiq kiritishga urinish muvaffaqiyatsiz bo'lganda.

Son suyagi KQG ni korrektsiyalovchi buramalararo osteotomiya bilan ochiq yo'naltirishga ko'rsatmalar.

- 2 yoshdan katta bolalarda sonning patologik chiqishi va chiqishi;
- sonning konservativ tuzatilmagan chiqishi;
- atsetabulyar indeks ko'rsatkichlari 30-35° va Sharp burchagi - 50° dan ortiq bo'lgan BK proksimal bo'limining fazoviy holatining buzilishi va SHBK valgus deformatsiyasining shakllanishi.

Vintlararo qisqaruvchi, detorsion-variatsiyalovchi BK osteotomiyasi va Salter bo'yicha tos suyagi rotatsion osteotomiyasi bilan KQGni ochiq usulda yuborishga ko'rsatmalar.

- funksional rentgenogrammalarda va bo'g'im chuqurchasining pastki bloki belgilari bo'lgan artrogrammalarda sonning atsetabulyar, yonbosh chiqishi yoki son boshchasining lateropozitsiyasi;
- BK proksimal bo'limining fazoviy holatining buzilishi va BKQ valgus yoki torsion deformatsiyasining shakllanishi;
- atsetabulyar indeks ko'rsatkichlari $30-40^{\circ}$ dan ortiq va Sharp burchagi - 50° dan ortiq, Veberg burchagi va old qoplama burchagi - $(-) 7^{\circ}$ va undan kam, haqiqiy SHDU - 145° dan ortiq va antetorsiya burchagi - 55° dan ortiq bo'lgan VP fazoviy holatining buzilishi.

QKni buramalararo qisqartiruvchi, detorsion-variatsiyalovchi osteotomiya va Pemberton bo'yicha SHBBZ tom plastikasi bilan ochiq usulda solish uchun ko'rsatmalar.

Jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar:

- funksional rentgenogrammalar va bo'g'im chuqurchasining pastki bloki belgilari bo'lgan artrogrammalarda sonning atsetabulyar, yonbosh chiqishi yoki son boshchasining lateropozitsiyasi;
- son suyagi proksimal qismi fazoviy holatining buzilishi va son suyagi bo'yinchasining valgus yoki torsion deformatsiyasi shakllanishi;
- atsetabulyar indeks ko'rsatkichlari $30-35^{\circ}$ dan ortiq va Sharp burchagi 50° dan ortiq bo'lganda quloq chuqurchasi fazoviy holatining buzilishi.

Vintlararo qisqaruvchi, detorsion-varizirlovchi BK osteotomiyasi va chanoq suyaklarida rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlar bilan KQGni ochiq usulda yuborishga ko'rsatmalar.

O'smirlarda chanoq-son bo'g'imi anatomik buzilishlarining yaqqolligi chanoqning ikki yoki uch marta osteotomiyasidan keyin qov chuqurchasining holatini tuzatish uchun uning rotatsion transpozitsiyasini qo'llashni taqozo etadi. Chanoqning ikkilamchi va uchlamchi osteotomiyasi mustaqil variantda ham, sonni ochiq usulda solish (chiqarganda) va sonning korrektsionalovchi osteotomiyasi bilan birgalikda qo'llaniladi.

Jarrohlik aralashuvlarini bajaruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

Jarrohlik aralashuvlarini bajaruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

- bolalar va o'smirlarda KBSning yosh anatomiyasi va qon bilan ta'minlanishini bilish;
- PVB bilan kasallangan bolalar va o'smirlarda UTT, rentgenografiya va kompyuter tomografiyasi (KT) natijalarini tahlil qila olish;
- PVBni qonsiz va ochiq kiritilgandan so'ng bolalar va o'smirlarda KBS shakllanishining xususiyatlarini tahlil qilish;
- radiatsiyaviy xavfsizlik qoidalariga rioya qilish;
- bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi bo'yicha malaka oshirganligini tasdiqlovchi sertifikatning mavjudligi.

Sonning patologik chiqishida asosiy (majburiy) va qo'shimcha diagnostika tadbirlari:

Asosiy (majburiy) diagnostika tadbirlari:

To'liq anamnez yig'ishni va jismoniy tekshiruvni o'z ichiga olgan standart tekshiruv: PVBning erta va kechki klinik belgilarini aniqlash - sirpanish simptomi (Marks-Ortolani simptomi), sonlardagi teri burmalarining assimetriyasi, oyoqlarning qisqarishi, chanoq-son bo'g'imlarida ajralishning cheklanishi, oqsoqlik ko'rinishidagi yurishning buzilishi (bir tomonlama chiqishlarda) yoki "o'rdak yurish" turi bo'yicha (ikki tomonlama chiqishlarda). Chanoq-son bo'g'imida beqarorlik, Trendenburg simptomi, katta sixning lateral va yuqoriga siljishi, bir tomonlama zararlanganda oyoqning kaltalashishi, tik turgan holatda bel lordozining kuchayishi.

Ultratovushli tekshirish. PVB bilan og'rigan bemorlarning ultratovush tekshiruvi boshlang'ich diagnostika usuli bo'lib, hayotining birinchi haftalarida bolani klinik tekshirish bilan birgalikda ko'p hollarda patologiyani aniqlash va davolashni erta boshlash imkonini beradi. Ultratovush tekshiruvi nur ta'siriga ega bo'lmagan, bola uchun zararli nur ta'sirining yo'qligi bilan ajralib turadi, ham frontal, ham sagittal tekislikdagi bo'g'im tuzilmalarining o'zaro munosabatlarini baholashga yordam beradi, bo'g'imdagi nisbatlarni VP va GBK tog'ay qismlarini hisobga olgan holda aniqlashtirishga va ko'p marotaba tadqiqotlarni o'tkazishga yordam beradi. Ushbu usulni qo'llash, ayniqsa, xavf omillari yoki SBS displaziyasining klinik belgilari mavjud bo'lgan 3 oygacha bo'lgan bolalarda tashxisni aniqlashtirish zarur bo'lganda maqsadga muvofiqdir. Shunga qaramasdan, bu usul yosh bilan bog'liq cheklovlariga ega - uning informativligi suyaklanish yadrosining paydo bo'lishi bilan pasayadi, u VP suyak tomini vizualizatsiya qilish uchun "darcha" ni yopadi. Bu ko'pincha bolaning 8-12 oyligida sodir bo'ladi.

Tadqiqotning rentgenologik usuli. Chanoq-son bo'g'imlarining rentgenologik tekshiruvi 3 oylikdan katta bolalarda keng tarqalgan. U o'z imkoniyatlariga ko'ra, bolaning o'sishi jarayonida va son suyagi tug'ma chiqishini davolashning turli bosqichlarida suyak tuzilmalarining o'zgarishlari haqida zarur ma'lumotlarni beradi. Rentgenografiyani turli proyeksiyalarda o'tkazish frontal va sagittal tekisliklardagi o'zgarishlarning tabiatini aniqlashga imkon beradi, ular asosida qo'shimcha

tekshirish usullarini o'tkazish va/yoki davolash taktikasini tanlash uchun ko'rsatmalar belgilanadi. Afsuski, rentgenografiya ba'zi holatlarda zarur bo'lgan chanoq-son bo'g'imining tog'ay va yumshoq to'qima tuzilmalarida o'zgarishlarni aniqlashga imkon bermaydi (yopiq kiritishning muvaffaqiyatsizligi, kichik yoshdagi bolalarda bo'g'imdan tashqari korreksiyaga ko'rsatmalarni aniqlash).

Kompyuter tomografiyasi (KT) o'smirlar va yoshlarni davolashda foydali bo'lib, displaziyani tashhislash va uning adekvat davosini tanlashga yordam beradi, shu jumladan chanoq va/yoki son suyagi osteotomiyasi va gorizontal tekislikda bo'g'im tuzilmalarining o'zaro munosabatlarini baholash, shuningdek, uch o'lchamli fazoviy tasvirda bo'g'im haqida tasavvurga ega bo'lish mumkin [13,14].

KT quyidagilarni baholashga imkon beradi:

- son suyagi proksimal qismi va VB anteverziyasi;
- PM shakli va chuqurligi, old va orqa devorlarining tuzilishi va rivojlanishi; PM tomining bir tekis ossifikatsiyasi, o'rganilayotgan zonada destruksiya hodisalari;
- BB ga nisbatan GBK ning desentratsiya darajasi;
- son suyagi boshchasi va quloq chuqurchasi bo'g'im yuzalarining kongruentligi;
- KBSni o'rab turgan yumshoq to'qimalarning o'zgarishi (hajmining kichrayishi, ayrim mushak guruhlarining atrofiyaga uchrashi, ular orasidagi oraliqlarning kengayishi).

Bolalarda PVBda chanoq-son bo'g'imlarini KT qilish uchun ko'rsatmalar:

- son suyagi boshchasining tuzatib bo'lmaydigan chiqishi, to'g'rilash uchun to'siqlarni aniqlash va ularning joylashuvini aniqlash;
- son suyagi boshchasi va bo'yinchasining turli darajadagi destruksiyasi, uning chiqishi bilan birga keladi;

- 5 yoshdan katta bolalarda chanoq-son bo'g'imi komponentlarining sezilarli tarkibiy o'zgarishlari bilan son suyagi boshchasining qov chuqurchasiga nisbatan desentratsiyasi, s

Multispiral kompyuter tomografiyasi jarrohlik amaliyotidan oldingi va keyingi davrda KBS patologiyasida bo'g'imning strukturaviy o'zgarishlarini adekvat vizualizatsiya qilish uchun foydali bo'lib, bu bo'g'imning fazoviy munosabatlari haqida tasavvurga ega bo'lish imkonini beradi [5]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, PVB bilan og'rigan bolalarda rekonstruktiv jarrohlik amaliyotini to'g'ri rejalashtirish uchun yuqorida ko'rsatilgan usul KQG va VB shaklini, rivojlanish darajasini va VB yo'nalishini obyektiv baholash imkonini beradi.

Qo'shimcha (maqsad bo'yicha) diagnostika tadbirlari:

- umumiy qon tahlili;
- siydikning umumiy tahlili;
- guruh va rezus-omilga qon tahlili;
- qonning biokimyoviy tekshiruvi: umumiy oqsil va uning fraksiyalari (a, v, u), bilirubin (bilvosita, to'g'ridan to'g'ri), glyukoza, mochevina, ishqoriy fosfataza, elektrolitlar (K, Na, Cl, Ca), alaninaminotransferaza (AlAT), aspartataminotransferaza (AsAT), koagulogramma: protrombin indeksi (PTI), trombin vaqti (TV);
- elektrokardiografiya (EKG);
- zaruriyat bo'lganda tashqi nafas funksiyasini o'rganish (spiroografiya).

Qo'shimcha diagnostik chora-tadbirlar shifokorlarga kasallikni qiyosiy tashxislashda, asosiy kasallikning yondosh kasalliklari bosqichlarini baholashda, bemorlarda jarrohlik aralashuvlarini o'tkazish uchun ko'rsatmalar yoki qarshi ko'rsatmalar mavjudligini baholashda, og'riqsizlantirish turini tanlashda, tor ixtisoslikdagi mutaxassislarning maslahatlari zarurligini aniqlashda ma'lumot beradi.

O‘zbekiston Respublikasining sanitariya qoidalari, normalari va gigiyena normativlariga muvofiq siydik-tosh kasalligini davolash yoki operatsiya o‘tkazishga quyidagi talablar qo‘yiladi:

Jarrohlik aralashuvi o‘tkaziladigan xonalar asbob-uskunalar, tibbiy va boshqa inventarlar toza holatda saqlanishi kerak. Xonalarni namlab tozalash (pollarni yuvish, mebel, asbob-uskunalar, deraza tokchalari, eshiklar va boshqalarni artish) yuvish vositalari yordamida kuniga kamida 2 marta o‘tkazilishi kerak. Zarur hollarda joriy tozalash ishlari kuniga bir necha marta o‘tkaziladi, deraza tokchalari 3 oyda kamida 1 marta tozalanishi kerak.

Operatsion blokni bosh tozalash (kundalik joriy tozalash va dezinfektsiyalashdan tashqari) haftada bir marta o‘tkazilishi kerak, bunda xonalar asbob-uskunalar, mebel va boshqa jihozlardan bo‘shatiladi. Muassasa yuvish va dezinfektsiyalash vositalarining doimiy zarur uch oylik zaxirasiga ega bo‘lishi kerak.

Sterillik, aseptika va antiseptik rejimga rioya qilishni talab qiladigan operatsion tozalashdan so‘ng, joriy foydalanish jarayonida 1 m³ xonaga 1 Vt quvvatga ega bo‘lgan statsionar yoki ko‘chma bakteritsid lampalar yordamida vaqti-vaqti bilan neytrallash kerak.

Jarrohlik bo‘limlari kosmetik ta‘mirlash, profilaktik yuvish va dezinfeksiya qilish uchun yiliga 1 marta yopilishi kerak. Joriy nuqsonlarni bartaraf etish (soplar va devorlarda suv va namlik sizib chiqishi, namlik va mog‘or izlarini bartaraf etish, darzlar, tirqishlar va notekisliklarni tekislash, to‘kilgan pardozlash plitkalarini, pol qoplamasi nuqsonlarini tiklash va h.k.) zudlik bilan amalga oshirilishi kerak.

Jarrohlik blokida narkoz apparatlari va tibbiy uskunalarni dezinfeksiya qilish uchun alohida izolyatsiyalangan va jihozlangan xonalar bo‘lishi kerak.

Jarrohlik operatsiyalarida foydalaniladigan tibbiy texnologiyalar, asbob-uskunalar, sarflash materiallari va dori-darmonlar O‘zbekiston Respublikasi hududida foydalanishga ruxsat etilishi kerak.

Bemorni jarrohlik amaliyotiga yoki davolashga tayyorlashga qo‘yiladigan talablar va jarrohlik amaliyoti metodologiyasi:

PVB bilan og‘rigan bemorlarda KQGni ochiq kiritish maqsadida o‘tkaziladigan davolash va jarrohlik amaliyotlari umumiy narkoz ostida o‘tkazilganligi sababli, anesteziolog va boshqa tor ixtisoslashgan mutaxassislar ko‘rigidan o‘tkazilishi zarur bo‘lganda, bemor ular tomonidan qo‘yiladigan talablar asosida jarrohlik amaliyotini o‘tkazishga tayyorlanadi.

TKV bilan og‘rigan bemorlarda jarrohlik amaliyotini o‘tkazishga qo‘yiladigan talablar:

- ichakni bo‘shatish va kesmalar sohasidagi terini sanatsiya qilish xirurgiyada umumiy qabul qilingan usul bo‘yicha amalga oshiriladi.
- operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin o‘pka va jarrohlik jarohatlari tomonidan yuqumli asoratlarning oldini olish uchun yosh dozalari doirasida keng spektrdagi antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

Jarrohlik amaliyoti yoki bemorda bajariladigan muolajalar metodologiyasi:

CHSBni barqarorlashtirish va uning funksiyasini tiklashga qaratilgan operatsiyalar:

KQGni korrektsiyalovchi buramalararo osteotomiya bilan ochiq yo‘naltirish yoki markazlashtirish.

Oyoqlarga ishlov berilgandan so‘ng, spinae iliaca anterior superior dan barmoq uchlarigacha betadin va spirt eritmalari bilan old-yonma-yon kirish orqali teri, teri osti yog‘ to‘qimasi va chandiqli o‘zgargan to‘qimalarning old-yuqori uchligidan sonning yuqori uchligigacha 8-10 sm uzunlikda burchak shaklidagi kesmasi amalga oshiriladi. Chanoq-son bo‘g‘imi kapsulasi old yuzasi ochiladi. Pay-mushak qismi m ajratiladi. Iliopsoas va uni son suyagiga birikish joyidan kesib tashlanadi. Kapsula qisqichlarga yoki tutqichlarga olinadi, kesiladi (artrotomiya) va bo‘g‘im bo‘shlig‘i ko‘riladi. Bunda bo‘g‘im bo‘shlig‘idan chandiqli to‘qimalari olib tashlanadi, son boshchasining gipertrofiyalangan dumaloq boylami, gipertrofiyalangan yog‘

yostig'i kesib tashlanadi. Limbusni to'g'rilash, bo'g'im bo'shlig'idan ag'darib olish kerak, bunda chuqurchadagi gialin tog'ayga zarar yetkazmaslikka harakat qilish kerak. Aralashma bo'lsa, kapsulasi kesiladi. Barcha to'siqlar olib tashlangandan so'ng, son suyagi boshchasi chuqurchasi chetlari baholanadi. Sonning to'rt boshli muskuli lateral boshchasini suyak usti pardasi bilan birgalikda T-simon kesish amalga oshiriladi, sonning yuqori uchdan bir qismidagi son suyagining oldingi va orqa tashqi yuzasi suyak usti pardasi ostida ochiladi. Chekinish Katta six uchidan 1,5-2 sm masofada Jilyaning sim arrasi yoki tebranuvchi arra yordamida bo'yin-diafizar burchakning yosh me'yorlari kattaligini hisobga olgan holda son suyagining sixlararo degenerativ-variatsiyalovchi osteotomiyasi amalga oshiriladi. Qisqartiruvchi rezeksiya son suyagining distal suyak fragmenti hisobiga amalga oshiriladi. Shu bilan birga, rezeksiya qilinadigan fragmentning o'lchami GBKning kranial siljish darajasiga bog'liq va bu siljish balandligining (Shenton chizig'ining uzilish uzunligi) 30% ni tashkil qiladi. Qisqartiruvchi osteotomiyani bajarishda qipiq tekisligi qiyshiq o'tadi, bunda son suyagining rezeksiya qilinayotgan fragmenti trapetsiyasimon shaklga ega bo'lib, asosi medial tomonga qaragan. Son suyagining rezeksiya qilingan fragmenti fiziologik eritma solingan steril idishda qoldiriladi. Keyinchalik son suyagi bo'yinchasining patologik anteverziyasi va bo'yin-diafizar burchakning valgizatsiyasi bartaraf etiladi. Kapsula cho'ltog'iga 3 juft ishqoriy ip qo'yiladi. Keyinchalik, suyak bo'laklari medallashtiruvchi plastina yoki sonning proksimal qismi uchun cheklangan kontaktli plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda anteverziya burchagi 15-20° gacha, bo'yin-diafizar burchagi esa 110-115° gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini hiqildoq chuqurchasiga yo'naltirish oyoq-qo'lni o'q bo'ylab tortish, uni uzoqlashtirish va oldinga va ichkariga yo'nalishda katta hiqildoqqa o'rtacha bosim berish yo'li bilan amalga oshiriladi. Bunda son boshchasining yo'nalishi oyoqning o'rta holatida yo'nalishga mos kelishini hisobga olish kerak son proksimal qismining avval o'tkazilgan korreksiyasi munosabati bilan VVga kirish. Texnikaga rioya qilinganda va to'g'rilash uchun to'siqlar bo'lmaganda, son suyagi boshchasi chuqurchaga uning orqa pastki cheti orqali to'g'rilanadi. Bo'g'im kapsulasi imkon qadar uning

dublikatini yaratish bilan yetarli darajada zich tikilishi kerak. Rentgen nazorati o'tkaziladi. Chuqurlikda va rejalashtirilgan SHDUni 110-115o va AT 10-20o burchaklarida KBKning qoniqli markazlashuvi bilan jarohat drenajlanadi va tikib qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda oyoq-qo'llarni bir yarim chanoq-son gips bog'lami bilan tashqi immobilizatsiya qilinadi.

Salter usuli bo'yicha tos suyagi osteotomiyasi bilan korrektsionalovchi buramalararo osteotomiya bilan KQGni ochiq kiritish yoki markazlashtirish.

Oyoqlarga ishlov berilgandan so'ng, spinae iliaca anterior superior dan barmoq uchlarigacha betadin va spirt eritmalari bilan old-yonma-yon kirish orqali teri, teri osti yog' to'qimasi va chandiqli o'zgargan to'qimalarning old-yuqori uchligidan sonning yuqori uchligigacha 8-10 sm uzunlikda burchak shaklidagi kesmasi amalga oshiriladi. Chanoq-son bo'g'imi kapsulasi old yuzasi ochiladi. Pay-mushak qismi m ajratiladi. Iliopsoas va uni son suyagiga birikish joyidan kesib tashlanadi. Kapsula qisqichlarga yoki tutqichlarga olinadi, kesiladi (artrotomiya) va bo'g'im bo'shlig'i ko'riladi.

Bunda bo'g'im bo'shlig'idan chandiqli to'qimalari olib tashlanishi, son suyagi boshchasining gipertrofiyalangan dumaloq boylami, gipertrofiyalangan yog' yostig'i kesib tashlanishi kerak. Limbusni to'g'rilash, bo'g'im bo'shlig'idan ag'darib olish kerak, bunda chuqurchadagi gialin tog'ayga zarar yetkazmaslikka harakat qilish kerak. Qayta tortilish mavjud bo'lsa, kapsulasi kesiladi. Barcha to'siqlar olib tashlangandan so'ng, son suyagi boshchasining cheti baholanadi. Sonning to'rt boshli muskuli lateral boshchasining suyak usti pardasi bilan birgalikda T-simon kesmasi amalga oshiriladi, sonning yuqori uchdan bir qismidagi suyak usti pardasining oldingi va orqa-tashqi yuzasi ochiladi. Chekinish Katta six uchidan 1,5-2 sm masofada Jilyaning sim arrasi yoki ossillyatsiyalovchi arra yordamida SHDS ning yosh me'yorlari kattaligini hisobga olgan holda TBning buramalararo degenerativ-variatsiyalovchi osteotomiyasi amalga oshiriladi. Qisqartiruvchi rezeksiya son suyagining distal suyak fragmenti hisobiga amalga oshiriladi. Shu bilan birga, rezeksiya qilinadigan fragmentning o'lchami GBKning

kranial siljish darajasiga bog'liq va bu siljish balandligining (Shenton chizig'ining uzilish uzunligi) 30% ni tashkil qiladi. Qisqartiruvchi osteotomiyani bajarishda qipiq tekisligi qiyshiq o'tadi, bunda son suyagining rezeksiya qilinayotgan fragmenti trapetsiyasimon shaklga ega bo'lib, asosi medial tomonga qaragan. BKning rezeksiya qilingan fragmenti fiziologik eritma solingan steril idishda qoldiriladi. Keyinchalik, KIBning patologik anteverziyasi va KIB valgizatsiyasi bartaraf etiladi. Kapsula cho'ltog'iga 3 juft ishqoriy ip qo'yiladi. Keyinchalik, qorin bo'shlig'ining tomini tuzatish uchun mushaklar orasida hiqildoq usti sohasi ochiladi. Chanoq mushaklari orqali yonbosh suyagining yarimoysimon kesmasiga kirilgandan va suyak usti pardasi ajralgandan so'ng, ilmoqsimon himoyachilar incisura ishiadica major ga o'rnatiladi. Chanoq osteotomiyasi Salter usuli bo'yicha Djilining iskana yoki arrasi yordamida amalga oshiriladi. Yonbosh suyagining distal suyak fragmentini oldinga, pastga va tashqariga og'dirish bir tishli ilgak yordamida shunday tuzatish darajasigacha amalga oshiriladiki, bunda atsetabulyar burchak kamida $10-15^{\circ}$ ni tashkil qiladi va GO'B hosil bo'lgan tom bilan to'liq yopiladi. Yondosh suyak bo'laklari o'rtasida hosil bo'lgan yoriqchaga autotransplantat o'rnatiladi. Avval fiziologik eritma solingan idishda saqlangan autotransplantat suyak bo'laklari orasidagi diastazga o'rnatiladi. Yonbosh suyagining transplantati va suyak bo'laklari VV tomini tuzatish holatida 2-3 ta spitsa yordamida fiksatsiyalanadi. Keyinchalik, suyak bo'laklari medallashtiruvchi plastina yoki sonning proksimal qismi uchun cheklangan kontaktli plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda anteverziya burchagi $15-20^{\circ}$ gacha, SHDU esa $110-115^{\circ}$ gacha korreksiya qilinadi. GBKni VVga kiritish oyoq-qo'lni o'q bo'ylab tortish, uni uzoqlashtirish va oldinga va ichkariga yo'naltirilgan katta BK sixga o'rtacha bosim berish yo'li bilan amalga oshiriladi. Shu bilan birga, oyoqning o'rta holatida KQGBning yo'nalishi sonning proksimal qismini ilgari amalga oshirilgan tuzatish bilan bog'liq holda quloq chuqurchasiga kirish yo'nalishiga mos kelishini hisobga olish kerak. Texnikaga rioya qilinganda va to'g'rilash uchun to'siqlar bo'lmaganda, son boshchasi chuqurchaga uning orqa pastki cheti orqali to'g'rilanadi. Bo'g'im kapsulasi imkon qadar uning dublikatini yaratish bilan yetarli darajada zich tikilishi

kerak. Rentgen nazorati o'tkaziladi. Boshchaning cho'kmada qoniarli markazlashuvi va rejalashtirilgan SHDUni 110-115o burchakda va AT burchakda 10-20o bo'lganda jarohat drenajlanadi va zich tikiladi. Operatsiyadan keyingi davrda oyoq-qo'llarni bir yarim chanoq-son gips bog'lami bilan tashqi immobilizatsiya qilinadi.

Son suyagi buramalararo korrektsiyalovchi osteotomiyasi, chanoq osteotomiyasi va Pemberton bo'yicha VV tom plastikasi bilan KQGni ochiq yo'naltirish yoki markazlashtirish.

Oyoqlarga ishlov berilgandan so'ng, spinae iliaca anterior superior dan barmoq uchlarigacha betadin va spirt eritmalari bilan old-yonlama kirish orqali teri, teri osti yog' to'qimasi va chandiqli o'zgargan to'qimalarning old-yuqori uchligidan sonning yuqori uchligigacha 8-10 sm uzunlikda burchak shaklidagi kesmasi amalga oshiriladi. Chanoq-son bo'g'imi kapsulasi old yuzasi ochiladi. Pay-mushak qismi m ajratiladi. Iliopsoas va uni son suyagiga birikish joyidan kesib tashlanadi. Kapsula qisqichlarga yoki tutqichlarga olinadi, kesiladi (artrotomiya) va bo'g'im bo'shlig'i ko'riladi. Bunda bo'g'im bo'shlig'idan chandiqli to'qimalari olib tashlanishi, son suyagi boshchasining gipertrofiyalangan dumaloq boylami, gipertrofiyalangan yog' yostig'i kesib tashlanishi kerak. Limbusni to'g'rilash, bo'g'im bo'shlig'idan ag'darib olish kerak, bunda chuqurchadagi gialin tog'ayga zarar yetkazmaslikka harakat qilish kerak. Qayta tortilish mavjud bo'lsa, kapsulasi kesiladi. Barcha to'siqlar olib tashlangandan so'ng, son suyagi boshchasining cheti baholanadi. Sonning to'rt boshli muskuli lateral boshchasining suyak usti pardasi bilan birgalikda T-simon kesmasi amalga oshiriladi, sonning yuqori uchdan bir qismidagi suyak usti pardasining oldingi va orqa-tashqi yuzasi ochiladi. Chekinish Katta six uchidan 1,5-2 sm masofada Jilyaning sim arrasi yoki ossillyatsiyalovchi arra yordamida SHDS ning yosh me'yorlari kattaligini hisobga olgan holda TBning buramalararo degenerativ-variatsiyalovchi osteotomiyasi amalga oshiriladi. Qisqartiruvchi rezeksiya son suyagining distal suyak fragmenti hisobiga amalga oshiriladi. Shu bilan birga, rezeksiya qilinadigan fragmentning o'lchami GBKning

kranial siljish darajasiga bog'liq va bu siljish balandligining (Shenton chizig'ining uzilish uzunligi) 30% ni tashkil qiladi. Qisqartiruvchi osteotomiyani bajarishda qipiq tekisligi qiyshiq o'tadi, bunda son suyagining rezeksiya qilinayotgan fragmenti trapetsiyasimon shaklga ega bo'lib, asosi medial tomonga qaragan. BKning rezeksiya qilingan fragmenti fiziologik eritma solingan steril idishda qoldiriladi. Keyinchalik, KIBning patologik anteverziyasi va KIB valgizatsiyasi bartaraf etiladi. Kapsula cho'ltog'iga 3 juft ishqoriy ip qo'yiladi. VB tomini korrektsiyalash maqsadida mushaklar orasida hiqildoq usti sohasi ochiladi. Taroqdan boshlab, m.gluteus va m. tensor fascia latae subperiosteal ravishda yonbosh suyagining oldingi uchdan bir qismidan bo'g'im kapsulasi tomon distal ravishda va katta o'rindiq chuqurchasi ochilmaguncha orqada ochiladi. O'tkir elevator bilan yonbosh suyagi qirrasining oldingi uchdan bir qismidan abdominal muskullar birikkan yonbosh suyagi apofiz ajratiladi. Keyin muskullar yonbosh suyagining medial qismidan to egatcha chuqurchasi yana ochilib qolmaguncha subperiosteal ajralib chiqadi. O'rindiq chuqurchasiga ikki yassi retractor subperiosteal tarzda kiritiladi, ulardan biri yonbosh suyagining medial yuzasi bo'ylab va ikkinchisi yonbosh suyagining oldingi uchdan bir qismini yalang'och holda ushlab turish uchun lateral yuzasi bo'ylab kiritiladi. Tor egri osteotomiya bilan yonbosh suyagi osteotomiyasi quyidagicha amalga oshiriladi: avval yuqoridan yonbosh suyagining oldingi uchiga osteotomiya qilinadi va osteotomiya taxminan 1 sm orqaga proksimal va bo'g'im kapsulasi bilan parallel ravishda to osteotoma old tomondagi rektortorga nisbatan yetarli darajada yaxshi ko'rinmaguncha davom ettiriladi. Osteotomiya tugagandan so'ng, osteotomaning old qismiga keng egri chiziq kiritiladi va fragmentlar yoyiladi. VPning tomini shunday pastga egish kerakki, bu siljish natijasida atsetabulyar indeks 0 ga teng bo'lsin. Yondosh suyak bo'laklari orasidagi hosil bo'lgan yoriqqa autotransplantat o'rnatiladi. Avval fiziologik eritma solingan idishda saqlangan autotransplantat diastazga o'rnatiladi suyak bo'laklari orasida Yonbosh suyagining transplantati va suyak bo'laklari VV tomini tuzatish holatida 2-3 ta spitsa yordamida fiksatsiyalanadi. Keyinchalik, suyak bo'laklari medallashtiruvchi plastina yoki sonning proksimal qismi uchun cheklangan kontaktli plastina yordamida fiksatsiya

qilinadi. Bunda anteversiya burchagi 15-20° gacha, SHDU esa 110-115° gacha korreksiya qilinadi. GBKni VVga kiritish oyoq-qo'lni o'q bo'ylab tortish, uni uzoqlashtirish va oldinga va ichkariga yo'naltirilgan katta BK sixga o'rtacha bosim berish yo'li bilan amalga oshiriladi. Shu bilan birga, oyoqning o'rta holatida KQGBning yo'nalishi sonning proksimal qismini ilgari amalga oshirilgan tuzatish bilan bog'liq holda quloq chuqurchasiga kirish yo'nalishiga mos kelishini hisobga olish kerak. Texnikaga rioya qilinganda va to'g'rilash uchun to'siqlar bo'lmaganda, son suyagi boshchasi chuqurchaga uning orqa pastki cheti orqali to'g'rilanadi. Bo'g'im kapsulasi imkon qadar uning dublikatini yaratish bilan yetarli darajada zich tikilishi kerak. Rentgen nazorati o'tkaziladi. Chuqurlikda va rejalashtirilgan SHDUni 110-115o va AT 10-20o burchaklarida KBKning qoniqarli markazlashuvi bilan jarohat drenajlanadi va tikib qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda oyoq-qo'llarni bir yarim chanoq-son gips bog'lami bilan tashqi immobilizatsiya qilinadi.

Sonning proksimal uchi va tos suyaklarida ishlab chiqilgan rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlar:

Operatsiya texnikasi.

Operatsiya boshqariladigan nafas bilan endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Oyoqlarga ishlov berilgandan so'ng, spinae iliaca anterior superior dan barmoq uchlarigacha betadin va spirt eritmalari bilan old-yonma-yon kirish orqali teri, teri osti yog' to'qimasi va chandiqli o'zgargan to'qimalarning old-yuqori uchligidan sonning yuqori uchligigacha 8-10 sm uzunlikda burchak shaklidagi kesmasi amalga oshiriladi. Chanoq-son bo'g'imi kapsulasi old yuzasi ochiladi. Pay-mushak qismi ajratiladi m. Iliopsoas va uni son suyagiga birikish joyidan kesib olinadi. Kapsula qisqichlarga yoki tutqichlarga qo'yiladi, kesiladi (artrotomiya). Son suyagi boshi va bo'yni mobilizatsiyasiga to'sqinlik qiluvchi barcha chandiqlar o'tkir yo'l bilan ajratiladi. Qizilo'ngach chuqurchasiga yaqinlashganda sonning pastga tushishiga va to'g'rilashiga to'sqinlik qiluvchi, qin chuqurchasiga kirishni toraytiradigan ko'plab biriktiruvchi to'qima tortmalari kesiladi. Qizilo'ngach chuqurchasidan tog'ay yuzasigacha chandiqlar olib tashlanadi. Limbus mobilizatsiya qilinadi, yon

tomonlari kesiladi va chanoq-son bo'g'imi kapsulasi bilan tikiladi. Agar bemorda chandiqli-deformatsiyalangan tog'ay limbuzi bo'lsa, u olib tashlanadi. Qizilo'ngach chuqurchasi, son suyagi proksimal qismi, son suyagi boshchasining qolgan cho'ltog'i va bo'yinchasi ("egar" ko'rinishida) holati baholanadi (1a,b,v,g-rasm).



1-rasm (a)



1-rasm (b)



1-rasm (v)

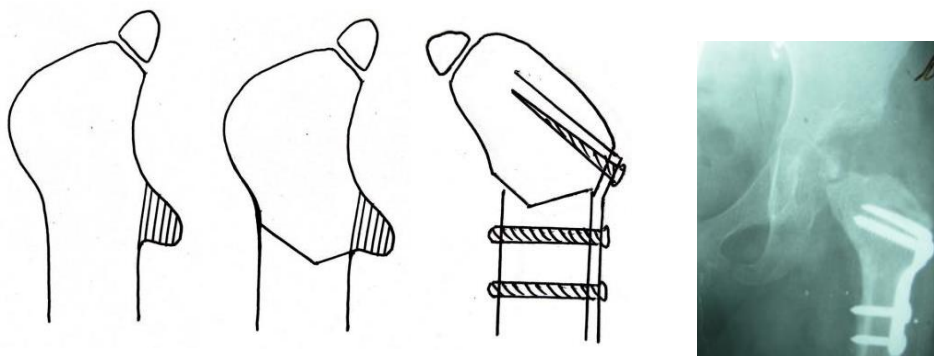


1-rasm (g)

1-rasm (a,b). "Ekin" shaklida deformatsiyalangan son suyagi boshchasi va bo'yinchasining qolgan cho'ltog'ining tasviri va rentgenogrammasi (oyoq rotatsiyasi holati)

1-rasm (v,g). "Ekin" shaklida deformatsiyalangan son suyagi boshchasi va bo'yinchasining qolgan cho'ltog'ining tasviri va rentgenogrammasi (oyoqlarning ichki rotatsiyasi holati).

Son suyagi boshchasi va bo'yinchasi cho'ltog'i deformatsiyasining turi aniqlangandan so'ng, unga yumaloq shakl beriladi. Buning uchun son suyagi boshchasi cho'ltog'ining egat shaklidagi deformatsiyalangan qismi va son suyagi bo'yinchasining siyraklashtiruvchi modellashtiruvchi rezeksiyasi amalga oshiriladi (2-rasm).



2-rasm,

3-rasm,

4-rasm (a)

4-rasm (b)

Son suyagi boshchasi va bo'yinchasining egatsimon-deformatsiyalangan cho'ltog'ini himoyalovchi modellashtiruvchi rezeksiyasi.

3-rasm. Son suyagi bo'yni o'tkir bo'rtib chiqqan qismining qiya rezeksiyasi va ko'ndalang osteotomiya chizig'ining "V"-simon shakli.

4-rasm (a,b). Rejalashtirilgan bo'yin-diafizar burchak va antetorsiya burchagida "G"-simon metall plastina orqali uchta vint bilan to'g'rilangan holatda suyak fragmentlarini fiksatsiya qilish tasviri va rentgen tasvirlari.

Sonning to'rt boshli muskuli lateral boshchasini suyak usti pardasi bilan birgalikda T-simon kesish amalga oshiriladi, sonning yuqori uchdan bir qismida son suyagining oldingi va orqa-tashqi yuzasi suyak usti pardasi ostida ochiladi. Katta six uchidan 2-4 sm chekingan holda Jilyaning simli arrasi yoki tebranuvchi arra yordamida bo'yin-diafizar burchakning yosh me'yorlari kattaligini hisobga olgan holda son suyagining sixlararo ko'ndalang osteotomiyasi amalga oshiriladi. Antetorsiya sezilarli bo'lsa, boshchaning oldingi qismi, retrotorsiya bo'lsa, orqa qismi rezeksiya qilinadi. Son suyagi boshchasi va bo'yinchasining egatsimon-deformatsiyalangan cho'ltog'ini ayovsiz modellashtiruvchi rezeksiyasi amalga oshiriladi, cho'ltoqqa yumaloq shakl beriladi, son suyagining proksimal fragmenti ikki tishli ilgak bilan ushlab turiladi, bo'g'im kapsulasi Son suyagi boshchasi tomon yo'nalishda son suyagi proksimal qipig'idan 1,5-2 sm. Jili arrasi yoki ossillyatsiyalovchi arra bilan son suyagi bo'yinchasining o'tkir bo'rtib chiqqan qismi proksimal egovning 1/3 qismigacha qiyshiq rezeksiya qilinadi. Bo'g'im kapsulasi son suyagi proksimal qipig'i

tomonidan shunday tikiladiki, bunda son suyagi bo'ynining shakllangan va uzaygan cho'ltog'i bo'g'im ichida qoladi, ko'ndalang osteotomiya chizig'i esa "V"-simon shaklga ega bo'ladi (3-rasm). Son suyagi proksimal qipig'i 180o yuqoriga ko'tariladi, u distal suyak fragmenti bilan korreksiyalangan holatda uchta vint bilan "G" shaklidagi metall plastina orqali rejalashtirilgan bo'yin-diafizar burchagi 115-125o va antetorsiya burchagi 10-20o "uchma-uch" turida mahkamlanadi (4a,b-rasm). Shakllangan kalla cho'ltog'i va son suyagining cho'zilgan bo'yni quloq chuqurchasi pastki chetigacha tushiriladi va quloq chuqurchasiga kiritiladi. Bo'g'im kapsulasi uchta juft ipak ip bilan tikiladi. Jarohat drenajlanadi, tikib qo'yiladi. Operatsiyadan keyingi davrda oyoq-qo'llarni bir yarim chanoq-son gips bog'lami bilan tashqi immobilizatsiya qilinadi.

Oyoq kaltaligini kompensatsiya qilishga qaratilgan jarrohlik aralashuvlar:

Ushbu jarrohlik aralashuvlari oyoq kaltaligini kompensatsiya qilish maqsadida qo'llaniladi: kontralateral epifizeodez;- son va boldirga Ilizarov apparatini qo'yish yo'li bilan sonni uzaytirish, distraksiya butun davri uchun chanoq komponentini majburiy stabillashtirish bilan pastki uchdan bir qismida BK osteotomiyasi.

Davolash yoki profilaktika samaradorligining ko'rsatkichlari.

Kichik jarrohlik aralashuvlari o'tkazilganda - sonning tug'ma chiqishida sonning yetakchi mushaklari miotomiyasi:

Isbotlar xulosasi	УД
--------------------------	-----------

Klinik tajriba shuni tasdiqlaydiki, KBSda bukuvchi va yozuvchi aponevrotomiya (zarurat bo'lganda - qo'shaloq) m.adductor longus, kamdan kam hollarda - m.adductor brevis tomonidan amalga oshiriladi.	4
Operatsiya paytida olib keluvchi mushaklarning konturlovchi proksimal paylari holatini sinchkovlik bilan nazorat qilish KBSda olib tashlash samaradorligini oshiradi	2a
Og'riq va nafasni haddan tashqari ushlab turish tufayli yuzaga keladigan harakatlarni cheklash uchun yetarli darajadagi og'riqsizlantirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	yy
CHSB rentgenografiyasini ehtiyotkorlik bilan o'tkazish kerak.	Kuchli

KQGni ochiq usulda buramalararo, detorsion-qisqartiruvchi osteotomiya bilan amalga oshirilganda.

Isbotlar xulosasi	YD
Klinik tajriba shuni tasdiqlaydiki, 2 yoshdan katta bolalarga mustaqil variantda amalga oshirilgan BKning buramalararo qisqartiruvchi detorsion-varizirlovchi osteotomiyasi bilan sonni ochiq usulda solish, sonning noto'g'riligi faktini erta aniqlash va keyingi konservativ chora-tadbirlarni (yopiq usulda solishning takroriy urinishlarini) rad etish sharti bilan eng samarali hisoblanadi.	4
Chuqurlikda va rejalashtirilgan 110-115o bo'yin-diafizar burchakda va 10-20o antetorsiya burchagida KQG ning qoniqarli markazlanishini ta'minlash zarur	2a
Og'riq va nafasni haddan tashqari ushlab turish tufayli yuzaga keladigan harakatlarni cheklash uchun yetarli darajadagi og'riqsizlantirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	yy
CHSB rentgenografiyasini ehtiyotkorlik bilan o'tkazish kerak.	Kuchli

GKBni ochiq usulda solishda buramalararo, detorsion-qisqaruvchi osteotomiya va Salter bo'yicha tos suyagi rotatsion osteotomiyasi.

Резюме доказательств	УД
Klinik tajriba sonning ochiq yo'naltirilishini tasdiqlaydi, bunda asetabulyar indeks ko'rsatkichlari 30-40° dan ortiq va Sharp burchagi - 50° dan ortiq, Viberg burchagi va old qoplama burchagi - (-) 7° va undan kam, chin TBD - 145° dan ortiq va antetorsiya burchagi - 55° dan ortiq bo'lgan CHPning fazoviy holati buzilganda BKning buramalararo qisqaruvchi detorsion-varizirlovchi osteotomiyasi va Salter bo'yicha chanoq rotatsion osteotomiyasi o'tkaziladi.	4
Chuqurlikda va rejalashtirilgan 110-115o bo'yin-diafizar burchakda va 10-20o antetorsiya burchagida KQG ning qoniqarli markazlanishini ta'minlash zarur	2a
Og'riq va nafasni haddan tashqari ushlab turish tufayli yuzaga keladigan harakatlarni cheklash uchun yetarli darajadagi og'riqsizlantirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	УУ
CHSB rentgenografiyasini ehtiyotkorlik bilan o'tkazish kerak.	Kuchli

Vintlararo, detorsion-qisqaruvchan osteotomiya bilan KQG ochiq plastikasini amalga oshirishda, Pemberton bo'yicha quloq chuqurchasi tomining periatsetabulyar plastikasi bilan birgalikda.

Dalillar xulosasi	УД
Klinik tajriba sonning ochiq yo'naltirilganligini tasdiqlaydi, quymich kosachasining buramalararo qisqaruvchi detorsion-varizirlovchi osteotomiyasi va Salter bo'yicha chanoq rotatsion osteotomiyasi bilan asetabulyar indeks ko'rsatkichlari 30-35° dan va Sharp burchagi 50° dan	4

ortiq bo'lgan quloq kosachasining fazoviy joylashuvining buzilishi ko'rsatilgan.	
Chuqurlikda va rejalashtirilgan 110-115o bo'yin-diafizar burchakda va 10-20o antetorsiya burchagida KQG ning qoniqarli markazlanishini ta'minlash zarur	2a
Og'riq va nafasni haddan tashqari ushlab turish tufayli yuzaga keladigan harakatlarni cheklash uchun yetarli darajadagi og'riqsizlantirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	yy
CHSB rentgenografiyasini ehtiyotkorlik bilan o'tkazish kerak.	Kuchli

GKBni ochiq usulda buramalararo, detorsion-qisqaruvchi osteotomiya bilan, rekonstruktiv-tiklovchi aralashuvlar bilan o'tkazilganda chanoq suyaklari

Dalillar xulosasi	УД
Klinik tajriba o'smirlarda chanoq-son bo'g'imi anatomik buzilishlarining yaqqolligini tasdiqlaydi va chanoqning ikki yoki uch osteotomiyasidan keyin uning rotatsion transpozitsiyasini qo'llaniladi.	4
Texnik natijaga shu bilan erishiladiki, yonbosh suyagi bo'yinchasi osteotomiyasidan keyin qo'shimcha ravishda quymich kosasi rotatsiyasiga to'sqinlik qiluvchi lig. sacrotuberale va lig. sacrospinale - chanoqning kuchli boylamlarini kranial mahkamlanish joylaridan ko'ra quymich suyagi tanasi osteotomiyasi amalga oshiriladi.	2a
Og'riq va nafasni haddan tashqari ushlab turish tufayli yuzaga keladigan harakatlarni cheklash uchun yetarli darajadagi og'riqsizlantirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	yy
CHSB rentgenografiyasini ehtiyotkorlik bilan o'tkazish kerak.	Kuchli

"SON SUYAGINING PATOLOGIK CHIQISHI"
NOZOLOGIYALAR PROFILAKTIKASI VA
REABILITATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
BAYONNOMA

Toshkent – 2024

10-KXT bo'yicha kod (lar):

МКБ-10	
код:	Nomi: Chanoqning orttirilgan deformatsiyalari
M 95.5	Sonning patologik chiqishi
Yuklab olish (XKT havolasi)	https://cyberleninka.ru/article/n/patologicheskiy-vyvih-bedra-u-detey-perenesshih-epifizarnyy-osteomielit/viewer

1. Asosiy qism

Kirish.

Son suyagining patologik chiqishi (SCHS) - bu erta bolalik davrida infeksiyon koksitning eng ko'p uchraydigan va dahshatli asoratlardan biri bo'lib, u SBSda anatomik munosabatlarning chuqur buzilishiga olib keladi, son suyagi proksimal qismi va chanoq suyaklarining turli og'irlikdagi destruksiyasi, bo'g'im atrofidagi yumshoq to'qimalarning chandiqli o'zgarishlari, bo'g'imlar kontrakturalarining shakllanishi va turg'un ikkilamchi statik deformatsiyalarning rivojlanishi bilan birga keladi.

Profilaktika va reabilitatsiyani aniqlash.

Reabilitatsiya (lat. rehabilitatio) - tiklash, tibbiyotda bu bemorlar va nogironlarning buzilgan organizm funksiyalari va mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy, pedagogik va ijtimoiy chora-tadbirlar majmuidir. Tibbiy reabilitatsiya kasallik tufayli funksiyasini yo'qotgan tana qismining faolligini qisman yoki to'liq tiklashga yoki iloji boricha zararlangan sohada jarayonning kuchayishini oldini olishga qaratilgan.

Profilaktika turlari.

Tibbiy profilaktika birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi bo‘ladi.

Birlamchi tibbiy profilaktika - kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi, organizmning sog‘lom holatini saqlash, unga patologik ta’sir ko‘rsatish, sabab omillarining oldini olishga qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigiyenik va tarbiyaviy tadbirlar;

Ikkilamchi tibbiy profilaktika - bu kasalliklarni erta aniqlash, rivojlanishning oldini olish, uning asoratlari va patologik jarayonning qaytalanishini oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlardir.

Uchlamchi tibbiy profilaktika - bu natijalarni yaxshilash va hayot sifatini yaxshilash, nogironlik va o‘limni kamaytirish maqsadida mavjud kasalliklarni davolash, bemorni reabilitatsiya qilish.

2. SONNING PATOLOGIK CHIQISHI PROFILAKTIKASI.

Sonning patologik chiqishida profilaktika maqsadi.

PVBda profilaktika bilvosita. U keyinchalik displaziya va chiqish rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo‘lgan omillarni tuzatishga qaratilgan. Qoidabuzarlikning oldini olish choralari ona zimmasiga yuklatiladi. Homiladorlikni kuzatib borish, zararli odatlardan voz kechish kerak. Agar irsiy moyillik va boshqa xavfli omillar mavjud bo‘lsa, bolaning ahvolini muntazam tekshirib turish tavsiya etiladi. Patologiya aniqlanganda erta davolash tavsiya etiladi. Korreksiya qilishni paysalga solish kerak emas.

Son suyagining patologik chiqishi bo‘lgan bemorlar uchun umumiy profilaktik tavsiyalar:

- yangi tug‘ilgan chaqaloqlarni ortopedik tekshirish majburiy hisoblanadi;

bolani qattiq yo‘rgaklash, oyoqlarini zo‘rlab to‘g‘rilash mumkin emas, aksincha, doimo shunday qilish kerak

- oyoqlarning mo'tadil yoyilish holatida bo'lishi, ya'ni

faqat bolani hayotining birinchi kunlaridanoq keng (erkin) yo'rgaklash;

- bolani barvaqt oyoqqa turg'izish mumkin emas;

- "dinamik gimnastika" - bolani aylantirish, aylantirish, tebratish, qo'l va oyoqlarini aylantirish va boshqa mashqlar majmuasi qat'iy tavsia etilmaydi;

- bola tug'ilgan zahoti har kuni gimnastika bilan shug'ullanish tavsia etiladi. Bu odatiy, statik yuk bo'lishi kerak, chunki bola yotibdi, ona esa uning qo'l va oyoqlarini kengaytiradi:

bolani qo'lda to'g'ri ushlash katta ahamiyatga ega, bolani, ayniqsa, o'tirish ko'nikmasi shakllangunga qadar (ya'ni 6 oylikkacha) va ushbu ko'nikma paydo bo'lgandan keyin to'g'ri ushlash kerak;

- bolani katta odamning biqiniga "ustiga" o'tqazish tavsia etilmaydi. Yaxshisi, yangi tug'ilgan chaqaloqni yelkasidan ushlab, bag'riga bosib turish kerak, u esa keng yoyilgan oyoqlari bilan quchoqlayversin

- bolani bir qo'li bilan orqasidan ushlab, o'ziga bosadi, ikkinchi qo'li bilan dumba tagidan ushlab turadi (katta kishi turganida) - bola oyoqlarini kerib, tanasini "quchadi";

- bolaning o'tirgan katta kishining qo'lida, unga yuzma-yuz turishi: bola katta kishining tizzasida o'tiradi, katta kishi uni ikki qo'li bilan orqasidan ushlab turadi;

- bolaning onasining yonida "yuqorida" yonboshlab turishidan foydalanish maqsadga muvofiq emas, chunki bolaning bunday holatida umurtqa pog'onasi o'q chizig'ini egallamay qo'yadi (tanasi asimmetrik bo'ladi);

Patologik son bilan og'rigan bemorlar uchun maxsus (maxsus) profilaktik tavsiyalar:

Chanoq-son bo'g'imlari displaziyasi va sonning patologik chiqishi bo'lgan bolalarni dispanser nazorati yetarli emas, chunki bola o'sishi va uning hayot faoliyati jarayonida chanoq-son bo'g'imi elementlarining to'g'ri joylashuviga erishilsa ham, sonning girdob chuqurchasi va boshchasining holati o'zgarishi mumkin. Davolashning birinchi bosqichida reabilitatsiya bosqichlarining statsionar-sanatoriy-poliklinika ketma-ketligiga ancha qat'iy rioya qilinsa, keyinchalik bu tartib buziladi va ko'rsatilgan patologiyali bolalar, odatda, sanatoriy-kurortda davolanmaydilar. :

Sonning patologik chiqishida nomedikamentoz va medikamentoz profilaktika:

1. Ortopedik: Freyk yostig'i, Navlik uzangi; turli xil shinalar va tirgaklar.

2. Jismoniy:

2.1. Passiv korreksiya (vaziyat bilan davolash): keng yo'rgaklash, bolani qurbaqa holatida qoringa yotqizish, slingda, ergonomik ryukzaklarda - kenguruda, sonlarini yoyib olib yurish, oyoqlarini yoyib katta odamning tizzasiga o'tqazish. Ota-onalarni o'qitish muhim.

BEDANING PATOLOGIK VKVIXASINI REABILITATSIYA QILISH.

Son suyagi patologik chiqib qolgan bolalarni reabilitatsiya qilishda LFK sog'lom bo'g'imni shakllantirishning asosiy vositasi va bolaning motor rivojlanishini qo'llab-quvvatlashning yagona vositasidir. Ortopedik davolash turiga qarab turli reabilitatsiya dasturlari mavjud. Barcha reabilitatsiya tadbirlari bir vaqtning o'zida oyoqlarga keng yo'rgaklash yoki Pavlik tortilishi yordamida uzoqlashish holatini berish bilan amalga oshirilishi kerak.

Sonning tug'ma chiqishida reabilitatsiya muddatlari.

Davolashning birinchi davrida, asosiy maqsad chanoq-son bo'g'imlarida olib keluvchi kontrakturani bartaraf etish va KQGni quloq chuqurchasiga kiritish (3-4

hafta) bo'lganda, olib ketuvchi gimnastika - tizza va chanoq-son bo'g'imlarida bukilganda olib ketuvchi mashqlar, tizza bo'g'imlarida bukilgan oyoqlarning aylanma harakatlari, qurbaqa holatida qoringa yotqizish o'tkaziladi. Bu mashqlarning hammasi uzangida bajariladi.

Davolashning ikkinchi davrida - son suyagi boshchasi repozitsiyasidan so'ng, fiksatsiya bosqichida - reabilitatsiya tadbirlarining asosiy maqsadi mushaklar gipotoniyasining oldini olish, distrofik jarayonlar rivojlanishining oldini olishdir. LFK kuniga 3 martadan 5 martagacha o'tkaziladi, shu jumladan faol dinamik mashqlar: masalan, bolaning tovonini qitiqlash orqali funksional davolash nuqtayi nazaridan juda muhim bo'lgan qo'l-oyoq bo'g'imlarida faol harakatlarni kuchaytirish mumkin. Fizioterapevtik muolajalar - eritmalar elektroforezi buyuriladi. Chanoq-son bo'g'imlari sohasiga Ca va P (10 ta muolaja), umumiy va tanlab massaj. Umumiy rivojlantiruvchi mashqlar, zarurat tug'ilganda esa massaj ham yo'l qo'yiladigan hajmda bajariladi.

Uchinchi davr - tirsaklar olib tashlangandan so'ng, reabilitatsiyadan maqsad oyoq mushaklarini mustahkamlashdir. Bunda shartsiz reflekslar (o'rmalash refleksi, tayanch refleksi) asosida massaj va LFK qo'llaniladi, suzish mashg'ulotlari ko'rsatiladi.

Reabilitatsiya paytida bemor uchun tavsiyalar:

Son suyagining patologik chiqishi bo'lgan bolalarni reabilitatsiya qilishda jarrohlik usulida davolashda 5 davr ajratiladi:

- operatsiyadan oldingi,
- immobilizatsiya davri
- passiv harakatlar davri (erta postsimmobilizatsiya davri);
- aktiv harakatlar davri (kechki postsimmobilizatsion davr);

- yurishga o'rgatish davri (mashq davri).

Davolash gimnastikasi bola statsionarga jarrohlik yo'li bilan davolanish uchun kelgan birinchi kundan boshlanadi.

Davo gimnastikasining operatsiyadan oldingi davrdagi vazifalari: a'zolarni mustahkamlovchi va tetiklashtiruvchi ta'sir ko'rsatish; moddalar almashinuvini, chanoq-son bo'g'imi mushaklari funksiyasini yaxshilash. Bu davrning davomiyligi 1,5 oydan 3 oygacha o'zgarib turadi. Jismoniy mashqlar ta'sirida chanoq-son bo'g'imi mushaklarining funksional holati yaxshilanadi. Bola muskullarni bo'shashtirish ko'nikmasiga ega bo'ladi, bu esa son suyagi boshchasi baland turganida skeletni cho'zishdan foydalanishda ayniqsa muhimdir. Chanoq-son bo'g'imi sohasini massaj qilish 3-4 hafta davomida qo'llaniladi.

Operatsiyadan keyingi davrda davolash gimnastikasi 2-kundan boshlab buyuriladi. Reabilitatsiyaning vazifalari - yallig'lanishga qarshi, og'riqsizlantiruvchi va so'rib oluvchi ta'sir ko'rsatish; chanoq-son bo'g'imining shakllanishini tezlashtirish va unda harakatchanlikni oshirish. Ushbu davr vositalari: UVCH, diadinamik muolajalar, novokainli elektroforez, issiqlik bilan davolash, elektrostimulyatsiya, vanna va davolash gimnastikasi. UVCH-terapiya operatsiyadan keyingi 2-kundan boshlanadi va 10-kungacha davom etadi. UYUCH ta'sirida qon aylanishi tezlashadi, immunobiologik jarayonlar kuchayadi, bakteritsid, antispazmatik, og'riq qoldiruvchi ta'sir ko'rsatadi, to'qimalarning shishi kamayadi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

"Sonning patologik chiqishi" nozologiyasini tashxislash va davolash bo'yicha milliy klinik protokollar

1. Akjigitov G.N., Yudin Ya.B. Gematogenniy osteomiyelit. M.: Meditsina 1998; 28-35.
2. Andreev P.S., Skvorsov A.P., Gilmutdinov M.R. Xirurgicheskoye lecheniye distenzionnogo patologicheskogo vixixa bedri u detey // Prakticheskaya meditsina. - 2013. - No 1-2 (69). - T. 2. - S. 14-16.
- Axunzyanov A.A., Skvorsov A.P., Gilmutdinov M.R., Rashitov L.F. Opit lecheniya ostrogo gematogennogo osteomiyelita u detey. Prakticheskaya meditsina 2010; 1 (40): 104-105
4. Garkavenko Yu.Ye. Ortopedicheskiye posledstviya gematogennogo osteomiyelita dlinnix trubochatix kosty u detey (klinika, diagnostika, lecheniye): Avtoref. dis.... d-ra med. nauk. - SPb., 2011.
5. Garkavenko Yu.Ye. Ortopedicheskiye posledstviya gematogennogo osteomiyelita dlinnix trubochatix kosty u detey (klinika, diagnostika, lecheniye): dis.... d-ra med. nauk. SPb. 2015; 36-37.
6. Garkavenko Yu.Ye. Patologicheskii vivix bedri: Uchebnoye posobiye. - SPb.: Izd-vo FGBOU VO "SZGMU im. I.I. Mechnikov," 2016. - 44 s.
7. Garkavenko Yu.Ye. Dvuxostoronniye patologicheskkiye vivixi beder u detey. // Travmatologiya, ortopediya i vosstanovitelnaya xirgiya detskogo vozrasta. 2017-y., 5-jild, 1-son, 21-27-varaqlar.
8. Gafarov X. Z., Skvorsov A. P., Axtyamov I. F., Andreev P. S. Nekotorie printsiipi ortopedicheskoy korreksii posledstviya gematogennogo osteomiyelita niynix ruk u detey i podrostkov. //Lecheniya i reabilitatsiya detey - invalidov s ortopedicheskoy

i ortopedo-nevrologicheskoy patologiyami na etapax meditsinskoy pomoshi: Mater. sovet. detskix ortopedov-travmatologov Rossii. - SPb, 1997.-S. 159-160.

9. Gilmutdinov M.R., Axtyamov I.F., Skvorsov A.P., Grebnev A.P. Ortopedicheskiye oslojneniya u detey, perenshshix ostriy gematogennyi metaepifizarniy osteomiyelit niynix konechnostey. Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsini: nauch.-prakt. jurnal 2009; 2: 18-20.

10. Gumerov A.A. Sovremennie metodi diagnostiki ostrogo gematogennogo osteomiyelita kosti chasa Osteomiyelit u detey: tez. dokl. ros. simpoziuma po detskoy xirurgii s mejdunarodnim uchastiyem. Ijevsk 2006; 1: 82-85.

11. Grebnev P.N., Skvorsov A.P., Gilmutdinov M.R., Axunzyanov A.A, Fatixov Yu.I., Smirnov O.G., Grigorev V.V. Isxodi lecheniya ostrogo gematogennogo metaepifizarnogo osteomiyelita u detey rannego vozrasta. Prakticheskaya meditsina. Qozon 2009; 28-29.

Daniyelyan O.A., Yanakova O.M., Zaslavskaya A.M. Osnovnie zadachi klinicheskogo i instrumentalnogo metodov issledovaniya u bolnix s posledstviyami gematogennogo osteomiyelita: materialy vseros. nauch.-prakt. konf. Qozon 1996; 212-213.

13. Martinixin, V.S. LFK i drugiye metodi nemedikamentoznogo vozdeystviya pri zabolevaniyax oporno-dvijatel'nogo apparata u detey i podrostkov: ucheb. posobiye / V.S. Martinixin. - SPb. Akademiya, 2008. - 128 s.

14. Mirazimov G. M., Iminaxunov R. I., Tilavov R. X. Gematogen osteomiyelitdan keyin sonning patologik chiqishi bo'lgan bolalarni jarrohlik yo'li bilan davolash usuli. //Metod.rekomendatsii-Tashkent 2002g. - 8 str.

15. Nikolayev A.I. Profilaktika i rannye kompleksnoye lecheniye detey s patologicheskim vivixom bedri: avtoref. dis.... kand. med. nauk. - SPb., 2005.
16. Nikityuk I.Ye., Garkavenko Yu.Ye., Kononova Ye.L. Osobennosti opornoy funktsii niynix konechnostey u detey s posledstviyami odnostrannogo porajeniya proksimalnogo otdela sostav otkrim gematogennim osteomiyelitom. Bolalar yoshidagi ortopediya, travmatologiya va tiklovchi jarrohlik 2018; 6:14-20.
17. Pozdeev A.P., Garkavenko Yu.Ye., Kamosko M.M. Stabilizatsiya tazobedrennogo sustava v kompleksnom lechenii patologik vixixa bedra u detey // Travmatologiya i ortopediya XXI veka: Sbornik tez. dokl. Rossiya travmatolog-ortopedlarining VIII syezdi. T. II. - Samara, 2006. - S. 958-959.
18. Ponomarenko G.N., Vorobev M.G. Rukovodstvo po fizioterapii. SPb: IIS "Baltika," 2005. - 400 s.
19. Samarsev V.A., Zubareva N.A., Tixomirov D.A., Gavrilov V.A., Kadinsev I.V. Osteomiyelit verxnix i niynix konechnostey: ucheb. posobiye. Perm 2018; 11-12.
20. Skvorsov A.P. Xirurgicheskoye lecheniye posledstviy gematogennogo osteomiyelita oblasti suustavov niynix konechnostey u detey: Avtoref. dis.... d-ra med. nauk. - Kazan, 2008
- Sokolovskiy A.M., Sokolovskiy O.A. Patologicheskoy vivix bedri. - Minsk: Vissh. shkola, 1997. - 208 s.
22. Il'itin V. Ye., Korovin S. A., Dvorovento Ye. V. Lecheniye ostrogo gematogennogo osteomiyelita u detey. // Bolalar jarrohligi. - 2000. - No5. - S. 8-11
23. Alexander D.L. Baker Haematogenous osteomyelitis in children: epidemiology, classification, aetiology and treatment. Paediatrics and child health 2007; 75-84.

24. Choi I. H., Shin Y. W., Chung C. Y., Cho J. J., Yoo W. J., Lee D. Y., Jurgical treatment of the severe sequelae of infantile septik arthritis of the hip. // Clin Ortp Relat Res.- 2005 May; 102-109.
25. Dartnell J., Ramachandran M., Katchburian M. Haematogenous osteomyelitis in children: epidemiology, classification, aetiology and treatment. Instructional review: children's orthopaedics. 2012; 283: 94-95.
- Funk S.S., Copley L.A. Acute Hematogenous Osteomyelitis in Children: Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. Orthop Clin North Am 2017; 48: 199-208.
27. Jaramillo D., Dormans J.P., Delgado J., Laor T., St Geme J.W. Hematogenous Osteomyelitis in Infants and Children: Imaging of a Changing Disease. Radiology 2017; 283 (3): 629-643.
28. Hwang H.J., Jeong W.K., Lee D.H., Lee S.H. Acute Primary Hematogenous Osteomyelitis in the Epiphysis of the Distal Tibia: A Case Report With Review of the Literature. J Foot Ankle Surg 2016; 55: 600-604.
- 29.Labbé J.L., Peres O., Leclair O., Goulon R., Scemama P., Jourdel F., Menager C., Duparc B., Lacassin F. Acute osteomyelitis in children: the pathogenesis revisited? Orthop Traumatol Surg Res 2010; 3: 268-275.
- 30.Peltola H., Paakkonen M., Kallio P., Kallio M.J. Osteomyelitis-Septic Arthritis Study Group. Short-versus long-term antimicrobial treatment for acute hematogenous osteomyelitis of childhood: prospective, randomized trial on 131 culture-positive cases. Pediatr Infect Dis J 2010; 29: 1123-1128.
31. Roderick M.R., Shah R., Rogers V., Finn A., Ramanan A.V. Chronic recurrent multifocal osteomyelitis. Pediatric Rheumatology 2016; 53: 5-10.
32. Tahasildar N, Sudesh P, Tripathy SK, Shashidhar BK. Bilateral pathological dislocation of the hip secondary to tuberculous arthritis following disseminated

tuberculosis: a case report and review of the literature. J Pediatr Orthop B. 2012;21 (6):567-73.

33. Fernandez FF, Langendo'rfer M, Wirth T, Eberhardt O.Z Treatment of septic arthritis of the hip in children and adolescents. Orthop Unfall. 2013 Dec;151 (6):596-602.

34. Montgomery NI, Epps HR. Pediatric Septic Arthritis. Orthop Clin North Am. 2017 Apr;48 (2):209-216.

35. Mooney JF 3rd, Murphy RF. Septic arthritis of the pediatric hip: update on diagnosis and treatment. Curr Opin Pediatr, 2019 Feb; 31 (1); 79-85