

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА БОЛАЛАР ОРТОПЕДИЯСИ МАРКАЗИ**

**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА "СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА
ЧИҚИШИ"**

Тошкент – 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Республика болалар ортопедия

маркази директори

А.Б.Тилияков



22.05.2025 йил

**МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА «СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ»**

Тошкент – 2025

МУНДАРИЖА:

НОЗОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР "СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ" 5

НОЗОЛОГИЯ ТИББИЙ АМАЛИЙОТ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР «СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ»

НОЗОЛОГИЯНИНГ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАТЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР «СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ»..... 43

**НОЗОЛОГИЯ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР
«СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ»**

1. КИРИШ ҚИСМИ

Ушбу клиник протоколлар Республика болалар ортопедияси маркази, "Ўзбекистон ортопедлари травматологлари илмий жамияти" мутахассислари ва Тошкент тиббиёт академияси мутахассислари томонидан Россия травматологлари ва ортопедлари. Россия травматолог ва ортопедлар уюшмаси кўрсатмалари, тавсиялари ва маълумотлари асосида ишлаб чиқилган. Муаллифлар гуруҳи халқаро экспертларнинг фикрларини тўлиқ қўллаб-қувватлайди ва шуни таъкидлаш керакки, клиник протоколлар нашр этилган пайтда тажрибали мутахассислар учун энг тўғри ва тушунарли маълумотларни тақдим этади. Улар ҳеч қандай тарзда индивидуал беморни даволаш тактикасини аниқлашда клиник тажрибани алмаштира олмайди, аммо беморнинг ўзига хос хусусиятлари ва унинг афзалликларини ҳисобга олган ҳолда танлов қилишга ёрдам беради. Миллий клиник протоколлар КХБ-10/11 Q-65.0, Q-65.1, Q-65.2, Q-65.3, Q-65.4, Q-65.5, Q-65.6, Q-65.6, Q-65.7, Q-65.8, Q-65.9 шифрлари бўйича сон суяқларининг туғма чиқиши бўлган беморларни ташхислаш, даволаш, реабилитация қилиш ва олдини олиш учун қўлланма ҳисобланади. Республиканинг барча тиббиёт муассасаларининг Педиатрик ортопедлари томонидан ишлатилиши мумкин. Ушбу протоколни ишлаб чиқишда рус тилидаги нашрларда клиник тавсиялар ва нашрлар, ПубМед маълумотлар базаси (МЕДЛАЙН) маълумотлари асос бўлди.

КХТ-10 бўйича:

КХТ-10	
Кодлар:	Сон суягининг туғма чиқиши
Q65.0	Соннинг бир томонлама туғма чиқиши
Q65.1	Соннинг икки томонлама туғма чиқиши
Q65.2	Соннинг аниқланмаган туғма чиқиши
Q65.3	Соннинг бир томонлама туғма чала чиқиши
Q65.4	Соннинг икки томонлама туғма чала чиқиши
Q65.5	Аниқланмаган соннинг туғма чала чиқиши
Q65.6	Нотурғун сон
Q65.8	Соннинг бошқа туғма деформациялари
Q65.9	Аниқланмаган сон туғма деформацияси
Юклаш (КХБ-10 га хавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12147 https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BA%D0%B8%D1%81%D1%82%D1%8B-%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%B9/14091

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси

Миллий клиник протокол 2024 йилда ишлаб чиқилган. Протоколни қайта кўриб чиқиш ҳар 5 йилда ёки диагностика, даволаш, реабилитация ва профилактика далиллари даражаси ўзгарганда амалга оширилади.

Миллий клиник протоколни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса: Республика болалар ортопедияси маркази (РБОМ).

Ишчи гуруҳ аъзолари ва муаллифлари:

Тияқов Акбар Буриевич – тиббиёт фанлари доктори, Республика болалар ортопедияси маркази директори.

Алпысбаев Хожааҳмед Шайхисламович – тиббиёт фанлари номзоди, Республика болалар ортопедияси марказининг даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, чаноқ сон бўғимини патологияси бўлими мудири.

Тапилов Эльяр Абдувалиевич – Республика болалар ортопедияси маркази мутахассиси.

Мирпаязов Аловуддин Хабибуллаевич – Республика болалар ортопедияси марказининг умуртқа поғонаси ва кўкрак қафаси патологияси бўлими мудири.

Мирзаев Анвар Гафурович – тиббиёт фанлари номзоди, Республика болалар ортопедияси марказининг нейроортопедия бўлими мудири.

Шомуқимов Шухрат Абдушуқурович – Республика болалар ортопедияси маркази қўл ва оёқ патологияси бўлими мудири

Рузиев Норпўлат Тураевич – тиббиёт фанлари номзоди, Республика болалар ортопедияси маркази мутахассиси.

Шарҳловчилар:

Жердев Константин Владимирович — тиббиёт фанлари доктори, Россия федерацияси соғлиқни сақлаш вазирлигининг "болалар саломатлиги миллий тиббий тадқиқот маркази" тиббиёт кадрларини тайёрлаш институтининг анестезиология ва реаниматология курси билан болалар жарроҳлиги кафедраси профессори.

Жўраев Ахрорбек Махмутович – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт марказининг болалар ортопедияси ва травматологияси бўлими раҳбари.

Миллий клиник протокол лойиҳасини муҳокама қилиш:

Миллий клиник протокол 2025-йил _____ куни ЎзР Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги болалар ортопедияси Республика маркази кенгашининг даволаш кенгаши томонидан кўриб чиқилди ва тасдиқланди,

Миллий клиник протоколлар ва стандартларни техник баҳолаш ва тахрирлаш:

Хўжаназаров Илҳом Эшқулович – Тошкент тиббиёт академиясининг травматология ва ортопедия кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги ҳузуридаги эксперт гуруҳи мутахассисларидан миллий клиник протоколлар ва стандартларни эксперт баҳолаш:

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

ТСЧ	– туғма сон чиқиши
СТ	– сондаги томир
СБ	- сон боши
ЧК	- чаноқ косаси
БДБ	- бўйин-диафиз бурчаги
МРТ	- Магнит-резонанс томография
МСКТ	- мулти спирал компьютер томография
УТТ	- ултратовуш текшируви
ФГ	- функционал гипсли боғлам
ФТ	– физиотерапия

Протокол фойдаланувчилари:

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги, Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, юридик мақомга эга марказ филиаллари, Республика болалар ортопедияси маркази, олий ўқув юртлари негизда травматология ва ортопедия бўлими, вилоят кўп тармоқли тиббиёт марказлари болалар ортопедияси бўлими, шифокорлар травматологлар ва ортопедлар.

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси.

Сон суяқларининг туғма чиқиши бўлган беморлар.

Далилларга асосланган тиббиётга асосланган далиллар даражаси шкаласи.

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар)учун далилларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончлилиги даражаси	
1	Йўналтирувчи усул билан бошқариладиган тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар усули билан бошқариладиган индивидуал тадқиқотлар ёки индивидуал рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш
3	Мос ёзувлар усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки тадқиқот усулидан мустақил бўлмаган мос ёзувлар усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Қиёсий тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизмининг асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Профилактик, терапевтик, реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи

Далилларнинг ишончлилиги даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида РСТНИ тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлилни кўллаган ҳолда, РСТЛАРДАН ташқари ҳар қандай дизайн бўйича индивидуал РСТ ва тизимли тадқиқотлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари

4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатларнинг тавсифи, вазиятни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақатгина аралашув механизмини (клиникадан олдинги тадқиқотлар) асослаш ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд

Тавсияларнинг ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси	
A	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
B	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга ега эмас ва / ёки уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)
C	Заиф тавсия (тегишли сифатли далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга ега ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас)

2. АСОСИЙ ҚИСМИ.

2.1. Кириш.

Сон суягининг туғма чиқиши, бошқа патологияларнинг энг кенг тарқалган ва оғир шаклларида бири бўлиб, ҳар 1000 янги туғилган чақалоққа 0,7 -38 ҳолат билан учрайди. Туғма сон чиқиши болалар ва ўспиринларда мушак-скелет тизимининг энг кенг тарқалган ва оғир патологиясини англатади. Тегишли даволанишсиз бўғимдаги анатомик, функционал ва трофик бузилишлар ривожланиб, бўғим тузилмаларида жиддий иккиламчи ўзгаришларга, оёқ-қўл ва ҳаракатни қўллаб-қувватлаш функцияларининг бузилишига, тос суяги ҳолатининг ўзгаришига, умуртқа поғонасининг эгрилигига, деформацияланувчи остеохондроз ва коксартрознинг ривожланишига олиб келади [4,7,8]. Сон суягини туғма чиқиши элементларнинг ажралиб чиқиши жараёнида уларнинг кам ривожланганлиги даражаси ошади, бу эса ўз навбатида сон суягини бошнинг силжишини кучайтиради. Сон суягини туғма чиқиши қанча узоқ бўлса, бўғимдаги тўғри муносабатларни тиклаш учун шунчалик ноқулай шароитлар яратилади ва касалликнинг прогнози ёмонлашади. Бу мушак-скелет тизимининг барча дисплазияларининг 12 дан 22% гача. Россия Федерациясида касалланиш: соннинг туғма чиқиши-1000 янги туғилган чақалоққа 3-5 ҳолат. Касалликнинг кўпайиши ва чақалоқнинг тўғрилланган оёқларини маҳкам ўраш анъанаси ўртасидаги тўғридан-тўғри боғлиқлик қайд этилди. Чап томонда (1:1,5) қизларда патологиянинг (1:3) устуңлиги статистик жиҳатдан ишончли, улар кўпинча ҳомиланинг глутеал тақдимоти билан учрайди, патологиянинг меросхўрлик ҳолатлари тасвирланган. 20% ҳолларда бўғимларда диспластик ўзгаришлар икки томондан аниқланади. [1, 10, 11, 13, 16, 18, 19]. Кестириб, дисплази ота-онаси туғма кестириб, дислокация белгилари бўлган болаларда 10 баравар тез-тез учрайди. Туғма сон чиқиши ҳомиланинг тос бўшлиғида туғилган янги туғилган чақалоқларда 10 баравар кўпроқ ва биринчи туғилишда тез-тез аниқланади. Сон суякларининг туғма чиқиши 60% ҳолларда кузатилади, ўнг кестириб — 20%, икки томонлама кестириб дислокацияси беморларнинг 20% да учрайди.

2.2. Умумий таъриф.

Соннинг туғма чиқиши – бу сон чиқишининг патологик ҳолати, унда сон суяги бошчасини бўғим томида ташқарида жойлашган бўлиб, бўғимнинг барча элементларининг ривожланмаганлиги билан тавсифланади: ацетабулум, атрофдаги мушаклар, лигаментлар, капсула.

2.3. Соннинг туғма чиқиши таснифи.

Сондаги томирларнинг дисплази таснифи:

- сондаги томирларнинг ривожланмаганлиги бўғимларнинг етуқлиги норма ва патология ўртасидаги чегара ҳолатидир. (беморларнинг асосий контингенти эрта туғилган, етук бўлмаган болалардир, аммо патологияни ўз вақтида туғилган чақалоқларда ҳам топиш мумкин). Клиник

жиҳатдан асемптоматик бўлиши мумкин, аммо ултратовуш текшируви билан томидаги кичик ўзгаришлар (яссиллаш, ташқи суяк четининг эгилиши) қайд етилади.

- чиқишдан олдинги ҳолат-сон суяги бошчаси бўғимда жойлашган, аммо чаноқ сон бўғимини капсуласининг чўзилганлиги сабабли сон суяги бошчаси бўғимдан чиқиб ва кириб туриш ҳолати.

- сон суягини ярим чиқиши- сон суяги бошчаси бўғимдан чиқмаган лекин ташқарига ва юқорига силжиган бўғимни ҳолати

Туғма сон чиқишининг қуйидаги даражалари мавжуд::

1-даража–сон суяги бошчаси четга сурилган бўғимда жойлашган ва ташқарига сурилган.

2-даража- сон суяги бошчаси Ҳ шаклидаги тоғайдан юқорида жойлашган;

3 даража – сон суяги бошчасини бўғим тоmidан юқорида жойлашган.

Тарқалиши даражаси бўйича қуйидагиларни ажратиш мумкин:

-Бир томонлама туғма сон чиқиши;

- Икки томонлама туғма сон чиқиши.

Биринчиси, икки томонлама вариантга қараганда тахминан 2 баравар кўпроқ учрайди.

Жойлашиши бўйича:

- чап соннинг туғма чиқиши;

- ўнг соннинг туғма чиқиши.

3. ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ, УСЛУБЛАРИ, ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАР ЁНДОШУВЛАРИ ВА ТАШХИСЛАШ ЖАРАЁНЛАРИ

3.1. Шикоятлар ва анамнез

Стандарт текширув тўлиқ тарих ва физикал текширувни ўз ичига олади. Эрта ташхис қўйилган ҳолларда, 3-4 ойлигида, сонда тери бурмаларининг ассиметрияси, оёқ-қўлнинг қисқариши, сон бўғимларида чекланган ўғирлаш аниқланади. Кеч ташхис қўйилган ҳолларда, 12-15 ойлик болада мустақил юриш пайтида оқсоқлик (бир томонлама чиқиш билан) ёки "ўрдак юриши" (икки томонлама чиқишлар билан) шаклида юриш бузилиши мавжуд.

Физикал текширув: юришнинг бузилиши (оқсоқлик ёки ўрдакка ўхшаб), сон бўғимида беқарорлик, катта кўстнинг латерал ва юқорига силжиши, чаноқ-сон бўғимида очилиш ҳаракатининг чегараланиши ва бир томонлама чиқишда оёқнинг калталиги.

3.2. Лаборатория тадқиқотлари:

Туғма сон чиқиши учун лаборатория текширувлари операцияга тайёргарлик босқичида ўтказилиши мумкин.

- қоннинг умумий таҳлили;

- сийдикни умумий таҳлили;

-қон гуруҳи ва резус фактори;

- қонни биокимёвий текшириш: умумий оқсил ва унинг фракциялари (а, в, у), билирубин (билвосита, тўғридан-тўғри), глюкоза, карбамид, гидроксиди фосфатаза, аланин аминотрансфераза (АлАТ), аспаспартатаминотранс-фераза (АсАТ), электролитлар (К, Na, Cl, Ca);

- коагулограмма: протромбин индекси (ПТИ), фибриноген даражаси ва фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ), тромбин вақти (ТВ);

- электрокардиография (ЭКГ);

- агар керак бўлса, ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш-спирография.

3.3. Туғма сон чиқишининг клиник кўриниши:

Туғма сон чиқишининг клиник белгилари бўғим ҳосил қилувчи суяклар орасидаги анатомик муносабатларнинг ўзгариши ва янги шароитларга мослашадиган мушаклар функциясининг ўзгариши натижасида юзага келади. Ушбу аломатларнинг хилма-хиллиги чиқиш даражасига

(чиқиш олд ҳолати, чала чиқиш, тўлиқ чиқиши) ва боланинг ёшига боғлиқ. Эрта чақалоқларда мавжуд бўлган кичик дастлабки оғишлардан ҳаёт жараёнида оғир анатомик ўзгаришлар ва функцияларнинг бузилиши ҳосил бўлади. Агар гўдаклик даврида сон суягини туғма чиқиши бир нечта мумкин бўлган белгилар билан намоён бўлса, уларни ҳатто тажрибали мутахассис ҳам аниқлаш ҳар доим ҳам осон эмас, кейин боланинг ўсиши билан сон суягини туғма чиқиши клиник кўриниши аниқ намоён бўлади ва одатда дастлабки текширув пайтида ташхис қўйиш қийин эмас.

3.3.1. 1 ёшгача бўлган болаларда клиник белгилар:

Чақалоқлик даврида болаларда туғма сон чиқишининг клиник диагностикаси баъзи қийинчиликларни келтириб чиқаради, чунки кўпинча янги туғилган чақалоқ олдиндан тасаввурга эга. Ушбу атама патологиянинг дастлабки босқичини англатади, яъни капсула чўзилиб, соннинг боши осонгина ва эркин ўрнатилиб, тушкунликдан чиқиб кетганда, бу қўшма ҳолат. Туғруқхонада янги туғилган чақалоқдаги сон чиқиши, олдиндан тахмин қилишдан шубҳа қилиш, ҳаётнинг биринчи ойларида сублуксация ва чиқиши, дислокацияни ташхислашдан кўра осонроқдир. Кутишнинг ягона ва патогномоник клиник белгиси В.О. Маркс томонидан тасвирланган сирпаниш аломатидир. Маркс томонидан 1934 йилда (чертиш, камайтириш–дислокация ва бошқалар аломати). Слипнинг аломати кестириб қўшилишининг чўзилган капсула-лигамент аппарати туфайли фемур бошининг асетабулумдан енгил қисқариши ва чиқиши билан изоҳланади, бунинг натижасида сон боши чаноқ косаси четининг кўтарилиши орқали айланади. Ушбу аломатни аниқлаш шифокордан маълум бир маҳоратни талаб қилади ва манипуляциялар эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак. Агар чиқиш аломати аниқланса, одатда товуш эффекти бўлмайди, у текширувчининг қўллари билан силжиган бош хисси сифатида сезилади. Боланинг ўсиши билан сирпаниш аломати ўз аҳамиятини йўқотади ва беқарор бўлиб қолади. Сон суяги чиқиши ўзгаришларнинг ривожланиши билан чўзилган капсула тезда қисқаради ва соннинг қўшимча контрактураси кучаяди. Шунинг учун бу белги 2-3 ҳафтадан ошган болаларнинг атиги 25 фоизда учрайди. Сон суягини туғма чиқиши бошқа белгилари чақалоқ ҳаётининг биринчи ойларида бўғимдаги анатомик ўзгаришларнинг кучайиши билан намоён бўла бошлайди. Чаноқ сон бўймининг очилиш ҳаракатини чегараланиши кўп ҳолларда соннинг келтирувчи мушакларни тонусини ошганида ҳам бўлади. Ушбу ҳолат неврологик ўзгаришларда ва кўп касалликларда учраганлиги сабабли, болани невропатолог шифокори текширувидан ўтказиш лозим. Чаноқ сон бўғимидаги очилиш ҳаракатини чегараланганлигини аниқлаш учун болани чалқанча ётқизиб оёқларни тизза ва чаноқ сон бўғимларида букиб, чаноқ сон бўғимида очилиш ҳаракати текширилади.

Туғма чиқишнинг яна бир жуда муҳим аломати, айниқса бир томонлама чиқишда, бўғимларда тўғри бурчак остида эгилганда аниқланиши мумкин. Бундай ҳолда, чиқиш томонида соннинг узунлиги ўқи соғлом томонга қараганда баландроқ бўлади. Шу билан бирга, Скарпов учбурчаги соҳасида чиқиш томонидаги юмшоқ тўқималарнинг бўшлиги (учбурчакнинг асоси — Пупарт лигаменти, ташқи юзи — тикувчи мушак, ички қисми — соннинг аддуктор мушакларининг медиал қисми) ип каби чўзилган қўшимчалар остида эътиборни тортади. Бундан ташқари, дислокация томонидаги ингуинал ва глутеал-феморал бурмаларнинг чуқурлиги каттароқ эканлигини ва уларнинг ассиметрияси соғлом томонга нисбатан кузатилганлигини кўришингиз мумкин. Ёш болаларда оёқ-қўлларнинг қисқариши каби дислокациянинг бундай аломатини ишончли аниқлаш жуда қийин (соннинг паст дислокациясидан ташқари). Туғилгандан сўнг ва ҳаётнинг биринчи ойларида болаларда туғма дислокациянинг клиник белгилари кўпинча кам намоён бўлади ва уларни аниқлаш ҳар доим ҳам мумкин эмас. Шу муносабат билан, фақат клиник белгиларга асосланиб, туғма кестириб дислокация ташхисини қўйиш қийин.

3.3.2. 1 ёшдан ошган болаларда клиник белгилар:

Юришни бошлаган болаларда туғма сон чиқишининг клиник диагностикаси жуда қийин эмас ва ҳозирги кунга қадар тўлиқ ишлаб чиқилган. 1 ёшдан ошган болаларда соннинг туғма чиқиши

билан оқсабланиб юриш аниқланади. Икки томонлама сон суяги туғма чиқишида юриш "ўрдак" каби юриди, бир томонлама-"шўнғиб оқсоқлиги"деб аталади. Икки томонлама сон суяги туғма чиқиши бўлган 1 ёшдан ошган барча болаларда тик турган ҳолатда бел лордознинг кучайиши кузатилади. Бу тананинг ўқи ва пастки экстремиталарнинг ўқининг фронтал текислигида мос келмаслиги билан боғлиқ ва шунинг учун мувозанатни сақлаш учун бемор мажбурий позицияни эгаллайди. Сон суяги катта кўстининг силжиши туфайли глутеус медиус ва глутеус минимус бириктирувчи нуқталарининг яқинлашиши туфайли глутеус махимус тонусининг пасайиши туғма сон суяги чиқишида энг оғир аломатини келтириб чиқаради. Бемор соғлом оёқни кўтариб касал оёққа юклама берикганда тос суягининг латерал оғши кузатилади. (Тренделенбург белгиси). Сонинг юқори чиқиши билан Розе-Нелатон чизиғига нисбатан катта кўстининг краниал силжиши қайд этилади. Сон суягининг юқори чиқишларида сон суягининг ката кўстининг Розер-Нелатон чизиғидан юқорига силжиганлиги аниқланади. Оқойнинг калта бўлиши соннинг юқорига силжишига боғлиқ. Бундай ҳолда, касал ва соғлом томонда оёқнинг абсолют узунлиги (катта кўстдан ички тўпикгача) бир хил, касал оёқнинг нисбий узунлиги (ёнбош суягининг олд юқори қиррасидан ички тўпикгача) ҳар доим соғломдан калтароқ. 1 ёшдан ошган болаларда касалланган томон нисбий қисқариши 0,5 см дан 9 см гача бўлиши мумкин, бўғимларда ҳаракатланиш амплитудасини ўрганаётганда, турли даражадаги пассив ҳаракатларнинг чекланиши аниқланади ва катта ёшли беморларда бўғимларда кўшимча контрактура кучаяди. Туғма сон суяги чиқишида чаноқ сон бўғимида очилиш ҳаракати чегараланади, ички ва ташқи ротацион ҳаракатлар кўпаяди, бу ҳатто дам олишда ҳам оёқнинг одатий ҳолатига айланади. Сон суягини чала чиқишида патологик антеверсияси туфайли, ички айланишнинг кўпайиши қайд этилади. Чассенянский белгиси, яъни чаноқ сон бўғими билан тизза бўғими ички айланиш 70-90°га етиши мумкин. Клиник текширувда барча беморлар чарчокнинг кучайиши ва заифлик ҳисси, таъсирланган аъзонинг беқарорлиги ҳақида шикоят қилади. Узоқ вақт давомида туғма сон суяги чиқиши учун турли хил ортопедик ёрдам олган болаларда симптомлар бироз ўзгаради. Бундай ҳолларда чаноқ сон бўғимларида ҳаракатларнинг меёрдан ошиши аниқланади, оёқлар фронтал текисликка ётади. Баъзи ҳолларда, оёқларни очилган ҳолатида узоқ вақт фиксациясидан сўнг, чаноқ сон бўғимларда абдуктор контрактураси ҳодисалари кузатилади. Бундай ҳолда, деформациянинг аниқ каттиқлиги қайд этилади, оёқларни кўшиш ва кенгайтиришга ҳаракат қилганда, чаноқ сон бўғими абдуктор мушаклари таранглашади, чаноқ сон бўғимларда ҳаракатланиш ҳажми 10-20°гача камаяди.

3.4. Туғма сон чиқишини ташхислашнинг инструментал усуллари.

Чаноқ сон бўғими дисплазиясига шубҳа қилинган болани текшириш, клиник текширувдан ташқари, инструментал тадқиқотларни ўз ичига олади. Бунинг асосида чаноқ сон бўғимининг туғма патологияси ташхиси қўйилади. Амалиётга янги диагностика усуллари жорий этиш эрта ва аниқ ташхис қўйиш имкониятларини кенгайтиради. Чаноқ сон бўғми туғма чиқиши билан бўғимларнинг ҳолатини талқин қилиш учун рангли доплер текшируви, чаноқ сон бўғими рентгенография, артрография, компьютер томографияси (КТ), ангиография, артроскопия ёрдамида чаноқ сон бўғимларнинг ултратовуш текшируви ўтказилади. Чаноқ сон бўғими дисплази билан боғлиқ ўзгаришларни аниқлаш учун бир нечта мақсадли текширув талаб этилади. Турли диагностика босқичларида у турли мақсадларга эга. Шу билан бирга, улар ҳозирги вақтда энг тўлиқ ва зарур маълумотларни берадиган, аммо шу билан бирга боланинг танасига минимал таъсир кўрсатадиган турли хил тадқиқот усулларида фойдаланадилар. Шундай қилиб, эрта ёшдаги болаларда дастлабки ташхис ултратовуш текшируви асосида амалга оширилади, унинг маълумотлари ушбу босқичда (3-6 ойгача бўлган болаларда) беморни даволаш тактикасини аниқлаш учун етарли. Ҳозирги вақтда ултратовуш ёрдамида нафақат дастлабки ташхис қўйиш, балки даволаш жараёнида чаноқ сон бўғимини ривожланишини

кузатиш ҳам мумкин. Допплер ултратовуш текширувининг (ДУТТ) янги технологияларини ишлаб чиқиш билан бўғим соҳасидаги кон-томир ўзгаришини унинг бузилишининг олдини олиш ва сон суяги бошчасидаги дистрофик жараёнларнинг олдини олиш учун кузатиш мумкин бўлди. Чанок сон бўғимларнинг рентгенологик текшируви 3 ойдан катта болаларда энг кўп учрайди. Ўз имкониятларига кўра, у боланинг ўсиши жараёнида ва соннинг туғма чиқишини даволашнинг турли босқичларида суяк тузилмаларидаги ўзгаришлар тўғрисида зарур маълумотларни беради. Турли хил проекцияларда рентгенография фронтал ва сагиттал текисликлардаги ўзгаришларнинг табиатини аниқлашга имкон беради, бунинг асосида қўшма текшириш усуллари ва ёки даволаш тактикасини танлаш учун кўрсатмалар аниқланади. Афсуски, рентгенография чанок сон бўғимидаги тоғай ва юмшоқ тўқималар тузилмаларидаги ўзгаришларни аниқлашга имкон бермайди, бу баъзи ҳолатларда зарур бўлиши мумкин (ёпик усулда даволашнинг муваффақиятсизлиги, ёш болаларда бўғим тузатиш кўрсаткичларини аниқлаш). Бундай ҳолларда, чанок сон артрография айниқса қимматлидир, бу консерватив камайтириш усуллари башорат қилиш ёки фаол жарроҳлик даволаш тактикаси зарурлигини асослаш имконини беради. КТ ва магнит-резонанс томография (МРТ) каби юқори технологияли диагностика усуллари сон суяги туғма чиқиши бўлган беморларнинг кичик контингентига, асосан 5 ёшдан ошган, бўғимдаги ностандарт аниқ ўзгаришлар билан қўлланилади. Компютер томографияси ривожланган, мураккаб ҳолатларда, баъзида бир нечта жарроҳлик даволанишдан сўнг, муваффақиятсиз тугаган чанок сон бўғими, чиқиш геометриясини ўрганишда жуда информативдир. Шундай қилиб, инструментал текширув усуллари натижалари клиник текширув маълумотларини аниқлайди ва чанок сон бўғимидаги ўзгаришлар тўғрисида объектив маълумот беради.

3.4.1. Чанок сон бўғимини ултратовуш текшируви.

Сонографик текширув, туғма сон чиқиши бўлган боланинг ҳаётининг биринчи ҳафталаридаги клиник текширув билан биргаликда, кўп ҳолларда патологияни аниқлашга ва даволанишни эрта бошлашга имкон беради. Радиация юкига эга бўлмаган ЧСБ ултратовуш текшируви мавжудлиги, болага зарарли нурланиш таъсирининг йўқлиги билан ажралиб туради, фронтал ва сагиттал текисликларда чанок сон бўғими БК ва ССБ тоғай тўқималарнинг ўзаро боғлиқлигини баҳолашга ёрдам беради ва бир нечта тадқиқотлар ўтказиш имкониятини беради. Ушбу усулдан фойдаланиш, агар керак бўлса, чанок сон бўғими дисплази учун хавф омиллари ёки клиник белгилари бўлган 3 ойгача бўлган болаларда ташхисни аниқлаштириш тавсия этилади. Шунга қарамай, ушбу усул ёшга боғлиқ чекловларга эга - оссификация ядроси пайдо бўлиши билан унинг маълумот таркиби пасаяди, бу БК суяк томини тасаввур қилиш учун "ойна" ни ёпади. Бу боланинг 8-12 ойлигида тез-тез учрайди. Бундан ташқари, ултратовуш усули текширув ўтказаетган шифокорнинг малакасига сезиларли даражада боғлиқ.

3.4.2. Рентгенологик тадқиқот усули

Агар болаларда ёш бўлса (3 ойгача), ҳозирги вақтда чанок сон бўғими туғма патологиясини ташхислашнинг асосий усули бу ултрасонографик тадқиқот, кейин 3 ойдан катта болаларда энг кенг тарқалган ва арзон усул рентгенологик ҳисобланади. Чанок сон бўғими патологиясини дастлабки ташхислаш учун рентгенография тўғридан-тўғри проекцияда амалга оширилади. Х-нурлари боланинг орқа томонидаги ҳолатида, оёқлари чўзилган ва параллел равишда ётқизилган ҳолда олинади. Шуни таъкидлаш керакки, ҳеч қандай ҳолатда пастки оёқ-қўлларни чанок сон бўғимларида эгмаслик керак (бу ҳали ҳам тадқиқот пайтида учрайди), чунки бу фронтал текисликда бўғимдаги нисбатларнинг ўзгаришини келтириб чиқаради ва натижада асосий рентгенометрик кўрсаткичларни тўғри талқин қилиш қийинлашади. Болалардаги чанок сон бўғимларнинг рентгенограммаларини текшириш учун (сон суяги бошларининг оссификация ядролари пайдо бўлишидан олдин) маълум схемалар қўлланилади. Хилгенрейнер схемаси жуда маълумотли ва шу билан бирга содда. Рентген текширувини ўтказишда асосий

хатолар тос бўшлиғининг эгилиши ва оёқларнинг ташқи айланиши эди. Ёш болаларда (6 ойгача) чаноқ сон бўғимларнинг ривожланишини тавсифловчи асосий миқдорлар: ацетабуляр бурчак, Х қиймати, Д қиймати. Ацетабуляр бурчак — ацетабулум томининг бурчаги, У шаклидаги чизилган чизик ва бўғим бўшлиғининг юқори четидан ўтувчи чизикнинг кесиши натижасида ҳосил бўлади. Одатда 3 ойгача бўлган болаларда унинг қиймати 30° дан кам ва йилига 20° гача камаяди. Бошнинг ацетабулумга нисбатан вертикал силжишини кўрсатадиган А қиймати Ҳилгенрейнернинг горизонтал чизигидан проксимал соннинг метафизал пластинкасининг ўрта қисмигача бўлган масофа. Одатда, бу қиймат иккала томонда ҳам бир хил ва 9 дан 12 мм гача. ушбу кўрсаткичнинг пасайиши ва унинг ўнг ва схапдаги фарқи патологиянинг мавжудлигини кўрсатади. Сон бошининг ацетабулумга нисбатан латерал силжишини кўрсатадиган Д қиймати ацетабулумнинг пастки қисмидан вертикал чизикгача бўлган масофа (Х катталиги). Чаноқ сон бўғимларнинг нормал ривожланиши билан у иккала томонда ҳам бир хил ва 15 мм дан ошмаслиги керак.

Ҳилгенрейнер схемаси қулай, ишончли, чаноқ сон қўшилиши ҳақида объектив тасаввур беради ва рентгенографияни ўқиш қобилияти билан бу жуда оддий. Унинг катта афзаллиги шундаки, у соннинг ташқи ва юқорига қараб кичик силжишларини ерта аниқлашга имкон беради. Бундан ташқари, ўзгартирилган тўннис схемаси (2015) амалий жиҳатдан содда ва осон такрорланади. Бу сон бош епифизининг оссификация ядроси бўлмаган тақдирда сон суягини чиқишининг рентгенологик турини аниқлашга имкон беради [35]. Каттароқ болаларда чаноқ сон бўғимнинг ривожланишининг рентгенологик кўрсаткичларини баҳолаш ва унинг дисплази даражасини аниқлаш учун рентгенография иккита проекцияда амалга оширилади- олд орқа ва чаноқ сон бўғимларида оёқларни очилган ва ичкарига буралган ҳолатда. Ёш жиҳатидан рентгенологик нуқтаи назардан, ацетабулум, соннинг проксимал учи ва уларнинг нисбати билан боғлиқ бўлган нормал чаноқ сон бўғими баъзи кўрсаткичлари амалий аҳамиятга эга. Боланинг ацетабулум ривожланишининг рентгенологик кўрсаткичлари: ацетабуляр индекс, сон суяги бошчасини бўғимга кириш йўли. Проксимал соннинг ривожланиши қуйидаги кўрсаткичлар билан тавсифланади: бўйин-диафиз бурчаги, антеторсия бурчаги, ацетабулум ва сон проксимал қисми ўртасидаги нисбат Виберг бурчаги, вертикал ёзишмалар бурчаги, Шентон чизиги билан белгиланади. Бўғим косачасига кириш текислигининг эгилиш бурчаги чаноқ бўғимларнинг тўғридан — тўғри рентгенограммаси билан иккита чизик ёрдамида аниқланади. Бири ацетабулум томининг энг латерал нуқтасидан "кўз ёши белгиси" нинг пастки нуқтасига, иккинчиси "кўз ёши белгисининг"нинг пастки нуқталарини боғлайди. Ушбу чизикларнинг кесишиши натижасида ҳосил бўлган латерал очик бурчак фронтал текисликдаги вертикал оғиш бурчаги ҳисобланади. Одатда, бу бурчак $35-45^\circ$ га тенг. Соннинг туғма чиқиши билан ацетабулум томининг юқори қирраси ривожланмаганлиги сабабли иккинчисининг кўпайиши (50° дан ортиқ) кузатилади.

Бўйин-диафиз бурчаги (БДБ) сон бўйлама ўқидан медиал йўналишда (вертикал текисликда) сон бўйинининг эгилишини тавсифлайди. Радиографияда чаноқ сон бўғимларнинг тўғридан-тўғри проекциясида проекцион БДБ аниқланади. Ҳақиқий БДБ оёқларни ичкарига буралган ва ташқарига очилган ҳолатда рентгенография ёрдамида аниқланади. Оддий БДБ ҳажмида ёш, жинс ва индивидуал фарқлар мавжуд. Ўртача нормал БДБ: катталарда $120-130^\circ$, янги туғилган чақалоқларда 130 дан 150° гача ўзгариши мумкин, боланинг туғруқдан кейинги ривожланишининг дастлабки 2 йилида — 145° , 9-10 ёшга келиб у 135° гача камаяди, балоғат ёшига қадар у $128-130^\circ$ га етади.

Антеторсия бурчаги-фемурнинг проксимал қисмининг фронтал текисликдан олдинги оғиши. Оддий шароитларда антеторсия қийматининг 4 дан 20° гача бўлган катта индивидуал тебранишлари мавжуд.

Виберга бурчаги боғим косачасининг энг чекка қиррасидан ўтазилган чизик ва ёнбош суягини тенг иккига бўлувчидан ҳосил бўлган чизик. Одатда, бу бурчак 20° дан юқори. Агар бурчак 20°

дан кам бўлса, унда бу бош ва чанок косачаси ўртасидаги муносабатларнинг бузилишининг кўрсаткичидир.

Вертикал мувофиқлик бурчаги-антеропостериор проекцияда рентгенограммада бўғим косачасига кириш текислигининг проекцияси ва фемур бўйни ўқи орасидаги бурчак; оддий бўғимларда 70 дан 90°гача.

Шентон чизиғи, ярим овал шаклида патология бўлмаса, сон бўйинининг пастки контуридан ёпқич тешигига ўтади. Агар сон суягида туғма чиқиш бўлса, бу чиқиқ тўхтатилади. Соннинг проксимал қўшма учи ва ацетабулум ўртасидаги боғлиқлик Шентон чизиғининг бузилиши (узилиши) билан тавсифланади. Унинг узулиш катталиги сон бошнинг силжиш даражасига боғлиқ. Шу билан бирга, сон бошнинг силжиш даражаси аста-секин ўсиб боради, айниқса бола тик туриб юришни бошлаганда ва Шентон чизиғининг узилиши ҳам кучаяди. Шундай қилиб, соннинг туғма чиқиши кеч ташхислаш чанок сон бўғимларнинг дастлабки ҳолатини оғирлашишига олиб келади. Шу билан бирга, рентгенография фақат сон бўғимининг оссификацияланган тузилмалари ҳақида тушунча беради ва унинг рентген-салбий қисмларини кўринмас қолдиради: бўғим косачасининг бошга тушадиган қисми, сон боши, лигамент аппарати, бўғим капсул ва бу тузилмалар касалликни муваффақиятли даволаш ва прогноз қилиш учун бир хил аҳамиятга эга. Шунинг учун қуйида тавсифланган бошқа текшириш усуллари қўлланилади.

3.4.3. Компютер томографияси (КТ) ўсмирлар ва ёш катталарни даволашда, дисплазияни ташхислашда ва уни етарли даражада даволашни танлашда, шу жумладан тос ва сон остеотомиясида ва горизонтал текисликдаги чанок сон тузилмаларнинг ўзаро боғлиқлигини баҳолашда ёрдам беради. Шунингдек, уч ўлчовли юзада тасвирда қўшма тушунча олиш мумкин [13,14].

КТ сизга қуйидагиларни баҳолашга имкон беради:

- * ацетабулум ва проксимал сон антеверсияси;
- * ацетабулумнинг шакли ва чуқурлиги, унинг олд ва орқа деворларининг тузилиши ва ривожланиши; ацетабулум томининг оссификациясининг бир хиллиги, ўрганилаётган зонада йўқ қилиш ҳодисалари;
- * ацетабулумга нисбатан сон бошининг марказсизланиш даражаси;
- * ацетабулум ва сон бошининг бўғим юзаларининг уйғунлиги;
- * чанок сон бўғими атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг ўзгариши (ҳажмнинг пасайиши, индивидуал мушак гуруҳларининг атрофияси, улар орасидаги бўшлиқларнинг кенгайиши).

Болаларда чанок соннинг туғма чиқиши учун, КТ учун кўрсатмалар:

- * сон бошнинг тузатиб бўлмайдиган чиқишлари камайтириш ва уларнинг жойлашишини аниқлаш учун тўсиқларни аниқлаш;
- * сон бошининг асептик некрози, унинг чала чиқиши билан биргаликда, жараённинг ривожланишини камайтирадиган чора-тадбирларни аниқлаш учун бошнинг деформация жойларини аниқлаш учун;
- * 5 ёшдан ошган болаларда сон бошининг ацетабулумга нисбатан марказсизланиши, сон бўғимининг таркибий қисмларида сезиларли таркибий ўзгаришлар,

3.4.4. Мултиспирал компютер томографияси операциядан олдинги ва кейинги даврда ЧСБ патологияси учун фойдали бўлган бўғимдаги таркибий ўзгаришларни етарли даражада визуализация қилиш, бу фазовий қўшма муносабатлар ҳақида тасаввурга эга бўлишга имкон беради [5]. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, ССТЧ бўлган болаларда реконструктив операцияни тўғри режалаштириш учун юқоридаги усул сон суяги бошчасини шаклини, ривожланиш даражаси ва йўналишини объектив баҳолашга имкон беради [16].

3.5. Сон суягини туғма чиқиши билан таққослаш қиладиган касалликлар

Белгилар	Сон суягини туғма чиқиши	Сон суягини патологик чиқиши	Сон суяги бўйин қисмини туғма варусли деформацияси
Юришдаги ўзгаришлар	Юришни бошлагандан сўнг	Юришни бошлагандан сўнг, анамнезида сон суягини ўтказилган остеомиелити мавжудлиги	2-4 ёш
Рентгенологик белгилар	Сон суяги бошчаси тўлиқ шаклланмаган ва бўғимдан ташқарида жойлашган.	Сон суяги бошчаси ва бўйинчасидан қолган чўлтоқ деформациялашган ва бўғимдан ташқарида жойлашган.	Сон суяги бошчаси ўзгармаган, бўғимда жойлашган, сон суяги бўйин учбурчаги ўзгарган.

4. СОН СУЯГИНИ ТУҒМА ЧИҚИШИНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ.

ССТЧ консерватив даволаш кенг тарқалган. Ўз вақтида консерватив даво натижалари ҳар доим, жарроҳлик аралашувлардан яхшироқ эканлигига шубҳа йўқ. Адабиётларга кўра, ҳаётнинг биринчи ойларида ўтказилган даволаниш 95% гача яхши натижалар беради, ҳаётнинг иккинчи ярмидаги болаларда -78% гача, сон бошни қисқартиришнинг оператив усуллари билан қониқарли натижаларга 50% дан кўп бўлмаган даражада эришиш мумкин. ССТЧ ни даволашнинг мақсади минимал асоратлар билан имкон қадар эрта ёшда барқарор, мос равишда камайтирилган ЧСБ га эришиш ва сақлашдир [2,6]. Қолдиқ дисплази ва пасайиш ёши ўртасида яхши ўрнатилган корреляция мавжуд. Ушбу патологияни чақалоқлик даврида аниқлаш ва даволаш энг мақбул ҳисобланади [12]. ССТЧ билан оғриган беморларни ўз вақтида, етарли даражада даволаш ҳар доим ЧСБнинг дастлабки ҳолатини оғирлашишига ва диспластик коксартрознинг ривожланишига олиб келади. Бир қатор муаллифларнинг тадқиқот натижаларига кўра, беморнинг ёши ва ЧСБ диспластик патологиясини даволашнинг олдинги чаноқ сон бўғими диспластик маргинал дислокацияси бўлган беморларни даволаш натижаларига катта таъсир кўрсатади [2,10,16]. Консерватив даво усуллари сезиларли ўзгаришларга дуч келди. Ҳозирги вақтда функционал даволаш усуллари одатда тан олинган. Кўплаб тортиш мосламалари мавжудлигига қарамай, шиналар ва қурилмаларнинг оммавий ишлаб чиқарилиши ҳали етарлича йўлга қўйилмаган ва улардан фойдаланиш усуллари такомиллаштирилмаган. Шундай қилиб, туғма сон суягини чиқиши бўлган болаларни даволаш тажрибасидан келиб чиқиб, энг кўп ижобий натижалар ва энг кам асоратларни келтириб чиқарадиган асосий усуллар қуйидагилардир: ортезларни олиб ташлашда даволаш, Шептун-Тер-Егизаров усули бўйича-функционал гипсли боғламлар, дастлабки тортишдан кейин камайтириш.

Туғма сон суягини чиқиши бўлган болаларни даволашда қуйидаги асосий принципларга қатъий риоя қилиш керак:

- фақат функционал усуллардан фойдаланиш;
- физиологик бўлмаган ҳолатларда қаттиқ гипс билан иммобилизация қилиш билан бир вақтнинг ўзида мажбурий қисқартиришни тўлиқ рад этиш; инсурабел ҳолатларни ўз вақтида аниқлаш (соннинг тератоген туғма дислокацияси);
- бўғим ривожланишидаги қолдиқ нуқсонларни ўз вақтида жарроҳлик йўли билан тузатиш мақсадида беморни доимий равишда кузатиб бориш;

- 7-8 ёшга келиб, чаноқ сон бўғими реконструктив жарроҳликда катта тажрибага ега бўлган жарроҳлар томонидан рентгенографияни мажбурий талкин қилиш;
- ёпиқ усулда жойига солишдан олдин 2-3 ҳафта давомида олдиндан тайёргарлик кўриш керак (машқлар терапияси, аддукторларни бўшатиш учун массаж, параффин аппликацияси, Фрейк ёстиғи);
- репозиция аста-секин, функционал тана тортишда амалга оширилиши керак;
- сон суягини ёпиқ усулда жойига солишнинг такрорий уринишлари, агар шинада қисқаришга эришилмаса ёки релюксация содир бўлса, бундай ҳолларда жарроҳлик муолажаси очик усулда жойига солиш 6 ойликдан бошлаб тавсия этилади.

4.1. 6 ойгача бўлган болаларни функционал даволаш.:

Сон суягини туғма чиқиши (чала чиқиш, чиқиш) даволашни бола ҳаётининг биринчи кунлари ва соатларида, силжиш аломати, дисплазияни кўрсатадиган белгилар тўплами аниқлангандан сўнг бошлаш керак. Шунинг таъкидлаш керакки, бу кутиш тақдирини ҳал қиладиган дастлабки 5-7 кун. Боланинг ҳаётининг биринчи кунларидан бошлаб бошнинг тўлиқ марказлаштирилиши билан бўғим нормал ривожланади ёки ацетабулумда бошнинг марказсизланиши мавжуд бўлганда, янада ривожланиши бўлади. Туғма сон суягини чиқиши эрта функционал даволашнинг асосий принципи оёқларга бўғимларда очилиш ҳолатини бериш, шу билан бирга уларда фаол ҳаракатларни сақлашдир. Ҳозирги вақтда турли хил тортиш мосламалари (шиналар, шимлар, бинтлар, Фрейка типидagi ёстиқлар, Павлик шинаси, тубингер ортези ва бошқалар) ёрдамида эрта даволашнинг кўплаб усуллари маълум. Профилактик мақсадларда, шунингдек, туғруқхонада ортопед томонидан болани текширишдан олдин, оёқларни кенг йўргаклаш, бўғимларда очилиш ҳолати берилади (таниқли техникага кўра). Ушбу ҳодиса туғма предикация ташхисини тасдиқлашда терапевтик эмас, соннинг чала ва тўлиқ чиқиши, аммо профилактика қанчалик эрта бошланган бўлса, чаноқ сон бўғими ривожланиш прогнози шунчалик қулай бўлади. Бундан ташқари, шу билан бирга, бола оёқларнинг тўғирлаш ҳолатига тезроқ ўрганиб қолади ва аддуктор контрактураси унчалик тез ривожланмайди. Мен педиатрларни фиксация қилиш учун каттиқ тузилмалардан фойдаланишдан огоҳлантирмоқчиман, яъни бола томонидан амалга ошириладиган пастки экстремиталарнинг ҳаракатига тўсқинлик қиладиган шиналар, кестириб кутилган болалар терапевтик машқларни буюрмасликлари керак, чаноқ сон бўғимларда айланиш ҳаракатлари, чунки бу чаноқ сон бўғими капсулани янада чўзади ва касалликнинг ривожланишига путур етказиши мумкин. Ҳозирги вақтда сон туғма чиқиши (чала чиқиш) эрта функционал даволашнинг асосий усули бу керувчи мосламалардан фойдаланиш усули. Ушбу патологияда керувчи мосламалардан фойдаланиш 6 ойгача бўлган болалар учун энг мақбулдир. Ушбу даволаш усулининг афзаллиги чаноқ сон бўғимларида фаол ҳаракатларни сақлаб турганда чаноқ сон бўғимларидан флексиён ва тўғирлаш ҳолатида ушлаб туришдир, бу эса керувчи мосламаларнинг бўшашишига, сон бошининг ўз-ўзидан қисқаришига ёрдам беради ва бўғимнинг кейинги шаклланишига ёрдам беради. Ушбу даволаш усулининг авзаллиги сон суяқларининг чаноқ сон бўғимларида букилган ва очилган ҳолатда, шунинг билан бирга бўғимдаги актив ҳаракатларни сақланган ҳолда соннинг келтирувчи мушакалрининг таранглигини камайтиради ва сон бошчасини бўғимга ўзи тушушини, бўғимнинг келгусидаги шаклланишига олиб келади. Керувчи мосламалар (стремена) ёрдамида чаноқ сон бўғимларида дисплазияни даражасига қараб, сон суяги бошчасини бўғим косачасига тўғри марказлашини таминлаш, букуш ҳаракатини тартибга солиш ва болани чов соҳасини очик бўлганлиги сабабли парваришлаш осон ва қулай бўлади. Мосламани тақиш учун энг аввало оёқларни чаноқ сон бўғимларида букиш ва очиш ҳолатига олиб келиб тақилади. 3-4 ҳафта давомида, ҳар 4 кундан чаноқ сон бўғимларидаги очилиш ва букилиш мосламанинг боғичларини ўлчамли тортиб бориш орқали амалга оширилади. Бунда чаноқ сон бўғимларидаги букилишни мосламанинг олдидаги боғичлари орқали, очилишни мосламанинг орқадаги боғичларини тортиш орқали тартибга солинади. Чаноқ сон бўғимларини

дисплазияси ва сонларнинг ярим чиқишларида сон суяги бошчаларини бўғим косачасига яхши марказлашиши бўғимдаги букилиш ва очилишнинг 90° га етганида амалга оширилади. Агар болада сон суягининг туғма чиқиши кузатилса у ҳолатларда сон суяги бошчасини бўғимга тушуриш учун аввалига оёқларни чаноқ сон бўғимидан 70-80° га букиб «аксилляр» ҳолатни бериш керак бўлади. Бунда сон суяги бошчаси бўғим косачасини пастки кирраси орқали бўғим косачасига тушади. Яққол намоён бўлган чаноқ сон бўғимларини контрактурасида даволаш жараёнида чаноқ сон бўғимларини даволаш керувчи машқларни буюриш тавсия етилади. Болани «бақа ҳолатида» қорнига ётқизиш ва келтириш мушакларини бўшаштириш мақсадида чаноқ сон бўғимларида очиш ҳаракатларини қилиш тавсия қилинади. Ушбу жараёнда чаноқ сон бўғимлари соҳасига қуруқ иссиқлик қўллаш ва кунига 1-2 марта болани ёшига қараб ўғрик қолдирувчи ректал шамчалар буюрилади. Даволашнинг дастлабки ойларида чаноқ сон бўғимида очилиш ҳаракатини ушлаб туриш мақсадида керувчи мосламага памперс ёки прокладка қўшилади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушганлигидан дарак берадиган клиник белгилар: чаноқ сон бўғимларидаги очилишнинг тўлиқлиги, скарпов учбурчагида сон суяги бошчасини қўл билан пайпаслаб кўрилганда аниқланишидир. Сон суяги бошчасини бўғимга тушганлигини УТГ ва рентгенография усуллари орқали назорат қилинади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушгандан сўнг чаноқ сон бўғимини мутоносиблигини мустаҳкамлаш мақсадида оёқларни аксилляр ҳолатда 3-4 ҳафта ушлаб турилади. Кейинчалик болани оёқлари чаноқ сон бўғимларида горизонтал сатҳда 90° да букилган ҳолатга тушурилади ва 5-6 ой давомида ушбу ҳолатда ушлаб турилади. Керувчи мосламаларни узлуксиз тақилиши ва ҳатто болани чўмилтирганда ҳам ушбу мослама ечилмаслиги ва кейинчалик алмаштирилиши шарт. Бунда онага ёрдамчи шахс болани оёқларини юқоридаги ҳолатда ушлаб туради ва болани онаси керувчи мосламани қайта тақади. Керувчи мосламаларда даволаш муддати чаноқ сон бўғимини структураларини диспластик даражасига боғлиқ бўлиб ўртача 3 ойдан 6 гача давом этади. Чаноқ сон бўғимлари рентгениграфияси олд проекциясида, (керувчи мосламасиз ва тахминан мослама ечиладиган муддатда) сон суяги бошчаси бўғим косачасига марказлашиб 2 томонлама симметрик бўлади. Айнан шу ҳолатлардагина керувчи мослама ечилади. Бўғим косачаси томчаларини етишмовчилигида ва сон суякалари бошчаларини суякланиш нуқталари гипоплазиясида, лекин сон бошчаларини бўғимда стабилл жойлашганини керувчи мосламани 6 ой таққандан сўнг даволаш абдуксион Виленский шинасида давом эттирилади. Чаноқ сон бўғимлари дисплазияси билан оғриган болаларни юришга чаноқ сон бўғими мутоносиблигини тикланганлигидан сўнг, бўғим элементларининг ёшига қараб ривожланишида 8-10 ойдан сўнг руҳсат берилади. Бунда оёқ мушакларини тонусини тиклаш учун, боалани аввало эмаклашга, велосипедда учушга, кейинчалик югурмасдан, сакрамасдан, секин аста юришдан иборат бўлган ўзига хос бўлган даволаш гимнастикаси тавсия етилади. Бундан ташқари оёқ мушакларига ва танасига массаж, чаноқ сон бўғимларига электрофорез Са ва Р эритмалари билан ва денгиз тузи билан ванналар қабул қилишдан иборат бўлган тиклаш давоси ўтказилади.

4.2. 6 ойдан ошган болаларнинг функционал гипсида даволаш.

6 ойдан ошган болаларда соннинг туғма чиқишини даволашнинг энг кенг тарқалган усули бу 1966 йилда тасвирланган оёқ-қўлни тортиш ва функционал гипсли боғламга (ФГБ) маҳкамлаш орқали сон бошининг юмшоқ қисқариши бўлиб қолмоқда. Ҳозирги кунга қадар ушбу усул кўплаб клиникаларда муваффақиятли қўлланилмоқда, баъзи муаллифлар ушбу усулни бироз ўзгартирмоқдалар, аммо уни қўллаш принципи бир хил бўлиб қолади. Шептун-Тер-Егиазаров-усули бўйича ФГБ да даволаниш 6 ойдан 2 ёшгача бўлган болаларда кеч ташхис қўйилган сон суягини туғма чиқиши ёки бу ёшга келиб тузатилмаган туғма чиқиши бўлган болаларда, кўпинча ерта даволанишнинг етарли емаслиги сабабли амалга оширилади. Ушбу ёшда дастлабки усуллардан фойдаланиш аллақачон муваффақиятсиз бўлади, чунки контрактурани

йўқ қилиш ва оёқ-кўлларни юмшоқ маҳкамлаш мосламалари ёрдамида керакли ҳолатда ушлаб туриш мумкин эмас.

Шептун-Тер-Егиазаров усули бўйича ФГБ даги беморларни даволаш учун кўрсатмалар:

* 6 ойгача бўлган болаларда кеч ташхис қўйилган юқори туғма сон чиқиши;

* олдинги эрта даволанишда муваффақиятсизлигидан сўнг, (ултратовуш, артрография маълумотларига кўра) сон суягини туғма чиқишини жойига тушмаслик мезонларини йўлиги.

* 1 ёшдан 1,5 ёшгача бўлган болаларда — сон суягини туғма чиқиши, тузатиб бўлмайдиган мезонлар йўқлиги.

Ҳозирги вақтда техника бироз ўзгартирилган ва кеч ташхис қўйилган ва 6 ойлик ёшга қадар камайтирилмаган сон чиқишини камайтиришда энг самарали ва кенг тарқалган усуллардан биридир. Шептун- Тер–Егиазаров даволаш усули икки босқичдан иборат- биринчи босқичда болани оёқлари фронтал сатҳда узатилади, иккинчи босқичда сон ўқи бўйлаб сон суяги бошчасини бўғим косачасини орқа қирраси орқали оёқларни тортиб бўғимга солиш. Соннинг ярим чиқиш ҳолатларида, Иккинчи босқич тугагандан сўнг, сон суяги бошчасини бўғимга марказлаштиришга эришилади. Сон суяқларини туғма юқори чиқишларида чаноқ сон бўғимларини фронтал сатҳда очилганда (яни биринчи босқичдан сўнг) сон суяги бошчаси бўғим косачаси орқасига кетади. Оёқнинг сон ўқи бўйлаб вақти-вақти билан тортилиши билан сон суяги бошчасини аста-секин бўғим косачасини орқа қирраси билан латерал ҳолат бериб, кейинчалик бўғимга тушириш мақсадида тортиш тўхтатилади, ёғоч распоркани бироз камайтиради. Сон суяги бошчасини бўғимга тушганлигидан дарак берувчи клиник белгилар: Скарпов учбурчагини тўлганлиги, думба сон бурмасининг йўқолганлиги ва бир томонлама чиқишда сонларнинг ўқини бир хиллиги. Сон суягини бўғимга тушганлигини клиник белгиларини рентгенологик текширув орқали тасдиқлаш шарт. Сон суягини бошчасини бўғимга тушгандан 1 ойдан сўнг гипсли бўлам ўзгартирилади, бунда иккала оёқларга оёқ панжаларини қўшмаган ҳолда тугор қўйилади ва улар ёғоч распорка билан тракциясиз ҳолатда уланади. Ҳар ойда гипсли бўлам ҳолати ва чаноқ сон бўғимини мутоносблиги клиник назорат қилинади, керак бўса гипсли бўлам алмаштирилади. Оёқларни ушбу ҳолатда 4-6 ойгача фиксацияси қилиш болани қайси ёшда даволаш бошланганлигига, чаноқ сон бўғимини дисплазияси даражасига қараб белгиланади. Сон бошчаларини стабил солинганидан, лекин бўғим косачасини етишмовчилигида ва оёқ мушакалрини гипотониясида гипсли боғламда 3-4 ой даволангандан сўнг, даволашни Виленский шинасида давом эттириш мумкин. Даволашнинг сўнгида оёқларни иложи борича келтирган ҳолатда чаноқ сон бўғимларининг рентгенографияси ўтказилади.

Даволашни тугатиш учун рентгенологик мезонлар:

* оёқларни келтирган ҳолатда сон бошчаларини бўғим косачага марказлашиши ва стабил жойлашиши;

* бир ҳил тузилишдаги сон суяги бошчасининг суяқланиш нуқталарини пайдо бўлиши;

* бўғим косачаси томчалари яссилигини бола ёшининг пастки кўрсаткичига камайиши.

Функционал гипсли бўламда даволангандан сўнг болани оёқларига (сон суяги бошчаларини бўғимга сақлаб қолиш мақсадида) 3-6 ой муддатга Виленский шинаси тақилади. Даволаш давомида шинани распоркаси секин-асталик билан камайтириб борилади. Ортопедик даволаш тиклаш терапияси асосида олиб борилади. Сон суяги бошчаси бўғимга солингандан сўнг 8-9 ой ўтиб болани шинада оёқларига турғузишга руҳсат берилади. Юришга руҳсат берадиган мезонлар: сон суяги бошчасини бўғим косачасига стабил марказлашиши, чаноқ сон бўғимини ривожланиш кўрсаткичларини ёш кўрсаткичларни пастки натижалардан кам бўлмаслиги, сон суяги бошчаларини суяқланиш нуқталарини структураларини бир хиллиги ва яққол кўриниши, оёқ мусакларини тонусини қониқарлиги. Виленский шинаси чаноқ сон бўғимини структураларини тўлиқ тиклангандан сўнг ечилади. Кейинчалик болалар ўсиш жараёни

тўхтагунча вақти-вақти билан тиклаш курсларини олади ва яшаш жойидаги поликлиникада болалар ортопеди доимий назоратида бўлади.

4.3. Кеч ташхис қўйилган сон суягини туғма чиқишини секин асталик функционал тана тортими усули билан даволаш.

Сон суяги туғма юқори туғма чиқиши билан касалланган болаларда сон суяги бошини бўғим косасига бир вақтнинг ўзида мажбурий равишда бўғимга солгандан сўнг, қониқарсиз натижаларнинг катта миқдори ортопедларни сон суяги бошчасини бўғимга секин асталик билан тортиш ва тушириш техникасидан фойдаланишга мажбур қилади. Вертикал сатҳда секин асталик билан тана тортими билан даволаш энг кенг тарқалган усул бўлиб ҳисобланади. ("овер-хед"усули). Ҳозирги вақтда ушбу даволаш усулини қўллаш сон суяги туғма юқори чиқишларини, кўпинча икки томонлама, чаноқ сон бўғимларида келтириш контрактураси билан бирга бўлган ҳолатларда тавсия этилади. Бундай ҳолларда чаноқ сон бўғимларидаги контрактура нафақат соннинг келтирувчи мушакларининг калталигига балки чаноқ сон бўғимларига очилиш ҳаракатини берганимизда краниал ва орқада жойлашган сон суяги бошчаси ёнбош суяги қиррасига тиралганлиги сабабли бўлиши мумкин. Шу муносабат билан сон суяги калта келтирувчи мушакларини чўзиш, сон суяги бошчасини боғимга олиб келиш керак. Бунинг учун тана тортими бир вақтнинг ўзида юқорига ва ён томонларга бажарилиши керак. Сон суяги бошчасини бўғимга солишда вертикал тана тортими усулини қўллашга кўрсатма бўлиб 2-ёшгача бўлган болаларда функционал гипсли боғламларда ва бошқа консерватив усуллар ёрдамида сон суяги чиқишини бартараф этиб бўлмайдиган чаноқ сон бўғимларидаги яққол намоён бўлган келтириш контрактураси билан кечадиган сон суякларининг юқори чиқиши (ацетабулимдан юқори ёнбош чиқиш) ҳисобланади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушганлигини назорат қилиш чаноқ сон бўғимлари рентгенографияси орқали олиб борилади. Чаноқ сон гипсли боғлами оёқларнинг чаноқ сон бўғимларда 90⁰ букилган ва очилган ҳолатда қўйилади. 1ойдан сўнг гипсли боғламнинг олд (қорин қисми) олиб ташланиб гипсли туторларнинг болдир қисмига Виленский шинаси тақилади ва болага ўтиришга руҳсат берилади, комплекс тиклаш даво ўтказилади. Яна 1,5-2 ойдан сўнг гипсли боғламнинг қолган қисми олиб ташланади ва болани оёқларига Виленский шинаси тақилади. Сон суяги туғма чиқиши билан даволанган болалар мунтазам равишда тиклаш даво курсларини олишлари шарт, аввалига улар эмаклашни ва чиқиш бартараф этилгандан кейин 9-12 ойдан сўнг юришни бошлайдилар.

5. ТУҒМА СОН ЧИҚИШИ БЎЛГАН БОЛАЛАРНИ ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШ.

Сон суягининг тератоген чиқишини (сон суяклари бошчаларини онани қорнида бўғим косачасидан ташқаридалиги) ва чаноқ сон бўғими компонентларини патологик ҳолати (дисплазия) оқибатидаги сон суягини чиқишини фарқлаш лозим. Сон суягини тератоген чиқиши фақат бирламчи жарроҳлик даволаш қўлланилади.

Жарроҳлик даволашнинг умумий тамойиллари:

- бўғимнинг тоғайли ва юмшоқ тўқимали компонентларига юқори еҳтиёткорлик билан муносабатда бўлиш, чаноқ сон бўғимини тикланишида муҳим елементи бўлиб ҳисобланган болани юришининг оптимал муддатини тиклашда сон суяги туғма чиқиши ёки ярим чиқишини жарроҳлик даволаш жараёнида аваскуляр бузулишини олдини олиш;

-деформацияловчи коксартрозни ривожланишини олдини олишни эффектив чоралари тиклаган ҳолда ўсувчи чаноқ сон бўғимларида тўғри анатомик мутоносибликни ва бўғим юзаларини конгурентлигини тиклаш;

- чаноқ сон бўғимини юзалари майдонини кўпайтириш мақсадида, бўғимнинг биомеханик параметрларини (кучнинг таянч нуқтаси, уларнинг куч берувчи нуқталари) ўзгартирадиган

чаноқ сон бўғимларини реконструкцияси диспластик коксартрозни даволашда қўлланиладиган чора ёки уни зўрайишини тўхтатиш бўлиб ҳисобланади;

Сон суяги бошчасини осҳиқ усулда бўғимга солишга кўрсатмалар:

- сон суяги тератоген юқори чиқишлари мавжудлиги;
- тана тортимида даволашдан кейинги тушмаслик ҳолати;
- амбулатор шароитда функционал консерватив даволаш усуллариининг самарасизлиги;
- бирламчи тушмайдиган сон туғма чиқиши, чиқишни диагностика қилиш даврида (артрография, МРТ, контрастли КТ) ЧСБда сон суяги бошчасини ёпиқ усулда бўғимга солишга қаршилиқ қилувчи (сон суяги бошчаси ва бўғим косачасинининг ўлчамларининг номутоносиблиги) патологик тузилмаларнинг мавжудлиги;
- бўғим косачасининг контраст модда билан тўлишини деффектлари, лимбуснинг буралиши ва бўғим косачасига интерпозицияси, бўғим капсуласида тортмаларнинг мавжудлиги.

Сон суягини очиқ усулда бўғимга солиш чаноқ сон бўғимини олд-ён ёки медиал томондан амалга оширилади. Бўғимга боориш йўлини танлаш жарроҳнинг тажрибасига ва чиқишнинг даражасига ва ўзига ҳослигига боғлиқ.

Даволаш тактикасини танлашни асосий мезонлари:

- болани ёши,
- касалликни анамнези, ортопедик статусни кўрсатгичлари,
- ҳамроҳ патологияларни мавжудлиги,
- сон суяги проксимал қисми ва қўймич косачасининг рентгеноанатомик кўрсатгичлари,
- уларнинг муносабатини бузилишининг яққоллиги,
- компьютер томография текширувини кўрсатгичлари.

Операцияга қарши кўрсатмалар:

- камқонликнинг оғир даражаси,
- компенсацияланмаган соматик касалликлар,
- тутқаноқ,
- кахексия,

Операциядан олдинги лаборатория текшируви:

Лаборатория ва функционал текширувлар:

- қоннинг умумий таҳлили;
- пешобнинг умумий таҳлили;
- қон гуруҳи ва РҲ фактори;
- коагулограмма;
- қоннинг биохимик таҳлиллари;
- қоннинг РШ га текшируви;
- Гепатит Б экспресс усули;
- Гепатит С экспресс усули;
- ЕКГ;
- Ички аъзоларнинг ултратовуш текшируви;
- Кўкрак қафаси ва чаноқ сон бўғимларнинг рентгенографияси.

Мутахассисларнинг маслаҳати: педиатр ва кўрсатмалар бўйича бошқа мутахассислар.

Анестезия таъминоти.

Бемор лаборатория ва функционал текширувдан сўнг педиатр ва анестезиолог-реаниматолог томонидан текширилади. Кўрсатмаларга кўра, кўшимча текширув ўтказиш, тегишли

мутахассислар билан маслаҳатлашиш ва тайёргарлик даволаш тадбирларини ўтказишга келишиб олинади. Анемия мавжуд бўлганда, гемоглобин даражасини режали коррексия қилиш керак.

Болаларда тавсия қилинадиган анестезия тури- вена ичига наркоз, катталарга -ўтказувчан ва спинал анестезия.

Беморни операциядан олдин тайёрлаш.

Ичакни бўшатиш ва жарроҳлик кесим тери соҳасини санация қилиш жарроҳликда умумий қабул қилинган усулга мувофиқ амалга оширилади.

Операция бошланишидан 2 соат олдин ўпка ва жарроҳлик яраларидан юқумли асоратларни олдини олиш учун ёшга боғлиқ дозаларда кенг спектрли антибактериал воситалардан бири буюрилади.

Сон суягини туғма чиқишида қўлланиладиган асосий жарроҳлик амалиётларни шартли тоърт гуруҳга боълиш мумкин:

1. Кичик жарроҳлик амалиётлар (чанок сон бўғими мушакларнинг миотомиялари).
2. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш.
3. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва қуймич косачаси томини пластикаси.
4. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягида реконструктив-тиклаш амалиётларини билан.

1. Кичик жарроҳлик амалиётлар (чанок сон бўғими мушакларнинг миотомиялари).

Кўрсатмалар: 2 ёшга яқин ва 2 ёшгача бўлган болаларда сон суягининг туғма чиқиши, қонсиз усулда солишга ҳаракат қилингандан кейинги натижасиз ҳолатлар.

2. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш.

Кўрсатмалар: 2 ёшдан катта бўлган болаларда сон суягини туғма чиқиши, қонсиз усулда бўғимга тушмаган чиқиш, сон суяги проксимал қисми жойлашини бузилиши ва сон суяги боъйин қисмини валгусли деформациясини шаклланиши асетабуляр индекси 30^0-35^0 ва Шарп бурчагини 50^0 дан юқори бўлиши билан.

Сон суяги проксимал қисмини коррексия қилиш сон суягини кўстлар аро остеотомия қилиш услуби билан амалга оширилади ва сон суягини калталаштириш ва проксимал қисмини медиализация қилишни ўз ичига олади. Остеотомиядан сўнг сон суяги бўлаклари бурчаксимон медиализацияловчи пластина ёрдамида фиксация қилинади.

Операция техникаси.

Амалиёт нафас олишни бошқарув билан эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Оёқни тери қавати спинае илиаса антериор супериор дан тортиб бармоқлар учларигача ёд (бетадин) ва спирт еритмалари билан тозалаб бўлгандан сўнг, чанок сон бўғимини олд ён кесими орқали тери ва тери ости йўғ қатлами скалпел ёрдамида тоснинг олд-юқори қиррасидан соннинг юқори учлигигача кесилади. (8-10 см). Ўтмас йўллар билан ўрта думба мушаги ва соннинг кенг фациясини таранглаштирувчи мушаклар оралиғига борилади. Чанок сон бўғимини олд юзаси очилади. М. Илиопсоаснинг пайи ажратилиб сон суягига бириккан жойидан кесилади. Бўғим капсуласи қисқичларга ёки ушлагичларга олиниб кесилади (артротомия) ва бўғим ичи кўздан кечирилади. Бунда бўғим косачасидан сон бошчасини гипертрофиялашган хусусий боғлами ва ёғли ёстикча олиб ташланади. Бўғим ичига қайрилган лимбус бўғимнинг гиалин тоғайига зарар еткизмасдан орқага қайтарилади ва тўғирланади. Бўғим капсуласида тортмалар мавжуд бўлган ҳолда улар кесилади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушушига тўсқинлик қилаётган барча тўқималар олиб ташлангандан сўнг қуймич косачасининг қирраларига баҳо берилади. Соннинг тўрт бошли мушагини латерал бошчаси

суяк устки пардаси билан Т-симон кесилади, сон суяги юқори учлиги олд ва орқа ташқи юзлари суяк пардаси остидан очилади. Сон суяги катта кўстидан 1,0-1,5 см пастрокдан Жигли арраси ёки оссиллирловчи арра ёрдамида БДБ ни беморнинг ёши қараб сон суяги кўстлар аро деторсион-варусловчи остеотомия қилинади. Калталаштирувчи резексия сон суягини дистал фрагменти ҳисобидан қилинади. Бунда резексия қилинадиган фрагментнинг ўлчами сон суяги бошчасини краниал силжишига боғлиқ бўлиб ва бу силжишни 30 % ташқил қилади (Шентон чизиғини узулишини узунлиги). Сон суягини калталаштирувчи остеотомия қилиш жараёнида кесим юзаси қия бўлиб, сон суягини резексия қилинадиган фрагменти трапеция шаклида бўлиб унунг асоси медиал томонда бўлади. Сон суягини резексия қилинган фрагментини физиологик еритмага тўлдирилган стрилл идишга солинади. Кейинчалик сон суяги проксимал қисмини антеторсияси ва БДБ ни патологик валгизацияси бартараф қилинади. Бўғим капсуласи чўлтоқларига № 3 жуфт ипак иплари қўйилади. Кейинчалик, суяк фрагментлари медиализацияловчи пластинка ёки соннинг проксимал қисмига чегараловчи контакт берувчи пластина ёрдамида фиксация қилинади. Бунда, антеторсия бурчаги 15-20° гача, бўйин-диафиз бурчаги еса 110-115° гача коррекция қилинади. Сон суяги бошчасини бўғим косачасига оёқни ўқи бўйича тортиш, очиш ва сон сьги катта кўстига олди ва ичкарига қараб қисман босиш орқали солиш. Бунда сон суяги бошчаси оёқнинг ўрта ҳолатида ўтказилган сон суяги проксимал қисмини коррекциясидан сўнг қуймуч косачасига кириш йўналишига тўғри келиши керак. Бўғимга солиш техникасига риоя қилганда ва тўсиқларнинг бартараф қилинганлигида сон суяги бошчаси бўғимга унинг орқа пастки қирраси орқали тушурилади. Бўғим капсуласи тўлиқ тикилади, имкон бўлганда дубликатура қилинади. Рентген назорат қилинади. Сон суягини бошчасини бўғим косачасига қониқарли марказлашишида ва режалаштирилган 110-115° бўйин-диафиз бурчагида ва 10-20° антеторсия бурчагида ярага қон чиқарувчи найчалар қўйилади ва тўлиқ тикилади. Оперциядан кейинг даврда оёқнинг ташқи имбилизацияси распоркали чанок сон гипсли боғами ёрдамида амалга оширилади.

3. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва қуймич косачаси томини пластикаси.

Сон суягини очик усулда кўстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягини Салтер бўйича ротасион остеотомияси.

Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар:

- асетабулумдан юқори ёнбош сон чиқиши ёки функционал рентгенограмма ва артрограммаларда бўғим косачасини пастки тўсиқ (блок) мавжудлиги;
- сон суяги проксимал қисми фазовий ҳолатини бузилиши ва сон суяги бўйин қисмини валгусли деформациясини шаклланиши;
- қуймич косачасини фазовий ҳолатини бузулиши, асетабуляр индекси 30°-40° ва Шарп бурчагини 50° дан юқори бўлиши, Виберг бурчаги ва олд қоплаш бурчагини- (-7°) ва ундан ҳам кам, ҳақиқий БДБ -145° дан юқори ва антеторсия бурчагини 55° дан юқори бўлиши.

Амалиёт техникаси.

Амалиёт нафас олишни бошқарув билан эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Оёқни тери қавати спинае илиаса anteriор супериор дан тортиб бармоқлар учларигача ёд (бетадин) ва спирт еритмалари билан тозалаб бўлгандан сўнг, чанок сон бўғимини олд ён кесими орқали тери ва тери ости йўғ қатлами скалпел ёрдамида тоснинг олд-юқори қиррасидан соннинг юқори учлигигача кесилади. (8-10 см). Ўтмас йўллар билан ўрта думба мушаги ва соннинг кенг фациясини таранглаштирувчи мушаклар оралиғига борилади. Чанок сон бўғимини олд юзаси очилади. М. Илиопсоаснинг пайи ажратилиб сон суягига бириккан жойидан кесилади. Бўғим капсуласи қисқичларга ёки ушлагичларга олиниб кесилади (артротомия) ва бўғим ичи кўздан

кечирилади. Бунда бўғим косачасидан сон бошчасини гипертрофиялашган хусусий боғлами ва ёғли ёстикча олиб ташланади. Бўғим ичига қайрилган лимбус бўғимнинг гиалин тоғайига зарар еткизмасдан орқага қайтарилади ва тўғирланади. Бўғим капсуласида тортмалар мавжуд бўган ҳолда улар кесилади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушушига тўсқинлик қилаётган барча тўқималар олиб ташлангандан сўнг қуймич косачасининг қирраларига баҳо берилади. Соннинг тўрт бошли мушагини латерал бошчаси суяк устки пардаси билан Т-симон кесилади, сон суяги юқори учлиги олд ва орқа ташқи юзлари суяк пардаси остидан очилади. Сон суяги катта кўстидан 1,0-1,5 см пастроқдан Жигли арраси ёки оссилпирловчи арра ёрдамида БДБ ни беморнинг Ёши қараб сон суяги кўстлар аро детарсион-варусловчи остеотомия қилинади. Калталаштирувчи резексия сон суягини дистал фрагменти ҳисобидан қилинади. Бунда резексия қилинадиган фрагментнинг олчами сон суяги бошчасини краниал силжишига боғлиқ бўлиб ва бу силжишни 30 % ташқил қилади (Шентон чизигини узулишини узунлиги). Сон суягини калталаштирувчи остеотомия қилиш жараёнида кесим юзаси қия бўлиб, сон суягини резексия қилинадиган фрагменти трапеция шаклида бўлиб унунг асоси медиал томонда бўлади. Сон суягини резексия қилинган фрагментини физиологик еритмага тўлдирилган стрилл идишга солинади. Кейинчалик сон суяги проксимал қисмини антеторсияси ва БДБ ни патологик валгизацияси бартараф қилинади. Бўғим капсуласи чўлтоқларига № 3 жуфт ипак иплари қўйилади. Сўнгра қуймич косачаси томини коррекция қилиш мақсадида косачани устки соҳаси очилади. Тос мушаклари орқали ёнбош суягини ярим ойсимон ўйиғига борилади ва суяк устки пардаси ажратилиниб илмоқсимон ҳимояловчи инструментлар инсисура ишиадиса мажор га қўйилади. Жигли арраси ёки искана (долото) ёрдамида тос суяги кўндаланг остеотомия қилинади. Бир тишли илмоқ ёрдамида ёнбош суягини дистал фрагменти олдига, пастга ва ташқарига тортилиб асетабулар бурчакни минимум 10-15⁰ ва сон суяги бошчасини ҳосил қилинган том билан тўлиқ қопланишини таминлаш керак. Ёнбош суяги фрагментлари орасидаги ҳосил бўлган ораликқа физиологик еритмали идишда сақланаётган ауто суяк бўлакчаси ўрнатилади. Транспантант ва ёнбош суягининг фрагментлари бўғим томи коррекция қилинган ҳолатда 2-3 та сихлар ёрдамида фиксация қилинади. Кейинчалик, суяк фрагментлари медиаллизацияловчи пластинка ёки соннинг проксимал қисмига чегараловчи контакт берувчи пластина ёрдамида фиксация қилинади. Бунда, антеторсия бурчаги 15-20⁰ гача, бўйин-диафиз бурчаги еса 110-115⁰ гача коррекция қилинади. Сон суяги бошчасини бўғим косачасига оёқни ўқи бўйича тортиш, очиш ва сон сьаги катта кўстига олди ва ичкарига қараб қисман босиш орқали солиш. Бунда сон суяги бошчаси оёқнинг ўрта ҳолатида ўтказилган сон суяги проксимал қисмини коррекциясидан сўнг қуймуч косачасига кириш йўналишига тўғри келиши керак. Бўғимга солиш техникасига риоя қилганда ва тўсиқларнинг бартараф қилинганлигида сон суяги бошчаси бўғимга унинг орқа пастки қирраси орқали тушурилади. Бўғим капсуласи тўлиқ тикилади, имкон бўлганда дубликатура қилинади. Рентген назорат қилинади. Сон суягини бошчасини бўғим косачасига қониқарли марказлашишида ва режалаштирилган 110-115⁰ бўйин-диафиз бурчагида ва 10-20⁰ антеторсия бурчагида ярага қон чиқарувчи найчалар қўйилади ва тўлиқ тикилади. Оперциядан кейинг даврда оёқнинг ташқи имбилизацияси распоркали чаноқ сон гипсли боғами ёрдамида амалга оширилади.

Сон суягини очик усулда кўстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва томини Пембертон усулида периастебуляр пластикаси.

Жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар:

- асетабулумдан юқори ёнбош сон чиқиши ёки функционал рентгенограмма ва артрограммаларда бўғим косачасини пастки тўсиқ (блок) мавжудлиги;
- сон суяги проксимал қисми фазовий ҳолатини бузилиши ва сон суяги бўйин қисмини валгусли деформациясини шаклланиши;

•қуймич косачасини фазовий ҳолатини бузулиши асетабуляр индекһни 30^0-35^0 ва Шарп бурчагини 50^0 дан юқори бўлиши.

Амалиёт техникаси.

Амалиёт нафас олишни бошқарув билан эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Оёқни тери қавати спинае илиаса антериор супериор дан тортиб бармоқлар учларигача ёд (бетадин) ва спирт еритмалари билан тозалаб бўлгандан сўнг, чаноқ сон бўғимини олд ён кесими орқали тери ва тери ости йўғ қатлами скалпел ёрдамида тоснинг олд-юқори қиррасидан соннинг юқори учлигигача кесилади. (8-10 см). Ўтмас йўллар билан ўрта думба мушаги ва соннинг кенг фассиясини таранглаштирувчи мушаклар оралиғига борилади. Чаноқ сон бўғимини олд юзаси очилади. М. Илиопсоаснинг пайи ажратилиб сон суягига бириккан жойидан кесилади. Бўғим капсуласи қисқичларга ёки ушлагичларга олиниб кесилади (артротомия) ва бўғим ичи кўздан кечирилади. Бунда бўғим косачасидан сон бошчасини гипертрофиялашган хусусий боғлами ва ёғли ёстикча олиб ташланади. Бўғим ичига қайрилган лимбус бўғимнинг гиалин тоғайига зарар еткизмасдан орқага қайтарилади ва тўғирланади. Бўғим капсуласида тортмалар мавжуд бўган ҳолда улар кесилади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушушига тўсқинлик қилаётган барча тўқималар олиб ташлангандан сўнг қуймич косачасининг қирраларига баҳо берилади. Соннинг тўрт бошли мушагини латерал бошчаси суяк устки пардаси билан Т-симон кесилади, сон суяги юқори учлиги олд ва орқа ташқи юзлари суяк пардаси остидан очилади. Сон суяги катта кўстидан 1,0-1,5 см пастроқдан Жигли арраси ёки оссилпирловчи арра ёрдамида БДБ ни беморнинг Ёши қараб сон суяги кўстлар аро детарсион-варусловчи остеотомия қилинади. Калталаштирувчи резексия сон суягини дистал фрагменти ҳисобидан қилинади. Бунда резексия қилинадиган фрагментнинг олчами сон суяги бошчасини краниал силжишига боғлиқ бўлиб ва бу силжишни 30 % ташқил қилади (Шентон чизигини узулишини узунлиги). Сон суягини калталаштирувчи остеотомия қилиш жараёнида кесим юзаси қия бўлиб, сон суягини резексия қилинадиган фрагменти трапеция шаклида бўлиб унунг асоси медиал томонда бўлади. Сон суягини резексия қилинган фрагментини физиологик еритмага тўлдирилган стрилл идишга солинади. Кейинчалик сон суяги проксимал қисмини антеторсияси ва БДБ ни патологик валгизацияси бартараф қилинади. Бўғим капсуласи чўлтоқларига № 3 жуфт ипак иплари кўйилади. Сўнгра қуймич косачаси томини коррекция қилиш мақсадида косачани устки соҳаси очилади. Тос суягини қиррасидан м.глутеус и м. тенсор фассия латае дистал йўналишда боғим капсуласига қараб ва бироз орқа томондан субпериостал ажратилади, лекин катта ўтирғич ўйиқчаси очилмайди. Ўткир елеватор ёрдамида ёнбош суягини апофизи бириккан абдоминал мушаклари билан кўшиб ёнбош суягини олд қиррасидан ажратилади. Сўнгра мушаклар ёнбош суягини медиал томондан субпериостал ажратилиб ўтирғич ойиқчаси очилади. Ёнбош суягини олд қисмини очиш мақсадида ушбу ўтирғич ўйиқчасига 2 та япалоқ ретрактор ўтқазилади, биттаси –ёнбош суягини медиал томондан ва иккинчиси латерал томондан. Ёнбош суягини остеотомияси ингичка қийшиқ остеотон ёрдамида қуйдаги тартибда амалга оширилади: аввалига юқоридан ёнбош суягини олд қиррасигача ва бўғим капсуласидан 1 см проксимал ва капсулага параллел ҳолда остеотомияни давом еттирилади. Ушбу жараён ўтирғич ўйиқчасида остеотомнинг олд томондан кўринмай қолишигача ректракторга қараб давом етади. Остеотомиядан кейин, остеотомиянинг олд қисмига енли қийшиқ остеотом киргизилади ва суяк фрагментлари бир-биридан ажратилади. Қуймич косачасини томини асетабуляр индекһни 0 га тенг бўлгунча егиш шарт. Ёнбош суяги фрагментлари орасидаги ҳосил бўлган оралиққа авалдан физиологик еритмаси бор идишда сақланаётган аутотрансплантат ўрнатилади. Трансплантат ва ёнбош суягининг фрагментлари бўғим томи коррекция қилинган ҳолатда 2-3 та сихлар ёрдамида фиксация қилинади. Кейинчалик, суяк фрагментлари медиаллизацияловчи пластинка ёки соннинг проксимал қисмига чегараловчи контакт берувчи пластина ёрдамида фиксация қилинади. Бунда, антеторсия бурчаги $15-20^0$ гача, бўйин-диафиз бурчаги еса $110-115^0$ гача коррекция қилинади. Сон суяги бошчасини бўғим косачасига оёқни ўқи бўйича

тортиш, очиш ва сон сяги катта кўстига олди ва ичкарига қараб қисман босиш орқали солиш. Бунда сон суяги бошчаси оёқнинг ўрта ҳолатида ўтказилган сон суяги проксимал қисмини коррексиясидан сўнг қуймуч косачасига кириш йўналишига тўғри келиши керак. Бўғимга солиш техникасига риоя қилганда ва тўсиқларнинг бартараф қилинганлигида сон суяги бошчаси бўғимга унинг орқа пастки қирраси орқали тушурилади. Бўғим капсуласи тўлик тикилади, имкон бўлганда дубликатура қилинади. Рентген назорат қилинади. Сон суягини бошчасини бўғим косачасига қониқарли марказлашишида ва режалаштирилган 110-115⁰ бўйин-диафиз бурчагида ва 10-20⁰ антеторсия бурчагида ярага қон чиқарувчи найчалар қўйилади ва тўлик тикилади. Оперциядан кейинг даврда оёқнинг ташқи имбиблизацияси распоркали чаноқ сон гипсли боғами ёрдамида амалга оширилади.

Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягида реконструктив-тиклаш амалиётларини билан.

Ўсмирларда чаноқ сон бўғимини анатомик ўзгаришларни оғирлиги чаноқ косачасини ҳолатини коррексия қилиш ва ротацион транспозисия қилиш мақсадида қўллашни белгилайди. Тос суягини икки ёки учталиқ остеотомиясини мустақил вариант билан биргаликда сон суягини очик усулда солиш ва соннинг коррексийловчи остеотомияси билан бирга қўллаш мумкин.

Тос суягининг учталиқ остеотомиясидан кейинги бўғим косачаси транспозисиясининг техник жиҳатлари.

- Ёнбош, қов, ўтирғич ва керак бўлганда сон суягига бориш уларнинг суяк пардаси остидан аниқ кўринишини таминлаб берувчи битта кесим орқали амалга оширилади.
- Қов суягини чопиш қон-томир тўпламини зарарламасдан бўғим косачаси билан бириккан жойидан тўғридан-тўғри амалга оширилади.
- Ўтирғич суягини бутунлигини бузиш лиг. сасроспиносум ва сасротуберосумни иммобилизациловчи тасирини камайтирувчи жойдан амалга оширилади.

Чаноқ сон бўғимига бориш, м.илиопсоаснинг пайини кесиш, бўғим ичидаги юмшоқ тўқималарни олиш, сон суяги бошчасини бўғим косачасига тушушини баҳолаш сон суягини очик усулда солишни мустақил вариантидек амалга оширилади. Қов суягини ажратиш ва ушбу суякда манипуляция қилиш оғир асоратларни келиб чиқиши мумкинлиги (қон томир тўплами яқинлиги) сабабли техник жиҳатдан қийин ҳисобланади. Ушбу камчиликларни бартараф етиш мақсадида қов суягини емас, балки ўтирғич суягини остеотомия қилиб қуймич косачасини мобиллик даражасини ошириш ва жарроҳлик жараёнинг мураккаблигини яқолл камайтириш мақсадида тосни иккиталиқ остеотомиясидан сўнг транспозисия қилиш технологияси ишлаб чиқилган. Ёнбош суяги бўйинчага ўтар қисми остеотомиясидан сўнг, қуймич косачасини ротациясига қарши тоснинг мустаҳкам лиг. сасротуберале, и лиг. сасроспиналеларини бириккан жойидан краниал ўтирғич суяги остеотомияси амалга оширилиши сабабли техник натижага еришлади. Тоснинг ёнбош-ўтирғич суякларини остеотомиясидан кейинги қуймич косачасининг ротацияси (транспозицияси) даражаси тосни учталиқ остеотомиясидан кейинги ротациясидан амалий фарқланмайди, сабаби бу жароҳати ва хавлилиги кам амалиёт ва тоснинг ёнбош-ўтирғич суякларни остеотомиясини ортопедик стационарларнинг кундалиқ фаолиятида қўлланишига тавсия қилинади.

5.1. Беморни кейинг даврда кузатиш:

Операциядан кейинг кузатув.

Жарроҳлик амалиётидан сўнг бемор анестезиологик ва реанимацион ҳолатига қараб уйғонишигача интинсив палатада 2-8 соатгача ўпкани суний вентилациясида давом еттириш мумкин.

Ушбу даврнинг яхши ва асорациз кечса беморнинг жонлантириш бўлимида қолиши бир неча соатдан 1-2 кунгача давом еттириш мумкин. Кейинчалик қон кўрсаткичларини, юрак қон-

томир, нафас олиш ва моддалар алмашинуви тизимининг стабилизация қилиш учун керакли интенсив терапия ўтказилади. Кўрсатмаларга кўра донор қонини гемотрансфузияси ўтказилади. Оперциядан кейинг ярани назорат қилиш 48-72 соат ичида ўз ичига яра боғламларини алмаштириш ва резинали найчаларни олиб ташлашни ўз ичига олади.

Ортопедия бўлимидаги операциядан кейинг давр

Оперциядан кейинг куни ертасига бемор бўлимга ўтказилади 2-3 кун давомида ходимлар томонидан доимий равишда кузатиб борилади ва антибастериал, инфузион терапия, витаминотерапия ва симптоматик даво ўтказилади. Оғриқ синдромини баргараф қилингандан сўнг беморга кроватда ҳолатини ўзгартириш, қорнига ва ёнбошлаб ётишга руҳсат берилади. Оперциядан кейинги ярадаги резинали найчалар 2-3 кунлари олиб ташланади. Оперциядан кейинг даврнинг яхши ва асорациз кечишида беморга стационардан уйга чиқаришга руҳсат берилади.

Оперциядан кейинги лаборатория мониторинги

Оперциядан кейин оўтказилади (қайта қилиниши коўрсатмаларга қараб):

- қондаги гемоглобин миқдорини динамикасини назорат қилиш мақсадида қоннинг умумий таҳлили (интраоперацион қон кетганда) ва қонда яллиғланиш белгилари мавжудлигида (оперциядан кейинги ярани битишидаги муамоларда) ижобий динамикагача (кейинчалик-кўрсатмаларга қараб).

-қоннинг биохимик текшируви: умумий оксил, оксил фраксиялари (а, б, й), биллурбин (тўғри ва нотўғри), ишқорий фосфатаза, глюкоза, мочевино, электролитлар (К, На).

Оперциядан кейинги медикаментоз таминоти

Жарроҳлик ярасидан юкумли асоратларни олдини олиш учун кенг спектрли антибиотиклар буюрилади (1-3 авлод сефалоспоринлари): сефазолин кунига 2-3 марта 1-2 г, сефтриаксон кунига бир марта 1-2 г, сефоперазон кунига 2 марта 1-2 г, Сефотаксим кунига 2-3 марта/мм (дозаси тана вазнига ва беморнинг аҳволига қараб) камида 4-5 кун (дозаси тана вазнига ва беморнинг аҳволига қараб).

Аналгетиклар оғриқ синдромининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда буюрилади (частотаси ва давомийлиги): метамизол 50% 2-4мл, трамадол 5% 1мл, тримеперидин 2% 1мл и/м ва ностероид яллиғланишга қарши дорилар оғриқ синдромининг оғирлигини ҳисобга олган ҳолда буюрилади.

Инфузион даволаш (тузли еритмалар, декстран, 0,9% натрий хлорид еритмаси) (кўрсатмага кўра): периферик вазодилататорлар: пентоксифиллин 2% 5 мл 250-500мл - 0,9% натрий хлорид еритмаси ва аскорбин кислотаси 5% -5 мл 5-7 кун ичида; ноотропиклар: пирацетам 20% в/и ёки м/о 10 млдан.

Бунга параллел равишда витамин терапияси курси ўтказилади (кўрсатмаларга мувофиқ): сиянокобаламин 200 мкг м/о кунига 1 марта 7 кун; тиамин гидрохлориди, пиридоксин гидрохлорид ва

аскорбин кислотаси 5% 5 мл в/и инфузион терапия билан бирга 7 кун.

Даволаш машқлари курси (оперциядан кейинги 2-3 кундан бошлаб нафас олиш машқлари, оёқ-қўллар учун изометрик ва амплитуда динамик машқлар билан оёқ - қўлларнинг бўғимларида фаол ҳаракатлар-операциядан кейинги 2-3 кундан бошлаб).

Беморнинг соматик ҳолатига қараб, уйга жавоб беришдан олдин қуйдаги қўшимча тавсиялар берилади:

- 6 ҳафта чаноқ сон гипсли боғламида бўлиш;

- ярани ҳар куни боғлаб туриш, операциядан 14-16 кундан ўтгач чокларни оралатиб олиш;

- ортопедик касалликнинг оғирлиги, чанок сон бўғимидаги тикланмайдиган ўзгаришларнинг яқоллиги, бўғимнинг функциясини чекланиши ва сезиларли даражада бузилиши қараб ногиронликни расмийлаштириш (агар у олдиндан расмийлаштирилмаган бўлса) ёки қайта расмийлаштириш (агар зарур бўлса);

- мактаб ўқувчилари учун-камида 3 ой давомида уйда ўқув дастури бўйича дарсларни рўйхатдан ўтказиш;

- биринчи реабилитация даволаш учун 1,5 ойдан кейин қайта касалхонага ётқизиш..

Шундай қилиб, беморнинг касалхонада ётиши қабул қилинган кундан чиқарилган кунгача бўлган умумий муддати 10-12 кунгача.

Қайта касалхонага ётқизиш.

Жарроҳлик даволашдан 1,5 ой оўтгач, бемор яна боғлимга ётқизилади. Чанок сон гипсли боғлами ечилиб беморга дерататорли гипсли боғлам етикча қўйилади. Бола тўшақда чалқанча ва қорни билан чанок сон бўғимларида оёқларини 20-25° очилган ҳолда ётишига руҳсат берилади, ёнбошлаб ётиш ман қилинади. Даволаш гимнастикасини, массаж, физиоуможаларни ўз ичига олган тиклаш давоси буюрилади ва ҳар 3 ойда қайталанади. Операциядан кейин 4-5 ойдан сўнг операциядан кейинги даврни ва болани ёшини ёшига қараб болага ўтириш ва қўлтик таёқлар ёрдамида (аввалига операция бўлган оёғига босмасдан ва кейинчалик панжанинг олд қисмини босиб) юришга руҳсат берилади. Операциядан кейинг 5-6 ой ўтиб суяк фрагментларини тўлиқ консолидациясидан сўнг тос ва сон суякларидаги металл мосламалар олиб ташланади. Металл мосламалар олингандан сўнг 3-4 ой ўтиб сон суяги ва тос суягидаги остеотомия жойларини тўлиқ консолидациясидан сўнг беморга юришга руҳсат берилади. Мустақил юришни бошлашга қуйдаги шароитлар бўлиши шарт: бўғимни стабиллиги, бўғимдаги ҳаракатлар амплитудасини функционал етарлиги, сон суяги бошчасининг тўғри марказлашиши ва очилиш мушакларини кучини етарлилиги.

Амбулатория шароитида беморларни кузатиш

Беморга жарроҳлик даволашдан 1,5 ой ўтгач касалхонага ётқизиш тавсия етилади. Шу билан бирга, клиник ҳолат, янги шароитларга мослашиш, жарроҳлик жароҳатларидан кейинги ҳолат, олдинги тавсияларнинг бажарилиши, шунингдек беморнинг фикри ва мумкин бўлган шикоятлари баҳоланади. Рентгенография фақат клиник текширув натижасида аниқланган салбий ўзгаришлар мавжуд бўлганда амалга оширилади.

Даволаш режасида машқлар терапияси дастурини кенгайтириш тавсия етилади - мушакларни кучайтириш учун машқлар. Кейинги назорат текшируви операция кунидан бошлаб 6 ой ва 1 йил муддатга тайинланади.

Жарроҳлик муолажасидан сўнг беморлар дастлабки 3 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта, сўнгра йилига 1 марта рентген текшируви билан диспансер кузатувига муҳтож. Ушбу техникадан фойдаланиш соннинг туғма чиқиши юқори бўлган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга, асоратлар хавфини камайтиришга, хусусан, сон суяги бошининг асептик некрозини ривожланишига, шунингдек, сон суягини туғма патологияси бўлган беморларнинг ногиронлик фоизини камайтиришга имкон беради.

5.2. Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

1. Сон суяги бошчасининг бўғим косачасида жойлашиши ва соннинг таянч қобиляти.
2. Чанок сон бўғимида функционал ҳаракатлар ҳажмини тиклаш.

6. ТИББИЙ ЁРДАМ ТУРЛАРИНИ ҲИСОБГА ОЛГАН ҲОЛДА КАСАЛХОНАГА ЁТҚИЗИШ УЧУН КЎРСАТМАЛАР:

6.1. Касалхонага режали йотқизиш учун кўрсатмалар:

Режали, оёқ функциясини оқсоқланиш шаклида бузилиши, юрганда чаноқ сон бўғимидаги ўғрик, оёқнинг калталиги, чаноқ сон бўғимининг ностабилиги, консерватив давонинг самарасизлиги.

6.2 Стационар даражадаги даволаш тактикаси:

6.3. Беморни кузатиш харитаси, беморни йўналтириш:

7. ПРОТОКОЛНИНГ ТАШКИЛИЙ ЖИҲАТЛАРИ:

7.1. манфаатлар тўқнашуви йўқлиги хақида маълумот:

манфаатлар тўқнашуви йўқ;

7.2. эксперт маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари):

7.3. протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш:

протоколни ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

"Сон суягининг туғма чиқиши» нозология диагностикаси ва даволаш бўйича миллий клиник протоколлар учун.

1. Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А. Хирургический подход к лечению детей с асептическим некрозом головки бедренной кости после бескровного вправления врождённого вывиха бедра. – Травматология, ортопедия и реабилитация. - №4. – 2021. – С.154.
2. Басков В.Е. Ортопедо-хирургическое лечение детей с диспластическим маргинальным вывихом бедра // Автореф.дис.канд.мед.наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.
3. Каменских М.С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей // Автореф.дис.канд.мед.наук. – Пермь, 2012. – 24 с.
4. Камоско М.М., Поздникин И.Ю. Врожденный вывих бедра // Клинические рекомендации. – Санкт-Петербург, 2013. – 30 с.
5. Камоско М.М., Познович М.С. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов // Ортоп., травматол. и восстанов. хир. дет. возраста. - Санкт-Петербург, 2014. - Том ИИ., № 4. – С. 51-60.
6. Куценко Я.Б. Функциональное лечение детей до 3 лет с врождённым вывихом бедра с использованием артроскопических технологий, контролируемых онлайн ультрасонографией // Хирургия детского возраста. – Киев, 2016. - №1–2 (50–51) - С.40-45.
7. Малахов О. А., Кралина С. Э. Врожденный вывих бедра (клиническая картина, диагностика, консервативное лечение). — Москва: ОАО «Издательство «Медицина», 2006 128 с.
8. Олейников Е.В., Долганова Т.И., Долганов Д.В., Тёпленький М.П. Сократительная способность мышц бедра при биомеханических нарушениях условий их функционирования у пациентов с патологией тазобедренного сустава // Гений ортопедии. – Курган, 2012. - №3. – С.94-96.
9. Поздникин И.Ю., Басков В.Е., Волошин С.Ю., Барсуков Д.Б., Краснов А.И., Познович М.С., Бортулёв П.И., Баскаева Т.В., Бортулёва О.В. Ошибки диагностики и начала консервативного лечения детей с врождённым вывихом бедра // Ортоп., травматол. и восстанов. хир. дет. возраста. - Санкт-Петербург, 2017. - Том 5., № 2. – С. 42-51.
10. Сертакова А.В. Патогенетическое обоснование новых принципов диагностики степени тяжести и оценки эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей // Автореф.дис.канд.мед.наук. – Саратов, 2013. – 19 с.
11. Банкаоғлу М. Тхрее-дименсионал Сомпутеризед Томографхй анд Мултипланар Имагинг оф Девелопментал Хип Дйспласиа // Мед.Булл. Сисли Етфал Ҳосп. – 2019. – 53(2). – п.103–109.

12. Ҳолман Ж., Сарролл К.Л., Муррай К.А., Маслеод Л.М., Роач Ж.Ш. Лонг-терм фоллош-уп оф опен редустрион сургерй фор девелопментал дислосатион оф тхе ҳип. Ж. Педиатр. Ортхоп. – 2012. – 32. – р.121-124.
13. Килсдонк И., Шитбреук М., Ван Дер Шоуде Ҳ.Ж. Ултрасоунд оф тхе неонатал ҳип ас а ссреенинг тоол фор ДДХ: ҳош то ссреен анд дифференсес ин ссреенинг програмс бетшеен Еуропаан соунтриес // Ж.Ултрасон. – 2021. – 21. – п.147–153.
14. Краеутлер М.Ж. ет ал. Ҳип инстабилитй: а ревиеш оф ҳип дйспласиа анд отхер сонтрибутинг фасторс // Мусслес, Лигаменц анд Тендонс Жоурнал. – 2016. – 6(3). – п.343-353.
15. Сешелл М.Д., Еастшоод Д.М. Ссреенинг анд тратмент ин девелопментал дйспласиа оф тхе ҳип—шхере до ше го фром хере? // Интернационал Ортхопаедисс (СИСОТ). – 2011. – 35. – п.1359–1367.
16. Тхеуниссен Ш., ван дер Стеен М., ван Доуверен Ф., Шитлох А., Толк Ж.Тиминг оф Репеат Ултрасоунд Ехаминатион ин Тратмент оф Стабле Девелопментал Дйспласиа оф тхе Ҳип // Ж. Педиатр. Ортхоп. – 2021. – 41. – п.203–208.

"СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1 Сон суягини туғма чиқишида қўлланиладиган жарроҳлик амалиётлар.

Сон суягининг тератоген чиқишини (сон суяги бошчаси она қорнидаёқ бўғимдан ташқарида жойлашади) ва чаноқ сон бўғими компонентларини дисплазияси оқибатида шаклланган чиқишни фарқлаш керак. Сон суягини тератоген чиқиши фақатгина бирламчи хирургик даво билан даволанади

Жарроҳлик даволашнинг умумий тамойиллари:

1. Бўғимнинг тоғайли ва юмшоқ тўқимали компонентларига юқори еҳтиёткорлик билан муносабатда бўиш, бўғимни тўғри шаклланишини муҳим элементи бўлиб ҳисобланган сон суяги бошчасини аваскуляр ўзгаришини профилактикаси ва еркин юришни оптимал муддатларда тикланишини таминлаш.
2. Деформасияловчи коксартрозни самарали олдини олиш, бўғим юзаларини конгруентлигини таминлаб чаноқ сон бўғимидаги тўғри анатомик мутоносибликни тиклаш
3. Чаноқ сон бўғими компонентнинг реконструкцияси боғъим элементларини бир-бири билан контактда бўлувчи юзларининг майдонини кўпайтириш ва биомеханик параметрларини ўзгартириш (кучлар дастагининг елкасини, уларни қўллаш нуқталарини ўзгартириш) мақсадида диспластик коксартрозни зўрайишини тўхтатиш даволашнинг самарали чораси бўлиб ҳисобланади.

Сон суягини туғма чиқишида қўлланиладиган асосий жарроҳлик амалиётларни шартли тоърт гуруҳга боълиш мумкин:

1. Кичик жарроҳлик амалиётлар (чаноқ сон бўғими мушакларнинг миотомиялари).
2. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш.
3. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва куймич косачаси томини пластикаси.
4. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягида реконструктив-тиклаш амалиётларини билан.

2. СОН СУЯГИНИНГ ТУҒМА ЧИҚИШИДА ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТЛАРИНИНГ ҚЎЛЛАНИШИ.

2.1. Сон суягининг туғма чиқишини жарроҳлик даволаш мақсади.

Бўғим стабиллигига еришиш ва уни ушлаб туриш, кичик ёшдаги болаларда минимал асоратлар билан чаноқ сон бўғимини конгруентлигини тиклаш, қолдиқ асетабуляр дисплазияси бор катта ёшдаги болаларда ёшлиқдан остеоартрозни ривожланишини оқибатида

ендопротезлашга муҳтожликни олдини олиш сон суягининг туғма чиқишини жарроҳлик даволаш мақсади [5,6,17].

Шифокорнинг барча кўрсатмаларини бажарган ҳолда сон суягини туғма чиқишини консерватив самарасиз давосида сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексияловчи остеотомия қилиб сон бошчасини бўғимга солиш ва тос суйгида реконструктив тиклаш амалиётларини металл фиксаторлардан фойдаланиб жарроҳлик даволаш ўтказилади.

Сон суягини туғма чиқишини жарроҳлик даволашга қарши кўрсатмалар:

- камқонликнинг оғир даражаси,
- ўткир инфекцион касалликлар,
- сурункали инфекцион касалликларни хуруж даврида,
- ўткир босқичдаги руҳий касалликлар,
- ўткир соматик касалликлар,
- суб ва декомпенсация давридаги сурункали соматик касалликлар,
- кахексия.

2.2. 1. Кичик жарроҳлик амалиётларга қарши кўрсатмалар.

- 2 ёшдан катта бўлган болалар,
- Олдин даволанмаган (бирламчи) беморлар.

2.2.2. Сон суягини очик усулда коъстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб боъғимга солишга қарши кўрсатмалар.

- 2 ёшгача бўлган болалар,
- камқонликнинг оғир даражаси,
- ўткир инфекцион касалликлар,
- сурункали инфекцион касалликларни хуруж даврида,
- ўткир босқичдаги руҳий касалликлар,
- ўткир соматик касалликлар,
- суб ва декомпенсация давридаги сурункали соматик касалликлар,
- кахексия.

2.2.3. Сон суягини очик усулда коъстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб боъғимга солиш ва қуймич косачаси томини пластикасига қарши кўрсатмалар.

- 2 ёшгача бўлган болалар,
- камқонликнинг оғир даражаси,
- ўткир инфекцион касалликлар,
- сурункали инфекцион касалликларни хуруж даврида,
- ўткир босқичдаги руҳий касалликлар,
- ўткир соматик касалликлар,
- суб ва декомпенсация давридаги сурункали соматик касалликлар,
- кахексия.

2.2.4. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суйгида реконструктив-тикласҳ амалиётларига қарши кўрсатмалар

- Й симон тоғайларни ёпилмаган 12 ёшгача боълган болалар,
- камқонликнинг оғир даражаси,
- ўткир инфекцион касалликлар,
- сурункали инфекцион касалликларни хуруж даврида,

- ўткир босқичдаги руҳий касалликлар,
- ўткир соматик касалликлар,
- суб ва декомпенсация давридаги сурункали соматик касалликлар,
- кахексия.

2.3. Сон суягини туғма чиқишини жарроҳлик даволашга кўрсатмалар

- сон суяги тератоген юқори чиқиши;
- тана тортимида даволашдан кейинги тушмаслик ҳолати;
- амбулатор шароитда функционал консерватив даволаш усуллариининг самарасизлиги;
- бирламчи тушмайдиган сон туғма чиқиши, чиқишни диагностика қилиш даврида (артрография, МРТ, контрастли КТ) ЧСБда сон суяги бошчасини ёпиқ усулда бўғимга солишга қаршилиқ қилувчи (сон суяги бошчаси ва бўғим косачасинининг ўлчамларининг номутоносиблиги) патологик тузилмаларнинг мавжудлиги;
- бўғим косачасининг контраст модда билан тўлишини деффектлари, лимбуснинг буралиши ва бўғим косачасига интерпозисияси, бўғим капсуласида тортмаларнинг мавжудлиги.

2.3.1. Кичик жарроҳлик амалиётларга кўрсатмалар:

- 2 ёшга яқин ва 2 ёшгача бўлган болаларда сон суягининг туғма чиқиши,
- қонсиз усулда солишга ҳаракат қилингандан кейинги натижасиз ҳолатлар.

2.3.2. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солишга кўрсатмалар:

- 2 ёшдан катта бўлган болаларда сон суягини туғма чиқиши,
- қонсиз усулда бўғимга тушмаган чиқиш,
- сон суяги проксимал қисми жойлашини бузилиши ва сон суяги бўйин қисмини валгусли деформасиясини шаклланиши асетабуляр индекси 30^0-35^0 ва Шарп бурчагини 50^0 дан юқори бўлиши билан.

2.3.3. Сон суягини очик усулда кўстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягини Салтер бўйича ротасион остеотомиясига кўрсатмалар:

- асетабулумдан юқори ёнбош сон чиқиши ёки функционал рентгенограмма ва артрограммаларда бўғим косачасини пастки тўсиқ (блок) мавжудлиги;
- сон суяги проксимал қисми фазовий ҳолатини бузилиши ва сон суяги бўйин қисмини валгусли деформасиясини шаклланиши;
- қуймич косачасини фазовий ҳолатини бузулиши, асетабуляр индекси 30^0-40^0 ва Шарп бурчагини 50^0 дан юқори бўлиши, Виберг бурчаги ва олд қоплаш бурчагини- (-7^0) ва ундан ҳам кам, ҳақиқий БДБ -145^0 дан юқори ва антеторсия бурчагини 55^0 дан юқори бўлиши.

2.3.4. Сон суягини очик усулда кўстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва томини Пембертон усулида периастебуляр пластикаси кўрсатмалар:

- асетабулумдан юқори ёнбош сон чиқиши ёки функционал рентгенограмма ва артрограммаларда бўғим косачасини пастки тўсиқ (блок) мавжудлиги;
- сон суяги проксимал қисми фазовий ҳолатини бузилиши ва сон суяги бўйин қисмини валгусли деформасиясини шаклланиши;
- қуймич косачасини фазовий ҳолатини бузулиши асетабуляр индекси 30^0-35^0 ва Шарп бурчагини 50^0 дан юқори бўлиши.

2.3.5. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягида реконструктив-тиклаш амалиётларига кўрсатмалар.

Ўсмирларда чаноқ сон бўғимини анатомик ўзгаришларни оғирлиги чаноқ косачасини ҳолатини коррексия қилиш ва ротацион транспозиция қилиш мақсадида қўллашни белгилайди. Тос суягини икки ёки учталиқ остеотомиясини мустақил вариант билан биргаликда сон суягини очик усулда солиш ва соннинг коррексийловчи остеотомияси билан бирга қўллаш мумкин.

2.4. Жаррохлик амалиётларини бажарувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар.

2.4.1. Жаррохлик амалиётларини бажарувчи мутахассисга қўйиладиган талаблар:

- болалар ва ўсмирларда чаноқ сон бўғимини анатомияси ва қон айланишини билиш;
- болалар ва ўсмирларда сон суягини туғма чиқишини аниқлашда УТТ, рентген ва КТ текширувлари тўғрисидаги умумий маълумотларни билиш;
- болалар ва ўсмирларда сон суяги туғма чиқишини қонсиз ва жаррохлик усулда даволангандан кейин чаноқ сон бўғимини шаклланиш хусусиятларини таҳлил қилиш;
- радиацион хавфсизлик қоидаларига риоя қилиш
- болалар травматологияси ва ортопедияси бўйича малака оширганлиги бўйича сертификат мавжудлиги.

2.5. Сон суягини тугъма чиқишида асосий (мажбурий) ва қoъшимча ташхислаш тадбирлари.

2.5.1. Асосий ташхислаш тадбирлари.

Тўлиқ анамнез ва физикал текширув ўз ичига оладиган стандарт текширув: сон суягини туғма чиқишини ерта ва кеч клиник белгилари – шикиллаш белгиси (Маркс-Ортолани), сондаги тери бурмаларининг асимметрияси, чаноқ сон бўғимида очилиш ҳаракатинг чегараланиши, юришнинг ўзгариши оқсоқланиш (бир томонлама чиқишда) ёки ўрдакка ўхшаб юриш (икки томонлама), чаноқ сон бўғимининг ностабилиги, Тренделенбург белгиси, сон суяги ката кўстини юқорига ва латерал силжиши, бир томонлама чиқишда оёқнинг калталиги тик ҳолатда турганда бел лордозини кучайиши

Чаноқ сон бўғимини ултратовуш текшируви. Сонографик текширув, тугъма сон чиқиши боълган боланинг ҳаётининг биринчи ҳафталаридаги клиник текширув билан биргаликда, коъп ҳолларда патологияни аниқлашга ва даволанишни ерта бошлашга имкон беради. Радиация юкига ега бўлмаган ЧСБ ултратовуш текшируви мавжудлиги, болага зарарли нурланиш таъсирининг йўқлиги билан ажралиб туради, фронтал ва сагиттал текисликларда чаноқ сон бўғими БК ва ССБ тоғай тўқималарнинг ўзаро боғлиқлигини баҳолашга ёрдам беради ва бир нечта тадқиқотлар ўтказиш имкониятини беради. Ушбу усулдан фойдаланиш, агар керак бўлса, чаноқ сон бўғими дисплази учун хавф омиллари ёки клиник белгилари бўлган 3 ойгача бўлган болаларда ташхисни аниқлаштириш тавсия етилади. Шунга қарамай, ушбу усул ёшга боғлиқ чекловларга ега - оссификация ядроси пайдо бўлиши билан унинг маълумот таркиби пасаяди, бу БК суяк томини тасаввур қилиш учун "ойна" ни ёпади. Бу боланинг 8-12 ойлигида тез-тез учрайди [4,7,16].

Рентгенологик тадқиқот усули. Агар болаларда ёш боълса (3 ойгача).ҳозирги вақтда чаноқ сон бўғими тугъма патологиясини ташхислашнинг асосий усули бу ултрасонографик тадқиқот, кейин 3 ойдан катта болаларда. енг кенг тарқалган ва арзон усул рентгенологик ҳисобланади. чаноқ сон бўғими патологиясини дастлабки ташхислаш учун рентгенография тоъғридан-тоъғри проекцияда амалга оширилади. Х-нурлари боланинг орқа томонидаги ҳолатида, оёқлари чўзилган ва параллел равишда ётқизилган ҳолда олинади. Шуни таъкидлаш керакки, ҳеч қандай ҳолатда пастки оёқ-қўлларни чаноқ сон бўғимларида егмаслик керак (бу ҳали ҳам тадқиқот пайтида учрайди), чунки бу фронтал текисликда бўғимдаги нисбатларнинг

ўзгаришини келтириб чиқаради ва натижада асосий рентгенометрик кўрсаткичларни тўғри талқин қилиш қийинлашади.

Компютер томографияси (КТ) ўсмирлар ва ёш катталарни даволашда, дисплазияни ташхислашда ва уни етарли даражада даволашни танлашда, шу жумладан тос ва сон остеотомиясида ва горизонтал текисликдаги чаноқ сон тузилмаларнинг ўзаро боғлиқлигини баҳолашда ёрдам беради. Шунингдек, уч ўлчовли юзада тасвирда кўшма тушунча олиш мумкин [13,14].

КТ сизга қуйидагиларни баҳолашга имкон беради:

* асетабулум ва проксимал сон антеверсияси;

* асетабулумнинг шакли ва чуқурлиги, унинг олд ва орқа деворларининг тузилиши ва ривожланиши; асетабулум томининг оссификациясининг бир хиллиги, ўрганилаётган зонада йўқ қилиш ходисалари;

* асетабулумга нисбатан сон бошининг марказсизланиш даражаси;

* асетабулум ва сон бошининг бўғим юзаларининг уйғунлиги;

* чаноқ сон бўғими атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг ўзгариши (ҳажмнинг пасайиши, индивидуал мушак гуруҳларининг атрофияси, улар орасидаги бўшлиқларнинг кенгайиши).

Болаларда чаноқ соннинг туғма чиқиши учун, КТ учун кўрсатмалар:

* сон бошнинг тузатиб бўлмайдиган чиқишлари камайтириш ва уларнинг жойлашишини аниқлаш учун тўсиқларни аниқлаш;

* сон бошининг асептик некрози, унинг чала чиқиши билан биргаликда, жараённинг ривожланишини камайтирадиган чора-тадбирларни аниқлаш учун бошнинг деформация жойларини аниқлаш учун;

* 5 йошдан ошган болаларда сон бошининг асетабулумга нисбатан марказсизланиши, сон бўғимининг таркибий қисмларида сезиларли таркибий ўзгаришлар,

Мултиспирал компютер томографияси операциядан олдинги ва кейинги даврда ЧСБ патологияси учун фойдали бўлган боғъимдаги таркибий оъзгаришларни етарли даражада визуализация қилиш, бу фазовий қоъшма муносабатлар ҳақида тасаввурга ега боълишга имкон беради [5]. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, ССТЧ бўлган болаларда реконструктив операцияни тўғри режалаштириш учун юқоридаги усул сон суяги бошчасини шаклини, ривожланиш даражаси ва йўналишини объектив баҳолашга имкон беради [16].

2.5.2. Қўшимча (кўрсатмага биноан) диагностик тадбирлар:

Туғма сон чиқиши учун лаборатория текширувлари операцияга тайёргарлик босқичида ўтказилиши мумкин.

- коннинг умумий таҳлили;

- сийдикни умумий таҳлили;

- қон гуруҳи ва резус фактори;

- конни биокимёвий текшириш: умумий оксил ва унинг фракциялари (а, Б, й), билирубин (билвосита, тўғридан-тўғри), глюкоза, карбамид, гидроксиди фосфатаза, аланин аминотрансфераза (Алат), аспаспартатаминотранс-фераза (Асат), электролитлар (К, На, Сл, Са);

- коагулограмма: протромбин индекси (ПТИ), фибриноген даражаси ва фаоллаштирилган қисман тромбопластин вақти (АЧТВ), тромбин вақти (ТВ);

- электрокардиография (ЕКГ);

- агар керак бўлса, ташқи нафас олиш функциясини ўрганиш-спирография.

Қўшимча диагностик тадбирлар касалликни таққослаш диагностикасида, асосий касалликнинг ёндош касалликларини босқичини баҳолашда, жарроҳлик даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни аниқлашда оғриқсизлантириш усулини танлашда ва тор мутахасисларни маслаҳатини зарурлигини аниқлашда шифокорларга маълумот беради.

2.6 Ўзбекистон Республикаси санитария қоидалари, меъёрлари ва гигиена нормативларига кўра, Сон суягини туғма чиқишини даволаш ёки муолажа ўтказилишига қўйиладиган талаблар:

Жаррохлик ўтказиладиган хоналар, асбоб-ускуналар, тиббий ва бошқа жиҳозлар тоза сақланиши керак. Хоналарда намли тозалаш ишларини ўтказиш (полларни ювиш, мебелларни, асбоб-ускуналарни, дераза олдилари, ешикларни ва бошқаларни артиб чиқиш) ювувчи воситаларидан фойдаланган ҳолда бир суткада камида 2 марта амалга оширилиши лозим. Зарурат бўлганда, жорий тозалаш ишлари кунга бир неча марта амалга оширилади, дераза ойналари 3 ойда камида 1 марта тозаланиши керак.

- Операция блокни умумий тозалаш (кундалик жорий тозалаш ва дезинфекция ишларидан ташқари) хоналар асбоб-ускуналар, мебеллар ва бошқа жиҳозлардан бўшатиш ҳолда ҳафтада бир марта амалга оширилиши лозим. Муассасада ювиш ва дезинфекция қилиш воситаларининг доимий зарурий уч ойлик захираси мавжуд бўлиши керак.

- Стерилликни, асептика ва антисептика режимига риоя этилишини талаб етадиган операция хоналар йиғиштирилганидан сўнг, жорий фойдаланиш жараёнида вақти-вақти билан 1 м³ хона учун лампа қуввати 1 Вт ҳисобидан стационар ёки кўчма бактерицид лампалар ёрдамида зарарсизлантириш керак.

- Жаррохлик бўлимлари йилига 1 марта косметик таъмирдан, профилактик ювиш ва зарарсизлантириш ишлари ўтказиш учун ёпилиши керак. Жорий нуқсонларни бартараф этилиши (шифтлар ва деворларда сув оқиш ва намланишларни, захлик ва моғор изларини йўқ қилиш, ёриқлар, ковак ва ўнқир-чўнқирларни текислаш, тушиб кетган пардозлаш плиткасини, пол қопламалари нуқсонларини тиклаш ва бошқалар) дарҳол амалга оширилиши лозим.

- Жаррохлик блогда наркоз апаратуралари ва тиббий асбоб-анжомларни зарарсизлантириш учун алоҳида ажратилган ва жиҳозланган хоналар бўлиши керак.

- Жаррохлик амалиётларида қўлланилаётган тиббий технологиялар, фойдаланиладиган асбоб-ускуналар, сарфлов материаллари ва дори-восилари Ўзбекистон Республикаси ҳудудида қўлланилишига рухсат этилган бўлиши лозим.

2.7. Беморни жаррохлик амалиёти ёки муолажа учун тайёрлашга қўйиладиган талаблар ва жаррохлик амалиётларни методологияси.

Сон суяги туғма чиқишини даволаш мақсадида бажариладиган муолажа ва жаррохлик амалиётлари - умумий анестезия остида бажарилганлиги учун анестезиолог, лозим бўлганда бошқа тор соҳа мутахассислари кўриклари ўтказилиб, улар томонидан қўйилган талаблар асосида бемор жаррохлик амалиётига тайёрланади.

2.7.1. Сон суягини туғма чиқиши билан ҳасталанган беморларда жаррохлик муолажаси ўтказишда қўйиладиган талаблар:

-Ичакни бўшатиш ва жаррохлик кесим тери соҳасини санация қилиш жаррохликда умумий қабул қилинган усулга мувофиқ амалга оширилади.

-Операция бошланишидан 2 соат олдин ўпка ва жаррохлик яраларидан юқумли асоратларни олдини олиш учун ёшга боғлиқ дозаларда кенг спектрли антибактериал воситалардан бири буюрилади.

2.8. Беморда ўтказиладиган жаррохлик амалиёти ёки муолажаларни ўтказиш методологияси.

2.8.1. Кичик жаррохлик амалиётлар-чаноқ сон бўғими мушакларнинг миотомияси.

Операцион майдонни тозалангандан сўнг сонни келтириш мушакларини пайларини контуридан перпендикуляр йўналишда 4-5 см тери қавати кесилади. Ўтмас йўллар елеватор ёрдамида м. аддустор лонгус пайи мобилизация қилиниб тенотомия қилинади. Чаноқ сон бўғимидаги олинган очилиш чаноқ сон ва тизза бўғимларида 90⁰ букилган ҳолатда текшириб кўрилади. Чаноқ сон бўғимини ёзган ҳолда очилиш ҳаракатини бериб м.грасилисни нозик ва кенгайган пай қисми тенотомий қилинади. Тоғлиқ гемостаздан соьнг яра қаватма-қават

тикилади. Чанок сон боғғимларида камида 30^0 очилган ҳолатда операциядан кейинг 3 ҳафта давомида оёқ ушланиб туради.

Муолажани ўтказилишини назорат қилиш. Даволаш натижалари муолажани бажарадиган шифокорга боғлиқ; самараси кўпроқ бўлган натижаларга энг кўп тажрибага ега ортопедлар еришадилар. Сон суяги туғма чиқишини жарроҳлик самарадорлигини муолажа ўтказиш давомида назорат қилиш учун электрон оптик ўзгартириш ва рентгенография усулларида фойдаланиш ёрдамида ошириш мумкин.

Оғрик қолдириш. Муолажа давомида беморнинг ҳаракатини ва нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражада оғрикни қолдириш керак.

2.8.2. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш.

Амалиёт нафас олишни бошқарув билан эндотрахеал наркоз остида амалга оширилади. Оёқни тери қавати спинае илиаса антериор супериор дан тортиб бармоқлар учларигача ёд (бетадин) ва спирт еритмалари билан тозалаб бўлгандан сўнг, чанок сон бўғимини олд ён кесими орқали тери ва тери ости йўғ қатлами скалпел ёрдамида тоснинг олд-юқори қиррасидан соннинг юқори учлигигача кесилади. (8-10 см). Ўтмас йўллар билан ўрта думба мушаги ва соннинг кенг фассиясини таранглаштирувчи мушаклар ораллигига борилади. Чанок сон бўғимини олд юзаси очилади. М. Илиопсоаснинг пайи ажратилиб сон суягига бириккан жойидан кесилади. Бўғим капсуласи қисқичларга ёки ушлагичларга олиниб кесилади (артротомия) ва бўғим ичи кўздан кечирилади. Бунда бўғим косачасидан сон бошчасини гипертрофиялашган хусусий боғлами ва ёғли ёстикча олиб ташланади. Бўғим ичига қайрилган лимбус бўғимнинг гиалин тоғайига зарар еткизмасдан орқага қайтарилади ва тўғирланади. Бўғим капсуласида тортмалар мавжуд бўган ҳолда улар кесилади. Сон суяги бошчасини бўғимга тушушига тўсқинлик қилаётган барча тўқималар олиб ташлангандан сўнг қуймич косачасининг қирраларига баҳо берилади. Соннинг тўрт бошли мушагини латерал бошчаси суяк устки пардаси билан Т-симон кесилади, сон суяги юқори учлиги олд ва орқа ташқи юзлари суяк пардаси остидан очилади. Сон суяги катта кўстидан 1,0-1,5 см пастроқдан Жигли арраси ёки оссиллрловчи арра ёрдамида БДБ ни беморнинг ёши қараб сон суяги кўстлар аро деторсион-варусловчи остеотомия қилинади. Калталаштирувчи резексия сон суягини дистал фрагменти ҳисобидан қилинади. Бунда резексия қилинадиган фрагментнинг ўлчами сон суяги бошчасини краниал силжишига боғлиқ бўлиб ва бу силжишни 30 % ташқил қилади (Шентон чизиғини узулишини узунлиги). Сон суягини калталаштирувчи остеотомия қилиш жараёнида кесим юзаси қия бўлиб, сон суягини резексия қилинадиган фрагменти трапеция шаклида бўлиб унунг асоси медиал томонда бўлади. Сон суягини резексия қилинган фрагментини физиологик еритмага тўлдирилган стрилл идишга солинади. Кейинчалик сон суяги проксимал қисмини антеторсияси ва БДБ ни патологик валгизацияси бартараф қилинади. Бўғим капсуласи чўлтоқларига № 3 жуфт ипак иплари кўйилади. Кейинчалик, суяк фрагментлари медиализацияловчи пластинка ёки соннинг проксимал қисмига чегараловчи контакт берувчи пластина ёрдамида фиксация қилинади. Бунда, антеторсия бурчаги $15-20^0$ гача, бўйин-диафиз бурчаги еса $110-115^0$ гача коррексия қилинади. Сон суяги бошчасини бўғим косачасига оёқни ўқи бўйича тортиш, очиш ва сон суяги катта кўстига олди ва ичкарига қараб қисман босиш орқали солиш. Бунда сон суяги бошчаси оёқнинг ўрта ҳолатида ўтказилган сон суяги проксимал қисмини коррексиясидан сўнг қуймич косачасига кириш йўналишига тўғри келиши керак. Бўғимга солиш техникасига риоя қилганда ва тўсиқларнинг бартараф қилинганлигида сон суяги бошчаси бўғимга унинг орқа пастки қирраси орқали тушурилади. Бўғим капсуласи тўлиқ тикилади, имкон бўлганда дубликатура қилинади. Рентген назорат қилинади. Сон суягини бошчасини бўғим косачасига қониқарли марказлашишида ва режалаштирилган $110-115^0$ бўйин-диафиз бурчагида ва $10-20^0$ антеторсия бурчагида ярага қон чиқарувчи найчалар кўйилади ва тўлиқ тикилади. Операциядан кейинг

даврда оёқнинг ташқи имбибилизацияси распоркали чаноқ сон гипсли боғами ёрдамида амалга оширилади.

2.8.3. Сон суягини очик усулда коьстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб боьгьимга солиш ва тос суягини Салтер боьйича ротасион остеотомияси.

Қуймич косачаси томини коррексия қилиш мақсадида косачани устки соҳаси очилади. Тос мушаклари орқали ёнбош суягини ярим ойсимон ўйиғига борилади ва суяк устки пардаси ажратилиниб илмоқсимон ҳимояловчи инструментлар инсисура ишиадиса мажор га қўйилади. Жигли арраси ёки искана (долото) ёрдамида тос суяги кўндаланг остеотомия қилинади. Бир тишли илмоқ ёрдамида ёнбош суягини дистал фрагменти олдига, пастга ва ташқарига тортилиб асетабулар бурчакни минимум $10-15^0$ ва сон суяги бошчасини ҳосил қилинган том билан тўлиқ қопланишини таминлаш керак. Ёнбош суяги фрагментлари орасидаги ҳосил бўлган ораликқа физиологик еритмали идишда сақланаётган ауто суяк бўлакчаси ўрнатилади. Трансплант ва ёнбош суягининг фрагментлари бўғим томи коррексия қилинган ҳолатда 2-3 та сихлар ёрдамида фиксация қилинади. Кейинчалик, суяк фрагментлари медиализацияловчи пластинка ёки соннинг проксимал қисмига чегараловчи контакт берувчи пластина ёрдамида фиксация қилинади. Бунда, антеторсия бурчаги $15-20^0$ гача, бўйин-диафиз бурчаги еса $110-115^0$ гача коррексия қилинади. Сон суяги бошчасини бўғим косачасига оёқни ўқи бўйича тортиш, очиш ва сон сьаги катта кўстига олди ва ичкарига қараб қисман босиш орқали солиш. Бунда сон суяги бошчаси оёқнинг ўрта ҳолатида ўтказилган сон суяги проксимал қисмини коррексиясидан сўнг қуймуч косачасига кириш йўналишига тўғри келиши керак. Бўғимга солиш техникасига риоя қилганда ва тўсиқларнинг бартараф қилинганлигида сон суяги бошчаси бўғимга унинг орқа пастки қирраси орқали тушурилади. Бўғим капсуласи тўлиқ тикилади, имкон бўлганда дубликатура қилинади. Рентген назорат қилинади. Сон суягини бошчасини бўғим косачасига қоникарли марказлашишида ва режалаштирилган $110-115^0$ бўйин-диафиз бурчагида ва $10-20^0$ антеторсия бурчагида ярага қон чиқарувчи найчалар қўйилади ва тўлиқ тикилади. Оперциядан кейинг даврда оёқнинг ташқи имбибилизацияси распоркали чаноқ сон гипсли боғами ёрдамида амалга оширилади.

2.8.4. Сон суягини очик усулда коьстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб боьгьимга солиш ва томини Пембертон усулида периастебуляр пластикаси.

Қуймич косачаси томини коррексия қилиш мақсадида косачани устки соҳаси очилади. Тос суягини қиррасидан м. глутеус и м. тенсор фассия латае дистал йўналишда боғим капсуласига қараб ва бироз орқа томондан субпериостал ажратилади, лекин катта ўтирғич ўйиқчаси очилмайди. Ўткир елеватор ёрдамида ёнбош суягини апофизи бириккан абдоминал мушаклари билан қўшиб ёнбош суягини олд қиррасидан ажратилади. Сўнгра мушаклар ёнбош суягини медиал томондан субпериостал ажратилиниб ўтирғич ойиқчаси очилади. Ёнбош суягини олд қисмини очиш мақсадида ушбу ўтирғич ўйиқчасига 2 та япалоқ ретрактор ўтказилади, биттаси – ёнбош суягини медиал томонидан ва иккинчиси латерал томондан. Ёнбош суягини остеотомияси ингичка қийшиқ остеотом ёрдамида қуйдаги тартибда амалга оширилади: аввалига юқоридан ёнбош суягини олд қиррасигача ва бўғим капсуласидан 1 см проксимал ва капсулага параллел ҳолда остеотомияни давом еттирилади. Ушбу жараён ўтирғич ўйиқчасида остеотомнинг олд томонидан кўринмай қолишигача ректракторга қараб давом етади. Остеотомиядан кейин, остеотомиянинг олд қисмига енли қийшиқ остеотом киргизилади ва суяк фрагментлари бир-биридан ажратилади. Қуймич косачасини томини асетабуляр индекси 0 га тенг бўлгунча егиш шарт. Ёнбош суяги фрагментлари орасидаги ҳосил бўлган ораликқа авалдан физиологик еритмаси бор идишда сақланаётган ауто трансплантат ўрнатилади.

Транспантант ва ёнбош суягининг фрагментлари бўғим томи коррексия қилинган ҳолатда 2-3 та сихлар ёрдамида фиксация қилинади. Кейинчалик, суяк фрагментлари медиализацияловчи пластинка ёки соннинг проксимал қисмига чегараловчи контакт берувчи пластина ёрдамида фиксация қилинади. Бунда, антеторсия бурчаги 15-20° гача, бўйин-диафиз бурчаги еса 110-115° гача коррексия қилинади. Сон суяги бошчасини бўғим косачасига оёқни ўқи бўйича тортиш, очиш ва сон сяги катта кўстига олди ва ичкарига қараб қисман босиш орқали солиш. Бунда сон суяги бошчаси оёқнинг ўрта ҳолатида ўтказилган сон суяги проксимал қисмини коррексиясидан сўнг қуймуч косачасига кириш йўналишига тўғри келиши керак. Бўғимга солиш техникасига риоя қилганда ва тўсиқларнинг бартараф қилинганлигида сон суяги бошчаси бўғимга унинг орқа пастки қирраси орқали тушурилади. Бўғим капсуласи тўлиқ тикилади, имкон бўлганда дубликатура қилинади. Рентген назорат қилинади. Сон суягини бошчасини бўғим косачасига қониқарли марказлашишида ва режалаштирилган 110-115⁰ бўйин-диафиз бурчагида ва 10-20⁰ антеторсия бурчагида ярага қон чиқарувчи найчалар қўйилади ва тўлиқ тикилади. Оперциядан кейинг даврда оёқнинг ташқи имбилизацияси распоркали чанок сон гипсли боғами ёрдамида амалга оширилади.

2.8.5. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягида реконструктив-тиклаш амалиётларини билан.

Ўсмирларда чанок сон бўғимини анатомик ўзгаришларни оғирлиги чанок косачасини ҳолатини коррексия қилиш ва ротасион транспозисия қилиш мақсадида қўллашни белгилайди. Тос суягини икки ёки учталик остеотомиясини мустақил вариант билан биргаликда сон суягини очик усулда солиш ва соннинг коррексияловчи остеотомияси билан бирга қўллаш мумкин.

Тос суягининг учталик остеотомиясидан кейинги бўғим косачаси транспозисиясининг техник жиҳатлари.

- Ёнбош, қов, ўтирғич ва керак бўлганда сон суягига бориш уларнинг суяк пардаси остидан аниқ кўринишини таминлаб берувчи битта кесим орқали амалга оширилади.
- Қов суягини чопиш қон-томир тўпламини зарарламасдан бўғим косачаси билан бириккан жойидан тўғридан-тўғри амалга оширилади.
- Ўтирғич суягини бутунлигини бузиш лиг. сасроспиносум ва сасротуберосумни иммобилизацияловчи тасирини камайтирувчи жойдан амалга оширилади.

Чанок сон бўғимига бориш, м.илиопсоаснинг пайини кесиш, бўғим ичидаги юмшоқ тўқималарни олиш, сон суяги бошчасини бўғим косачасига тушушини баҳолаш сон суягини очик усулда солишни мустақил вариантдек амалга оширилади. Қов суягини ажратиш ва ушбу суякда манипуляция қилиш оғир асоратларни келиб чиқиши мумкинлиги (қон томир тўплами яқинлиги) сабабли техник жиҳатдан қийин ҳисобланади. Ушбу камчиликларни бартараф етиш мақсадида қов суягини емас, балки ўтирғич суягини остеотомия қилиб қуймич косачасини мобиллик даражасини ошириш ва жарроҳлик жараёнинг мураккаблигини яқолл камайтириш мақсадида тосни иккиталик остеотомиясидан сўнг транспозисия қилиш техналогияси ишлаб чиқилган. Ёнбош суяги бўйинчага ўтар қисми остеотомиясидан сўнг, қуймич косачасини ротациясига қарши тоснинг мустаҳкам лиг. сасротуберале, и лиг. сасроспиналеларини бириккан жойидан краниал ўтирғич суяги остеомияси амалга оширилиши сабабли техник натижага еришлади. Тоснинг ёнбош-ўтирғич суяқларини остеотомиясидан кейинги қуймич косачасининг ротацияси (транспозицияси) даражаси тосни учталик остеотомиясидан кейинги ротасиясидан амалий фарқланмайди, сабаби бу жароҳати ва хавлилиги кам амалиёт ва тоснинг ёнбош-ўтирғич суяқларни остеотомиясини ортопедик стационарларнинг кундалик фаолиятида қўлланишига тавсия қилинади.

2.9. Даволаш ёки муолажанинг самарадорлиги кўрсаткичлари.

2.9.1. Кичик жаррохлик амалиётлар-чаноқ сон бўғими мушакларнинг миотомияси ўтказилганда:

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Клиник тажриба м.аддустор лонгус пайини чаноқ сон ва тизза боғғимлари 90° букилган ҳолатда ва м.грасиллис ни нозик ва кенгайган пайини чаноқ сон боғғимида ёзилган теномиотомия қилишни коърсатади.	4
Келтирувчу мушакларни пайларини ҳолатини проксимал контуридан назорат қилиш чаноқ сон бўғимидаги очилиш самарадорлиги ошириш	2а
Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1а
Тавсиялар	ТД
Чаноқ сон бўғимларини рентгенографиясини ўтказиш.	Кучли

2.9.2. Сон суягини очик усулда коъстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб боғғимга солиш ўтказилганда.

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Клиник тажриба шуни кўрсатадики 2 ёшдан катта боълган болаларда боғғимга тушмасликни ерта оърнатиш ва кейинги консерватив даво муолажалардан воз кечиш (қонсиз усулда солишга қайта ҳаракатлар) сон суягини очик усулда коъстлар аро коррексияловчи остеотомия қилиб боғғимга солиш енг самарадор усул.	4
Режалаштирилган 110-115° БДБ да ва 10-20° антеторсиа бурчагида сон суяги бошчасини куймич косачасига қониқарли марказлашишини таминлаш.	2а
Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1а
Тавсиялар	ТД
Чаноқ сон бўғимларини рентгенографиясини ўтказиш.	Кучли

2.9.3. Сон суягини очик усулда коъстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб боғғимга солиш ва тос суягини Салтер боъйича ротасион остеотомияси ўтказилганда.

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Клиник тажриба шуни тасдиқлайдики сон суягини очик усулда коъстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб боғғимга солиш ва тос суягини Салтер боъйича ротасион остеотомияси куймич косачасини фазовий ҳолатини бузулиши, асетабуляр индехни 30°-40° ва Шарп бурчагини 50° дан юқори боълиши, Виберг бурчаги ва олд қоплаш бурчагини- (-7°) ва ундан ҳам кам, ҳақиқий БДБ -145° дан юқори ва антеторсиа бурчагини 55° дан юқори боълишида ўтказилади.	4
Режалаштирилган 110-115° БДБ да ва 10-20° антеторсиа бурчагида сон суяги бошчасини куймич косачасига қониқарли марказлашишини таминлаш.	2а
Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1а
Тавсиялар	ТД
Чаноқ сон бўғимларини рентгенографиясини ўтказиш.	Кучли

2.9.4. Сон суягини очик усулда кўстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва томини Пембертон усулида периастебуляр пластикаси ўтказилганда.

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Клиник тажриба шуни тасдиқлайдики сон суягини очик усулда коъстлар аро калталаштирувчи-деторсион-варусловчи остеотомия қилиб боъғимга солиш ва томини Пембертон усулида периастебуляр пластикасига коърсатма куймич косачасини фазовий ҳолатини бузулиши асетабуляр индексни 30^0-35^0 ва Шарп бурчагини 50^0 дан юкори боълиши.	4
Режалаштирилган $110-115^0$ БДБ да ва $10-20^0$ антеторсиа бурчагида сон суяги бошчасини куймич косачасига қониқарли марказлашишини тامينлаш.	2а
Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1а
Тавсиялар	ТД
Чаноқ сон бўғимларини рентгенографиясини ўтказиш.	Кучли

2.9.5. Сон суягини очик усулда кўстлар аро коррексийловчи остеотомия қилиб бўғимга солиш ва тос суягида реконструктив-тиклаш амалиётлари ўтказилганда.

Далилларнинг қисқача хулосаси	ИД
Клиник тажриба шуни тасдиқлайдики оъсмирларда чаноқ сон боъғимини анатомик оъзгаришларни оғирлиги чаноқ косачасини ҳолатини коррексия қилиш ва ротасион транспозисия қилиш мақсадида қоъллашни белгилайди. Тос суягини икки ёки учталик остеотомиясини мустақил вариант билан биргаликда сон суягини очик усулда солиш ва соннинг коррексияловчи остеотомияси билан бирга қоъллаш мумкин.	4
Ёнбош суяги боъйинчага оътар қисми остеотомиясидан соънг, куймич косачасини ротациясига қарши тоснинг мустаҳкам лиг. сасротуберале, и лиг. сасроспиналеларини бириккан жойидан краниал оътиргъич суяги остеомияси амалга оширилиши сабабли техник натижага еришлади.	2а
Оғриқ туфайли юзага келган ҳаракатни ва ортиқча нафас олиш экскурсиясини чеклаш учун етарли даражадаги оғриқ қолдиришни таъминлаш керак	1а
Тавсиялар	ТД
Чаноқ сон бўғимларини рентгенографиясини ўтказиш.	Кучли

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

«Сон суягининг туғма чиқиши» нозологияси бўйича тиббий аралашувлар

миллий клиник протоколлар учун

1. Абальмасова Е.А. К раннему хирургическому лечению врожденного вывиха бедра / Е.А.Абальмасова // Ортопед. травматол. – 1986. – №7. – С. 58 – 59.
2. Басков В.Е. Ортопедо-хирургическое лечение детей с диспластическим маргинальным вывихом бедра. Автореф.дисс.... канд.мед. наук. СПб, 2009. –25 с.

3. Волошин С.Ю. Комплексное функциональное лечение врожденного вывиха бедра у детей грудного возраста. Автореф.дисс.... канд.мед. наук. СПб, 2005. –25 с.
4. Камоско М.М. Транспозиция вертлужной впадины при нестабильности тазобедренного сустава диспластического генеза. Автореф.дисс.... докт.мед. наук. – СПб, 2007. – 30 с.
5. Краснов А.И. Многоплоскостные деформации проксимального отдела бедренной кости после консервативного лечения врожденного вывиха бедра у детей (патогенез, клиника, диагностика, лечение). Автореф.дисс.... канд.мед. наук. – Л, 1990. – 25 с.
6. Поздникин И.Ю. Хирургическое лечение детей младшего возраста с дисплазией тазобедренных суставов и врожденным вывихом бедра. Автореф. дисс.... канд.мед. наук. – СПб, 2006. – 25 с.
7. Поздникин Ю.И. Реконструктивно-восстановительные операции при врожденном вывихе бедра у детей: Автореф.дисс.... докт.мед. наук. Казань, 1983. – 36 с.
8. Садофьева В.И. Рентгенофункциональная диагностика заболеваний опорнодвигательного аппарата у детей. - Л.: Медицина, 1986. - 235 с.
9. Тихилов Р.М. Деформирующий артроз тазобедренного сустава / Р.М.Тихилов, В.М.Шаповалов. – СПб., 1999. – 232 с.
10. Саттералл А. Сонгенитал дислосатион оф тхе хип: тхе индисатионс анд течникуе оф опен редустион / А.Саттералл // Аста Ортхоп. Белг. – 1990. – Вол. 56, Н1. – П. 229 – 231.
11. Салтер Р.Б. Инноминате остеотомй ин тхе тратмент оф сонгенитал дислосатион анд сублухатион оф тхе хип / Р.Б.Салтер // Ж. Боне Жоинт Сург. – 1961. – Вол. 43-Б. – П. 518 – 539.
12. Салтер Р.Б., Дубос ЖП: Тхе фирст фифтеен еарст персонал ехпериенсе шитх инноминате остеотомй ин тхе тратмент оф сонгенитал дислосатион анд сублухатион оф тхе хип.// Слин Ортхоп.- 1974.-98:72-103.
13. Саглиетти О. Опен редустион оф сонгенитал дислосатион оф тхе хип / О.Саглиетти, Б.Саландриелло // Ж. Боне Жоинт Сург. – 1962. – Вол. 44-Б, Н2. – П. 257 – 283.
14. Северин Е. Сонгенитал дислосатион оф тхе хип жоинт: девелопмент оф тхе жоинт афтер слосед редустион. Ж Боне Жоинт Сург Ам. 1950;32:507-18. 30
15. Сзепеси К. Тхе еффест оф еарлй сургисал репоситион оф сонгенитал хип дислосатион анд фунстионал постоперативе тратмент он тхе девелопмент оф тхе асетабулум / К.Сзепеси, Б.Биро, К.Фазекас ет ал. // Магй Трауматол. Ортхоп. Хелйреаллито Себ. – 1991. – Вол. 34, Н1. – П. 17 – 24.
16. Тённис Д. Сонгенитал хип дислосатион / Д.Тённис. – Неш Ёрк: Тхиеме-Страттон Инс, 1982. – 117 п.
17. Шедге Ж.Х., Шасйленко М.Ж. Тхе натурал хисторй оф сонгенитал дисеасе оф тхе хип //Ж. Боне Жоинт Сург. - 1979. - 61 Бр: 334-8.10.
18. Шеинстеин С. Девелопментал хип дйспласиа анд дислосатион: Парт ИИ / С.Шеинстеин, С.Ж.Мубарак, Д.Р.Шенгер // Инстр. Соурсе Лест. – 2004. – Н53. – П. 531 – 542.
19. Шенгер Д.Р. Хуман хип дйспласиа: еволутион оф суррент тратмент сонсепц / Д.Р.Шенгер, Ж.Д.Бомар // Ж. Ортхоп. Сси. – 2003. – Вол. 8, Н2. – П. 264 – 271.

**«СОН СУЙАГИНИНГ ТУГЪМА СХИҚИСХИ»
НОЗОЛОГИЙАСИ БОЪЙИСХА ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАСИЙАСИ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. АСОСИЙ ҚИСМ

1.1. Кириш.

Сон суягининг тугъма чиқиши – бу сон суяги бошчасини куймиш косачасидан ташқарида жойлашиши ва бўгъимни барча элементларини: куймиш косачасини, сон суяги бошчасини атрофдаги мушаклари, боғламлари, бўгъим капсуласини йетишмовчилиги билан намоён бўладиган патологик чаноқ-сон бўгъимини патологик холати хисобланади.

1.2. Профилактика ва реабилитасия таърифи;

Реабилитасия (лотинчада рехабилитатио) – тиклаш деган маънони англатиб, тиббиётда-организмнинг бузилган функциясини ва беморлар ҳамда ногиронларнинг меҳнат қобилиятини тиклашга қаратилган тиббий, педагогик ва ижтимоий чора-тадбирлар мажмуидан иборат бўлади. Тиббий реабилитасия касаллик туфайли функциясини йўқотган аъзо фаолиятини қисман ёки тўлиқ тиклаш ёки касалланган соҳадаги авж олаётган жараённинг иложи борича олдини олишга қаратилади. [1]

Профилактика (юнончада πρόφύλακτικός) – сақловчи, олдини олувчи деган маънони англатиб, одамларнинг узоқ умр кўриши, ишлаш қобилиятини сақлаб қолиши, аҳолининг жисмоний ривожланишини яхшилашга, касалликларнинг юзага келиши ва тарқалишини олдини олиш ҳамда саломатликни ҳимоя қилишга қаратилган иқтисодий, ижтимоий, гигиеник ва тиббий чора-тадбирлар мажмуидан иборат.[1]

1.3. Профилактика турлари;

Тиббий профилактика бирламчи, иккиламчи ва учламчи бўлади.

Бирламчи тиббий профилактика – касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланишига қарши қаратилган ижтимоий, тиббий, гигиеник ва тарбиявий чоралар, организмнинг соғлом ҳолатини сақлаб қолиш, унга патологик таъсир курсатувчи омилларнинг олдини олиш.

Иккиламчи тиббий профилактика – касалликларни ерта аниқлаш, патологик жараённинг ривожланиши, унинг асоратлари ва ресидивларининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар.

Учламчи тиббий профилактика – мавжуд касалликларни даволаш, натижаларни яхшилаш учун беморни реабилитасия қилиш ва ҳаёт сифатини яхшилаш, ноиронлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтириш.

2. СОН СУЙАГИ ТУГЪМА СҲИҚИСҲИНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ.

2.1. Сон суяги тугма чиқишида профилактикани мақсади.

Сийдик тош касаллиги билан ҳасталанган беморларда, қайта тош ҳосил бўлишини олдини олиш мақсадга мувофиқдир. Самарага еришиш учун бемор томонидан шифокор маслаҳатларини тўлиқ бажарилиши талаб етилади.

2.2. Сон суяги тугма чиқиши билан умумий беморлар учун профилактик тавсиялар:

- янги тугъилган чақалоқларни ортопедик кўриқдан ўтказиш.
- болани оёқларини бир бирига зичлаб йўргакламаслик, оёқларни куч билан тугъриламамаслик, аксинча, кўп ҳолатларда оёқларнинг ўртача керилган ҳолатда бўлиши, янги ҳаётини биринчи кунлариданоқ факат кенг (еркин) йўргаклаш;
- муддатидан аввал болани оёққа қўймаслик;
- «динамик гимнастика»-болани айлантириш, силталаш, қўлларидан ёки оёқларидан тортиб бураб айлантириш каби машқлар тўплами категория тавсия қилинмайди;
- болани туғилгандан сўнг ҳар куни ётган ҳолатда онаси қўлларини ва оёқларини кериш ва келтириш каби оддий статик юклама ўтказиш тавсия қилинмайди;
- болани ўтириш маҳорати шаклланмасдан олдин (яни 6 ойлигигача) ва ундан кейин қўъларда тўғри кўтариш муҳим ва катта қиймат ҳисобланади;
- катталарга болани тик ҳолатда ёнида кўтариш тавсия қилинмайди. Яхшиси чақалоқни ўзига қаратиб оёқларини кенг очилган ҳолатда орқасидан кўтариш;
- катта одам тик турганда болани бир қўли билан орқасидан ўзига қаратиб, иккинчи қўли билан думбаларидан ушлаб болани оёқларини очиб кўтариш;
- худди шундай қилиб катта одам ўтирган ҳолда бола юзи билан унга қараб тиззаларига ўтқизиш иккита қўллари билан орқасидан ушлаш;
- болани тик ҳолатда онасини ёнида кўтариш мақсадга мувофиқ эмас, сабаби бу ҳолатда болани умуртқа поғонаси ўқини тўғри ҳолатибузилади (асимметрик тана);
- ҳаётининг илк кунларидан болага ЛФК профилактик массажлар билан биргаликда.

2.3. Сон суягини туғма чиқиши билан касалланган беморларда махсус профилактик тавсиялар:

Чаноқ сон бўғими дисплазияси ва сон суяги туғма чиқиши билан касалланган беморларни фақатгина диспансер кузатувиға олиш билан чекланиш керак эмас, сабаби болани ўсишида чаноқ сон бўғими элементларини тўғри жойлашиши ва бўғим косачаси билан сон суяги бошчаси ҳолати ўзгариши мумкин. Агар даволашнинг биринчи босқичида стационар-санатория-поликлиника реабилитация босқичлари қаттиқ риоя қилинса, кейинчалик ушбу кетма кетлик бузилади ва юқоридаги патология билан оғриган болалар санатор-курорт даври олмайди.

2.4. Сон суягини туғма чиқиши касаллигида номедикаментоз ва медикаментоз профилактика:

1. Ортопедик: Фрейк ёстикчаси, Павлик узангиси; ҳар хил турдаги шиналар ва керувчи мосламалар.

2. Физик профилактика:

2.1. Пассив коррексия (ҳолатлар орқали даволаш): кенг йўргаклаш, болано бақа ҳолатида қорни билан ётқизиш, болани слингда, рюгзакларда кенгуру шаклида оёқларини очиб кўтариш, оёқларини очилган ҳолатда болани катта одамнинг тиззасида ўтқизиш.

3. СОН СУЯГИНИ ТУҒМА ЧИҚИШИНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ.

Сон суяги туғма чиқиши билан касалланган болани реабилитация қилишда бўғимни соғлом шаклланишини ва мотор ривожланишини қўллаб-қувватлашда ЛФК асосий восита бўлиб ҳисобланади. Ортопедик даволашнинг турига қараб ҳар хил реабилитацион программалар

мавжуд. Барча реабилитацион чора тадбирлар болани оёқларига кериш ҳаракатини берувчи кенг йўргаклаш Павлик узангиси ёрдамида олиб борилади.

3.1. Сон суягини тугма чиқишида реабилитация муддатлари.

Даволашнинг биринчи босқичида чаноқ сон боғғимларидаги келтириш контрактурасини баргараф етиш ва сон суяги бошчасини қуймич косачасига тушуриш (3-4 ҳафта), шу мақсадда керувчи гимнастикалар оътказилади- тизза ва чаноқ сон боғғимларини буккан ҳолда чаноқ сон боғғимларини очиш айлана ҳаракатлар қилинади ва болани қорнига бақа ҳолатида ётқизилади. Ушбу машқлар узангиларда даволашда амалга оширилади. Даволашнинг иккинчи босқичида-сон суяги бошчаси боғғимга тушгандан соънг, фиксация даврида реабилитация муолажаларини мақсади мушаклар гипотонусини ва дистрофик жараёнларнинг профилактикаси. ЛФК ни кунига 3 дан-5 гача актив динамик машқларни қоъшиб: масалан болани панжасини (товонини) китиклаш орқали оёқ боғғимларида актив ҳаракатларни келтириш мумкин. Физиотерапевтик муолажалардан- электрофорез Са ва П еритмалари билан чаноқ сон боғғимларига (10 муолажа), умумий ва танланган массажлар буюрилади.

Учунчи босқич- узангини ечиш босқичи, реабилитацияни мақсади оёқ мушакларини мустаҳкамлаш. Бунда массаж ва шарциз рефлекслар асосида ЛФК (емаклаш рефлeksi, тик туриш рефлeksi) қоъланилади ва сузиш дарслари тавсия қилинади.

3.2. Реабилитация даврида беморга тавсиялар.

Сон суягини тугма чиқишини жарроҳлик ёъл билан даволашда реабилитацияни 5 та даврларга боълинади:

- операциядан олдинги давр,
- иммобилизация даври,
- пассив ҳаракатлар даври (ерга постиммобилизацион давр);
- актив ҳаракатлар даври (кеч постиммобилизацион давр);
- юришга ўргатиш даври (тренинг).

Даволаш гимнастикаси болани стационарга жарроҳлик даволашга ётқизилган биринчи кундан бошланади. Операциядан олдинги даврдаги даволаш гимнастикасини вазифалари; умумий қувватини ошириш ва тонус ошириш, модда алмашинувини ва чаноқ сон бўғимини мушаклар фаолият функциясини яхшилаш. Ушбу давр 1,5-3 ойгача давом этади. Физик машқлар тасирида чаноқ сон бўғими мушакларини функциянал ҳолати яхшиланади. Бемор мушакларни бўшаштириш қобилиятига ега бўлади, бу ҳолат кўпроқ сон суяги бошчасини юқори турушида скелет тана тортими қўлланилганда кузатилади. Чаноқ сон бўғими соҳасига массажни 3-4 ҳафта давомида қабул қилинади.

Даволаш гимнастикаси операциядан кейинг даврнинг 2-чи кунидеък буюрилади. Ушбу даврдаги реабилитацияни вазифалари-яллиғланишга қарши, оғриксизлантирувчи ва бўшаштирувчи тасир қилиш; чаноқ сон бўғимини шаклланишини тезлаштириш ва бўғимдаги ҳаракатларни яхшилаш. Бу даврда қўлланиладиган муолажалар: УЙЧ, диодинамик муолажалар, электрофорез новокайин билан, иссиқлик билан даво, электростимуляция, ванналар ва даволаш гимнастикаси. УЙЧ даво операциядан 2-чи кунидадан 10 кунгача бўлган муддатда ўтказилади. УЙЧ тасирида қон айланиш тезлашади, иммунобиологик жараёнлар кучади, бактерисит, антиспазматик, оғрик қолдирувчи хусусиятларга ега ва тўқималардаги шишни камайтиради.

**Сон суягининг туғма чиқиши» нозологияси бўйича профилактика ва реабилитацияси
миллий клиник протоколи учун.**

1. Абакаров, А.А. Основание шадящих методов лечения в системе медицинской реабилитации детей с врожденным вывихом бедра: Автореф. дис. докт. мед. наук / А.А. Абакаров.- Куйбышев, 2007.-35 с
2. Волков М.В. Врожденный вывих бедра / М.В. Волков, Г.М. Тер Егизаров, Г.П. Юкина – М: Медицина, 1972. 170 с
3. Волков М.В. Детская ортопедия / М.В. Волков, В.Д. Дедова. -М.: Медицина, 2008.-234 с
4. Кадыров, М.В. Ортопедия и травматология новорожденных / М.В. Кадыров, А.М. Дусмуратов. – М. : Медицина, 2004. – 385 с.
5. Камоско М.М. Врожденный вывих бедра при нестабильности тазобедренного сустава у детей (клиника, этиология, хирургическое лечение): Автореф. дис. докт. мед. наук / М.М. Камоско.- СПб, 2003, - 36 с
6. Каменских М.С. Диагностика и лечение дисплазии тазобедренных суставов у недоношенных детей: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Пермь, 2012. — 21 с.
2. Ортопедия: национальное руководство / под. ред. С.П. Миронова, Г.П.
7. Котельникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 840 с. Приказ Минздрава России от 29.12.2012 Н 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. Н 27276)
8. Малахов, О.А. Врожденный вывих бедра / О.А. Малахов, С.Э. Кралина. – М. : Медицина, 2006. – 128 с.
9. Макушин В.Д., Тепленький М.П., Логинова Н.Г. Новые технологии в лечении врожденной дисплазии ТБС у детей младшего возраста методом чрескостного остеосинтеза.//
Современные технологии в медицине : материалы науч.- практ. Конф.Нягань.-2004.-С.51-52
10. Мартынихин, В.С. ЛФК и другие методы немедикоментозного воздействия при заболеваниях опорно-двигательного аппарата у детей и подростков : учеб. пособие / В.С. Мартынихин. – СПб. : Академия, 2008. – 128 с.
11. 3. Пономаренко Г.Н., Воробьев М.Г. Руководство по физиотерапии. – СПб: ИИЦ «Балтика, 2005. — 400 с.
12. Потапчук, А.А. Массаж в детском возрасте : учеб. пособие / А.А. Потапчук, С.В. Матвеев. – СПб. : Речь, 2010. – 318 с.
13. Поздникин Ю.И., Камоско М.М., Краснов А.И. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врождённого вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза. //Вестник травматол. и ортоп. им. Н.Н.Приорова. – 2007.- №3.-С.63-71
14. Сназин, В.Я. Движение без боли. Ранняя диагностика и лечение заболевания опорно-двигательного аппарата / В.Я. Сназин. – М. : Советский спорт, 2006. – 160 с.
15. Соколова, Н.Г. Практическое руководство по детской лечебной физической культуре / Н.Г. Соколова. – Ростов н/Д : Феникс, 2007. – 445 с.

16. Чиркова Н. Г. Лечение врожденной дисплазии и вывиха бедра у детей младшего возраста: Автореф. дис. канд. мед. наук. — Курган, 2009. — 24 с.
17. Частная физиотерапия: учебное пособие / под. ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2005. – 744 с.
18. Оперативне трeатмент фор тйпе ИИ авасулар несросис ин девелопментал дйспласиа оф тхе хип / С. Ш. Ох [ет ал.] // Слин Ортхоп Релат Рес. – 2005. – Н 434. – П. 86–91. 19. Ссий©ч И., Градингер Р. унд анд. Ди
- 19.** Сарролл КЛ, Счифферн АН, Муррай КА, ет ал. Тхе Оссурренсе оф Оссулт Асетабулар Дйспласиа ин Рела□вес оф Индивидуалс Шит җДевелопментал Дйспласиа оф тхе Хип // Ж Педиатр Ортхоп 2016; 36:96