

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni Saqlash Vazirining
2025 yildan "23" iyundagi
180-son byrug'iga
Ilova

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

**"SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

Toshkent – 2025

**«TASDIQLAYMAN»
Respublika bolalar ortopediya
markazi direktori**

A.B. Tilyakov

22.05.2025 yil



**"SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

Toshkent – 2025

MUNDARIJA:

NOZOLOGIYA DIAGNOSTIKASI VA DAVOLASH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR "SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI" 5

NOZOLOGIYA TIBBIY AMALIYOT BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR «SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI».....**Ошибка! Закладка не определена.**

NOZOLOGIYANING OLDINI OLIQSH VA REABILITATSIYA QILISH BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR «SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI» 44

**«SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI» NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR DIAGNOSTIKASI
VA DAVOLASH**

Toshkent – 2025

1. KIRISH QISMI

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Ushbu klinik protokollar Respublika bolalar ortopediyasi markazi, "O'zbekiston ortopedlari travmatologlari ilmiy jamiyati" mutaxassislari va Toshkent tibbiyot akademiyasi mutaxassislari tomonidan Rossiya travmatologlari va ortopedlari. Rossiya travmatolog va ortopedlar uyushmasi ko'rsatmalari, tavsiyalari va ma'lumotlari asosida ishlab chiqilgan. Mualliflar guruhi xalqaro ekspertlarning fikrlarini to'liq qo'llab-quvvatlaydi va shuni ta'kidlash kerakki, klinik protokollar nashr etilgan paytda tajribali mutaxassislar uchun eng to'g'ri va tushunarli ma'lumotlarni taqdim etadi. Ular hech qanday tarzda individual bemorni davolash taktikasini aniqlashda klinik tajribani almashtira olmaydi, ammo bemorning o'ziga xos xususiyatlari va uning afzalliklarini hisobga olgan holda tanlov qilishga yordam beradi. Milliy klinik protokollar KXB-10/11 Ў65.0, Q65.1, Q65.2, Q65.3, Q65.4, Q65.5, Q65.6, Q65.6, Q65.7, Q65.8, Q65.9 shifrlari bo'yicha son suyaklarining tug'ma chiqishi bo'lgan bemorlarni tashxislash, davolash, reabilitatsiya qilish va oldini olish uchun qo'llanma hisoblanadi. respublikaning barcha tibbiyot muassasalarining Pediatrik ortopedlari tomonidan ishlatilishi mumkin. Ushbu protokolni ishlab chiqishda rus tilidagi nashrlarda klinik tavsiyalar va nashrlar, PubMed ma'lumotlar bazasi (MEDLINE) ma'lumotlari asos bo'ldi.

KXT-10 bo'yicha:

KXT-10	
Kodlar:	Son suyagining tug'ma chiqishi
Q65.0	Sonning bir tomonlama tug'ma chiqishi
Q65.1	Sonning ikki tomonlama tug'ma chiqishi
Q65.2	Sonning aniqlanmagan tug'ma chiqishi
Q65.3	Sonning bir tomonlama tug'ma chala chiqishi
Q65.4	Sonning ikki tomonlama tug'ma chala chiqishi
Q65.5	Aniqlanmagan sonning tug'ma chala chiqishi
Q65.6	Noturg'un son
Q65.8	Sonning boshqa tug'ma deformatsiyalari
Q65.9	Aniqlanmagan son tug'ma deformatsiyasi
Yuklash (KXB-10 ga havola)	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

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi

Milliy klinik protokol 2024 yilda ishlab chiqilgan. Protokolni qayta ko'rib chiqish har 5 yilda yoki diagnostika, davolash, reabilitatsiya va profilaktika dalillari darajasi o'zgaranda amalga oshiriladi.

Milliy klinik protokolni ishlab chiqish bo'yicha mas'ul muassasa: Respublika bolalar ortopediyasi markazi (RBOM).

Ishchi guruh a'zolari va mualliflari:

Tilyakov Akbar Buriyevich – tibbiyot fanlari doktori, Respublika bolalar ortopediyasi markazi direktori.

Alpisbayev Xo'jaahmed Shayxislamovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazining davolash ishlari bo'yicha direktor o'rinbosari, chanoq son bo'g'imini patologiyasi bo'limi mudiri.

Tapilov Elyar Abduvaliyevich – Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.

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

Mirzayev Anvar Gafurovich – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazining neyroortopediya bo'limi mudiri.

Shomukimov Shuhrat Abdushukurovich – Respublika bolalar ortopediyasi markazi qo'l va oyoq patologiyasi bo'limi mudiri

Ruziyev Norpo'lat Turayevich – tibbiyot fanlari nomzodi, Respublika bolalar ortopediyasi markazi mutaxassisi.

Sharhlovchilar:

Jerdev Konstantin Vladimirovich — tibbiyot fanlari doktori, Rossiya federatsiyasi sog'liqni saqlash vazirligining "bolalar salomatligi milliy tibbiy tadqiqot markazi" tibbiyot kadrlarini tayyorlash institutining anesteziologiya va reanimatologiya kursi bilan bolalar jarrohligi kafedrasini professori.

Jo'rayev Axrorbek Mahmutovich – tibbiyot fanlari doktori, professor, Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy amaliy tibbiyot markazining bolalar ortopediyasi va travmatologiyasi bo'limi rahbari.

Milliy klinik protokol loyihasini muhokama qilish:

Milliy klinik protokol 2024-yil 25-mart kuni O'zR sog'liqni saqlash vazirligi bolalar ortopediyasi respublika markazi Kengashining davolash kengashi tomonidan ko'rib chiqildi va tasdiqlandi,

Milliy klinik protokollar va standartlarni texnik baholash va tahrirlash:

Xo'janazarov Ilhom Eshqulovich – Toshkent tibbiyot akademiyasining travmatologiya va ortopediya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi ekspert guruhi mutaxassislaridan milliy klinik protokollar va standartlarni ekspert baholash:

Ushbu klinik protokol va standart mutaxassislar tomonidan tashkiliy va uslubiy yordam bilan ishlab chiqilgan O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi. Vazir o'rinbosari F. Sharipov,

tibbiy sug' urta boshqarmasi boshlig'i Sh.Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo 'limi boshlig'i S.Ubaydullayeva, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish bo ' limi Bosh mutaxassislari Sh. Nurimova, S. Usmonov va G. Jumayeva rahbarligida.

Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi muvofiqlashtiruvchi kengash Majlisi bayonnomasidan ko'chirma (_____, № _____).

Protokolda ishlatiladigan qisqartmalar:

TSCH – tug'ma son chiqishi	
ST	– sondagi tomir
SB	- son boshi
ChK	- chanoq kosasi
BDB	- bo'yin-diafiz burchagi
MRT	- Magnit-rezonans tomografiya
MSKT	- multi spiral kompyuter tomografiya
UTT	- ultratovush tekshiruvi
FG	- funktsional gipsli bog'lam
FT	– fizioterapiya

Protokol foydalanuvchilari:

O'zbekiston Respublikasi sog'liqni saqlash vazirligi, respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, yuridik maqomga ega markaz filiallari, Respublika bolalar ortopediyasi markazi, oliy o'quv yurtlari negizida travmatologiya va ortopediya bo'limi, viloyat ko 'p tarmoqli tibbiyot markazlari bolalar ortopediyasi bo'limi, shifokorlar travmatologlar va ortopedlar.

Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi.

Son suyaklarining tug'ma chiqishi bo'lgan bemorlar.

**Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi.
 Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi**

Dalillarning ishonchlilik darajasi	
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Profilaktik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

Dalillarning ishonchlilik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida RCTNI tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlilni qo'llagan holda, RCTLARDAN tashqari har qanday dizayn bo'yicha individual RCT va tizimli tadqiqotlar
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning tavsifi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik daajasi	
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

2. ASOSIY QISMI.

2.1. Kirish.

Son suyagining tug'ma chiqishi, boshqa patologiyalarning eng keng tarqalgan va og'ir shakllaridan biri bo'lib, har 1000 yangi tug'ilgan chaqaloqqa 0,7 -38 holat bilan uchraydi. Tug'ma son chiqishi bolalar va o'spirinlarda mushak-skelet tizimining eng keng tarqalgan va og'ir patologiyasini anglatadi. Tegishli davolanishsiz bo'g'imdagi anatomik, funktsional va trofik buzilishlar rivojlanib, bo'g'im tuzilmalarida jiddiy ikkilamchi o'zgarishlarga, oyoq-qo'l va harakatni qo'llab-quvvatlash funktsiyalarining buzilishiga, tos suyagi holatining o'zgarishiga, umurtqa pog'onasining egriligiga, deformatsiyalanuvchi osteoxondroz va koksartrozning rivojlanishiga olib keladi [4,7,8]. Son suyagini tug'ma chiqishi elementlarning ajralib chiqishi jarayonida ularning kam rivojlanganligi darajasi oshadi, bu esa o'z navbatida son suyagini boshning siljishini kuchaytiradi. Son suyagini tug'ma chiqishi qancha uzoq bo'lsa, bo'g'imdagi to'g'ri munosabatlarni tiklash uchun shunchalik noqulay sharoitlar yaratiladi va kasallikning prognozi yomonlashadi. Bu mushak-skelet tizimining barcha displaziyalarining 12 dan 22% gacha. Rossiya Federatsiyasida kasallanish: sonning tug'ma chiqishi-1000 yangi tug'ilgan chaqaloqqa 3-5 holat. Kasallikning ko'payishi va chaqaloqning to'g'rilangan oyoqlarini mahkam o'rash an'anasi o'rtasidagi to'g'ridan-to'g'ri bog'liqlik qayd etildi. Chap tomonda (1:1,5) qizlarda patologiyaning (1:3) ustunligi statistik jihatdan ishonchli, ular ko'pincha homilaning gluteal taqdimoti bilan uchraydi, patologiyaning merosxo'rlik holatlari tasvirlangan. 20% hollarda kestirib, bo'g'implarda displastik o'zgarishlar ikki tomondan aniqlanadi. [1, 10, 11, 13, 16, 18, 19]. Kestirib, displazi ota-onasi tug'ma kestirib, dislokatsiya belgilari bo'lgan bolalarda 10 baravar tez-tez uchraydi. Tug'ma son chiqishi homilaning tos bo'shlig'ida tug'ilgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 10 baravar ko'proq va birinchi tug'ilishda tez-tez aniqlanadi. Son suyaklarining tug'ma chiqishi 60% hollarda kuzatiladi, o'ng kestirib — 20%, ikki tomonlama kestirib dislokatsiyasi bemorlarning 20% da uchraydi.

2.2. Umumiy ta'rif.

Sonning tug'ma chiqishi – bu son chiqishining patologik holati, unda son suyagi boshchasini bo'g'im tomidan tashqarida joylashgan bo'lib, bo'g'imning barcha elementlarining rivojlanmaganligi bilan tavsiflanadi: asetabulum, atrofdagi mushaklar, ligamentlar, kapsula.

2.3. Sonning tug'ma chiqishi tasnifi.

Sondagi tomirlarning displazi tasnifi:

- sondagi tomirlarning rivojlanmaganligi bo'g'implarning etukligi norma va patologiya o'rtasidagi chegara holatidir. (bemorlarning asosiy kontingenti erta tug'ilgan, etuk bo'lmagan bolalardir, ammo patologiyani o'z vaqtida tug'ilgan chaqaloqlarda ham topish mumkin). Klinik jihatdan asemptomatik bo'lishi mumkin, ammo ultratovush tekshiruvi bilan tomidagi kichik o'zgarishlar (yassilash, tashqi suyak chetining egilishi) qayd etiladi.

- chiqishdan oldingi holat-son suyagi boshchasi bo'g'imda joylashgan, ammo chanoq son bo'g'imini kapsulasining cho'zilganligi sababli son suyagi boshchasi bo'g'imdan chiqib va kirib turish holati.

- son suyagini yarim chiqishi- son suyagi boshchasi bo'g'imdan chiqmagan lekin tashqariga va yuqoriga siljigan bo'g'imni holati

Tug'ma son chiqishining quyidagi darajalari mavjud::

1-daraja—son suyagi boshchasi chetga surilgan bo'g'imda joylashgan va tashqariga surilgan.

2-daraja- son suyagi boshchasi Y shaklidagi tog'aydan yuqorida joylashgan;

3 daraja – son suyagi boshchasini bo'g'im tomidan yuqorida joylashgan.

Tarqalish darajasi bo'yicha quyidagilarni ajratish mumkin:

-Bir tomonlama tug'ma son chiqishi;

- Ikki tomonlama tug'ma son chiqishi.

Birinchi, ikki tomonlama variantga qaraganda taxminan 2 baravar ko'proq uchraydi.

Joylashishi bo'yicha:

- chap sonning tug'ma chiqishi;
- o'ng sonning tug'ma chiqishi.

3. TEKSHIRUV USULLARI, USLUBLARI, TIBBIY MUOLAJALAR YONDOSHUVLARI VA TASHXISLASH JARAYONLARI

3.1. Shikoyatlar va anamnez

Standart tekshiruv to'liq tarix va fizikal tekshiruvni o'z ichiga oladi. Erta tashxis qo'yilgan hollarda, 3-4 oyligida, sonda teri burmalarining assimetriyasi, oyoq-qo'lning qisqarishi, son bo'g'imlarida cheklangan o'g'irlash aniqlanadi. Kech tashxis qo'yilgan hollarda, 12-15 oylik bolada mustaqil yurish paytida oqsoqlik (bir tomonlama chiqish bilan) yoki "o'rdak yurishi" (ikki tomonlama chiqishlar bilan) shaklida yurish buzilishi mavjud.

Fizikal tekshiruv: yurishning buzilishi (oqsoqlik yoki o'rdakka o'xshab), son bo'g'imida beqarorlik, katta ko'stning lateral va yuqoriga siljishi, chanoq-son bo'g'imida ochilish harakatining chegaralanishi va bir tomonlama chiqishda oyoqning kaltaligi.

3.2. Laboratoriya tadqiqotlari:

Tug'ma son chiqishi uchun laboratoriya tekshiruvlari operatsiyaga tayyorgarlik bosqichida o'tkazilishi mumkin.

- qonning umumiy tahlili;
- siydikni umumiy tahlili;
- qon guruhi va rezus faktori;
- qonni biokimyoviy tekshirish: umumiy oqsil va uning fraktsiyalari (a, B, y), bilirubin (bilvosita, to'g'ridan-to'g'ri), glyukoza, karbamid, gidroksidi fosfataza, alanin aminotransferaza (Alat), aspartataminotrans-feraza (Asat), elektrolitlar (K, Na, Cl, Ca);
- koagulogramma: protrombin indeksi (PTI), fibrinogen darajasi va faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (ACHTV), trombin vaqti (TV);
- elektrokardiografiya (EKG);
- agar kerak bo'lsa, tashqi nafas olish funksiyasini o'rganish-spirografiya.

3.3. Tug'ma son chiqishining klinik ko'rinishi:

Tug'ma son chiqishining klinik belgilari bo'g'im hosil qiluvchi suyaklar orasidagi anatomik munosabatlarning o'zgarishi va yangi sharoitlarga moslashadigan mushaklar funksiyasining o'zgarishi natijasida yuzaga keladi. Ushbu alomatlarining xilma-xilligi chiqish darajasiga (chiqish old holati, chala chiqish, to'liq chiqishi) va bolaning yoshiga bog'liq. Erta chaqaloqlarda mavjud bo'lgan kichik dastlabki og'ishlardan hayot jarayonida og'ir anatomik o'zgarishlar va funktsiyalarning buzilishi hosil bo'ladi. Agar go'daklik davrida son suyagini tug'ma chiqishi bir nechta mumkin bo'lgan belgilar bilan namoyon bo'lsa, ularni hatto tajribali mutaxassis ham aniqlash har doim ham oson emas, keyin bolaning o'sishi bilan son suyagini tug'ma chiqishi klinik ko'rinishi aniq namoyon bo'ladi va odatda dastlabki tekshiruv paytida tashxis qo'yish qiyin emas.

3.3.1. 1 yoshgacha bo'lgan bolalarda klinik belgilar:

Chaqaloqlik davrida bolalarda tug'ma son chiqishining klinik diagnostikasi ba'zi qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, chunki ko'pincha yangi tug'ilgan chaqaloq oldindan tasavvurga ega. Ushbu atama patologiyaning dastlabki bosqichini anglatadi, ya'ni kapsula cho'zilib, sonning boshi osongina va erkin o'rnatilib, tushkunlikdan chiqib ketganda, bu qo'shma holat. Tug'ruqxonada yangi tug'ilgan chaqaloqdagi son chiqishi, oldindan taxmin qilishdan shubha qilish, hayotning birinchi oylarida sublüksatsiya va chiqishi, dislokatsiyani tashxislashdan ko'ra osonroqdir. Kutishning yagona va patognomonik klinik belgisi V.O. Marks tomonidan tasvirlangan sirpanish alomatidir. Marks tomonidan 1934 yilda (chertish, kamaytirish–dislokatsiya va boshqalar alomati). Slipning alomati kestirib qo'shilishining cho'zilgan kapsula-ligament apparati tufayli femur boshining asetabulumdan engil qisqarishi va chiqishi bilan izohlanadi, buning natijasida son boshi chanoq kosasi chetining

ko'tarilishi orqali aylanadi. Ushbu alomatni aniqlash shifokordan ma'lum bir mahoratni talab qiladi va manipulyatsiyalar ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak. Agar chiqish alomati aniqlansa, odatda tovush effekti bo'lmaydi, u tekshiruvchining qo'llari bilan siljigan bosh hissi sifatida seziladi. Bolaning o'sishi bilan sirpanish alomati o'z ahamiyatini yo'qotadi va beqaror bo'lib qoladi. Son suyagi chiqishi o'zgarishlarning rivojlanishi bilan cho'zilgan kapsula tezda qisqaradi va sonning qo'shimcha kontrakturasi kuchayadi. Shuning uchun bu belgi 2-3 haftadan oshgan bolalarning atigi 25 foizida uchraydi. Son suyagini tug'ma chiqishi boshqa belgilari chaqaloq hayotining birinchi oylarida bo'g'imdagi anatomik o'zgarishlarning kuchayishi bilan namoyon bo'la boshlaydi. Chanoq son bo'imining ochilish harakatini chegaralanishi ko'p hollarda sonning keltiruvchi mushaklarni tonusini oshganida ham bo'ladi. Ushbu holat nevrologik o'zgarishlarda va ko'p kasalliklarda uchraganligi sababli, bolani nevrapatolog shifokori tekshiruvdan o'tkazish lozim. Chanoq son bo'g'imidagi ochilish harakatini chegaralanganligini aniqlash uchun bolani chalangacha yotqizib oyoqlarni tizza va chanoq son bog'imlarida bukib, chanoq son bo'gimida ochilish harakati tekshiriladi.

Tug'ma chiqishning yana bir juda muhim alomati, ayniqsa bir tomonlama chiqishda, bo'g'implarda to'g'ri burchak ostida egilganda aniqlanishi mumkin. Bunday holda, chiqish tomonida sonning uzunligi o'qi sog'lom tomonga qaraganda balandroq bo'ladi. Shu bilan birga, Skarpov uchburchagi sohasida chiqish tomonidagi yumshoq to'qimalarning bo'shligi (uchburchakning asosi — Pupart ligamenti, tashqi yuzi — tikuvchi mushak, ichki qismi — sonning adduktor mushaklarining medial qismi) ip kabi cho'zilgan qo'shimchalar ostida e'tiborni tortadi. Bundan tashqari, dislokatsiya tomonidagi inguinal va gluteal-femoral burmalarning chuqurligi kattaroq ekanligini va ularning assimetriyasi sog'lom tomonga nisbatan kuzatilganligini ko'rishingiz mumkin. Yosh bolalarda oyoq-qo'llarning qisqarishi kabi dislokatsiyaning bunday alomatini ishonchli aniqlash juda qiyin (sonning past dislokatsiyasidan tashqari). Tug'ilgandan so'ng va hayotning birinchi oylarida bolalarda tug'ma dislokatsiyaning klinik belgilari ko'pincha kam namoyon bo'ladi va ularni aniqlash har doim ham mumkin emas. Shu munosabat bilan, faqat klinik belgilarga asoslanib, tug'ma kestirib dislokatsiya tashxisini qo'yish qiyin.

3.3.2. 1 yoshdan oshgan bolalarda klinik belgilar:

Yurishni boshlagan bolalarda tug'ma son chiqishining klinik diagnostikasi juda qiyin emas va hozirgi kunga qadar to'liq ishlab chiqilgan. 1 yoshdan oshgan bolalarda sonning tug'ma chiqishi bilan oqsablanib yurish aniqlanadi. Ikki tomonlama son suyagi tug'ma chiqishida yurish "o'rdak" kabi yuradi, bir tomonlama-"sho'ng'ib oqsoqligi"deb ataladi. Ikki tomonlama son suyagi tug'ma chiqishi bo'lgan 1 yoshdan oshgan barcha bolalarda tik turgan holatda bel lordozning kuchayishi kuzatiladi. Bu tananing o'qi va pastki ekstremitalarning o'qining frontal tekisligida mos kelmasligi bilan bog'liq va shuning uchun muvozanatni saqlash uchun bemor majburiy pozitsiyani egallaydi. Son suyagi katta ko'stining siljishi tufayli gluteus medius va gluteus minimus biriktiruvchi nuqtalarining yaqinlashishi tufayli gluteus Maximus tonusining pasayishi tug'ma son suyagi chiqishida eng og'ir alomatini keltirib chiqaradi. Bemor sog'lom oyoqni ko'tarib kasal oyoqqa yuklama berikganda tos suyagining lateral og'shi kuzatiladi. (Trendelenburg belgisi). Soning yuqori chiqishi bilan Roser-Nelaton chizig'iga nisbatan katta ko'stning kranial siljishi qayd etiladi. Son suyagining yuqori chiqishlarida son suyagining katta ko'stining Rozer-Nelaton chizig'idan yuqoriga siljiganligi aniqlanadi. Oqoyning kalta bo'lishi sonning yuqoriga siljishiga bo'liq. Bunday holda, kasal va sog'lom tomonda oyoqning absolyut uzunligi (katta ko'stdan ichki to'piqqacha) bir xil, kasal oyoqning nisbiy uzunligi (yonbosh suyagining old yuqori qirrasidan ichki to'piqqacha) har doim sog'lomdan kaltaroq. 1 yoshdan oshgan bolalarda kasallangan tomon nisbiy qisqarishi 0,5 sm dan 9 sm gacha bo'lishi mumkin, bo'g'implarda harakatlanish amplitudasini o'rganayotganda, turli darajadagi passiv o'g'irlashning cheklanishi aniqlanadi va katta yoshli bemorlarda bo'g'implarda qo'shimcha kontraktura kuchayadi. Tug'ma son suyagi chiqishida chanoq son bo'g'imida ochilish harakati chegaralanadi, ichki va tashqi rotasion harakatlar ko'payadi, bu hatto dam olishda ham oyoqning odatiy holatga aylanadi. Son suyagini chala chiqishida patologik anteverziyasi tufayli, ichki aylanishning ko'payishi qayd etiladi. CHassenyanskiy belgisi, ya'ni chanoq son bo'g'imi bilan tizza bo'g'imi ichki aylanish 70-90°ga etishi mumkin. Klinik

tekshiruvda barcha bemorlar charchoqning kuchayishi va zaiflik hissi, ta'sirlangan a'zoning beqarorligi haqida shikoyat qiladi. Uzoq vaqt davomida tug'ma son suyagi chiqishi uchun turli xil ortopedik yordam olgan bolalarda simptomlar biroz o'zgaradi. Bunday hollarda chanoq son bo'g'imlarida harakatlarning meyordan oshoshi aniqlanadi, oyoqlar frontal tekislikka yotadi. Ba'zi hollarda, oyoqlarni ochilgan holatida uzoq vaqt fiksatsiyasidan so'ng, chanoq son bo'g'implarda abduktor kontrakturasi hodisalari kuzatiladi. Bunday holda, deformatsiyaning aniq qattiqligi qayd etiladi, oyoqlarni qo'shish va kengaytirishga harakat qilganda, chanoq son bo'g'imi abductor mushaklari taranglashadi, chanoq son bo'g'implarda harakatlanish hajmi 10-20°gacha kamayadi.

3.4. Tug'ma son chiqishini tashxislashning instrumental usullari.

Chanoq son bo'g'imi displaziyasiga shubha qilingan bolani tekshirish, klinik tekshiruvdan tashqari, instrumental tadqiqotlarni o'z ichiga oladi. Buning asosida chanoq son bo'g'imining tug'ma patologiyasi tashxisi qo'yiladi. Amaliyotga yangi diagnostika usullarini joriy etish erta va aniq tashxis qo'yish imkoniyatlarini kengaytiradi. Chanoq son bo'g'imi tug'ma chiqishi bilan bo'g'implarning holatini talqin qilish uchun rangli doppler tekshiruvi, chanoq son bo'g'imi rentgenografiya, artrografiya, kompyuter tomografiyasi (KT), angiografiya, artroskopiya yordamida chanoq son bo'g'implarning ultratovush tekshiruvi o'tkaziladi. Chanoq son bo'g'imi displazi bilan bog'liq o'zgarishlarni aniqlash uchun bir nechta maqsadli tekshiruv talab etiladi. Turli diagnostika bosqichlarida u turli maqsadlarga ega. Shu bilan birga, ular hozirgi vaqtda eng to'liq va zarur ma'lumotlarni beradigan, ammo shu bilan birga bolaning tanasiga minimal ta'sir ko'rsatadigan turli xil tadqiqot usullaridan foydalanadilar. Shunday qilib, erta yoshdagi bolalarda dastlabki tashxis ultratovush tekshiruvi asosida amalga oshiriladi, uning ma'lumotlari ushbu bosqichda (3-6 oygacha bo'lgan bolalarda.) bemorni davolash taktikasini aniqlash uchun etarli. Hozirgi vaqtda ultratovush yordamida nafaqat dastlabki tashxis qo'yish, balki davolash jarayonida chanoq son bo'g'imini rivojlanishini kuzatish ham mumkin. Doppler ultratovush tekshiruvining (USDG) yangi texnologiyalarini ishlab chiqish bilan bo'g'im sohasidagi qon-tomir o'zgarishini uning buzilishining oldini olish va son suyagi boshchasidagi distrofik jarayonlarning oldini olish uchun kuzatish mumkin bo'ldi. Chanoq son bo'g'implarning rentgenologik tekshiruvi 3 oydan katta bolalarda eng ko'p uchraydi. O'z imkoniyatlariga ko'ra, u bolaning o'sishi jarayonida va sonning tug'ma chiqishini davolashning turli bosqichlarida suyak tuzilmalaridagi o'zgarishlar to'g'risida zarur ma'lumotlarni beradi. Turli xil proektsiyalarda rentgenografiya frontal va sagittal tekisliklardagi o'zgarishlarning tabiatini aniqlashga imkon beradi, buning asosida qo'shimcha tekshirish usullari va yoki davolash taktikasini tanlash uchun ko'rsatmalar aniqlanadi. Afsuski, rentgenografiya chanoq son bo'g'imidagi tog'ay va yumshoq to'qimalar tuzilmalaridagi o'zgarishlarni aniqlashga imkon bermaydi, bu ba'zi holatlarda zarur bo'lishi mumkin (yopiq usulda davolashning muvaffaqiyatsizligi, yosh bolalarda bo'g'im tuzatish ko'rsatkichlarini aniqlash). Bunday hollarda, chanoq son artrografiya ayniqsa qimmatlidir, bu konservativ kamaytirish usullarini bashorat qilish yoki faol jarrohlik davolash taktikasi zarurligini asoslash imkonini beradi. KT va magnit-rezonans tomografiya (MRT) kabi yuqori texnologiyali diagnostika usullari son suyagi tug'ma chiqishi bo'lgan bemorlarning kichik kontingentida, asosan 5 yoshdan oshgan, bo'g'imdagi nostandart aniq o'zgarishlar bilan qo'llaniladi. Kompyuter tomografiyasi rivojlangan, murakkab holatlarda, ba'zida bir nechta jarrohlik davolanishdan so'ng, muvaffaqiyatsiz tugagan chanoq son bo'g'imi, chiqish geometriyasini o'rganishda juda informatsiondir. Shunday qilib, instrumental tekshiruv usullari natijalari klinik tekshiruv ma'lumotlarini aniqlaydi va chanoq son bo'g'imidagi o'zgarishlar to'g'risida ob'ektiv ma'lumot beradi.

3.4.1. Chanoq son bo'g'imini ultratovush tekshiruvi.

Sonografik tekshiruv, tug'ma son chiqishi bo'lgan bolaning hayotining birinchi haftalaridagi klinik tekshiruv bilan birgalikda, ko'p hollarda patologiyani aniqlashga va davolanishni erta boshlashga imkon beradi. Radiatsiya yukiga ega bo'lmagan CHSB ultratovush tekshiruvi mavjudligi, bolaga zararli nurlanish ta'sirining yo'qligi bilan ajralib turadi, frontal va sagittal tekisliklarda chanoq son

bo'g'imi BK va SSB tog'ay to'qimalarning o'zaro bog'liqligini baholashga yordam beradi va bir nechta tadqiqotlar o'tkazish imkoniyatini beradi. Ushbu usuldan foydalanish, agar kerak bo'lsa, chanoq son bo'g'imi displazi uchun xavf omillari yoki klinik belgilari bo'lgan 3 oygacha bo'lgan bolalarda tashxisni aniqlashtirish tavsiya etiladi. Shunga qaramay, ushbu usul yoshga bog'liq cheklovlarga ega - ossifikatsiya yadrosi paydo bo'lishi bilan uning ma'lumot tarkibi pasayadi, bu BK suyak tomini tasavvur qilish uchun "oyna" ni yopadi. Bu bolaning 8-12 oyligida tez-tez uchraydi. Bundan tashqari, ultratovush usuli tekshiruv o'tkazayotgan shifokorning malakasiga sezilarli darajada bog'liq.

3.4.2. Rentgenologik tadqiqot usuli

Agar bolalarda yosh bo'lsa (3 oygacha), hozirgi vaqtda chanoq son bo'g'imi tug'ma patologiyasini tashxislashning asosiy usuli bu ultrasonografik tadqiqot, keyin 3 oydan katta bolalarda. eng keng tarqalgan va arzon usul rentgenologik hisoblanadi. chanoq son bo'g'imi patologiyasini dastlabki tashxislash uchun rentgenografiya to'g'ridan-to'g'ri proektsiyada amalga oshiriladi. X-nurlari bolaning orqa tomonidagi holatida, oyoqlari cho'zilgan va parallel ravishda yotqizilgan holda olinadi. Shuni ta'kidlash kerakki, hech qanday holatda pastki oyoq-qo'llarni chanoq son bo'g'imlarida egmaslik kerak (bu hali ham tadqiqot paytida uchraydi), chunki bu frontal tekislikda bo'g'imdagi nisbatlarning o'zgarishini keltirib chiqaradi va natijada asosiy rentgenometrik ko'rsatkichlarni to'g'ri talqin qilish qiyinlashadi. Bolalardagi chanoq son bo'g'imlarning rentgenogrammalarini tekshirish uchun (son suyagi boshlarining ossifikatsiya yadrolari paydo bo'lishidan oldin) ma'lum sxemalar qo'llaniladi. Xilgenreyner sxemasi juda ma'lumotli va shu bilan birga sodda. Rentgen tekshiruvini o'tkazishda asosiy xatolar tos bo'shlig'ining egilishi va oyoqlarning tashqi aylanishi edi. Yosh bolalarda (6 oygacha) chanoq son bo'g'imlarning rivojlanishini tavsiflovchi asosiy miqdorlar: asetabulyar burchak, h qiymati, d qiymati. Asetabulyar burchak — asetabulum tomining burchagi, y shaklidagi chizilgan chiziq va bo'g'im bo'shlig'ining yuqori chetidan o'tuvchi chiziqning kesishi natijasida hosil bo'ladi. Odatda 3 oygacha bo'lgan bolalarda. uning qiymati 30° dan kam va yiliga 20° gacha kamayadi. Boshning asetabulumga nisbatan vertikal siljishini ko'rsatadigan a qiymati Hilgenreynerning gorizontaal chizig'idan proksimal sonning metafizal plastinkasining o'rta qismigacha bo'lgan masofa. Odatda, bu qiymat ikkala tomonda ham bir xil va 9 dan 12 mm gacha. ushbu ko'rsatkichning pasayishi va uning o'ng va chapdagi farqi patologiyaning mavjudligini ko'rsatadi. Son boshining asetabulumga nisbatan lateral siljishini ko'rsatadigan d qiymati asetabulumning pastki qismidan vertikal chiziqgacha bo'lgan masofa (h kattaligi). chanoq son bo'g'imlarning normal rivojlanishi bilan u ikkala tomonda ham bir xil va 15 mm dan oshmasligi kerak.

Hilgenreiner sxemasi qulay, ishonchli, chanoq son qo'shilishi haqida ob'ektiv tasavvur beradi va rentgenografiyani o'qish qobiliyati bilan bu juda oddiy. Uning katta afzalligi shundaki, u sonning tashqi va yuqoriga qarab kichik siljishlarini erta aniqlashga imkon beradi. Bundan tashqari, o'zgartirilgan tönnis sxemasi (2015) amaliy jihatdan sodda va oson takrorlanadi. Bu son bosh epifizining ossifikatsiya yadrosi bo'lmagan taqdirda son suyagini chiqishining rentgenologik turini aniqlashga imkon beradi [35]. Kattaroq bolalarda chanoq son bo'g'imning rivojlanishining rentgenologik ko'rsatkichlarini baholash va uning displazi darajasini aniqlash uchun rentgenografiya ikkita proektsiyada amalga oshiriladi- old orqa va chanoq son bo'g'imlarida oyoqlarni ochilgan va ichkariga buralgan holatda. Yosh jihatidan rentgenologik nuqtai nazardan, asetabulum, sonning proksimal uchi va ularning nisbati bilan bog'liq bo'lgan normal chanoq son bo'g'imi ba'zi ko'rsatkichlari amaliy ahamiyatga ega. Bolaning asetabulum rivojlanishining rentgenologik ko'rsatkichlari: asetabulyar indeks, son suyagi boshchasini bo'g'imga kirish yo'li. Proksimal sonning rivojlanishi quyidagi ko'rsatkichlar bilan tavsiflanadi: bo'yin-diafiz burchagi, antetorsiya burchagi. Asetabulum va son proksimal qismi o'rtasidagi nisbat Viberg burchagi, vertikal yozishmalar burchagi, Shenton chizig'i bilan belgilanadi. Bo'g'im kosachasiga kirish tekisligining egilish burchagi chanoq bo'g'imlarning to'g'ridan — to'g'ri rentgenogrammasi bilan ikkita chiziq yordamida aniqlanadi. Biri asetabulum tomining eng lateral nuqtasidan "ko'z yoshi belgisi" ning pastki nuqtasiga, ikkinchisi "ko'z

yoshi belgisining"ning pastki nuqtalarini bog'laydi. Ushbu chiziqlarning kesishishi natijasida hosil bo'lgan lateral ochiq burchak frontal tekislikdagi vertikal og'ish burchagi hisoblanadi. Odatda, bu burchak 35-45°ga teng. Sonning tug'ma chiqishi bilan asetabulum tomining yuqori qirrasini rivojlanmaganligi sababli ikkinchisining ko'payishi (50° dan ortiq) kuzatiladi.

Bo'yin-diafiz burchagi (BDB) son bo'ylama o'qidan medial yo'nalishda (vertikal tekislikda) son bo'yinining egilishini tavsiflaydi. Radiografiyada chanoq son bo'g'imlarning to'g'ridan-to'g'ri proektsiyasida proektsion BDB aniqlanadi. Haqiqiy BDB oyoqlarni ichkariga buralgan va tashqariga ochilgan holatda rentgenografiya yordamida aniqlanadi. Oddiy BDB hajmida yosh, jins va individual farqlar mavjud. O'rtacha normal BDB: kattalarda 120-130°, yangi tug'ilgan chaqaloqlarda 130 dan 150° gacha o'zgarishi mumkin, bolaning tug'ruqdan keyingi rivojlanishining dastlabki 2 yilida — 145°, 9-10 yoshga kelib u 135° gacha kamayadi, balog'at yoshiga qadar u 128-130°ga etadi.

Antetorsiya burchagi-femurning proksimal qismining frontal tekislikdan oldingi og'ishi. Oddiy sharoitlarda antetorsiya qiymatining 4 dan 20°gacha bo'lgan katta individual tebranishlari mavjud.

Viberga burchagi bog'im kosachasining eng chekka qirrasidan o'tazilgan chiziq va yonbosh suyagini teng ikkiga bo'luvchidan hosil bo'lgan chiziq. Odatda, bu burchak 20°dan yuqori. Agar burchak 20° dan kam bo'lsa, unda bu bosh va chanoq kosachasi o'rtasidagi munosabatlarning buzilishining ko'rsatkichidir.

Vertikal muvofiqlik burchagi-anteposterior proektsiyada rentgenogrammada bo'g'im kosachasiga kirish tekisligining proektsiyasi va femur bo'yni o'qi orasidagi burchak; oddiy bo'g'imlarda 70 dan 90°gacha.

Shenton chizig'i, yarim oval shaklida patologiya bo'lmasa, son bo'yinining pastki konturidan qulflash teshigiga o'tadi. Agar son suyagida tug'ma chiqish bo'lsa, bu chiziq to'xtatiladi. Sonning proksimal qo'shma uchi va asetabulum o'rtasidagi bog'liqlik Shenton chizig'ining buzilishi (uzilishi) bilan tavsiflanadi. Uning uzulish kattaligi son boshning siljish darajasiga bog'liq. Shu bilan birga, son boshning siljish darajasi asta-sekin o'sib boradi, ayniqsa bola tik turib yurishni boshlaganda va Shenton chizig'ining uzilishi ham kuchayadi. Shunday qilib, sonning tug'ma chiqishi kech tashxislash chanoq son bo'g'imlarning dastlabki holatini og'irlashishiga olib keladi. Shu bilan birga, rentgenografiya faqat son bo'g'imining ossifikatsiyalangan tuzilmalari haqida tushuncha beradi va uning rentgen-salbiy qismlarini ko'rinmas qoldiradi: bo'g'im kosachasining boshga tushadigan qismi, son boshi, ligament apparati, bo'g'im kapsul va bu tuzilmalar kasallikni muvaffaqiyatli davolash va prognoz qilish uchun bir xil ahamiyatga ega. Shuning uchun quyida tavsiflangan boshqa tekshirish usullari qo'llaniladi.

3.4.3. Kompyuter tomografiyasi (KT) o'smirlar va yosh kattalarni davolashda, displaziyani tashxislashda va uni etarli darajada davolashni tanlashda, shu jumladan tos va son osteotomiyasida va gorizontal tekislikdagi chanoq son tuzilmalarning o'zaro bog'liqligini baholashda yordam beradi. Shuningdek, uch o'lchovli yuzada tasvirda qo'shma tushuncha olish mumkin [13,14].

KT sizga quyidagilarni baholashga imkon beradi:

- * asetabulum va proksimal son anteverziyasi;
- * asetabulumning shakli va chuqurligi, uning old va orqa devorlarining tuzilishi va rivojlanishi; asetabulum tomining ossifikatsiyasining bir xilligi, o'rganilayotgan zonada yo'q qilish hodisalari;
- * asetabulumga nisbatan son boshining markazsizlanish darajasi;
- * asetabulum va son boshining bo'g'im yuzalarining uyg'unligi;
- * chanoq son bo'g'imi atrofidagi yumshoq to'qimalarning o'zgarishi (hajmning pasayishi, individual mushak guruhlarining atrofiyasi, ular orasidagi bo'shliqlarning kengayishi).

Bolalarda chanoq sonning tug'ma chiqishi uchun, KT uchun ko'rsatmalar:

- * son boshning tuzatib bo'lmaydigan chiqishlari kamaytirish va ularning joylashishini aniqlash uchun to'siqlarni aniqlash;
- * son boshining aseptik nekrozi, uning chala chiqishi bilan birgalikda, jarayonning rivojlanishini kamaytiradigan chora-tadbirlarni aniqlash uchun boshning deformatsiya joylarini aniqlash uchun;

* 5 yoshdan oshgan bolalarda son boshining asetabulumga nisbatan markazsizlanishi, son bo'g'imining tarkibiy qismlarida sezilarli tarkibiy o'zgarishlar,

3.4.4. Multispiral kompyuter tomografiyasi operatsiyadan oldingi va keyingi davrda CHSB patologiyasi uchun foydali bo'lgan bo'g'imdagi tarkibiy o'zgarishlarni etarli darajada vizualizatsiya qilish, bu fazoviy qo'shma munosabatlar haqida tasavvurga ega bo'lishga imkon beradi [5]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, SSTCH bo'lgan bolalarda rekonstruktiv operatsiyani to'g'ri rejalashtirish uchun yuqoridagi usul son suyagi boshchasini shaklini, rivojlanish darajasi va yo'nalishini ob'ektiv baholashga imkon beradi [16].

3.5. Son suyagini tug'ma chiqishi bilan taqqoslash qiladigan kasalliklar

Belgilar	Son suagini tug'ma chiqishi	Son suyagini patologik chiqishi	Son suyagi bo'yin qismini tug'ma varusli deformatsiyasi
Yurishdagi o'zgarishlar	Yurishni boshlagandan so'ng	Yurishni boshlagandan so'ng, anamnezida son suyagini o'tkazilgan ostemieliti mavjudligi	2-4 yosh
Rentgenologik belgilar	Son suyagi boshchasi to'liq shakllanmagan va bo'g'imdan tashqarida joylashgan.	Son suyagi boshchasi va bo'yinchasidan qolgan cho'ltoq deformatsiyalashgan va bo'g'imdan tashqarida joylashgan.	Son suyagi boshchasi o'zgarmagan, bo'g'imda joylashgan, son suyagi bo'yin uchburchagi o'zgaragan.

4. SON SUYAGINI TUG'MA CHIQISHINI KONSERVATIV DAVOLASH.

SSTCH konservativ davolash keng tarqalgan. O'z vaqtida konservativ davo natijalari har doim, jarrohlik aralashuvlardan yaxshiroq ekanligiga shubha yo'q. Adabiyotlarga ko'ra, hayotning birinchi oylarida o'tkazilgan davolanish 95% gacha yaxshi natijalar beradi, hayotning ikkinchi yarmidagi bolalarda -78% gacha, son boshni qisqartirishning operativ usullari bilan qoniqarli natijalarga 50% dan ko'p bo'lmagan darajada erishish mumkin. SSTCH ni davolashning maqsadi minimal asoratlar bilan imkon qadar erta yoshda barqaror, mos ravishda kamaytirilgan CHSB ga erishish va saqlashdir [2,6]. Qoldiq displazi va pasayish yoshi o'rtasida yaxshi o'rnatilgan korrelyatsiya mavjud. Ushbu patologiyani chaqaloqlik davrida aniqlash va davolash eng maqbul hisoblanadi [12]. SSTCH bilan og'rigan bemorlarni o'z vaqtida, etarli darajada davolash har doim ChSBning dastlabki holatini og'irlashishiga va displastik koksartrozning rivojlanishiga olib keladi. Bir qator mualliflarning tadqiqot natijalariga ko'ra, bemorning yoshi va ChSB displastik patologiyasini davolashning oldingi chanoq son bo'g'imi displastik marginal dislokatsiyasi bo'lgan bemorlarni davolash natijalariga katta ta'sir ko'rsatadi [2,10,16]. Konservativ davo usullari sezilarli o'zgarishlarga duch keldi. Hozirgi vaqtda funktsional davolash usullari odatda tan olingan. Ko'plab tortish moslamalari mavjudligiga qaramay, shinalar va qurilmalarning ommaviy ishlab chiqarilishi hali etarlicha yo'lga qo'yilmagan va ulardan foydalanish usullari takomillashtirilmagan. Shunday qilib, tug'ma son suyagini chiqishi bo'lgan bolalarni davolash tajribasidan kelib chiqib, eng ko'p ijobiy natijalar va eng kam asoratlarni keltirib chiqaradigan asosiy usullar quyidagilardir: ortezlarni olib tashlashda davolash, Sheptun-Ter-Egiazarov usuli bo'yicha–funktsional gipsli bog'lamlar, dastlabki tortishdan keyin kamaytirish.

Tug'ma son suyagini chiqishi bo'lgan bolalarni davolashda quyidagi asosiy printsiplarga qat'iy rioya qilish kerak:

- faqat funksional usullardan foydalanish;
- fiziologik bo'lmagan holatlarda qattiq gips bilan immobilizatsiya qilish bilan bir vaqtning o'zida majburiy qisqartirishni to'liq rad etish; incurabel holatlarni o'z vaqtida aniqlash (sonning teratogen tug'ma dislokatsiyasi);
- bo'g'im rivojlanishidagi qoldiq nuqsonlarni o'z vaqtida jarrohlik yo'li bilan tuzatish maqsadida bemorni doimiy ravishda kuzatib borish;
- 7-8 yoshga kelib, chanoq son bo'g'imi rekonstruktiv jarrohlikda katta tajribaga ega bo'lgan jarrohlar tomonidan rentgenografiyani majburiy talqin qilish;
- yopiq usulda joyiga solishdan oldin 2-3 hafta davomida oldindan tayyorgarlik ko'rish kerak (mashqlar terapiyasi, adduktorlarni bo'shatish uchun massaj, paraffin aplikatsiyasi, Freyk yostig'i);
- repozitsiya asta-sekin, funksional tana tortimda amalga oshirilishi kerak;
- son suyagini yopiq usulda joyiga solishning takroriy urinishlari, agar shinada qisqarishga erishilmasa yoki reluksatsiya sodir bo'lsa, bunday hollarda jarrohlik muolajasi ochiq usulda joyiga solish 6 oylikdan boshlab tavsiya etiladi.

4.1. 6 oygacha bo'lgan bolalarni funksional davolash.:

Son suyagini tug'ma chiqishi (chala chiqish, chiqish) davolashni bola hayotining birinchi kunlari va soatlarida, siljish alomati, displaziyani ko'rsatadigan belgilar to'plami aniqlangandan so'ng boshlash kerak. Shuni ta'kidlash kerakki, bu kutish taqdirini hal qiladigan dastlabki 5-7 kun. Bolaning hayotining birinchi kunlaridan boshlab boshning to'liq markazlashtirilishi bilan bo'g'im normal rivojlanadi yoki asetabulumda boshning markazsizlanishi mavjud bo'lganda, yanada rivojlanishi bo'ladi. Tug'ma son suyagini chiqishi erta funksional davolashning asosiy prinsipi oyoqlarga bo'g'implarda ochilish holatini berish, shu bilan birga ularda faol harakatlarni saqlashdir. Hozirgi vaqtda turli xil tortish moslamalari (shinalar, shimlar, bintlar, Freyka tipidagi yostiqlar, Pavlik shinasini, tubinger ortezi va boshqalar) yordamida erta davolashning ko'plab usullari ma'lum. Profilaktik maqsadlarda, shuningdek, tug'ruqxonada ortoped tomonidan bolani tekshirishdan oldin, oyoqlarni keng yo'rgaklash, bo'g'implarda ochilish holati beriladi (taniqli texnikaga ko'ra). Ushbu hodisa tug'ma predikatsiya tashxisini tasdiqlashda terapevtik emas, sonning chala va to'liq chiqishi, ammo profilaktika qanchalik erta boshlangan bo'lsa, chanoq son bo'g'imi rivojlanish prognozi shunchalik qulay bo'ladi. Bundan tashqari, shu bilan birga, bola oyoqlarning to'g'irlash holatiga tezroq o'rganib qoladi va adduktor kontrakturasi unchalik tez rivojlanmaydi. Men pediatriklarni fiksatsiya qilish uchun qattiq tuzilmalardan foydalanishdan ogohlantirmoqchiman, ya'ni. bola tomonidan amalga oshiriladigan pastki ekstremitalarning harakatiga to'sqinlik qiladigan shinalar, kestirib kutilgan bolalar terapevtik mashqlarni buyurmasliklari kerak, chanoq son bo'g'implarda aylanish harakatlari, chunki bu chanoq son bo'g'imi kapsulani yanada cho'zadi va kasallikning rivojlanishiga putur etkazishi mumkin. Hozirgi vaqtda son tug'ma chiqishi (chala chiqish) erta funksional davolashning asosiy usuli bu keruvchi moslamalardan foydalanish usuli. Ushbu patologiyada keruvchi moslamalardan foydalanish 6 oygacha bo'lgan bolalar uchun eng maqbuldir. Ushbu davolash usulining afzalligi chanoq son bo'g'implarida faol harakatlarni saqlab turganda chanoq son bo'g'implaridan fleksiyon va o'g'irlash holatida ushlab turishdir, bu esa keruvchi moslamalarning bo'shashishiga, son boshining o'z-o'zidan qisqarishiga yordam beradi va bo'g'imning keyingi shakllanishiga yordam beradi. Ushbu davolash usulining avzalligi son suyaklarining chanoq son bo'g'implarida bukilgan va ochilgan holatda, shuning bilan birga bo'g'imdagi aktiv harakatlarni saqlangan holda sonning keltiruvchi mushaklarining tarangligini kamaytiradi va son boshchasini bo'g'imga o'zi tushushini, bo'g'imning kelgusidagi shakllanishiga olib keladi. Keruvchi moslamalar (stremena) yordamida chanoq son bo'g'implarida displaziyani darajasiga qarab, son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga to'g'ri markazlashini taminlash, bukush harakatini tartibga solish va bolani chov sohasini ochiq bo'lganligi sababli parvarishlash oson va qulay bo'ladi. Moslamani taqish uchun eng avvalo oyoqlarni chanoq son

bo'g'imlarida bukish va ochish holatiga olib kelib taqiladi. 3-4 hafta davomida, har 4 kundan chanoq son bo'g'imlaridagi ochilish va bukilish moslamani bog'ichlarini o'lchamli tortib borish orqali amalga oshiriladi. Bunda chanoq son bo'g'imlaridagi bukilishni moslamani oldidagi bog'ichlari orqali, ochilishni moslamani orqadagi bog'ichlarini tortish orqali tartibga solinadi. Chanoq son bo'g'imlarini displaziyasi va sonlarning yarim chiqishlarida son suyagi boshchalarini bo'g'im kosachasiga yaxshi markazlashishi bo'g'imdagi bukilish va ochilishning 90° ga yetganida amalga oshiriladi. Agar bolada son suyagining tug'ma chiqishi kuzatilsa u holatlarda son suyagi boshchasini bo'g'imga tushurish uchun avvaliga oyoqlarni chanoq son bo'g'imidan 70-80° ga bukib «аксилляр» holatni berish kerak bo'ladi. Bunda son suyagi boshchasi bo'g'im kosachasini pastki qirrasini orqali bo'g'im kosachasiga tushadi. Yaqqol namoyon bo'lgan chanoq son bo'g'imlarini kontrakturasida davolash jarayonida chanoq son bo'g'imlarini davolash keruvchi mashqlarni buyurish tavsiya etiladi. Bolani «baqa holatida» qorniga yotqizish va keltirish mushaklarini bo'shashtirish maqsadida chanoq son bo'g'imlarida ochish harakatlarini qilish tavsiya qilinadi. Ushbu jarayonda chanoq son bo'g'imlari sohasiga quruq issiqlik qo'llash va kuniga 1-2 marta bolani yoshiga qarab o'g'riq qoldiruvchi rektal shamchalar buyuriladi. Davolashning dastlabki oylarida chanoq son bo'g'imida ochilish harakatini ushlab turish maqsadida keruvchi moslamaga pampers yoki prokladka qo'shiladi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushganligidan darak beradigan klinik belgilar: chanoq son bo'g'imlaridagi ochilishning to'liqligi, skarpov uchburchagida son suyagi boshchasini qo'l bilan paypaslab ko'rilganda aniqlanishidir. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushganligini UTT va rentgenografiya usullari orqali nazorat qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushgandan so'ng chanoq son bo'g'imini mutonosibligini mustahkamlash maqsadida oyoqlarni aksilyar holatda 3-4 hafta ushlab turiladi. Keyinchalik bolani oyoqlari chanoq son bo'g'imlarida gorizontalsathda 90° da bukilgan holatga tushuriladi va 5-6 oy davomida ushbu holatda ushlab turiladi. Keruvchi moslamalarni uzluksiz taqilishi va hatto bolani cho'miltirganda ham ushbu moslama echilmasligi va keyinchalik almashtirilishi shart. Bunda onaga yordamchi shahs bolani oyoqlarini yuqoridagi holatda ushlab turadi va bolani onasi keruvchi moslamani qayta taqadi. Keruvchi moslamalarda davolash muddati chanoq son bo'g'imini strukturalarini displastik darajasiga bog'liq bo'lib o'rtacha 3 oydan 6 gacha davom etadi. Chanoq son bo'g'imlari rentgenografiyasi old proyeksiyasida, (keruvchi moslamasiz va taxminan moslama echiladigan muddatda) son suyagi boshchasi bo'g'im kosachasiga markazlashib 2 tomonlama simmetrik bo'ladi. Aynan shu holatlardagina keruvchi moslama echiladi. Bo'g'im kosachasi tomchalarini etishmovchiligida va son suyakalari boshchalarini suyaklanish nuqtalari gipoplaziyasida, lekin son boshchalarini bo'g'imda stabill joylashganini keruvchi moslamani 6 oy taqqandan so'ng davolash abduksion Vilenskiy shinasida davom ettiriladi. Chanoq son bo'g'imlari displaziysi bilan og'riq bolalarni yurishga chanoq son bo'g'imini mutonosibligini tiklanganligidan so'ng, bo'g'im elementlarining yoshiga qarab rivojlanishida 8-10 oydan so'ng ruhsat beriladi. Bunda oyoq mushaklarini tonusini tiklash uchun, bolani avvalo emaklashga, velosipedda uchushga, keyinchalik yugurmasdan, sakramasdan, sekin asta yurishdan iborat bo'lgan o'ziga xos bo'lgan davolash gimnastikasi tavsiya etiladi. Bundan tashqari oyoq mushaklariga va tanasiga massaj, chanoq son bo'g'imlariga elektroforez Ca va P eritmalari bilan va dengiz tuzi bilan vannalar qabul qilishdan iborat bo'lgan tiklash davosi o'tkaziladi.

4.2. 6 oydan oshgan bolalarning funktsional gipsida davolash.

6 oydan oshgan bolalarda sonning tug'ma chiqishini davolashning eng keng tarqalgan usuli bu 1966 yilda tasvirlangan oyoq-qo'lni tortish va funktsional gipsli bog'lamga (FGB) mahkamlash orqali son boshining yumshoq qisqarishi bo'lib qolmoqda. Hozirgi kunga qadar ushbu usul ko'plab klinikalarda muvaffaqiyatli qo'llanilmoqda, ba'zi mualliflar ushbu usulni biroz o'zgartirmoqdalar, ammo uni qo'llash printsipi bir xil bo'lib qoladi. Sheptun-Ter-Egiyarov- usuli bo'yicha FGB da davolanish 6 oydan 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda kech tashxis qo'yilgan son suyagini tug'ma chiqishi yoki bu

yoshga kelib tuzatilmagan tug'ma chiqishi bo'lgan bolalarda, ko'pincha erta davolanishning etarli emasligi sababli amalga oshiriladi. Ushbu yoshda dastlabki usullardan foydalanish allaqachon muvaffaqiyatsiz bo'ladi, chunki kontrakturani yo'q qilish va oyoq-qo'llarni yumshoq mahkamlash moslamalari yordamida kerakli holatda ushlab turish mumkin emas.

Sheptun-Ter-Egiazarov usuli bo'yicha FGB dagi bemorlarni davolash uchun ko'rsatmalar:

* 6 oygacha bo'lgan bolalarda kech tashxis qo'yilgan yuqori tug'ma son chiqishi;

* oldingi erta davolanishda muvaffaqiyatsizligidan so'ng, (ultratovush, artrografiya ma'lumotlariga ko'ra) son suyagini tug'ma chiqishini joyiga tushmaslik mezonlarini yo'qligi.

* 1 yoshdan 1,5 yoshgacha bo'lgan bolalarda — son suyagini tug'ma chiqishi, tuzatib bo'lmaydigan mezonlar yo'qligi.

Hozirgi vaqtda texnika biroz o'zgartirilgan va kech tashxis qo'yilgan va 6 oylik yoshga qadar kamaytirilmagan son chiqishini kamaytirishda eng samarali va keng tarqalgan usullardan biridir. Sheptun- Ter-Egiazarov davolash usuli ikki bosqichdan iborat- birinchi bosqichda boalni oyoqlari frontal sathda uzatiladi, ikkinchi bosqichda son o'qi bo'ylab son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasini orqa qirrasini orqali oyoqlarni tortib bo'g'imga solish. Sonning yarim chiqish holatlarida, I bosqich tugagandan so'ng, son suyagi boshchasini bo'g'imga markazlashtirishga erishiladi. Son suyaklarini tug'ma yuqori chiqishlarida chanoq son bo'g'imlarini frontal sathda ochilganda (yani birinchi bosqichdan so'ng) son suyagi boshchasi bo'g'im kosachasi orqasiga ketadi. Oyoqning son o'qi bo'ylab vaqti-vaqti bilan tortilishi bilan son suyagi boshchasini asta-sekin bo'g'im kosachasini orqa qirrasini bilan lateral holat berib, keyinchalik bo'g'imga tushirish maqsadida tortish to'xtatiladi, yog'och rasporkani biroz kamaytiriladi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushganligidan darak beruvchi klinik belgilar: skarpov uchburchagini to'lganligi, dumba son burmasining yo'qolganligi va bir tomonlama chiqishda sonlarning o'qini bir xilligi. Son suyagini bo'g'imga tushganligini klinik belgilarini rentgenologik tekshiruv orqali tasdiqlash shart. Son suyagini boshchasini bo'g'imga tushgandan 1 oydan so'ng gipsli bo'lam o'zgartiriladi, bunda ikkala oyoqlarga oyoq panjalarini qo'shmagan holda tutor qo'yiladi va ular yog'och rasporka bilan traksuyasiz holatda ulanadi. Har oyda gipsli bo'lam holati va chanoq son bo'g'imini mutonosibliki klinik nazorat qilinadi, kerak bo'sa gipsli bo'lam almashtiriladi. Oyoqlarni ushbu holatda 4-6 oygacha fiksatsiyasi qilish bolani qaysi yoshda davolash boshlanganligiga, chanoq son bo'g'imini displaziyasi darajasiga qarab belgilanadi. Son boshchalarini stabil solinganidan, lekin bo'g'im kosachasini yetishmovchiligida va oyoq mushaklarini gipotoniyasida gipsli bog'lamda 3-4 oy davolangandan so'ng, davolashni Vilenskiy shinasida davom ettirish mumkin. Davolashning so'ngida oyoqlarni iloji boricha keltirgan holatda chanoq son bo'g'imlarining rentgenografiyasi o'tkaziladi.

Davolashni tugatish uchun rentgenologik mezonlar:

* oyoqlarni keltirgan holatda son boshchalarini bo'g'im kosachaga markazlashishi va stabill joylashishi;

* bir hil tuzilishdagi son suyagi boshchasining suyaklanish nuqtalarini paydo bo'lishi;

* bo'g'im kosachasi tomchalari yassiligini bola yoshining pastki ko'rsatkichigacha kamayishi.

Funksional gipsli bo'lamda davolangandan so'ng bolani oyoqlariga (son suyagi boshchalarini bo'g'imga saqlab qolish maqsadida) 3-6 oy muddatga Vilenskiy shinasi taqiladi. Davolash davomida shinani rasporkasi sekin-astalik bilan kamaytirib boriladi. Ortopedik davolash tiklash terapiyasi asosida olib boriladi. Son suyagi boshchasi bo'g'imga solinganidan so'ng 8-9 oy o'tib bolani shinada oyoqlariga turg'uzishga ruhsat beriladi. Yurishga ruhsat beradigan mezonlar: son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga stabil markazlashishi, chanoq son bo'g'imini rivojlanish ko'rsatkichlarini yosh ko'rsatkichlarni pastki natijalardan kam bo'lmasligi, son suyagi boshchalarini suyaklanish nuqtalarini strukturalarini bir xilligi va yaqqol ko'rinishi, oyoq musaklarini tonusini qoniqarliqi. Vilenskiy shinasi chanoq son bo'g'imini strukturalarini to'iq tiklangandan so'ng echiladi. Keyinchalik bolalar o'sish jarayoni to'xtaguncha vaqti-vaqti bilan tiklash kurslarini oladi va yashash joyidagi poliklinikada bolalar ortopedi doimiy nazoratida bo'ladi.

4.3. Kech tashxis qo'yilgan son suyagini tug'ma chiqishini sekin astalik funksiyonal tana tortimi usuli bilan davolash.

Son suyagi tug'ma yuqori tug'ma chiqishi bilan kasallangan bolalarda son suyagi boshini bo'g'im kosasiga bir vaqtning o'zida majburiy ravishda bo'g'imga solgandan so'ng, qoniqarsiz natijalarning katta miqdori ortopedlarni son suyagi boshchasini bo'g'imga sekin astalik bilan tortish va tushirish texnikasidan foydalanishga majbur qiladi. Vertikal sathda sekin astalik bilan tana tortimi bilan davolash eng keng tarqalgan usul bo'lib hisoblanadi. ("over-head"usuli). Hozirgi vaqtda ushbu davolash usulini qo'llash son suyagi tug'ma yuqori chiqishlarini, ko'pincha ikki tomonlama, chanoq son bo'g'imlarida keltirish kontrakturasi bilan birga bo'lgan holatlarda tavsiya etiladi. Bunday hollarda chanoq son bo'g'imlaridagi kontraktura nafaqat sonning keltiruvch mushaklarining kaltaligiga balki chanoq son bo'g'imlariga ochilish harakatini berganimizda kranial va orqada joylashgan son suyagi boshchasi yonbosh suyagi qirrasiga tiralganligi sababli bo'shi mumkin. Shu munosabat bilan son suyagi kalta keltiruvchi mushaklarini cho'zish, son suyagi boshchasini bog'imga olib kelish kerak. Buning uchun tana tortimi bir vaqtning o'zida yuqoriga va yon tomonlarga bajarilishi kerak. Son suyagi boshchasini bo'g'imga solishda vertikal tana tortimi usulini q'llashga ko'rsatma bo'lib 2-yoshgacha bo'lgan bolalarda funksional gipsli bog'lamlarda va boshqa konservativ usullar yordamida son suyagi chiqishini bartaraf etib bo'lmaydigan chanoq son bo'g'imlaridagi yaqqol namoyon bo'lgan keltirish kontrakturasi bilan kechadigan son suyaklarining yuqori chiqishi (asetabulimdan yuqori yonbosh chiqish) hisoblanadi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushganligini nazorat qilish chanoq son bo'g'imlari rentgenografiyasi orqali olib boriladi. Chanoq son gipsli bog'lami oyoqlarning chanoq son bo'g'imlarda 90⁰ bukilgan va ochilgan holatda qo'yiladi. Iydan so'ng gipsli bog'lamning old (qorin qismi) olib tashlanib gipsli tutorlarning boldir qismiga Vilenskiy shinasi taqiladi va bolaga o'tirishga ruhsat beriladi, kompleks tiklash davo o'tkaziladi. Yana 1,5-2 oydan so'ng gipsli bog'lamning qolgan qismi olib tashlanadi va bolani oyoqlariga Vilenskiy shinasi taqiladi. Son suyagi tug'ma chiqishi bilan davolangan bolalar muntazam ravishda tiklash davo kurslarini olishlari shart, avvaliga ular emaklashni va chiqish bartaraf etilgandan keyin 9-12 oydan so'ng yurishni boshlaydilar.

5. TUG'MA SON CHIQISHI BO'LGAN BOLALARNI JARROHLIK DAVOLASH.

Son suyagining teratogen chiqishini (son suyaklari boshchalarini onani qornida bo'g'im kosachasidan tashqaridaligi) va chanoq son bo'g'imi komponentlarini patologik holati (displaziya) oqibatidagi son suyagini chiqishini farqlash lozim. Son suyagini teratogen chiqishi faqat birlamchi jarrohlik davolash qo'llaniladi.

Jarrohlik davolashning umumiy tamoyillari:

- bo'g'imning tog'ayli va yumshoq to'qimali komponentlariga yuqori ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish, chanoq son bo'g'imini tiklanishida muhim elementi bo'lib hisoblangan bolani yurishining optimal muddatini tiklashda son suyagi tug'ma chiqishi yoki yarim chiqishini jarrohlik davolash jarayonida avaskulyar buzulishini oldini olish;

-deformatsiyalovchi koksartrozni rivojlanishini oldini olishni effektiv choralari tiklagan holda o'suvchi chanoq son bo'g'imlarida to'g'ri anatomik mutonosiblikni va bo'g'im yuzalarini kongurentligini tiklash;

- chanoq son bo'g'imini yuzalari maydonini ko'paytirish maqsadida, bo'g'imning biomexanik parametrlarini (kuchning tayanch nuqtasi, ularning kuch beruvchi nuqtalari) o'zgartiradigan chanoq son bo'g'imlarini rekonstruksiyasi displastik koksartrozni davolashda qo'llaniladigan chora yoki uni zo'rayishini to'xtatish bo'lib hisoblanadi;

Son suyagi boshchasini ochiq usulda bo'g'imga solishga ko'rsatmalar:

- son suyagi teratogen yuqori chiqishlari mavjudligi;

- tana tortimida davolashdan keyingi tushmaslik holati;
 - ambulator sharoitda funksional konservativ davolash usullarining samarasizligi;
 - birlamchi tushmaydigan son tug'ma chiqishi, chiqishni diagnostika qilish davrida (artrografiya, MRT, kontrastli KT) CHSBda son suyagi boshchasini yopiq usulda bo'g'imga solishga qarshilik qiluvchi (son suyagi boshchasi va bo'g'im kosachasining o'lchamlarining nomutonosiqligi) patologik tuzilmalarning mavjudligi;
 - bo'g'im kosachasining kontras modda bilan to'lishini deffektleri, limbusning buralishi va bo'g'im kosachasiga interpozitsiyasi, bo'g'im kapsulasida tortmalarning mavjudligi.
- Son suyagini ochiq usulda bo'g'imga solish chanoq son bo'g'imini old-yon yoki medial tomondan amalga oshiriladi. Bo'g'imga boorish yo'lini tanlash jarrohning tajribasiga va chiqishning darajasiga va o'ziga xosligiga bog'liq.

Davolash taktikasini tanlashni asosiy mezonlari:

- bolani yoshi,
- kasallikni anamnezi, ortopedik statusni ko'rsatgichlari,
- hamroh patologiyalarni mavjudligi,
- son suyagi proksimal qismi va quymich kosachasining rentgenoanatomik ko'rsatgichlari,
- ularning munosabatini buzilishining yaqqolligi,
- kompyuter tomografiya tekshiruvini ko'rsatgichlari.

Operatsiyaga qarshi ko'rsatmalar:

- kamqonlikning og'ir darajasi,
- kompensatsiyalanmagan somatik kasalliklar,
- tutqanoq,
- kaxeziya,

Operatsiyadan oldingi laboratoriya tekshiruvi:

Laboratoriya va funksional tekshiruvlar:

- qonning umumiy tahlili;
- peshobning umumiy tahlili;
- qon guruhi va RH faktori;
- koagulogramma;
- qonning bioximik tahlillari;
- qonning RW ga tekshiruvi;
- Gepatit B ekspress usuli;
- Gepatit C ekspress usuli;
- EKG;
- Ichki a'zolarining ultratovush tekshiruvi;
- Ko'krak qafasi va chanoq son bo'g'imlarning rentgenografiyasi.

Mutaxassislarning maslahati: pediatr va ko'rsatmalar bo'yicha boshqa mutahassislar.

Anesteziya ta'minoti.

Bemor laboratoriya va funksional tekshiruvdan so'ng pediatr va anesteziolog-reanimatolog tomonidan tekshiriladi. Ko'rsatmalarga ko'ra, qo'shimcha tekshiruv o'tkazish, tegishli mutaxassislar bilan maslahatlashish va tayyorgarlik davolash tadbirlarini o'tkazishga kelishib olinadi. Anemiya mavjud bo'lganda, gemoglobin darajasini rejali korreksiya qilish kerak.

Bolalarda tavsiya qilinadigan anestiziya turi- vena ichiga narkoz, kattalarga -o'tkazuvchan va spinal anestiziya.

Bemorni operatsiyadan oldin tayyorlash.

Ichakni bo'shatish va jarrohlik kesim teri sohasini sanatsiya qilish jarrohlikda umumiy qabul qilingan usulga muvofiq amalga oshiriladi.

Operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin o'pka va jarrohlik yaralaridan yuqumli asoratlarni oldini olish uchun yoshga bog'liq dozalarda keng spektrli antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

Son suyagini tug'ma chiqishida qo'llaniladigan asosiy jarrohlik amaliyotlarni shartli to'rt guruhga bo'lish mumkin:

1. Kichik jarrohlik amaliyotlar (chanoq son bo'g'imi mushaklarning miotomiyalari).
2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish.
3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va quymich kosachasi tomini plastikasi.
4. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlarini bilan.

1. Kichik jarrohlik amaliyotlar (chanoq son bo'g'imi mushaklarning miotomiyalari).

Ko'rsatmalar: 2 yoshga yaqin va 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda son suyagining tug'ma chiqishi, qonsiz usulda solishga harakat qilingandan keyingi natijasiz holatlar.

2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish.

Ko'rsatmalar: 2 yoshdan katta bo'lgan bolalarda son suyagini tug'ma chiqishi, qonsiz usulda bo'g'imga tushmagan chiqish, son suyagi proksimal qismi joylashini buzilishi va son suyagi bo'yin qismini valgulsi deformasiyasini shakllanishi asetabulyar indexni 30^0-35^0 va Sharp burchagini 50^0 dan yuqori bo'lishi bilan.

Son suyagi proksimal qismini korreksiya qilish son suyagini ko'stlar aro osteotomiya qilish uslubi bilan amalga oshiriladi va son suyagini kaltalashtirish va proksimal qismni medializatsiya qilishni o'z ichiga oladi. Osteotomisidan so'ng son suyagi bo'laklari burchaksimon medializatsiyalovchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi.

Operatsiya texnikasi.

Amaliyot nafas olishni boshqaruv bilan endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Oyoqni teri qavati spinae iliaca anterior superior dan tortib barmoqlar uchlarigacha yod (betadin) va spirt eritmalari bilan tozalab bo'lgandan so'ng, chanoq son bo'g'imini old yon kesimi orqali teri va teri osti yo'g' qatlami skalpel yordamida tosning old-yuqori qirrasidan sonning yuqori uchligigacha kesiladi. (8-10 sm). O'tmas yo'llar bilan o'rta dumba mushagi va sonning keng fassiyasini taranglashtiruvchi mushaklar oralig'iga boriladi. Chanoq son bo'g'imini old yuzasi ochiladi. M. Iliopsoasning payi ajratilib son suyagiga birikkan joyidan kesiladi. Bo'g'im kapsulasi qisqichlarga yoki ushlagichlarga olinib kesiladi (artrotomiya) va bo'g'im ichi ko'zdan kechiriladi. Bunda bo'g'im kosachasidan son boshchasini gipertrofiyalashgan xususiy bog'lami va yog'li yostiqa olib tashlanadi. Bo'g'im ichiga qayrilgan limbus bo'g'imning gialin tog'ayiga zarar etkizmasdan orqaga qaytariladi va to'g'irlanadi. Bo'g'im kapsulasida tortmalar mavjud bo'gan holda ular kesiladi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushushiga to'sqinlik qilayotgan barcha to'qimalar olib tashlangandan so'ng quymich kosachasining qirralariga baho beriladi. Sonning to'rt boshli mushagini lateral boshchasi suyak ustki pardasi bilan T-simon kesiladi, son suyagi yuqori uchligi old va orqa tashqi yuzlari suyak pardasi ostidan ochiladi. Son suyagi katta ko'stidan 1,0-1,5 sm pastroqdan Jigli arrasi yoki ossillirlovchi arra yordamida BDB ni bemorning yoshi qarab son suyagi ko'stlar aro detorsion-varuslovchi osteotomiya qilinadi. Kaltalashtiruvchi rezeksiya son suyagini distal fragmenti hisobidan qilinadi. Bunda rezeksiya qilinadigan fragmentning o'lchami son suyagi boshchasini kranial siljishiga bog'liq bo'lib va bu siljishni 30 % tashqil qiladi (Shenton chizig'ini uzulishini uzunligi). Son suyagini kaltalashtiruvchi osteotomiya qilish jarayonida kesim yuzasi qiya bo'lib, son suyagini rezeksiya qilinadigan fragmenti trapetsiya shaklida bo'lib unung asosi medial tomonda bo'ladi. Son suyagini rezeksiya qilingan fragmentini fiziologik eritmaga to'ldirilgan strill idishga solinadi. Keyinchalik son suyagi proksimal

qismini antetorsiyasi va BDB ni patologik valgizatsiyasi bartaraf qilinadi. Bo'g'im kapsulasi cho'ltoqlariga № 3 juft ipak iplari qo'yiladi. Keyinchalik, suyak fragmentlari mediallyatsiyalovchi plastinka yoki sonning proksimal qismiga chegaralovchi kontakt beruvchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda, antetorsiya burchagi 15-20° gacha, bo'yin-diafiz burchagi esa 110-115° gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga oyoqni o'qi bo'yicha tortish, ochish va son syagi katta ko'stiga oldi va ichkariga qarab qisman bosish orqali solish. Bunda son suyagi boshchasi oyoqning o'rta holatida o'tkazilgan son suyagi proksimal qismini korreksiyasidan so'ng quymuch kosachasiga kirish yo'nalishiga to'g'ri kelishi kerak. Bo'g'imga solish texnikasiga rioya qilganda va to'siqlarning bartaraf qilinganligida son suyagi boshchasi bo'g'imga uning orqa pastki qirrasini orqali tushuriladi. Bo'g'im kapsulasi to'liq tikiladi, imkon bo'lganda dublikatura qilinadi. Rentgen nazorat qilinadi. Son suyagini boshchasini bo'g'im kosachasiga qoniqarli markazlashishida va rejalashtirilgan 110-115⁰ bo'yin-diafiz burchagida va 10-20⁰ antetorsiya burchagida yaraga qon chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va to'liq tikiladi. Opertsiyadan keying davrda oyoqning tashqi imobilizatsiyasi rasporkali chanoq son gipsli bog'ami yordamida amalga oshiriladi.

3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va quymich kosachasi tomini plastikasi.

Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagini Salter bo'yicha rotasion osteotomiyasi.

Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar:

- asetabulumdan yuqori yonbosh son chiqishi yoki funksional rentgenogramma va artrogrammalarda bo'g'im kosachasini pastki to'siq (blok) mavjudligi;
- son suyagi proksimal qismi fazoviy holatini buzilishi va son suyagi bo'yin qismini valgusli deformatsiyasini shakllanishi;
- quymich kosachasini fazoviy holatini buzulishi, asetabulyar indexni 30⁰-40⁰ va Sharp burchagini 50⁰ dan yuqori bo'lishi, Viberg burchagi va old qoplash burchagini (-7⁰) va undan ham kam, haqiqiy BDB -145⁰ dan yuqori va antetorsiya burchagini 55⁰ dan yuqori bo'lishi.

Amaliyot texnikasi.

Amaliyot nafas olishni boshqaruv bilan endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Oyoqni teri qavati spinae iliaca anterior superior dan tortib barmoqlar uchlarigacha yod (betadin) va spirt eritmalari bilan tozalab bo'lgandan so'ng, chanoq son bo'g'imini old yon kesimi orqali teri va teri osti yo'g' qatlami skalpel yordamida to'sning old-yuqori qirrasidan sonning yuqori uchligigacha kesiladi. (8-10 sm). O'tmas yo'llar bilan o'rta dumba mushagi va sonning keng fassiyasini taranglashtiruvchi mushaklar oralig'iga boriladi. Chanoq son bo'g'imini old yuzasi ochiladi. M. Iliopsoasning payi ajratilib son suyagiga birikkan joyidan kesiladi. Bo'g'im kapsulasi qisqichlarga yoki ushlagichlarga olinib kesiladi (artrotomiya) va bo'g'im ichi ko'zdan kechiriladi. Bunda bo'g'im kosachasidan son boshchasini gipertrofiyalashgan xususiy bog'lami va yog'li yostiqlar olib tashlanadi. Bo'g'im ichiga qayrilgan limbus bo'g'imning gialin tog'ayiga zarar etkizmasdan orqaga qaytariladi va to'g'irlanadi. Bo'g'im kapsulasida tortmalar mavjud bo'gan holda ular kesiladi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushushiga to'sqinlik qilayotgan barcha to'qimalar olib tashlangandan so'ng quymich kosachasining qirralariga baho beriladi. Sonning to'rt boshli mushagini lateral boshchasi suyak ustki pardasi bilan T-simon kesiladi, son suyagi yuqori uchligi old va orqa tashqi yuzlari suyak pardasi ostidan ochiladi. Son suyagi katta ko'stidan 1,0-1,5 sm pastroqdan Jigli arrasi yoki ossillirlovchi arra yordamida BDB ni bemorning Yoshi qarab son suyagi ko'stlar aro detarsion-varuslovchi osteotomiya qilinadi. Kaltalashtiruvchi rezeksiya son suyagini distal fragmenti hisobidan qilinadi. Bunda rezeksiya qilinadigan fragmentning olchami son suyagi boshchasini kranial siljishiga bog'liq bo'lib va bu siljishni 30 % tashqil qiladi (Shenton chizig'ini uzulishini uzunligi). Son suyagini kaltalashtiruvchi

osteotomiya qilish jarayonida kesim yuzasi qiya bo'lib, son suyagini rezeksiya qilinadigan fragmenti trapetsiya shaklida bo'lib unung asosi medial tomonda bo'ladi. Son suyagini rezeksiya qilingan fragmentini fiziologik eritmaga to'ldirilgan strill idishga solinadi. Keyinchalik son suyagi proksimal qismini antetorsiyasi va BDB ni patologik valgizatsiyasi bartaraf qilinadi. Bo'g'im kapsulasi cho'ltoqlariga № 3 juft ipak iplari qo'yiladi. So'ngra quymich kosachasi tomini korreksiya qilish maqsadida kosachani ustki sohasi ochiladi. Tos mushaklari orqali yonbosh suyagini yarim oysimon o'yig'iga boriladi va suyak ustki pardasi ajratilini ilmoqsimon himoyalovchi instrumentlar incisura ishiadica major ga qo'yiladi. Jigli arrasi yoki iskana (doloto) yordamida tos suyagi ko'ndalang osteotomiya qilinadi. Bir tishli ilmoq yordamida yonbosh suyagini distal fragmenti oldiga, pastga va tashqariga tortilib asetabular burchakni minimum 10-15⁰ va son suyagi boshchasini hosil qilingan tom bilan to'liq qoplanishini taminlash kerak. Yonbosh suyagi fragmentlari orasidagi hosil bo'lgan oraliqqa fiziologik eritmali idishda saqlanayotgan auto suyak bo'lakchasi o'rnatiladi. Transpantant va yonbosh suyagining fragmentlari bo'g'im tomi korreksiya qilingan holatda 2-3 ta sixlar yordamida fiksatsiya qilinadi. Keyinchalik, suyak fragmentlari medializatsiyalovchi plastinka yoki sonning proksimal qismiga chegaralovchi kontakt beruvchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda, antetorsiya burchagi 15-20⁰ gacha, bo'yin-diafiz burchagi esa 110-115⁰gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga oyoqni o'qi bo'yicha tortish, ochish va son syagi katta ko'stiga oldi va ichkariga qarab qisman bosish orqali solish. Bunda son suyagi boshchasi oyoqning o'rta holatida o'tkazilgan son suyagi proksimal qismini korreksiyasidan so'ng quymuch kosachasiga kirish yo'nalishiga to'g'ri kelishi kerak. Bo'g'imga solish texnikasiga rioya qilganda va to'siqlarning bartaraf qilinganligida son suyagi boshchasi bo'g'imga uning orqa pastki qirrasini orqali tushuriladi. Bo'g'im kapsulasi to'liq tikiladi, imkon bo'lganda dublikatura qilinadi. Rentgen nazorat qilinadi. Son suyagini boshchasini bo'g'im kosachasiga qoniqarli markazlashishida va rejalashtirilgan 110-115⁰ bo'yin-diafiz burchagida va 10-20⁰ antetorsiya burchagida yaraga qon chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va to'liq tikiladi. Opertsiyadan keying davrda oyoqning tashqi imibilizatsiyasi rasporkali chanoq son gipsli bog'ami yordamida amalga oshiriladi.

Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tomini Pemberton usulida periastebulyar plastikasi.

Jarrohlik amaliyotiga ko'rsatmalar:

- asetabulumdan yuqori yonbosh son chiqishi yoki funksional rentgenogramma va artrogrammalarda bo'g'im kosachasini pastki to'siq (blok) mavjudligi;
- son suyagi proksimal qismi fazoviy holatini buzilishi va son suyagi bo'yin qismini valgusli deformatsiyasini shakllanishi;
- quymich kosachasini fazoviy holatini buzulishi asetabulyar indexni 30⁰-35⁰ va Sharp burchagini 50⁰ dan yuqori bo'lishi.

Amaliyot texnikasi.

Amaliyot nafas olishni boshqaruv bilan endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Oyoqni teri qavati spinae iliaca anterior superior dan tortib barmoqlar uchlarigacha yod (betadin) va spirt eritmali bilan tozalab bo'lgandan so'ng, chanoq son bo'g'imini old yon kesimi orqali teri va teri osti yo'g' qatlami skalpel yordamida to'sning old-yuqori qirrasidan sonning yuqori uchligigacha kesiladi. (8-10 sm). O'tmas yo'llar bilan o'rta dumba mushagi va sonning keng fassiyasini taranglashtiruvchi mushaklar oralig'iga boriladi. Chanoq son bo'g'imini old yuzasi ochiladi. M. Iliopsoasning payi ajratilib son suyagiga birikkan joyidan kesiladi. Bo'g'im kapsulasi qisqichlarga yoki ushlagichlarga olinib kesiladi (artrotomiya) va bo'g'im ichi ko'zdan kechiriladi. Bunda bo'g'im kosachasidan son boshchasini gipertrofiyalashgan xususiy bog'lami va yog'li yostiqa olib tashlanadi. Bo'g'im ichiga qayrilgan limbus bo'g'imning gialin tog'ayiga zarar etkizmasdan orqaga qaytariladi va to'g'irlanadi. Bo'g'im kapsulasida tortmalar mavjud bo'gan holda ular kesiladi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushushiga to'sqinlik qilayotgan barcha to'qimalar olib tashlangandan so'ng quymich kosachasining

qirralariga baho beriladi. Sonning to'rt boshli mushagini lateral boshchasi suyak ustki pardasi bilan T-simon kesiladi, son suyagi yuqori uchligi old va orqa tashqi yuzlari suyak pardasi ostidan ochiladi. Son suyagi katta ko'stidan 1,0-1,5 sm pastroqdan Jigli arrasi yoki ossillirlovchi arra yordamida BDB ni bemorning Yoshi qarab son suyagi ko'stlar aro detarsion-varuslovchi osteotomiya qilinadi. Kaltalashtiruvchi rezeksiya son suyagini distal fragmenti hisobidan qilinadi. Bunda rezeksiya qilinadigan fragmentning olchami son suyagi boshchasini kranial siljishiga bog'liq bo'lib va bu siljishni 30 % tashqil qiladi (Shenton chizig'ini uzulishini uzunligi). Son suyagini kaltalashtiruvchi osteotomiya qilish jarayonida kesim yuzasi qiya bo'lib, son suyagini rezeksiya qilinadigan fragmenti trapetsiya shaklida bo'lib unung asosi medial tomonda bo'ladi. Son suyagini rezeksiya qilingan fragmentini fiziologik eritmaga to'ldirilgan strill idishga solinadi. Keyinchalik son suyagi proksimal qismini antetorsiyasi va BDB ni patologik valgizatsiyasi bartaraf qilinadi. Bo'g'im kapsulasi cho'ltoqlariga № 3 juft ipak iplari qo'yiladi. So'ngra quymich kosachasi tomini korreksiya qilish maqsadida kosachani ustki sohasi ochiladi. Tos suyagini qirrasidan m.gluteus u m. tensor fascia latae distal yo'nalishda bog'im kapsulasiga qarab va biroz orqa tomondan subperiostal ajratiladi, lekin katta o'tirg'ich o'yiqchasi ochilmaydi. O'tkir elevator yordamida yonbosh suyagini apofizi birikkan abdominal mushaklari bilan qo'shib yonbosh suyagini old qirrasidan ajratiladi. So'ngra mushaklar yonbosh suyagini medial tomondan subperiostal ajratilib o'tirg'ich o'yiqchasi ochiladi. Yonbosh suyagini old qismini ochish maqsadida ushbu o'tirg'ich o'yiqchasiga 2 ta yapaloq retraktor o'tqaziladi, bittasi –yonbosh suyagini medial tomonidan va ikkinchisi lateral tomondan. Yonbosh suyagini osteotomiyasi ingichka qiyshiq osteoton yordamida quydagi tartibda amalga oshiriladi: avvaliga yuqoridan yonbosh suyagini old qirrasigacha va bo'g'im kapsulasidan 1 sm proksimal va kapsulaga parallel holda osteotomiyani davom ettiriladi. Ushbu jarayon o'tirg'ich o'yiqchasida osteotomning old tomonidan ko'rinmay qolishigacha rekraktorga qarab davom etadi. Osteotomiyadan keyin, osteotomiyaning old qismiga enli qiyshiq osteotom kirgiziladi va suyak fragmentlari bir-biridan ajratiladi. Quymich kosachasini tomini asetabulyar indexni 0 ga teng bo'lguncha egish shart. Yonbosh suyagi fragmentlari orasidagi hosil bo'lgan oraliqqa avallan fiziologik eritmasi bor idishda saqlanayotgan autotransplantat o'rnatiladi. Transpantant va yonbosh suyagining fragmentlari bo'g'im tomi korreksiya qilingan holatda 2-3 ta sixlar yordamida fiksatsiya qilinadi. Keyinchalik, suyak fragmentlari medialisatsiyalovchi plastinka yoki sonning proksimal qismiga chegaralovchi kontakt beruvchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda, antetorsiya burchagi 15-20° gacha, bo'yin-diafiz burchagi esa 110-115° gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga oyoqni o'qi bo'yicha tortish, ochish va son suyagi katta ko'stiga oldi va ichkariga qarab qisman bosish orqali solish. Bunda son suyagi boshchasi oyoqning o'rta holatida o'tkazilgan son suyagi proksimal qismini korreksiyasidan so'ng quymuch kosachasiga kirish yo'nalishiga to'g'ri kelishi kerak. Bo'g'imga solish texnikasiga rioya qilganda va to'siqlarning bartaraf qilinganligida son suyagi boshchasi bo'g'imga uning orqa pastki qirrasini orqali tushuriladi. Bo'g'im kapsulasi to'liq tikiladi, imkon bo'lganda dublikatura qilinadi. Rentgen nazorat qilinadi. Son suyagini boshchasini bo'g'im kosachasiga qoniqarli markazlashishida va rejalashtirilgan 110-115° bo'yin-diafiz burchagida va 10-20° antetorsiya burchagida yaraga qon chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va to'liq tikiladi. Opertsiyadan keying davrda oyoqning tashqi imobilizatsiyasi rasporkali chanoq son gipsli bog'ami yordamida amalga oshiriladi.

Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlarini bilan.

O'smirlarda chanoq son bo'g'imini anatomik o'zgarishlarni og'irligi chanoq kosachasini holatini korreksiya qilish va rotasion transpozitsiya qilish maqsadida qo'llashni belgilaydi. Tos suyagini ikki yoki uchta osteotomiyasini mustaqil variant bilan birgalikda son suyagini ochiq usulda solish va sonning korreksiyalovchi osteotomiyasi bilan birga qo'llash mumkin.

Tos suyagining uchtalik osteotomiyasidan keyingi bo'g'im kosachasi transpozitsiyasining texnik jihatlari.

- Yonbosh, qov, o'tirg'ich va kerak bo'lganda son suyagiga borish ularning suyak pardasi ostidan aniq ko'rinishini taminlab beruvchi bitta kesim orqali amalga oshiriladi.
- Qov suyagini chopish qon-tomir to'plamini zararlamasdan bo'g'im kosachasi bilan birikkan joyidan to'g'ridan-to'g'ri amalga oshiriladi.
- O'tirg'ich suyagini butunligini buzish lig. sacrospinosum va sacrotuberosumni immobilizatsilovchi tasirini kamaytiruvchi joydan amalga oshiriladi.

Chanoq son bo'g'imiga borish, m.iliopsoasning payini kesish, bo'g'im ichidagi yumshoq to'qimalarni olish, son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga tushushini baholash son suyagini ochiq usulda solishni mustaqil variantidek amalga oshiriladi. Qov suyagini ajratish va ushbu suyakda manipulatsiya qilish og'ir asoratlarni kelib chiqishi mumkinligi (qon tomir to'plami yaqinligi) sababli texnik jihatdan qiyin hisoblanadi. Ushbu kamchiliklarni bartaraf etish maqsadida qov suyagini emas, balki o'tirg'ich suyagini osteotomiya qilib quymich kosachasini mobillik darajasini oshirish va jarrohlik jarayoning murakkabligini yaqoll kamaytirish maqsadida to'sni ikkitalik osteotomiyasidan so'ng transpozitsiya qilish texnologiyasi ishlab chiqilgan. Yonbosh suyagi bo'yinchaga o'tar qismi osteotomiyasidan so'ng, quymich kosachasini rotatsiyasiga qarshi to'sning mustahkam lig. sacrotuberale, va lig. sacrospinalelarini birikkan joyidan kranial o'tirg'ich suyagi osteomiyasi amalga oshirilishi sababli texnik natijaga erishladi. Tosning yonbosh-o'tirg'ich suyaklarini osteotomiyasidan keyingi quymich kosachasining rotatsiyasi (transpozitsiyasi) darajasi to'sni uchtalik osteotomiyasidan keyingi rotatsiyasidan amaliy farqlanmaydi, sababi bu jarohati va xavlliligi kam amaliyot va to'sning yonbosh-o'tirg'ich suyaklarni osteotomiyasini ortopedik statsiomarlarning kundalik faoliyatida qo'llanishiga tavsiya qilinadi.

5.1. Bemorni keying davrda kuzatish:

Operatsiyadan keying kuzatuv.

Jarrohlik amaliyotidan so'ng bemor anestziologik va reanimatsion holatiga qarab uyg'onishigacha intensiv palatada 2-8 soatgacha o'pkani suniy ventilatsiyasida davom ettirish mumkin. Ushbu davrning yaxshi va asoratsiz kechsa bemorning jonlantirish bo'limida qolishi bir necha soatdan 1-2 kungacha davom ettirish mumkin. Keyinchalik qon ko'rsatgichlarini, yurak qon-tomir, nafas olish va moddalar almashinuvi tizimining stabilizatsiya qilish uchun kerakli intensiv terapiya o'tkaziladi. Ko'rsatmalarga ko'ra donor qonini gemotransfuziyasi o'tkaziladi. Operatsiyadan keying yarani nazorat qilish 48-72 soat ichida o'z ichiga yara bog'lamlarini almashtirish va rezinali naychalarni olib tashlashni o'z ichiga oladi.

Ortopediya bo'limidagi operatsiyadan keying davr

Operatsiyadan keying kuni ertasiga bemor bo'limga o'tkaziladi 2-3 kun davomida xodimlar tomonidan doimiy ravishda kuzatib boriladi va antibakterial, infuzion terapiya, vitaminoterapiya va simptomatik davo o'tkaziladi. Og'riq sindromini bartaraf qilingandan so'ng bemorga krovatda holatini o'zgartirish, qorniga va yonboshlab yotishga ruhsat beriladi. Operatsiyadan keyigi yaradagi rezinali naychalar 2-3 kunlari olib tashlanadi. Operatsiyadan keying davrning yaxshi va asoratsiz kechishida bemorga statsionardan uyga chiqarishga ruhsat beriladi.

Operatsiyadan keyingi laboratoriya monitoringi

Operatsiyadan keyin o'tkaziladi (qayta qilinishi ko'rsatmalarga qarab):

- qondagi gemoglobin miqdorini dinamikasini nazorat qilish maqsadida qonning umumiy tahlili (intraoperatsion qon ketganda) va qonda yallig'lanish belgilari mavjudligida (operatsiyadan keyingi yarani bitishidagi muamalarda) ijobiy dinamikagacha (keyinchalik-ko'rsatmalarga qarab).
- qonning bioximik tekshiruvi: umumiy oqsil, oqsil fraksiyalari (a, b, y), billurbin (to'g'ri va noto'g'ri), ishqoriy fosfataza, glyukoza, mochevina, elektrolitlar (K, Na).

Operatsiyadan keyingi medikamentoz taminoti

Jarrohlik yarasidan yuqumli asoratlarni oldini olish uchun keng spektrli antibiotiklar buyuriladi (1-3 avlod sefalosporinlari): sefazolin kuniga 2-3 marta 1-2 g, seftriakson kuniga bir marta 1-2 g, sefoperazon kuniga 2 marta 1-2 g, Sefotaksim kuniga 2-3 marta/mm (dozasi tana vazniga va bemorning ahvoriga qarab) kamida 4-5 kun (dozasi tana vazniga va bemorning ahvoriga qarab).

Analgetiklar og'riq sindromining og'irligini hisobga olgan holda buyuriladi (chastotasi va davomiyligi): metamizol 50% 2-4ml, tramadol 5% 1ml, trimeperidin 2% 1ml i/m va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar og'riq sindromining og'irligini hisobga olgan holda buyuriladi.

Infuzion davolash (tuzli eritmalar, dekstran, 0,9% natriy xlorid eritmasi) (ko'rsatmaga ko'ra): periferik vazodilatatorlar: pentoksifillin 2% 5 ml 250-500ml - 0,9% natriy xlorid eritmasi va askorbin kislotasi 5% -5 ml 5-7 kun ichida; nootropiklar: piratsetam 20% v/i yoki m/o 10 mldan.

Bunga parallel ravishda vitamin terapiyasi kursi o'tkaziladi (ko'rsatmalarga muvofiq): siyanokobalamin 200 mkg m/o kuniga 1 marta 7 kun; tiamin gidroxloridi, piridoksin gidroxlorid va askorbin kislotasi 5% 5 ml v/i infuzion terapiya bilan birga 7 kun.

Davolash mashqlari kursi (operatsiyadan keyingi 2-3 kundan boshlab nafas olish mashqlari, oyoq-qo'llar uchun izometrik va amplituda dinamik mashqlar bilan oyoq - qo'llarning bo'g'imlarida faol harakatlar-operatsiyadan keyingi 2-3 kundan boshlab).

Bemorning somatik holatiga qarab, uyga javob berishdan oldin quydagi qo'shimcha tavsiyalar beriladi:

- 6 hafta chanoq son gipsli bog'lamida bo'lish;
- yarani har kuni bog'lab turish, operatsiyadan 14-16 kundan o'tgach choklarni oralatib olish;
- ortopedik kasallikning og'irligi, chanoq son bo'g'imidagi tiklanmaydigan o'zgarishlarning yaqolligi, bo'g'imning funksiyasini cheklanishi va sezilarli darajada buzilishi qarab nogironlikni rasmiylashtirish (agar u oldindan rasmiylashtirilmagan bo'lsa) yoki qayta rasmiylashtirish (agar zarur bo'lsa);
- maktab o'quvchilari uchun-kamida 3 oy davomida uyda o'quv dasturi bo'yicha darslarni ro'yxatdan o'tkazish;
- birinchi rehabilitatsiya davolash uchun 1,5 oydan keyin qayta kasalxonaga yotqizish..

Shunday qilib, bemorning kasalxonada yotishi qabul qilingan kundan chiqarilgan kungacha bo'lgan umumiy muddati 10-12 kungacha.

Qayta kasalxonaga yotqizish.

Jarrohlik davolashdan 1,5 oy o'tgach, bemor yana bo'limga yotqiziladi. Chanoq son gipsli bog'lami echilib bemorga deratatorli gipsli bog'lam etikcha qo'yiladi. Bola to'shakda chalqancha va qorni bilan chanoq son bo'g'imlarida oyoqlarini 20-25⁰ ochilgan holda yotishiga ruhsat beriladi, yonboshlab yotish man qilinadi. Davolash gimnastikasini, massaj, fiziomuojalarni o'z ichiga olgan tiklash davosi buyuriladi va har 3 oyda qaytalanadi. Operatsiyadan keyin 4-5 oydan so'ng operatsiyadan keyingi davrni va bolani yoshini yoshiga qarab bolaga o'tirish va qo'ltiq tayoqlar yordamida (avvaliga operatsiya bo'lgan oyog'iga bosmasdan va keyinchalik panjaning old qismini bosib) yurishga ruhsat beriladi. Operatsiyadan keying 5-6 oy o'tib suyak fragmentlarini to'liq konsolidatsiyasidan so'ng tos va son suyaklaridagi metall moslamalar olib tashlanadi. Metall moslamalar olingandan so'ng 3-4 oy o'tib son suyagi va tos suyagidagi osteotomiya joylarini to'liq konsolidatsiyasidan so'ng bemorga yurishga rugsat beriladi. Mustaqil yurishni boshlashga quydagi sharoitlar bo'lishi shart: bo'g'imni stabilligi, bo'g'imdagi harakalar amplitudasini funksional yetarliligi, son suyagi boshchasining to'g'ri markazlashishi va ochilish mushaklarini kuchini yetarliligi.

Ambulatoriya sharoitida bemorlarni kuzatish

Bemorga jarrohlik davolashdan 1,5 oy o'tgach kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi. Shu bilan birga, klinik holat, yangi sharoitlarga moslashish, jarrohlik jarohatlaridan keyingi holat, oldingi tavsiyalarning bajarilishi, shuningdek bemorning fikri va mumkin bo'lgan shikoyatlari baholanadi. Rentgenografiya faqat klinik tekshiruv natijasida aniqlangan salbiy o'zgarishlar mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

Davolash rejasida mashqlar terapiyasi dasturini kengaytirish tavsiya etiladi - mushaklarni kuchaytirish uchun mashqlar. Keyingi nazorat tekshiruvi operatsiya kundan boshlab 6 oy va 1 yil muddatga tayinlanadi.

Jarrohlik muolajasidan so'ng bemorlar dastlabki 3 yil davomida har 6 oyda bir marta, so'ngra yiliga 1 marta rentgen tekshiruvi bilan dispanser kuzatuviga muhtoj. Ushbu texnikadan foydalanish sonning tug'ma chiqishi yuqori bo'lgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashga, asoratlarning xavfini kamaytirishga, xususan, son suyagi boshining aseptik nekrozini rivojlanishiga, shuningdek, son suyagini tug'ma patologiyasi bo'lgan bemorlarning nogironlik foizini kamaytirishga imkon beradi.

5.2. Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

1. Son suyagi boshchasining bo'g'im kosachasida joylashishi va sonning tayanch qobiliyati.
2. Chanoq son bo'g'imida funktsional harakatlar hajmini tiklash.

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

6.1. Kasalxonaga rejali yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Rejali, oyoq funksiyasini oqsoqlanish shaklida buzilishi, yurganda chanoq son bo'g'imidagi o'g'riq, oyoqning kaltaligi, chanoq son bo'g'imining nostabilligi, konservativ davoning samarasizligi.

6.2 Statsionar darajadagi davolash taktikasi:

6.3. Bemorni kuzatish xaritasi, bemorni yo'naltirish:

Kasalxonaning qabul bo'limida (poliklinikada) tekshirish

- Tug'ma son chiqishi bo'lgan bemorni ortoped tomonidan tekshiruvi
- laboratoriya va instrumental tekshiruvga yuborish

Kasalxonaning laboratoriya bo'limi

- laboratoriya tekshiruvini o'tkazish
- instrumental tadqiqotlar o'tkazish

Kasalxonaning qabul qilish bo'limi

- statsionar bemorning kartasini ro'yxatdan o'tkazish
- kasalxonaning ortopedik bo'limiga kasalxonaga yotqizish uchun yo'llanma

Kasalxonaning ortopedik bo'limi

- ortopedik bo'lim boshlig'i ko'rigi
- pediatr ko'rigi
- anesteziolog ko'rigi
- operatsiya sanasini belgilash

Operatsion bo'limi

- Jarrohlik amaliyotini o'tkazish

Kasalxonaning ortopedik bo'limi

- Ortopedning ko'rsatmasi bo'yicha statsionar dori-darmonsiz va dori-darmonlar bilan davolash
- operatsion qismni nazorat qilish
- ambulatoriya kuzatuv uchun ko'chirma

KTMP poliklinikasi, oilaviy poliklinika

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

7. PROTOKOLNING TASHKILY JIHATLARI:

7.1. manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi haqida ma'lumot:

manfaatlar to'qnashuvi yo'q;

7.2. ekspert ma'lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassisleri):

7.3. protokolni qayta ko'rib chiqish shartlarini ko'rsatish:

protokolni ishlab chiqilganidan 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqish.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI
"Son suyaginging tug'ma chiqishi» nozologiya diagnostikasi va davolash bo'yicha
milliy klinik protokollar uchun.

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 II., № 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. Bankaoğlu M. Three-dimensional Computerized Tomography and Multiplanar Imaging of Developmental Hip Dysplasia // Med.Bull. Sisli Etfal Hosp. – 2019. – 53(2). – p.103–109.
12. Holman J., Carroll K.L., Murray K.A., Macleod L.M., Roach J.W. Long-term follow-up of open reduction surgery for developmental dislocation of the hip. J. Pediatr. Orthop. – 2012. – 32. – p.121-124.
13. Kilsdonk I., Witbreuk M., Van Der Woude H.J. Ultrasound of the neonatal hip as a screening tool for DDH: how to screen and differences in screening programs between European countries // J.Ultrason. – 2021. – 21. – p.147–153.
14. Kraeutler M.J. et al. Hip instability: a review of hip dysplasia and other contributing factors // Muscles, Ligaments and Tendons Journal. – 2016. – 6(3). – p.343-353.
15. Sewell M.D., Eastwood D.M. Screening and treatment in developmental dysplasia of the hip—where do we go from here? // International Orthopaedics (SICOT). – 2011. – 35. – p.1359–1367.

16. Theunissen W., van der Steen M., van Douveren F., Witlox A., Tolk J. Timing of Repeat Ultrasound Examination in Treatment of Stable Developmental Dysplasia of the Hip // J. Pediatr. Orthop. – 2021. – 41. – p.203–208.

**"SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR TIBBIY ARALASHUVLAR**

1. ASOSIY QISM

1.1 Son suyagini tug'ma chiqishida qo'llaniladigan jarrohlik amaliyotlar.

Son suyagining teratogen chiqishini (son suyagi boshchasi ona qornidayoq bo'g'imdan tashqarida joylashadi) va chanoq son bo'g'imi komponentlarini displaziyasi oqibatida shakllangan chiqishni farqlash kerak. Son suyagini teratogen chiqishi faqatgina birlamchi xirurgik davo bilan davolanadi

Jarrohlik davolashning umumiy tamoyillari:

1. Bo'g'imning tog'ayli va yumshoq to'qimali komponentlariga yuqori ehtiyotkorlik bilan munosabatda bo'lish, bo'g'imni to'g'ri shakllanishini muhim elementi bo'lib hisoblangan son suyagi boshchasini avaskulyar o'zgarishini profilaktikasi va erkin yurishni optimal muddatlarda tiklanishini taminlash.

2. Deformatsiyalovchi koksartrozni samarali oldini olish, bo'g'im yuzalarini kongruentligini taminlab chanoq son bo'g'imidagi to'g'ri anatomik mutonosiblikni tiklash

3. Chanoq son bo'g'imi komponentning rekonstruksiyasi bo'g'im elementlarini bir-biri bilan kontaktda bo'luvchi yuzlarining maydonini ko'paytirish va biomexanik parametrlarini o'zgartirish (kuchlar dastagining elkasini, ularni qo'llash nuqtalarini o'zgartirish) maqsadida displastik koksartrozni zo'rayishini to'xtatish davolashning samarali chorasi bo'lib hisoblanadi.

Son suyagini tug'ma chiqishida qo'llaniladigan asosiy jarrohlik amaliyotlarni shartli to'rt guruhga bo'lish mumkin:

1. Kichik jarrohlik amaliyotlar (chanoq son bo'g'imi mushaklarning miotomiyalari).

2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiyalovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish.

3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiyalovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va quymich kosachasi tomni plastikasi.

4. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiyalovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlarini bilan.

2. SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHIDA JARROHLIK AMALIYOTLARINING QO'LLANISHI.

2.1. Son suyagining tug'ma chiqishini jarrohlik davolash maqsadi.

Bo'g'im stabilligiga erishish va uni ushlab turish, kichik yoshdagi bolalarda minimal asoratlar bilan chanoq son bo'g'imni kongruentligini tiklash, qoldiq asetabulyar displaziyasi bor katta yoshdagi bolalarda yoshlikdan osteoartrozni rivojlanishini oqibatida endoprotezlashga muhtojlikni oldini olish son suyagining tug'ma chiqishini jarrohlik davolash maqsadi [5,6,17].

Shifokorning barcha ko'rsatmalarini bajargan holda son suyagini tug'ma chiqishini konservativ samarasiz davosida son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiyalovchi osteotomiya qilib son boshchasini bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv tiklash amaliyotlarini metall fiksatorlardan foydalanib jarrohlik davolash o'tkaziladi.

Son suyagini tug'ma chiqishini jarrohlik davolashga qarshi ko'rsatmalar:

- kamqonlikning og'ir darajasi,
- o'tkir infeksiyon kasalliklar,
- surunkali infeksiyon kasalliklarni xuruj davrida,
- o'tkir bosqichdagi ruhiy kasalliklar,

- o'tkir somatik kasalliklar,
- sub va dekompensatsiya davridagi surunkali somatik kasalliklar,
- kaxeksiya.

2.2. 1. Kichik jarrohlik amaliyotlarga qarshi ko'rsatmalar.

- 2 yoshdan katta bo'lgan bolalar,
- Oldin davolanmagan (birlamchi) bemorlar.

2.2.2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solishga qarshi ko'rsatmalar.

- 2 yoshgacha bo'lgan bolalar,
- kamqonlikning og'ir darajasi,
- o'tkir infeksiyon kasalliklar,
- surunkali infeksiyon kasalliklarni xuruj davrida,
- o'tkir bosqichdagi ruhiy kasalliklar,
- o'tkir somatik kasalliklar,
- sub va dekompensatsiya davridagi surunkali somatik kasalliklar,
- kaxeksiya.

2.2.3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va quymich kosachasi tomini plastikasiga qarshi ko'rsatmalar.

- 2 yoshgacha bo'lgan bolalar,
- kamqonlikning og'ir darajasi,
- o'tkir infeksiyon kasalliklar,
- surunkali infeksiyon kasalliklarni xuruj davrida,
- o'tkir bosqichdagi ruhiy kasalliklar,
- o'tkir somatik kasalliklar,
- sub va dekompensatsiya davridagi surunkali somatik kasalliklar,
- kaxeksiya.

2.2.4. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlariga qarshi ko'rsatmalar

- Y simon tog'aylarni yopilmagan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar,
- kamqonlikning og'ir darajasi,
- o'tkir infeksiyon kasalliklar,
- surunkali infeksiyon kasalliklarni xuruj davrida,
- o'tkir bosqichdagi ruhiy kasalliklar,
- o'tkir somatik kasalliklar,
- sub va dekompensatsiya davridagi surunkali somatik kasalliklar,
- kaxeksiya.

2.3. Son suyagini tug'ma chiqishini jarrohlik davolashga ko'rsatmalar

- son suyagi teratogen yuqori chiqishi;
- tana tortimida davolashdan keyingi tushmaslik holati;
- ambulator sharoitda funksional konservativ davolash usullarining samarasizligi;
- birlamchi tushmaydigan son tug'ma chiqishi, chiqishni diagnostika qilish davrida (artrografiya, MRT, kontrastli KT) CHSBda son suyagi boshchasini yopiq usulda bo'g'imga solishga qarshilik qiluvchi (son suyagi boshchasi va bo'g'im kosachasinining o'lchamlarining nomutonosibli) patologik tuzilmalarning mavjudligi;

- bo'g'im kosachasining kontras modda bilan to'lishini deffektleri, limbusning buralishi va bo'g'im kosachasiga interpozitsiyasi, bo'g'im kapsulasida tortmalarning mavjudligi.

2.3.1. Kichik jarrohlik amaliyotlarga ko'rsatmalar:

- 2 yoshga yaqin va 2 yoshgacha bo'lgan bolalarda son suyagining tug'ma chiqishi,
- qonsiz usulda solishga harakat qilindan keyingi natijasiz holatlar.

2.3.2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solishga ko'rsatmalar:

- 2 yoshdan katta bo'lgan bolalarda son suyagini tug'ma chiqishi,
- qonsiz usulda bo'g'imga tushmagan chiqish,
- son suyagi proksimal qismi joylashini buzilishi va son suyagi bo'yin qismini valgusli deformatsiyasini shakllanishi asetabulyar indexni 30^0-35^0 va Sharp burchagini 50^0 dan yuqori bo'lishi bilan.

2.3.3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagini Salter bo'yicha rotasion osteotomiyasiga ko'rsatmalar:

- asetabulumdan yuqori yonbosh son chiqishi yoki funksional rentgenogramma va artrogrammalarda bo'g'im kosachasini pastki to'siq (blok) mavjudligi;
- son suyagi proksimal qismi fazoviy holatini buzilishi va son suyagi bo'yin qismini valgusli deformatsiyasini shakllanishi;
- quymich kosachasini fazoviy holatini buzilishi, asetabulyar indexni 30^0-40^0 va Sharp burchagini 50^0 dan yuqori bo'lishi, Viberg burchagi va old qoplash burchagini- (-7^0) va undan ham kam, haqiqiy BDB -145^0 dan yuqori va antetorsiya burchagini 55^0 dan yuqori bo'lishi.

2.3.4. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tomni Pemberton usulida periastebulyar plastikasi ko'rsatmalar:

- asetabulumdan yuqori yonbosh son chiqishi yoki funksional rentgenogramma va artrogrammalarda bo'g'im kosachasini pastki to'siq (blok) mavjudligi;
- son suyagi proksimal qismi fazoviy holatini buzilishi va son suyagi bo'yin qismini valgusli deformatsiyasini shakllanishi;
- quymich kosachasini fazoviy holatini buzilishi asetabulyar indexni 30^0-35^0 va Sharp burchagini 50^0 dan yuqori bo'lishi.

2.3.5. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlariga ko'rsatmalar.

O'smirlarda chanoq son bo'g'imini anatomik o'zgarishlarni og'irligi chanoq kosachasini holatini korrektsiya qilish va rotasion transpozitsiya qilish maqsadida qo'llashni belgilaydi. Tos suyagini ikki yoki uchta osteotomiyasini mustaqil variant bilan birgalikda son suyagini ochiq usulda solish va sonning korrektsiylovchi osteotomiyasi bilan birga qo'llash mumkin.

2.4. Jarrohlik amaliyotlarini bajaruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar.

2.4.1. Jarrohlik amaliyotlarini bajaruvchi mutaxassisga qo'yiladigan talablar:

- bolalar va o'smirlarda chanoq son bo'g'imini anatomiyasi va qon aylanishini bilish;
- bolalar va o'smirlarda son suyagini tug'ma chiqishini aniqlashda UTT, rentgen va KT tekshiruvlari to'g'risidagi umumiy ma'lumotlarni bilish;

- bolalar va o'smirlarda son suyagi tug'ma chiqishini qonsiz va jarrohlik usulda davolangandan keyin chanoq son bog'imini shakllanish xususiyatlarini tahlil qilish;
- radiatsion xavfsizlik qoidalariga rioya qilish
- bolalar travmatologiyasi va ortopediyasi bo'yicha malaka oshirganligi bo'yicha sertifikat mavjudligi.

2.5. Son suyagini tug'ma chiqishida asosiy (majburiy) va qo'shimcha tashxislash tadbirlari.

2.5.1. Asosiy tashxislash tadbirlari.

To'liq anamnez va fizikal tekshiruv o'z ichiga oladigan standart tekshiruv: son suyagini tug'ma chiqishini erta va kech klinik belgilari – shiqillash belgisi (Marks-Ortolani), sondagi teri burmalarining asimmetriyasi, chanoq son bo'g'imida ochilish harakating chegaralanishi, yurishning o'zgarishi oqsoqlanish (bir tomonlama chiqishda) yoki o'rdakka o'xshab yurish (ikki tomonlama), chanoq son bo'g'imining nostabilligi, Trendelenburg belgisi, son suyagi kata ko'stini yuqoriga va lateral siljishi, bir tomonlama chiqishda oyoqning kaltaligi tik holatda turganda bel lordozini kuchayishi

Chanoq son bo'g'imini ultratovush tekshiruvi. Sonografik tekshiruv, tug'ma son chiqishi bo'lgan bolaning hayotining birinchi haftalaridagi klinik tekshiruv bilan birgalikda, ko'p hollarda patologiyani aniqlashga va davolanishni erta boshlashga imkon beradi. Radiatsiya yukiga ega bo'lmagan CHSB ultratovush tekshiruvi mavjudligi, bolaga zararli nurlanish ta'sirining yo'qligi bilan ajralib turadi, frontal va sagittal tekisliklarda chanoq son bo'g'imi BK va SSB tog'ay to'qimalarning o'zaro bog'liqligini baholashga yordam beradi va bir nechta tadqiqotlar o'tkazish imkoniyatini beradi. Ushbu usuldan foydalanish, agar kerak bo'lsa, chanoq son bo'g'imi displazi uchun xavf omillari yoki klinik belgilari bo'lgan 3 oygacha bo'lgan bolalarda tashxisni aniqlashtirish tavsiya etiladi. Shunga qaramay, ushbu usul yoshga bog'liq cheklovlarga ega - ossifikatsiya yadrosi paydo bo'lishi bilan uning ma'lumot tarkibi pasayadi, bu BK suyak tomini tasavvur qilish uchun "oyna" ni yopadi. Bu bolaning 8-12 oyligida tez-tez uchraydi [4,7,16].

Rentgenologik tadqiqot usuli. Agar bolalarda yosh bo'lsa (3 oygacha), hozirgi vaqtda chanoq son bo'g'imi tug'ma patologiyasini tashxislashning asosiy usuli bu ultrasonografik tadqiqot, keyin 3 oydan katta bolalarda. eng keng tarqalgan va arzon usul rentgenologik hisoblanadi. chanoq son bo'g'imi patologiyasini dastlabki tashxislash uchun rentgenografiya to'g'ridan-to'g'ri proektsiyada amalga oshiriladi. X-nurlari bolaning orqa tomonidagi holatida, oyoqlari cho'zilgan va parallel ravishda yotqizilgan holda olinadi. Shuni ta'kidlash kerakki, hech qanday holatda pastki oyoq-qo'llarni chanoq son bo'g'imlarida egmaslik kerak (bu hali ham tadqiqot paytida uchraydi), chunki bu frontal tekislikda bo'g'imdagi nisbatlarning o'zgarishini keltirib chiqaradi va natijada asosiy rentgenometrik ko'rsatkichlarni to'g'ri talqin qilish qiyinlashadi.

Kompyuter tomografiyasi (KT) o'smirlar va yosh kattalarni davolashda, displaziyaning tashxislashda va uni etarli darajada davolashni tanlashda, shu jumladan tos va son osteotomiyasida va gorizont tekislikdagi chanoq son tuzilmalarning o'zaro bog'liqligini baholashda yordam beradi. Shuningdek, uch o'lchovli yuzada tasvirda qo'shma tushuncha olish mumkin [13,14].

KT sizga quyidagilarni baholashga imkon beradi:

- * asetabulum va proksimal son anteverziyasi;
- * asetabulumning shakli va chuqurligi, uning old va orqa devorlarining tuzilishi va rivojlanishi; asetabulum tomining ossifikatsiyasining bir xilligi, o'rganilayotgan zonada yo'q qilish hodisalari;
- * asetabulumga nisbatan son boshining markazsizlanish darajasi;
- * asetabulum va son boshining bo'g'im yuzalarining uyg'unligi;
- * chanoq son bo'g'imi atrofidagi yumshoq to'qimalarning o'zgarishi (hajmning pasayishi, individual mushak guruhlarining atrofiyasi, ular orasidagi bo'shliqlarning kengayishi).

Bolalarda chanoq sonning tug'ma chiqishi uchun, KT uchun ko'rsatmalar:

- * son boshning tuzatib bo'lmaydigan chiqishlari kamaytirish va ularning joylashishini aniqlash uchun to'siqlarni aniqlash;

* son boshining aseptik nekrozi, uning chala chiqishi bilan birgalikda, jarayonning rivojlanishini kamaytiradigan chora-tadbirlarni aniqlash uchun boshning deformatsiya joylarini aniqlash uchun;

* 5 yoshdan oshgan bolalarda son boshining asetabulumga nisbatan markazsizlanishi, son bo'g'imining tarkibiy qismlarida sezilarli tarkibiy o'zgarishlar,

Multispiral kompyuter tomografiyasi operatsiyadan oldingi va keyingi davrda CHSB patologiyasi uchun foydali bo'lgan bo'g'imdagi tarkibiy o'zgarishlarni etarli darajada vizualizatsiya qilish, bu fazoviy qo'shma munosabatlar haqida tasavvurga ega bo'lishga imkon beradi [5]. Ba'zi mualliflarning fikriga ko'ra, SSTCH bo'lgan bolalarda rekonstruktiv operatsiyani to'g'ri rejalashtirish uchun yuqoridagi usul son suyagi boshchasini shaklini, rivojlanish darajasi va yo'nalishini ob'ektiv baholashga imkon beradi [16].

2.5.2. Qo'shimcha (ko'rsatmaga binoan) diagnostik tadbirlar:

Tug'ma son chiqishi uchun laboratoriya tekshiruvlari operatsiyaga tayyorgarlik bosqichida o'tkazilishi mumkin.

- qonning umumiy tahlili;

- siydikni umumiy tahlili;

-qon guruhi va rezus faktori;

- qonni biokimyoviy tekshirish: umumiy oqsil va uning fraktsiyalari (a, B, y), bilirubin (bilvosita, to'g'ridan-to'g'ri), glyukoza, karbamid, gidroksidi fosfataza, alanin aminotransferaza (Alat), aspartataminotrans-feraza (Asat), elektrolitlar (K, Na, Cl, Ca);

- koagulogramma: protrombin indeksi (PTI), fibrinogen darajasi va faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqti (ACHTV), trombin vaqti (TV);

- elektrokardiografiya (EKG);

- agar kerak bo'lsa, tashqi nafas olish funksiyasini o'rganish-spirografiya.

Qo'shimcha diagnostik tadbirlar kasallikni taqqoslash diagnostikasida, asosiy kasallikning yondosh kasalliklarini bosqichini baholashda, jarrohlik davolashga ko'rsatma va qarshi ko'rsatmalarni aniqlashda og'riqsizlantirish usulini tanlashda va tor mutaxasislarni maslahatini zarurligini aniqlashda shifokorlarga ma'lumot beradi.

2.6 O'zbekiston Respublikasi sanitariya qoidalari, me'yorlari va gigiena normativlariga ko'ra, Son suyagini tug'ma chiqishini davolash yoki muolaja o'tkazilishiga qo'yiladigan talablar:

Jarroxlik o'tkaziladigan xonalar, asbob-uskunalar, tibbiy va boshqa jihozlar toza saqlanishi kerak. Xonalarda namli tozalash ishlarini o'tkazish (pollarni yuvish, mebellarni, asbob-uskunalarni, deraza oldilari, eshiklarni va boshqalarni artib chiqish) yuvuvchi vositalaridan foydalangan holda bir sutkada kamida 2 marta amalga oshirilishi lozim. Zarurat bo'lganda, joriy tozalash ishlari kuniga bir necha marta amalga oshiriladi, deraza oynalari 3 oyda kamida 1 marta tozalanishi kerak.

- Operatsiya blokni umumiy tozalash (kundalik joriy tozalash va dezinfektsiya ishlaridan tashqari) xonalar asbob-uskunalar, mebellar va boshqa jihozlardan bo'shatilgan holda haftada bir marta amalga oshirilishi lozim. Muassasada yuvish va dezinfektsiya qilish vositalarining doimiy zaruriy uch oylik zahirasi mavjud bo'lishi kerak.

- Sterillikni, aseptika va antiseptika rejimiga rioya etilishini talab etadigan operatsiya xonalar yig'ishtirilganidan so'ng, joriy foydalanish jarayonida vaqti-vaqti bilan 1 m³ xona uchun lampa quvvati 1 Vt hisobidan stasionar yoki ko'chma bakteritsid lampalar yordamida zararsizlantirish kerak.

- Jarroxlik bo'limlari yiliga 1 marta kosmetik ta'mirdan, profilaktik yuvish va zararsizlantirish ishlari o'tkazish uchun yopilishi kerak. Joriy nuqsonlarni bartaraf etilishi (shiftlar va devorlarda suv oqish va namlanishlarni, zahlik va mog'or izlarini yo'q qilish, yoriqlar, kovak va o'nqir-cho'nqirlarni

tekislash, tushib ketgan pardozlash plitkasini, pol qoplamalari nuqsonlarini tiklash va boshqalar) darhol amalga oshirilishi lozim.

- Jarroxlik blogida narkoz apparaturalari va tibbiy asbob-anjomlarni zararsizlantirish uchun alohida ajratilgan va jihozlangan xonalar bo'lishi kerak.

- Jarroxlik amaliyotlarida qo'llanilayotgan tibbiy texnologiyalar, foydalaniladigan asbob-uskunalar, sarflov materiallari va dori-vosilari O'zbekiston Respublikasi hududida qo'llanilishiga ruxsat etilgan bo'lishi lozim.

2.7. Bemorni jarroxlik amaliyoti yoki muolaja uchun tayyorlashga qo'yiladigan talablar va jarroxlik amaliyotlarni metodologiyasi.

Son suyagi tug'ma chiqishini davolash maqsadida bajariladigan muolaja va jarroxlik amaliyotlari - umumiy anesteziya ostida bajarilganligi uchun anesteziolog, lozim bo'lganda boshqa tor soha mutaxassislari ko'riklari o'tkazilib, ular tomonidan qo'yilgan talablar asosida bemor jarroxlik amaliyotiga tayyorlanadi.

2.7.1. Son suyagini tug'ma chiqishi bilan hastalangan bemorlarda jarrohlik muolajasi o'tkazishda qo'yiladigan talablar:

-Ichakni bo'shatish va jarrohlik kesim teri sohasini sanatsiya qilish jarrohlikda umumiy qabul qilingan usulga muvofiq amalga oshiriladi.

-Operatsiya boshlanishidan 2 soat oldin o'pka va jarrohlik yaralaridan yuqumli asoratlarni oldini olish uchun yoshga bog'liq dozalarda keng spektrli antibakterial vositalardan biri buyuriladi.

2.8. Bemorda o'tkaziladigan jarroxlik amaliyoti yoki muolajalarni o'tkazish metodologiyasi.

2.8.1. Kichik jarrohlik amaliyotlar-chanoq son bo'g'imi mushaklarning miotomiyasi.

Operatsion maydonni tozalangandan so'ng sonni keltirish mushaklarini paylarini konturidan perpendikulyar yo'nalishda 4-5 sm teri qavati kesiladi. O'tmas yo'llar elevator yordamida m. adductor longus payi mobilizatsiya qilinib tenotomiya qilinadi. Chanoq son bo'g'imidagi olingan ochilish chanoq son va tizza bo'g'implarida 90° bukilgan holatda tekshirib ko'riladi. Chanoq son bo'g'imini yozgan holda ochilish harakatini berib m.gracilisni nozik va kengaygan pay qismi tenotomiy qilinadi. To'liq gemostazdan so'ng yara qavatma-qavat tikiladi. Chanoq son bo'g'implarida kamida 30° ochilgan holatda operatsiyadan keying 3 hafta davomida oyoq ushlanib turadi.

Muolajani o'tkazilishini nazorat qilish. Davolash natijalari muolajani bajaradigan shifokorga bog'liq; samarasi ko'proq bo'lgan natijalarga eng ko'p tajribaga ega ortopedlar erishadilar. Son suyagi tug'ma chiqishini jarrohlik samaradorligini muolaja o'tkazish davomida nazorat qilish uchun elektron optik o'zgartirish va rentgenografiya usullaridan foydalanish yordamida oshirish mumkin.

Og'rik qoldirish. Muolaja davomida bemorning harakatini va nafas olish ekskursiyasini cheklash uchun etarli darajada og'riqni qoldirish kerak.

2.8.2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish.

Amaliyot nafas olishni boshqaruv bilan endotraxeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Oyoqni teri qavati spinae iliaca anterior superior dan tortib barmoqlar uchlarigacha yod (betadin) va spirt eritmalari bilan tozalab bo'lgandan so'ng, chanoq son bo'g'imini old yon kesimi orqali teri va teri osti yo'g' qatlami skalpel yordamida toshning old-yuqori qirrasidan sonning yuqori uchligigacha kesiladi. (8-10 sm). O'tmas yo'llar bilan o'rta dumba mushagi va sonning keng fassiyasini taranglashtiruvchi mushaklar oralig'iga boriladi. Chanoq son bo'g'imini old yuzasi ochiladi. M. Iliopsoasning payi ajratilib son suyagiga birikkan joyidan kesiladi. Bo'g'im kapsulasi qisqichlarga yoki ushlagichlarga olinib kesiladi (artrotomiya) va bo'g'im ichi ko'zdan kechiriladi. Bunda bo'g'im kosachasidan son boshchasini gipertrofiyalashgan xususiy bog'lami va yog'li yostiqcha olib tashlanadi. Bo'g'im ichiga qayrilgan limbus bo'g'imning gialin tog'ayiga zarar etkizmasdan orqaga qaytariladi va to'g'irlanadi. Bo'g'im kapsulasida tortmalar mavjud bo'gan holda ular kesiladi. Son suyagi boshchasini bo'g'imga tushushiga to'sqinlik qilayotgan barcha to'qimalar olib tashlangandan so'ng quymich kosachasining qirralariga baho beriladi. Sonning to'rt boshli mushagini lateral boshchasi suyak ustki pardasi bilan T-simon kesiladi, son suyagi yuqori uchligi old va orqa tashqi yuzlari suyak pardasi ostidan ochiladi.

Son suyagi katta ko'stidan 1,0-1,5 sm pastroqdan Jigli arrasi yoki ossillirlovchi arra yordamida BDB ni bemorning yoshi qarab son suyagi ko'stlar aro detorsion-varuslovchi osteotomiya qilinadi. Kaltalashtiruvchi rezeksiya son suyagini distal fragmenti hisobidan qilinadi. Bunda rezeksiya qilinadigan fragmentning o'lchami son suyagi boshchasini kranial siljishiga bog'liq bo'lib va bu siljishni 30 % tashqil qiladi (Shenton chizig'ini uzulishini uzunligi). Son suyagini kaltalashtiruvchi osteotomiya qilish jarayonida kesim yuzasi qiya bo'lib, son suyagini rezeksiya qilinadigan fragmenti trapetsiya shaklida bo'lib unung asosi medial tomonda bo'ladi. Son suyagini rezeksiya qilingan fragmentini fiziologik eritmaga to'ldirilgan strill idishga solinadi. Keyinchalik son suyagi proksimal qismini antetorsiyasi va BDB ni patologik valgizatsiyasi bartaraf qilinadi. Bo'g'im kapsulasi cho'ltoqlariga № 3 juft ipak iplari qo'yiladi. Keyinchalik, suyak fragmentlari mediallyatsiyalovchi plastinka yoki sonning proksimal qismiga chegaralovchi kontakt beruvchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda, antetorsiya burchagi 15-20° gacha, bo'yin-diafiz burchagi esa 110-115°gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga oyoqni o'qi bo'yicha tortish, ochish va son syagi katta ko'stiga oldi va ichkariga qarab qisman bosish orqali solish. Bunda son suyagi boshchasi oyoqning o'rta holatida o'tkazilgan son suyagi proksimal qismini korreksiyasidan so'ng quymuch kosachasiga kirish yo'nalishiga to'g'ri kelishi kerak. Bo'g'imga solish texnikasiga rioya qilganda va to'siqlarning bartaraf qilinganligida son suyagi boshchasi bo'g'imga uning orqa pastki qirrasini orqali tushuriladi. Bo'g'im kapsulasi to'liq tikiladi, imkon bo'lganda dublikatura qilinadi. Rentgen nazorat qilinadi. Son suyagini boshchasini bo'g'im kosachasiga qoniqarli markazlashishida va rejalashtirilgan 110-115⁰ bo'yin-diafiz burchagida va 10-20⁰ antetorsiya burchagida yaraga qon chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va to'liq tikiladi. Opertsiyadan keying davrda oyoqning tashqi imibilizatsiyasi rasporkali chanoq son gipsli bog'ami yordamida amalga oshiriladi.

2.8.3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagini Salter bo'yicha rotasion osteotomiyasi.

Quymich kosachasi tomini korreksiya qilish maqsadida kosachani ustki sohasi ochiladi. Tos mushaklari orqali yonbosh suyagini yarim oysimon o'yig'iga boriladi va suyak ustki pardasi ajratilini ilmoqsimon himoyalovchi instrumentlar incisura ishiadica major ga qo'yiladi. Jigli arrasi yoki iskana (doloto) yordamida tos suyagi ko'ndalang osteotomiya qilinadi. Bir tishli ilmoq yordamida yonbosh suyagini distal fragmenti oldiga, pastga va tashqariga tortilib asetabular burchakni minimum 10-15⁰ va son suyagi boshchasini hosil qilingan tom bilan to'liq qoplanishini taminlash kerak. Yonbosh suyagi fragmentlari orasidagi hosil bo'lgan oraliqqa fiziologik eritmali idishda saqlanayotgan auto suyak bo'lakchasi o'rnatiladi. Transpantant va yonbosh suyagining fragmentlari bo'g'im tomi korreksiya qilingan holatda 2-3 ta sixlar yordamida fiksatsiya qilinadi. Keyinchalik, suyak fragmentlari mediallyatsiyalovchi plastinka yoki sonning proksimal qismiga chegaralovchi kontakt beruvchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda, antetorsiya burchagi 15-20° gacha, bo'yin-diafiz burchagi esa 110-115°gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga oyoqni o'qi bo'yicha tortish, ochish va son syagi katta ko'stiga oldi va ichkariga qarab qisman bosish orqali solish. Bunda son suyagi boshchasi oyoqning o'rta holatida o'tkazilgan son suyagi proksimal qismini korreksiyasidan so'ng quymuch kosachasiga kirish yo'nalishiga to'g'ri kelishi kerak. Bo'g'imga solish texnikasiga rioya qilganda va to'siqlarning bartaraf qilinganligida son suyagi boshchasi bo'g'imga uning orqa pastki qirrasini orqali tushuriladi. Bo'g'im kapsulasi to'liq tikiladi, imkon bo'lganda dublikatura qilinadi. Rentgen nazorat qilinadi. Son suyagini boshchasini bo'g'im kosachasiga qoniqarli markazlashishida va rejalashtirilgan 110-115⁰ bo'yin-diafiz burchagida va 10-20⁰ antetorsiya burchagida yaraga qon chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va to'liq tikiladi. Opertsiyadan keying davrda oyoqning tashqi imibilizatsiyasi rasporkali chanoq son gipsli bog'ami yordamida amalga oshiriladi.

2.8.4. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tomini Pemberton usulida periastebulyar plastikasi.

Quymich kosachasi tomini korreksiya qilish maqsadida kosachani ustki sohasi ochiladi. Tos suyagini qirrasidan m.gluteus va m. tensor fascia latae distal yo'nalishda bog'im kapsulasiga qarab va biroz orqa tomondan subperiostal ajratiladi, lekin katta o'tirg'ich o'yiqchasi ochilmaydi. O'tkir elevator yordamida yonbosh suyagini apofizi birikkan abdominal mushaklari bilan qo'shib yonbosh suyagini old qirrasidan ajratiladi. So'ngra mushaklar yonbosh suyagini medial tomondan subperiostal ajratilib o'tirg'ich o'yiqchasi ochiladi. Yonbosh suyagini old qismini ochish maqsadida ushbu o'tirg'ich o'yiqchasiga 2 ta yapaloq retraktor o'tqaziladi, bittasi –yonbosh suyagini medial tomonidan va ikkinchisi lateral tomondan. Yonbosh suyagini osteotomiyasi ingichka qiyshiq osteoton yordamida quydagi tartibda amalga oshiriladi: avvaliga yuqoridan yonbosh suyagini old qirrasigacha va bo'g'im kapsulasidan 1 sm proksimal va kapsulaga parallel holda osteotomiyani davom ettiriladi. Ushbu jarayon o'tirg'ich o'yiqchasida osteotomning old tomonidan ko'rinmay qolishigacha rekraktorga qarab davom etadi. Osteotomiyadan keyin, osteotomiyaning old qismiga enli qiyshiq osteotom kirgiziladi va suyak fragmentlari bir-biridan ajratiladi. Quymich kosachasini tomini asetabulyar indexni 0 ga teng bo'lguncha egish shart. Yonbosh suyagi fragmentlari orasidagi hosil bo'lgan oraliqqa avallan fiziologik eritmasi bor idishda saqlanayotgan autotransplantat o'rnatiladi. Transplantant va yonbosh suyagining fragmentlari bo'g'im tomi korreksiya qilingan holatda 2-3 ta sixlar yordamida fiksatsiya qilinadi. Keyinchalik, suyak fragmentlari mediallyatsiyalovchi plastinka yoki sonning proksimal qismiga chegaralovchi kontakt beruvchi plastina yordamida fiksatsiya qilinadi. Bunda, antetorsiya burchagi 15-20° gacha, bo'yin-diafiz burchagi esa 110-115°gacha korreksiya qilinadi. Son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga oyoqni o'qi bo'yicha tortish, ochish va son suyagi katta ko'stiga oldi va ichkariga qarab qisman bosish orqali solish. Bunda son suyagi boshchasi oyoqning o'rta holatida o'tkazilgan son suyagi proksimal qismini korreksiyasidan so'ng quymuch kosachasiga kirish yo'nalishiga to'g'ri kelishi kerak. Bo'g'imga solish texnikasiga rioya qilganda va to'siqlarning bartaraf qilinganligida son suyagi boshchasi bo'g'imga uning orqa pastki qirrasini orqali tushuriladi. Bo'g'im kapsulasi to'liq tikiladi, imkon bo'lganda dublikatura qilinadi. Rentgen nazorat qilinadi. Son suyagini boshchasini bo'g'im kosachasiga qoniqarli markazlashishida va rejalashtirilgan 110-115° bo'yin-diafiz burchagida va 10-20° antetorsiya burchagida yaraga qon chiqaruvchi naychalar qo'yiladi va to'liq tikiladi. Opertsiyadan keying davrda oyoqning tashqi imobilizatsiyasi rasporkali chanoq son gipsli bog'ami yordamida amalga oshiriladi.

2.8.5. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlarini bilan.

O'smirlarda chanoq son bo'g'imini anatomik o'zgarishlarni og'irligi chanoq kosachasini holatini korreksiya qilish va rotasion transpozisiya qilish maqsadida qo'llashni belgilaydi. Tos suyagini ikki yoki uchtalik osteotomiyasini mustaqil variant bilan birgalikda son suyagini ochiq usulda solish va sonning korreksiyalovchi osteotomiyasi bilan birga qo'llash mumkin.

Tos suyagining uchtalik osteotomiyasidan keyingi bo'g'im kosachasi transpozisiyasining texnik jihatlari.

- Yonbosh, qov, o'tirg'ich va kerak bo'lganda son suyagiga borish ularning suyak pardasi ostidan aniq ko'rinishini taminlab beruvchi bitta kesim orqali amalga oshiriladi.
- Qov suyagini chopish qon-tomir to'plamini zararlamasdan bo'g'im kosachasi bilan birikkan joyidan to'g'ridan-to'g'ri amalga oshiriladi.
- O'tirg'ich suyagini butunligini buzish lig. sacrospinosum va sacrotuberosumni immobilizatsiyalovchi tasirini kamaytiruvchi joydan amalga oshiriladi.

Chanoq son bo'g'imiga borish, m.iliopsoasning payini kesish, bo'g'im ichidagi yumshoq to'qimalarni olish, son suyagi boshchasini bo'g'im kosachasiga tushushini baholash son suyagini ochiq usulda solishni mustaqil variantidek amalga oshiriladi. Qov suyagini ajratish va ushbu suyakda manipulatsiya qilish og'ir asoratlarni kelib chiqishi mumkinligi (qon tomir to'plami yaqinligi) sababli texnik jihatdan qiyin hisoblanadi. Ushbu kamchiliklarni bartaraf etish maqsadida qov suyagini emas,

balki o'tirg'ich suyagini osteotomiya qilib quymich kosachasini mobillik darajasini oshirish va jarrohlik jarayoning murakkabligini yaqoll kamaytirish maqsadida to'sni ikkitalik osteotomiyasidan so'ng transpozitsiya qilish texnologiyasi ishlab chiqilgan. Yonbosh suyagi bo'yinchaga o'tar qismi osteotomiyasidan so'ng, quymich kosachasini rotatsiyasiga qarshi to'sning mustahkam lig. sacrotuberale, u lig. sacrospinalelarini birikkan joyidan kranial o'tirg'ich suyagi osteomiyasi amalga oshirilishi sababli texnik natijaga erishladi. Tosning yonbosh-o'tirg'ich suyaklarini osteotomiyasidan keyingi quymich kosachasining rotatsiyasi (transpozitsiyasi) darajasi to'sni uchtalik osteotomiyasidan keyingi rotasiyasidan amaliy farqlanmaydi, sababi bu jarohati va xavlligi kam amaliyot va to'sning yonbosh-o'tirg'ich suyaklarni osteotomiyasini ortopedik statsiomarlarning kundalik faoliyatida qo'llanishiga tavsiya qilinadi.

2.9. Davolash yoki muolajaning samaradorligi ko'rsatkichlari.

2.9.1. Kichik jarrohlik amaliyotlar-chanoq son bo'g'imi mushaklarning miotomiyasi o'tkazilganda:

Dalillarning qisqacha xulosasi	ID
Klinik tajriba m.adductor longus payini chanoq son va tizza bo'g'imlari 90 ⁰ bukilgan holatda va m.grasillis ni nozik va kengaygan payini chanoq son bo'g'imida yozilgan tenomiotomiya qilishni ko'rsatadi.	4
Keltiruvchu mushaklarni paylarini holatini proksimal konturidan nazorat qilish chanoq son bo'g'imidagi ochilish samaradorligi oshirish	2a
Og'riq tufayli yuzaga kelgan harakatni va ortiqcha nafas olish ekskursiyasini cheklash uchun etarli darajadagi og'riq qoldirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	TD
Chanoq son bo'g'imlarini rentgenografiyasini o'tkazish.	Kuchli

2.9.2. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish o'tkazilganda.

Dalillarning qisqacha xulosasi	ID
Klinik tajriba shuni ko'rsatadiki 2 yoshdan katta bo'lgan bolalarda bo'g'imga tushmaslikni erta o'rnatish va keyingi konservativ davo muolajalardan voz kechish (qonsiz usulda solishga qayta harakatlar) son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korrektsiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish eng samarador usul.	4
Rejalashtirilgan 110-115 ⁰ BDB da va 10-20 ⁰ antetorsia burchagida son suyagi boshchasini quymich kosachasiga qoniqarli markazlashishini taminlash.	2a
Og'riq tufayli yuzaga kelgan harakatni va ortiqcha nafas olish ekskursiyasini cheklash uchun etarli darajadagi og'riq qoldirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	TD
Chanoq son bo'g'imlarini rentgenografiyasini o'tkazish.	Kuchli

2.9.3. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va to's suyagini Salter bo'yicha rotasion osteotomiyasi o'tkazilganda.

Dalillarning qisqacha xulosasi	ID
Klinik tajriba shuni tasdiqlaydiki son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va to's suyagini Salter bo'yicha rotasion osteotomiyasi quymich kosachasini fazoviy	4

holatini buzulishi, asetabulyar indexni 30 ⁰ -40 ⁰ va Sharp burchagini 50 ⁰ dan yuqori bo'lishi, Viberg burchagi va old qoplash burchagini- (-7 ⁰) va undan ham kam, haqiqiy BDB -145 ⁰ dan yuqori va antetorsiya burchagini 55 ⁰ dan yuqori bo'lishida o'tkaziladi.	
Rejalashtirilgan 110-115 ⁰ BDB da va 10-20 ⁰ antetorsia burchagida son suyagi boshchasini quymich kosachasiga qoniqarli markazlashishini taminlash.	2a
Og'riq tufayli yuzaga kelgan harakatni va ortiqcha nafas olish ekskursiyasini cheklash uchun etarli darajadagi og'riq qoldirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	TD
Chanoq son bo'g'imlarini rentgenografiyasini o'tkazish.	Kuchli

2.9.4. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tomini Pemberton usulida periastebulyar plastikasi o'tkazilganda.

Dalillarning qisqacha xulosasi	ID
Klinik tajriba shuni tasdiqlaydiki son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro kaltalashtiruvchi-detorsion-varuslovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tomini Pemberton usulida periastebulyar plastikasiga ko'rsatma quymich kosachasini fazoviy holatini buzulishi asetabulyar indexni 30 ⁰ -35 ⁰ va Sharp burchagini 50 ⁰ dan yuqori bo'lishi.	4
Rejalashtirilgan 110-115 ⁰ BDB da va 10-20 ⁰ antetorsia burchagida son suyagi boshchasini quymich kosachasiga qoniqarli markazlashishini taminlash.	2a
Og'riq tufayli yuzaga kelgan harakatni va ortiqcha nafas olish ekskursiyasini cheklash uchun etarli darajadagi og'riq qoldirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	TD
Chanoq son bo'g'imlarini rentgenografiyasini o'tkazish.	Kuchli

2.9.5. Son suyagini ochiq usulda ko'stlar aro korreksiylovchi osteotomiya qilib bo'g'imga solish va tos suyagida rekonstruktiv-tiklash amaliyotlari o'tkazilganda.

Dalillarning qisqacha xulosasi	ID
Klinik tajriba shuni tasdiqlaydiki o'smirlarda chanoq son bo'g'imini anatomik o'zgarishlarni og'irligi chanoq kosachasini holatini korreksiya qilish va rotasion transpozisiya qilish maqsadida qo'llashni belgilaydi. Tos suyagini ikki yoki uchtalik osteotomiyasini mustaqil variant bilan birgalikda son suyagini ochiq usulda solish va sonning korreksiylovchi osteotomiyasi bilan birga qo'llash mumkin.	4
Yonbosh suyagi bo'yinchaga o'tar qismi osteotomiyasidan so'ng, quymich kosachasini rotatsiyasiga qarshi toshning mustahkam lig. sacrotuberale, n lig. sacrospinalelarini birikkan joyidan kranial o'tirg'ich suyagi osteomiyasi amalga oshirilishi sababli texnik natijaga erishladi.	2a
Og'riq tufayli yuzaga kelgan harakatni va ortiqcha nafas olish ekskursiyasini cheklash uchun etarli darajadagi og'riq qoldirishni ta'minlash kerak	1a
Tavsiyalar	TD
Chanoq son bo'g'imlarini rentgenografiyasini o'tkazish.	Kuchli

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

«Son suyaging tug'ma chiqishi» nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuvlar

milliy klinik protokollar uchun

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. Catterall A. Congenital dislocation of the hip: the indications and technique of open reduction / A.Catterall // Acta Orthop. Belg. – 1990. – Vol. 56, N1. – P. 229 – 231.
11. Salter R.B. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip / R.B.Salter // J. Bone Joint Surg. – 1961. – Vol. 43-B. – P. 518 – 539.
12. Salter R.B., Dubos JP: The first fifteen yearsr personal experience with innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip.// Clin Orthop.- 1974.-98:72-103.
13. Scaglietti O. Open reduction of congenital dislocation of the hip / O.Scaglietti, B.Calandriello // J. Bone Joint Surg. – 1962. – Vol. 44-B, N2. – P. 257 – 283.
14. Severin E. Congenital dislocation of the hip joint: development of the joint after closed reduction. J Bone Joint Surg Am. 1950;32:507-18. 30
15. Szepesi K. The effect of early surgical reposition of congenital hip dislocation and functional postoperative treatment on the development of the acetabulum / K.Szepesi, B.Biro, K.Fazekas et al. // Magy Traumatol. Orthop. Helyreallito Seb. – 1991. – Vol. 34, N1. – P. 17 – 24.
16. Tönnis D. Congenital hip dislocation / D.Tönnis. – New York: Thieme-Stratton Inc, 1982. – 117 p.
17. Wedge J.H., Wasylenko M.J. The natural history of congenital disease of the hip //J. Bone Joint Surg. - 1979. - 61 Br: 334-8.10.
18. Weinstein S. Developmental hip dysplasia and dislocation: Part II / S.Weinstein, S.J.Mubarak, D.R.Wenger // Instr. Course Lect. – 2004. – N53. – P. 531 – 542.
19. Wenger D.R. Human hip dysplasia: evolution of current treatment concepts / D.R.Wenger, J.D.Bomar // J. Orthop. Sci. – 2003. – Vol. 8, N2. – P. 264 – 271.

**«SON SUYAGINING TUG'MA CHIQISHI»
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL
PROFILAKTIKA VA REABILITASIYASI**

1. ASOSIY QISM

1.1. Kirish.

Son suyagining tug'ma chiqishi – bu son suyagi boshchasini kuymish kosachasidan tashqarida joylashishi va bo'g'imni barcha elementlarini: kuymish kosachasini, son suyagi boshchasini atrofdagi mushaklari, bog'lamlari, bo'g'im kapsulasini yetishmovchiligi bilan namoyon bo'ladigan patologik chanoq-son bo'g'imini patologik xolati xisoblanadi.

1.2. Profilaktika va rehabilitasiya ta'rifi;

Reabilitasiya (lotinchada rehabilitatio) – tiklash degan ma'noni anglatib, tibbiyotda-organizmning buzilgan funksiyasini va bemorlar hamda nogironlarning mehnat qobiliyatini tiklashga qaratilgan tibbiy, pedagogik va ijtimoiy chora-tadbirlar majmuidan iborat bo'ladi. Tibbiy reabilitasiya kasallik tufayli funksiyasini yo'qotgan a'zo faoliyatini qisman yoki to'liq tiklash yoki kasallangan sohadagi avj olayotgan jarayonning iloji boricha oldini olishga qaratiladi. [1]

Profilaktika (yunonchada πρόφύλακτικός) – saqlovchi, oldini oluvchi degan ma'noni anglatib, odamlarning uzoq umr ko'rishi, ishlash qobiliyatini saqlab qolishi, aholining jismoniy rivojlanishini yaxshilashga, kasalliklarning yuzaga kelishi va tarqalishini oldini olish hamda salomatlikni himoya qilishga qaratilgan iqtisodiy, ijtimoiy, gigienik va tibbiy chora-tadbirlar majmuidan iborat.[1]

1.3. Profilaktika turlari;

Tibbiy profilaktika birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi bo'ladi.

Birlamchi tibbiy profilaktika – kasalliklarning kelib chiqish sabablari va rivojlanishiga qarshi qaratilgan ijtimoiy, tibbiy, gigienik va tarbiyaviy choralar, organizmning sog'lom holatini saqlab qolish, unga patologik ta'sir kursatuvchi omillarning oldini olish.

Ikkilamchi tibbiy profilaktika – kasalliklarni erta aniqlash, patologik jarayonning rivojlanishi, uning asoratlari va residivlarining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar.

Uchlamchi tibbiy profilaktika – mavjud kasalliklarni davolash, natijalarni yaxshilash uchun bemorni reabilitasiya qilish va hayot sifatini yaxshilash, noironlik va o'lim ko'rsatkichlarini kamaytirish.

2. SON SUYAGI TUG'MA CHIQISHINING PROFILAKTIKASI.

2.1. Son suyagi tugma chiqishida profilaktikani maqsadi.

Siydik tosh kasalligi bilan hastalangan bemorlarda, qayta tosh hosil bo'lishini oldini olish maqsadga muvofiqdir. Samaraga erishish uchun bemor tomonidan shifokor maslaxatlarini to'liq bajarilishi talab etiladi.

2.2. Son suyagi tugma chikishi bilan umumiy bemorlar uchun profilaktik tavsiyalar:

- yangi tug'ilgan chaqaloqlarni ortopedik ko'rikdan o'tkazish.
- bolani oyoqlarini bir biriga zichlab yo'rgaklamaslik, oyoqlarni kuch bilan tug'rilamaslik, aksincha, ko'p xolatlarda oyoklarning o'rtacha kerilgan xolatda bo'lishi, yangi xayotini birinchi kunlaridanoq fakat keng (erkin) yo'rgaklash;
- muddatidan avval bolani oyoqqa qo'ymaslik;
- «dinamik gimnastika»-bolani aylantirish, siltalash, qo'llaridan yoki oyoqlaridan tortib burab aylantirish kabi mashqlar to'plami kategorik tavsiya qilinmaydi;
- bolani tug'ilgandan so'ng har kuni yotgan holatda onasi qo'llarini va oyoqlarini kerish va keltirish kabi oddiy statik yuklama o'tkazish tavsiya qilinmaydi;
- bolani o'tirish mahorati shakllanmasdan oldin (yani 6 oyligigacha) va undan keyin qo''larda to'g'ri ko'tarish muhim va katta qiymat hisoblanadi;

- kattalarga bolani tik holatda yonida ko'tarish tavsiya qilinmaydi. Yaxshisi chaqaloqni o'ziga qaratib oyoqlarini keng ochilgan holatda orqasidan ko'tarish;
- katta odam tik turganda bolani bir qo'li bilan orqasidan o'ziga qaratib, ikkinchi qo'li bilan dumbalaridan ushlab bolani oyoqlarini ochib ko'tarish;
- xuddi shunday qilib katta odam o'tirgan holda bola yuzi bilan unga qarab tizzalariga o'tqizib ikkita qo'llari bilan orqasidan ushlab;
- bolani tik holatda onasini yonida ko'tarish maqsadga muvofiq emas, sababi bu holatda bolani umurtqa pog'onasi o'qini to'g'ri holatibuziladi (asimmetrik tana);
- hayotining ilk kunlaridan bolaga LFK profilaktik massajlar bilan birgalikda.

2.3. Son suaygini tug'ma chiqishi bilan kasallangan bemorlarda maxsus profilaktik tavsiyalar:

Chanoq son bo'g'imi displaziyasi va son suyagi tug'ma chiqishi bilan kasallangan bemorlarni faqatgina dispanser kuzatuviga olish bilan cheklanish kerak emas, sababi bolani o'sishida chanoq son bo'g'imi elementlarini to'g'ri joylashishi va bo'g'im kosachasi bilan son suyagi boshchasi holati o'zgarishi mumkin. Agar davolashning birinchi bosqichida stasionar- sanatoriya-poliklinika reabilitatsiya bosqichlari qattiy rioya qilinsa, keyinchalik ushbu ketma ketlik buziladi va yuqoridagi patologiya bilan og'rigan bolalar sanator-kurort davoni olmaydi.

2.4. Son suyagini tug'ma chiqishi kasalligida nomedikamentoz va medikamentoz profilaktika:

1. Ortopedik: Freyk yostiqchasi, Pavlik uzangisi; har xil turdagi shinalar va keruvchi moslamalar.
2. Fizik profilaktika:

2.1.Passiv korreksiya (holatlar orqali davolash): keng yo'rgaklash, bolano baqa holatida qorni bilan yotqizish, bolani slingda, ryuzzaklarda kenguru shaklida oyoqlarini ochib ko'tarish, oyoqlarini ochilgan holatda bolani katta odamning tizzasida o'tqizish.

3. SON SUYAGINI TUG'MA CHIQISHINI REABILITATSIYASI.

Son suyagi tug'ma chiqishi bilan kasallangan bolani reabilitatsiya qilishda bo'g'imni sog'lom shakllanishini va motor rivojlanishini qo'llab-quvvatlashda LFK asosiy vosita bo'lib hisoblanadi. Ortopedik davolashning turiga qarab har xil reabliatsion programmalar mavjud. Barcha reabliatsion chora tadbirlar bolani oyoqlariga kerish harakatini beruvchi keng yo'rgaklash Pavlik uzangisi yordamida olib boriladi.

3.1. Son suyagini tug'ma chiqishida reabilitatsiya muddatlari.

Davolashning birinchi bosqichida chanoq son bo'g'imlaridagi keltirish kontrakturasini bartaraf etish va son suyagi boshchasini quymich kosachasiga tushurish (3-4 hafta), shu maqsadda keruvchi gimnastikalar o'tkaziladi- tizza va chanoq son bo'g'imlarini bukkan holda chanoq son bo'g'imlarini ochish aylana haraktlar qilinadi va bolani qorniga baqa holatida yotqiziladi. Ushbu mashqlar uzangilarda davolashda amalga oshiriladi. Davolashining ikkinchi bosqichida- son suyagi boshchasi bo'g'imga tushgandan so'ng, fiksatsiya davrida reabilitatsiya muolajalarini maqsadi mushaklar gipotonusini va distrofik jarayonlarning profilaktikasidir. LFK ni kuniga 3 dan-5 gacha aktiv dinamik mashqlarni qo'shib: masalan bolani panjasini (tovonini) qitiqlash orqali oyoq bo'g'imlarida aktiv harakatlarni keltirish mumkin. Fizioterapevtik muolajalardan- elektroforez Ca va P eritmalari bilan chanoq son bo'g'imlariga (10 muolaja), umumiy va tanlangan massajlar buyuriladi.

Uchunchi bosqich- uzangini echish bosqichi, reabilitatsiyani maqsadi oyoq mushaklarini mustahkamlash. Bunda massaj va shartsiz reflekslar asosida LFK (emaklash refleksi, tik turish refleksi) qo'llaniladi va suzish darslari tavsiya qilinadi.

3.2. Reabilitatsiya davrida bemorga tavsiyalar.

Son suyagini tug'ma chiqishini jarrohlik yo'l bilan davolashda reabilitatsiyani 5 ta davrlarga bo'linadi:

- operatsiyadan oldingi davr,
- immobilizatsiya davri,
- passiv harakatlar davri (erta postimmobilizatsion davr);
- aktiv harakatlar davri (kech postimmobilizatsion davr);
- yurishga o'rgatish davri (trening).

Davolash gimnastikasi bolani statsionarga jarrohlik davolashga yotqizilgan birinchi kundan boshlanadi. Operatsiyadan oldingi davrdagi davolash gimnastikasini vazifalari; umumiy quvvatini oshirish va tonus oshirish, modda almashinuvini va chanoq son bo'g'imini mushaklar faoliyat funksiyasini yaxshilash. Ushbu davr 1,5-3 oygacha davom etadi. Fizik mashqlar tasirida chanoq son bo'g'imi mushaklarini funksiyanal holati yaxshilanadi. Bemor mushaklarni bo'shashtirish qobiliyatiga ega bo'ladi, bu holat ko'proq son suyagi boshchasini yuqori turushida skelet tana tortimi qo'llanilganda kuzatiladi. Chanoq son bo'g'imi sohasiga massajni 3-4 hafta davomida qabul qilinadi.

Davolash gimnastikasi operatsiyadan keying davrning 2-chi kunidayoq buyuriladi. Ushbu davrdagi reabilitatsiyani vazifalari-yallig'lanishga qarshi, og'riqsizlantiruvchi va bo'shashtiruvchi tasir qilish; chanoq son bo'g'imini shakllanishini tezlashtirish va bo'g'imdagi harakatlarni yaxshilash. Bu davrda qo'llaniladigan muolajalar: UYCH, diodinamik muolajalar, elektroforez novokayin bilan, issiqlik bilan davo, elektrostimulatsiya, vannalar va davolash gimnastikasi. UYCH davo operatsiyadan 2-chi kuniyadan 10 kungacha bo'lgan muddatda o'tkaziladi. UYCH tasirida qon aylanish tezlashadi, immunobiologik jarayonlar kuchyadi, bakterisit, antispazmatik, og'riq qoldiruvchi xususiyatlarga ega va to'qimalardagi shishni kamaytiradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

Son suyaging tug'ma chiqishi» nozologiyasi bo'yicha profilaktika va reabilitatsiyasi milliy klinik protokoli uchun.

1. Абакаров, А.А. Основание щадящих 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 N 1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» (Зарегистрировано в Минюсте России 22 февраля 2013 г. N 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. Operative treatment for type II avascular necrosis in developmental dysplasia of the hip / C. W. Oh [et al.] // Clin Orthop Relat Res. – 2005. – N 434. – P. 86–91. 19. Scyi©ch I., Gradinger R. und and. Di
19. Carroll KL, Schiffern AN, Murray KA, et al. The Occurrence of Occult Acetabular Dysplasia in Relat• ves of Individuals With Developmental Dysplasia of the Hip // J Pediatr Orthop 2016; 36:96