

Մաս առաջին

ՎՆԱՍՎԱԾՔԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՕՐԹՈՊԵԴԻԱՅԻ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՀԱՐՑԵՐ

Գլուխ 1

ՎՆԱՍՎԱԾՔԱԲԱՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՕՐԹՈՊԵԴԻԱՅԻ ԶԱՐԳԱՑՄԱՆ ՀԱՄԱՌՈՏ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆԸ

ԹԿԻ-ի տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է ուրբանիզացիայով, արդյունաբերական գործունեության, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային վնասվածքների թվի աճով: Վնասվածքների ժամանակ մահացության բարձր մակարդակը բացատրվում է ոչ միայն ժամանակակից տրավմայի ծանրությամբ, այլև ախտորոշման և անհապաղ բժշկական օգնության բնագավառում որոշ մասնագետների անբավարար պատրաստվածությամբ: Այս պրոբլեմի լուծման գործում մեծ նշանակություն ունի վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի հարցերում բժիկների ուսուցման պրոցեսի բարելավումը:

Վնասվածքաբանությունն և օրթոպեդիան ունեն բավական հին պատմություն: Կոտրվածքների բուժմամբ մարդիկ զբաղվել են դեռ հին ժամանակներից: Հին Եգիպտոսում 2500 տարի մ.թ.ա. կոտրվածքները ֆիքսում էին արմավենու տերևներով: Շատ արժեքավոր են Հունաստանում Հիպոկրատի աշխատությունները (460-380 մ.թ.ա.) վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի բնագավառում: Նա առաջարկել է ուսահողի, կոնքազորային հողի հողախախտերի ներուղղման (Հիպոկրատի մեթոդը մինչ օրս էլ կիրառվում է ուսահողի հողախախտի դեպքում), բնածին ծոթաթուրթյան բուժման, կոտրվածքների համադրման տարբեր եղանակները, առաջարկել է բուժման մեջ ընդգրկել ֆիզիկական մեթոդներ (արևային, ջերմային լոզանքներ, մերսում և այլն): Ավելի ուշ Հիպոկրատի աշխատանքները ընդլայնել և խորացրել են Ցելսը և Գալենը (131-206 թթ.): Վերջինս բժշկության մեջ առաջինը կիրառեց այնպիսի տերմիններ, ինչպիսիք են լորդոզը, կիֆոզը, սկոլիոզը: Հենաշարժիչ համակարգի վնասվածքների և հիվանդությունների նկարագրման և բուժման մեջ մեծ ավանդ են ներդրել հունահռոմեական ու արաբական դպրոցի ներկայացուցիչները, մասնավորապես Իբն-Սինան (Ավիցեննա) (980-1037) մանրամասն նկարագրել է տարբեր կոտրվածքներ, հողախախտեր, առաջարկել դրանց համադրման և ներուղղման եղանակները: Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի ակունքներում են կանգնած ֆրանսիացի Ամբրուազ Պարեն (1510-1590), որն առաջինը նկարագրեց ծնկոսկրի կոտրվածքների բուժման եղանակները, Գլիսոնը առաջարկեց և կիրառության մեջ դրեց ներկայումս իր անունով կոչվող հանգույցը՝ ողնաշարի պարանոցային հատվածի ֆիքսման և ձգման համար: Փարիզի բժշկական ֆակուլտետի դեկան, ֆիզիկոս Անրի (1658-1742) տվել է երեխաների ճիշտ ֆիզիկական դաստիարակման սկզբունքները:

Ռուսաստանում 1707 թվին Պետրոս I-ի հրամանով Սանկտ Պետերբուրգում բացվեց առաջին բժշկա-վիրաբուժական դպրոցը, որտեղ սովորեցնում էին ոսկրաուղղման տեխնիկային:

Համաշխարհային բժշկագիտության և մասնավորապես վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի զարգացման գործում հսկայական ներդրում ունի ռուս նշանավոր գիտնական Ն.Բ.

Պիռագովը (1810-1881): Ռազմադաշտային պայմաններում նա առաջին անգամ օգտագործեց եթերային նարկոզը, ինչպես նաև գիպսային փաթաթանների կիրառումը կոտրվածքների բուժման ժամանակ: Առաջարկեց սրունքի դասական ոսկրապլաստիկ անդամահատման եղանակ, որը հետագայում հիմք հանդիսացավ նմանատիպ այլ վիրահատությունների մշակման համար: Օրթոպեդիայի զարգացման մեջ մեծ նշանակություն ունեցան Ն.Բ. Պիրոգովի աշխատանքները տոպոգրաֆիկ անատոմիայի բնագավառում, որտեղ նա օգտագործեց այսպես կոչված «սառեցված հատույթների» մեթոդը:

Կոտրվածքների, ինչպես նաև ոսկրային այլ ախտաբանական այլ վիճակների ախտորոշման հարցերում հեղափոխական նշանակություն ունեցան Վ.Յ. Ռենտգենի կողմից 1895թ. հայտնագործված X-ճառագայթները:

XX դարի սկիզբը նշանավորվեց օրթոպեդիայի զգալի զարգացմամբ, որը պայմանավորված էր ասեպտիկայի և անտիսեպտիկայի ներդրմամբ, X-ճառագայթների, ինչպես նաև բուժման նորագույն եղանակների առավել լայն օգտագործմամբ:

Անցած դարասկզբին Սանկտ Պետերբուրգում հսկայական գիտապրակտիկ գործունեություն է ծավալեց ռուս խոշոր գիտնական Հենրիխ Իվանովիչ Տուրները, որը 1900թ. բժշկական ակադեմիայի բազայի վրա ստեղծեց Ռուսաստանում օրթոպեդիայի առաջին ամբիոնը: Հ.Ի. Տուրների կողմից մշակվել են մանկական տրավմատիզմի կարևոր կազմակերպչական հարցեր, ինչպես նաև կոտրվածքների բուժման եղանակները, կատարելագործվել են գիպսային փաթաթաններով բուժման տեխնիկան և կոնսերվատիվ կոմբինացված բուժման եղանակները:

Վիրաբուժական օրթոպեդիայի հիմանդիրներից մեկն է Ռոման Ռոմանովիչ Վրեդենը, որի կողմից առաջարկվել են բազմաթիվ նոր վիրահատություններ տարբեր ոսկրահոդային ախտաբանությունների ժամանակ:

Ռ.Ռ. Վրեդենին է պատկանում օրթոպեդիայի հայտնի դասական բնորոշումը, համաձայն որի «Օրթոպեդիան հանդիսանում է վիրաբուժության այն հատուկ բնագավառը, որը զբաղվում է վերջույթների և ողնաշարի հնարավոր դեֆորմացիաների հետազոտմամբ, կանխարգելմամբ և բուժմամբ»:

1921 թվին Նիկոլայ Նիկոլանիչ Պրիռոովի գլխավորությամբ Մոսկվայում կազմավորվեց բուժա-պրոթեզավորման ինստիտուտը, որը ներկայումս անվանվում է ՎՕԿԻ (Վնասվածքաբանության և Օրթոպեդիայի Կենտրոնական Ինստիտուտ):

1907թ. Յ.Ֆ. Վեգների կողմից Խարկովում հիմանդրվեց բժշկական-մեխանիկական ինստիտուտը, որը 1921թ. սկսեց ղեկավարել Մ.Բ. Սիտենկոն: Ինստիտուտը զբաղվում էր ոսկրային պատվաստների, կեղծ հոդերի, հրազենային կոտրվածքների և շատ այլ պաթոլոգիաների բուժման հարցերով:

Սկսած 19-րդ դարի 70-ական թվականներից կեղծ հոդերի բուժման ժամանակ որոշ վիրաբույժներ սկսեցին օգտագործել մետաղական սարքեր, դրանով իսկ սկիզբ դնելով մետաղական օստեոսինթեզին:

1940 թվին Կյունչերը հաղորդեց փակ ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզի մասին:

Հիմնվելով Ռոբերտ Դանիսի 1950-ական թվականներին լույս տեսած կոտրվածքների վիրահատական բուժմանը վերաբերող աշխատանքների վրա՝ Գերմանացի Մ. Գ. Մյուլերը 1958 թվին Շվեյցարիայի Դավոս քաղաքում, իր շուրջը հավաքելով համախոհ ընկերներին, հիմնեց օստեոսինթեզի ասոցիացիան (AO) որը անգլիկացու երկրներում հայտնի է որպես Ներքին Ֆիքսացիայի Հետազոտման Ասոցիացիա (ASIF) (Association for the study of Internal Fixation): AO-ի աշխատանքները լույս տեսան 1969 թվին առաջին հրատարակության, 1979 թվին երկրորդ հրատարակության (Manual of Internal Fixation) մեջ:

1984 թվին հիմնվեց AO/ASIF ֆոնդը, որի մեջ ընդգրկվեցին 15 երկրներից 80 էքսպերտներ, որոնց գլխավորությամբ էլ 1990 թվին լույս տեսավ AO/ASIF – ի աշխատանքների երրորդ հրատարակությունը, որը հանդիսանում է գիտականորեն հիմնավորված ուղեցույց կոտրվածքների բուժման ժամանակ մետալոստեոսինթեզի բնագավառում:

Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի մեջ արտաօջախային կոմպրեսիոն- դիստրակցիոն օստեոսինթեզի մեթոդը ներդրվեց և կատարելագործվեց Իլիզարովի կողմից, որի առաջարկած ոսկրերի երկարացման մոնո և բիլոկալ մեթոդները սեփական հյուսվածքների երկարացման եղանակով ներկայումս լայնորեն կիրառվում են վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի բնագավառում:

70 - ական թվականներին սկսեցին կիրառել արթրոսկոպիկ վիրահատություններ, առաջինը ծնկահոդի վրա: Մեթոդի ներդրողը ճապոնացի Վատանաբեն էր:

1939 թվին ամերիկացի Վիլլեսը իրականացրեց կոնքազորային հոդի տոտալ էնդոպրոթեզավորում: Ռուսաստանում 1956 թվին Միվաշը ստեղծեց օրիգինալ էնդոպրոթեզ: Էնդոպրոթեզները ամրացնում են ոսկրին կամ մեխանիկական ձևով կամ ակրիլցեմենտով: Ներկայումս լայնորեն կիրառվում է կոնքազորային, ծնկան, արմնկային և ուսային հոդերի տոտալ էնդոպրոթեզավորումը: Միջֆալանգային հոդերի համար ստեղծված են սիլիկոնային պրոթեզներ:

Խորհրդային Հայաստանում վնասվածքաբանությունը և օրթոպեդիան գիտական հիմքերի վրա դրվեցին 1946 թվից հետո, երբ Հայաստանում Ք.Հ. Պետրոսյանի կողմից բացվեց Երևանի հետվնասվածքային վերականգնողական հոսպիտալը, որը հետո վերանվանվեց ԺՏԸԼԸԿ (Երևանի Վնասվածքաբանության և Օրթոպեդիայի Գիտահետազոտական Ինստիտուտ), իսկ այժմ կոչվում է ՎՕՎԿ (Վնասվածքաբանության, Օրթոպեդիայի, Վերականգնողական կենտրոն): Ներկայումս Երևանում և Հայաստանի այլ շրջաններում գործում են վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի բազմաթիվ բաժանմունքներ, պրոթեզավորման ժամանակակից տեխնիկայով հագեցված կենտրոններ, Կարմիր խաչի վերականգնողական կենտրոնը, ուր բարձրակարգ մասնագետների կողմից իրականացվում են ոսկրամկանային համակարգի վնասվածքների և օրթոպեդիկ պարոլոզիաների բուժման ժամանակակից մեթոդներ:

Գ Լ ո լ ի ս 2

Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ե Վ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ո Ն Թ Յ Ո Ն Ը Դ Դ Ա Ն Յ Կ Ա Ն Խ Մ Ա Ն

Ճ Ա Ն Ա Պ Ա Բ Հ Ն Ե Բ Ը

Վ ն ա ս վ ա ծ ք ա բ ա ն ո թ յ ո լ ն ը գ ի տ ո թ յ ո լ ն է վ ն ա ս վ ա ծ ք ն եր ի վ եր ա բ եր յ ա լ :

Սուր վնասվածքը դա արտաքին տարբեր (մեխանիկական, ջերմային, քիմիական, ռադիացիոն և այլն.) ազդակների միամումենտ հանկարծակի ազդեցությունն է օրգանիզմի վրա, որը բերում է հյուսվածքների անատոմիական ամբողջականության, կառուցվածքի և ֆիզիոլոգիական ֆունկցիաների խախտմանը:

Վնասված հյուսվածքի բնույթից կախված տարբերում են մաշկային (սալջարդներ, վերքեր և այլն.), ենթամաշկային (կապանների, ջլերի պատռվածքներ, ոսկրերի կոտրվածքներ և այլն.) և խոռոչային (որովայնի խոռոչի, կրծքավանդակի, հոդերի և այլնի սալջարդներ, արյունազեղումներ) վնասվածքներ:

Վ ն ա ս վ ա ծ ք ն եր ը լ ի ն ու մ են`

1. ուղղակի և անուղղակի;
2. մեկուսացված (**ազդրոսկրի լայնակի կոտրվածք**);
3. բազմակի (**կողերի բազմակի կոտրվածքներ**);
4. զուգակցված (կոնքի ոսկրերի կոտրվածք + միզապարկի պատվածք);
5. կոմբինացված (ազդրոսկրի կոտրվածք + ոտնաթաթերի ցրտահարում):

Վնասվածք առաջացնող մեխանիկական գործոնի ազդեցությունը արտահայտվում է ճնշման, գերձգման, պատռվածքի, պտտման կամ հակահարվածի տեսքով:

Արտաքին գործոնի ազդեցության վրա ազդում են վնասող ուժի ուղղությունը, դրա անկյունը, վնասող ազդակի կինետիկ էներգիան, ազդեցության երկարատևությունը (ցրտահարությունների, այրվածքների, ճնշումների ժամանակ):

Վնասվածությունը դա նմանատիպ աշխատանքի և կենցաղի պայմաններում գտնվող մարդկանց խմբերում կրկին առաջացող վնասվածքների ամբողջությունն է:

Տարբերում են վնասվածության հետևյալ տեսակները.

1. Արդյունաբերական՝
 - ա) արտադրական (մեր երկրում վերջին 10-12 տարիներին խիստ նվազել է);
 - բ) գյուղատնտեսական
2. Ոչ արդյունաբերական՝
 - ա) կենցաղային;
 - բ) փողոցային;
 - գ) տրանսպորտային;
 - դ) մանկական;
 - ե) սպորտային;
 - զ) զինծառայողների:

Վնասվածության կ ա ն ի ս ա ր գ է լ մ ա ն առումով չափազանց կարևոր է առանձին վնասվածքների առաջացման պայմաններն ու հանգամանքները համակարգելու նպատակով ճշտել արտաքին ու ներքին այն գործոնները, որոնք նպաստում են վնասվածքների կրկնմանը:

Այդ ամենը հաշվի առնելով էլ մշակված են վնասվածության տարբեր տեսակների կանխարգելմանն ուղղված բազմապիսի միջոցառումներ:

Գ Լ ու ի ս 3

Հ Ե Ն Ա Շ Ա Ր Ժ Ա Կ Ա Ն Հ Ա Մ Ա Կ Ա Ր Գ Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր Ի Ե Վ

Հ Ի Վ Ա Ն Դ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր Ի Հ Ե Տ Ա Զ Ո Տ Մ Ա Ն Ե Ղ Ա Ն Ա Կ Ն Ե Ր Ը

Հենաշարժական համակարգի վնասվածքների և հիվանդությունների ախտորոշումը հիմնվում է կլինիկական բժշկության հիմնական սկզբունքների և եղանակների՝ գանգատների, անամնեզի, վնասվածքի մեխանիզմի, ախտածնության հետազոտման վրա:

Օգտագործվում են հետազոտման կլինիկական, ռենտգենաբանական, հ2, շՕՀ էլեկտրաֆիզիոլոգիական, գործիքային, լաբորատոր եղանակներ:

Հենաշարժական համակարգի վնասվածքների և հիվանդությունների ախտորոշման հիմնական եղանակն է կլինիկականը, որը նախատեսում է բժշկի հաջորդական գործողությունների որոշակի համակարգ՝

1. Հիվանդի գանգատների պարզելը;
2. Անամնեզի հավաքում (վնասվածքի վաղեմությունը, մեխանիզմը);

3. Հիվանդի զննումը;
4. Հոդերում շարժումների ծավալի որոշումը;
5. Վերջույթների երկարության և շրջագծի չափումը;
6. Մկանային ուժի որոշումը:
7. Ռենտգենաբանական, կոմպյուտերային մագնիսառեզոնանսային հետազոտություններ;
8. Էլեկտրոֆիզիոլոգիական և լաբորատոր հետազոտություններ;
9. Գործիքային եղանակների կիրառում (պունկցիա, բիոպսիա և այլն.)
10. Դիագնոզի ճշտում:

Գ ա ն գ ա տ ն ե թ ը : Հիվանդի գանգատներից անհրաժեշտ է առանձնացնել հիմնականները, որոնք վերաբերում են տվյալ հիվանդությանը: Օրինակ՝ կոնքազորային հոդի պաթոլոգիայով հիվանդները երբեմն գանգատվում են ծնկահոդի շրջանի ցավերից: Վնասվածք ստացած հիվանդների հիմնական գանգատը վնասվածքի շրջանի ցավն է, որը, որպես կանոն, ուժեղանում է շարժումների ժամանակ: Հատկանշական է նաև դեֆորմացիան, շարժումների սահմանափակումը և այլն.:

Ա ն ա մ ն ե գ ը : Ճիշտ հավաքած անամնեզը երբեմն բավական է հիվանդության ախտորոշման համար: Մուր վնասվածքի ժամանակ անհրաժեշտ է ճշտել վնասման մեխանիզմը, վաղեմությունը, ցուցաբերած առաջին օգնությունը: Ինֆորմատիվ է հատկապես ծնահոդի շրջանում ստացած վնասվածքի մեխանիզմի ճշտումը, քանի որ պտտային շարժումների և կողմային ճնշումների դեպքում բարձր է կապանների և մահիկների վնասման հավանականությունը: Վերջիններիս վնասման ժամանակ բնորոշ է նաև հետագա կլինիկական պատկերը, որը հաճախակի ընթանում է ծնկահոդի բլոկադաներով, սինովիտներով:

Օրթոպեդիկ հիվանդությունների ժամանակ անհրաժեշտ է պարզել նախորդող կոնսերվատիվ և վիրահատական բուժումները:

Երբեմն մեծ նշանակություն է ունենում ժառանգական անամնեզը (ազդրի բնածին հոդախախտ, ծուրթաթություն և այլն.):

Կարևոր է մանրամասն տեղեկանալ հիվանդի կենցաղի և աշխատանքի պայմաններին: Օրինակ՝ ծնկների վրա երկար աշխատող կանանց, ծնկոսկրերի խրոնիկ վնասվածություն ստացող մարզիկների մոտ հաճախակի հանդիպում է ծնկոսկրի խոնդրոմալյացիա:

Վերջում հարկավոր է անպայման ճշտել նախկինում տարած հիվանդությունները, վիրահատությունները, դեղորայքի նկատմամբ ալերգիայի առկայությունը և այլն:

Զ ն ն ու մ ը : Բժիշկը պետք է անպայման ուշադրություն դարձնի հիվանդի վարքի առանձնահատկություններին, արտաքին տեսքին, դեմքի արտահայտությանը, հարկադրական դիրքին, քայլվածքին, մարմնի համաչափությանը: Անպայման հարկավոր է համեմատել մարմնի սիմետրիկ մասերը:

Վնասվածքի դեպքում հարկավոր է ուշադրություն դարձնել վնասված մասի մաշկի գույնի, լարվածության, խոնավության, ամբողջականության վրա: Կարևոր է նշարել վերջույթի առանցքի դեֆորմացիաները: Նորմայում ստորին վերջույթի առանցքը անցնում է զստոսկրի առաջավերին փշից ծնկոսկրի միջին կողմով դեպի ոտնաթաթի I մատը: Երբ սրունքը թեքվում է դուրս (genu valgum)՝ առանցքը կանցնի ծնկոսկրի դրսային կողմով (երկկողմանի դեֆորմացիայի դեպքում կունենանք ոտքերի X-աձև դեֆորմացիա), իսկ եթե սրունքը թեքվի դեպի ներս (genu varum)՝ առանցքը կանցնի միջայնորեն (երկկողմանի դեֆորմացիայի դեպքում՝ O-աձև դեֆորմացիա) :

Վերին վերջույթի նորմալ անատոմիական առանցքը անցնում է բազկոսկրի, ճաճանչոսկրի և ծղիկոսկրի գլխիկներով: Արմնկային հոդում դեֆորմացիաների դեպքում կունենանք cubitus valgum կամ cubitus varum:

Վերջույթների առանցքի դեֆորմացիա դիտվում է նաև հոդախախտերի ժամանակ:

Շոշափամանը (պալպացիան) հարկավոր է անցնել միայն հիվանդի ընդհանուր վիճակի և վնասման մեխանիզմի մասին գաղափար կազմելուց հետո: Կարելի է գաղափար կազմել տեղային ջերմության, մաշկի լարվածության, ինֆիլտրատիվ փոփոխությունների մասին, հայտնաբերել ֆյուկտուացիա, այտուցվածություն, ոսկրային կրեպիտացիա: Կարելի է ճշտել ջլերի, կապանների, ոսկրաբեկորների տեղակայումը, ստուգել անոթների վրա պուլսացիան:

Գործնական կարևոր նշանակություն ունի ներվիրահատական շոշափումը՝ ընդհանուր անզգայացման պայմաններում:

Մեծ նշանակություն ունի հոդերի շոշափումը, տարաբնույթ վնասվածքային և դեգեներատիվ հիվանդությունների ախտորոշման գործում:

Լսումը (աուսկուլտացիան) որպես հետազոտման եղանակ վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում ունի սահմանափակ կիրառություն: Օգտագործվում է հիմնականում հոդերի ակտիվ և պասիվ շարժումները լսելու ժամանակ: Ոսկրին հարվածելուց ստացված ձայնից կարելի է գաղափար կազմել դրա կենսունակության մասին (օստեոնեկրոզ, սկլերոզ):

Հոդերում շարժումների ծավալի որոշելը: Հիվանդի կողմից ինքնուրույն իրականացվող շարժումները կոչվում են ակտիվ, իսկ հետազոտողի կողմից՝ պասիվ: Հոդերում ակտիվ և պասիվ շարժումները սահմանափակված կամ անհնարին են լինում հոդը կազմող ոսկրերի կոտրվածքների և հոդախախտերի, ներհոդային և արտահոդային տարբեր հիվանդությունների դեպքում:

Հետազոտման այս եղանակը չափազանց կարևոր է հիմնականում հոդերի հիվանդությունների ժամանակ, ախտահարված հատվածի ֆունկցիոնալ վիճակը գնահատելու համար:

Սազիտալ հարթության մեջ կատարում են ծալում և տարածում (ֆլեքսիա, էքստենզիա), ֆրոնտալ հարթության մեջ՝ զատում և առբերում (աբդուկցիա, ադդուկցիա): Երկայնակի առանցքի շուրջը կատարում են դրսային և ներսային պտույտներ: Նախաբազկի դրսային պտույտը կոչվում է սուպինացիա, իսկ ներսայինը՝ պրոնացիա (վերհակում և վարհակում):

Շարժումների ծավալը չափում են անկյունաչափով, անպայման համեմատելով երկու համանուն հոդերը:

Պասիվ շարժումների սահմանափակումը հոդերում կոչվում է *կոնտրակտուրա*: Տարբերում են՝

1. Ըստ բնույթի՝ ծալիչ, տարծիչ, զատիչ, առբերիչ, ռոտացիոն և համակցված կոնտրակտուրաներ:

2. Ըստ էթիոլոգիայի՝ միոզեն, նևրոզեն, արթրոզեն և դեսմոզեն կոնտրակտուրաներ:

Հոդերում լրիվ անշարժությունը կոչվում է *անկիլոզ*: Տարբերում են՝ 1) ոսկրային անկիլոզ, երբ հոդը կազմող ոսկրերը սերտաճում են միմյանց հետ և 2) Ֆիբրոզ անկիլոզ, երբ շարժումները հոդում կլինիկորեն լրիվ բացակայում են, իսկ ոսկրային ծայրերը ֆիքսված են ֆիբրոզ-սպիական հյուսվածքներով:

Վերջույթների երկարության և շրջագծի չափումը չափազանց ինֆորմատիվ եղանակ է: Միշտ համեմատում են վերջույթների սիմետրիկ հատվածների չափերը:

Վերին վերջույթի երկարությունը չափում են ակրոմիոնից մինչև ճաճանչուկրի մախաթելունը կամ III մատի ծայրը: Բազկի երկարությունը՝ ակրոմիոնից մինչև արմունկելունը, նախաբազկինը՝ արմունկելունից մինչև ծղիկի մախաթելունը:

Ստորին վերջույթի երկարությունը չափում են գստոսկրի առաջավերին փշից կամ ազդրոսկրի մեծ տամբիոնից մինչև սրունքի միջային կամ դրսային պճեղի գագաթը: Ազդրինը՝ գստոսկրի առաջավերին փշից կամ մեծ տամբիոնի գագաթից մինչև ծնկահոդի ճեղքը: Սրունքինը՝ ծնկոսկրի ճեղքից մինչև պճեղներից մեկի գագաթը:

Տարբերում են վերջույթի թվացյալ, բացարձակ և հարաբերական կարճացում կամ երկարացում: *Թվացյալ կամ ծալիչ* կարճացումը սեզմենտի որևէ հոդում հարկադրական դիրքի կոնտրակտուրայի, անկիլոզի, ռիզիդոլոյան հետևանք է: Այս դեպքում ըստ սեզմենտների չափումը շեղում չի տա:

Իրական կարճացման պատճառ են հանդիսանում որևէ սեզմենտի անատոմիական փոփոխությունները (կոտրվածք տեղաշարժով, աճի խանգարում և այլն.): Այս կարճացման դեպքում տարբեր են ինչպես ընդհանուր, այնպես էլ ըստ սեզմենտների չափման տվյալները:

Հարաբերական կարճացման կամ երկարացման դեպքում փոխվում է վերջույթը կազմող սեզմենտների փոխհարաբերությունը: Այս դեպքում առանձին սեզմենտների երկարությունը նույնպես չի փոխվում:

Վերջույթների շրջագիծը չափում են, որպես կանոն, առանձին սեզմենտների միջին երրորդականի մակարդակին: Այս եղանակը թույլ է տալիս գաղափար կազմել փափուկ հյուսվածքների՝ մասնավորապես մկանների վիճակի (հիպոտրոֆիա, ատրոֆիա) կամ վերջույթի այտուցվածության վերաբերյալ:

Մ կ ա ն ա յ ի ն ու ժ ի ո Ր ո շ Ե Լ Ը հենաշարժական համակարգի բազմաթիվ դեֆորմացիաների դեպքում հանդիսանում է հիվանդի հետազոտման կարևորագույն եղանակ: Որևէ մեկ հատվածում մկանային հավասարակշռության խախտումը կարող է հանդիսանալ դեֆորմացիայի զարգացման գլխավոր պատճառ: Այս անհամաչափությունը լինում է թորշոմաձ և սպաստիկ պարալիչների (պոլիոմիելիտի, մանկական ուղեղային կաթվածի ողնուղեղի վնասման) ժամանակ: Մկանային ուժի հետազոտման արդյունքները գրանցվում և գնահատվում են բալերով հատուկ դինամոմետրերի օգնությամբ:

Ռ Ե ն տ գ Ե ն ա Բ ա ն ա կ ա ն և կ ո մ պ յ ու տ Ե ր ա յ ի ն հ Ե տ ա զ ո տ ո թ յ ու ն Ե ր : Ոսկրային վնասվածքների և օրթոպեդիկ հիվանդությունների մեծամասնության ճիշտ ախտորոշման համար անհրաժեշտ է անցկացնել ռենտգենաբանական հետազոտություն: Ռենտգեն նկարները պետք է կատարվեն առնվազն երկու փոխադարձ ուղղահայաց պրոյեկցիաներով, սակայն որոշ ոսկրերի կոտրվածքների ժամանակ հարկավոր է լինում անել նաև լրացուցիչ նկարներ թեք պրոյեկցիաներով և ֆունկցիոնալ դիրքերում (օրինակ՝ ողնաշարի վնասվածքների ժամանակ): Երբեմն անհրաժեշտ է լինում հիվանդին տեղադրել հատուկ դիրքով, օրինակ գանգի և հատկապես դրա հիմքի վնասվածքի դեպքում:

Անհրաժեշտ ինֆորմացիա պարունակող ռենտգենյան նկար ստանալու նպատակով հարկավոր է պահպանել հետևյալ պայմանները՝

1. Վնասված օջախը պետք է գտնվի նկարի կենտրոնում;
2. Նկարի մեջ անհրաժեշտ է ընդգրկել վնասվածքին մոտ գտնվող հոդերը;
3. Եթե վնասվել է երկուսկրանի սեզմենտ (սրունք, նախաբազուկ), նկարի մեջ անհրաժեշտ է ընդգրկել երկու հոդ, քանի որ հաճախակի ոսկրերի վնասման մակարդակները չեն համընկնում, իսկ կոտրվածքը կարող է ուղեկցվել հոդախախտով կամ ենթահոդախախտով;
4. Բոլոր ոսկրերի և հոդերի նկարները պետք է կատարվեն պարտադիր երկու պրոյեկցիաներով (առաջատեսին և կողմնային);

ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿԱԿԻՑ ԵՂԱՆԱԿՆԵՐԸ

Տրանսպորտային անշարժացում

Վերջինիս նպատակն է անշարժացնել մարմնի վնասված հատվածը, կանխել փափուկ հյուսվածքների հետագա վնասումը, նվազեցնել ցավային համախտանիշը և իջեցնել էմբոլիայի առաջացման հավանականությունը: Անշարժացումը կիրառվում է ոսկրերի կոտրվածքների, հոդերի, նյարդերի վնասումների, փափուկ հյուսվածքների լայնածավալ վնասվածքների, վերջույթների բորբոքային ծանր պրոցեսների, խոշոր անոթների վիրավորման և մեծածավալ այրվածքների դեպքում: Անշարժացումը լինում է երկու տեսակի՝ տրանսպորտային և բուժական:

Տրանսպորտային անշարժացումը կամ հիվանդին ստացիոնար հասցնելու ժամանակավոր անշարժացումը տևում է մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր և մեծ նշանակություն ունի ինչպես տուժածի կյանքի, այնպես էլ վնասվածքի հետագա ընթացքի և ելքի համար: Տրանսպորտային անշարժացումը իրականացվում է հատուկ կամ ձեռքի տակ եղած նյութերով պատրաստված բեկակալներով և վիրակապեր դնելով:

Տրանսպորտային բեկակալները ստորաբաժանվում են ֆիքսող և ֆիքսացիան ձգման հետ զուգակցող բեկակալների: Ֆիքսող բեկակալներից առավել տարածում են գտել ֆաներային, մետաղալարասանդղակավոր, տախտակե և սովարաթղթե բեկակալները: Ֆիքսացիան ձգման հետ զուգակցող բեկակալներին են դասվում Դիտերիխսի բեկակալը: Երկար տարածության վրա տեղափոխման դեպքում կիրառում են նաև գիպսային ժամանակավոր կապեր:

Ֆաներային բեկակալները կիրառում են վերին և ստորին վերջույթների անշարժացման համար:

Կրամերի տիպի մետաղալարային բեկակալները պատրաստում են երկու չափերի՝ 110x10 և 60x10 սմ պողպատյա մետաղալարից: Այդպիսի բեկակալները թեթև են, ամուր և ստացել են լայն տարածում:

Ցանցավոր բեկակալը պատրաստվում է փափուկ, բարակ մետաղալարից, լավ մոդելավորվում է, դյուրակիր է, սակայն անբավարար ամրությունը սահմանափակում է դրա կիրառումը:

Դիտերիխսի բեկակալը պատրաստվել է ստորին վերջույթի անշարժացման համար: Այն փայտից է, սակայն ներկայումս այն պատրաստում են նաև դյուրալյումինե թեթև խողովակներից:

Գիպսային կապը հարմար է այն առումով, որ դրան կարելի է տալ ցանկացած ձև: Այդպիսի կապով անշարժացումը հատկապես հարմար է նախաբազկի, բազկի և սրունքի վնասվածքների դեպքում: Բացասական կողմն այն է, որ հարկավոր է լինում սպասել, մինչև կապը չորանա և ամրանա:

Քանի որ պատահարի վայրում ոչ միշտ են լինում բեկակալներ տրանսպորտային անշարժացման համար, երբեմն ստիպված են լինում օգտվել ձեռքի տակ եղած նյութերից կամ *ինպրովիզացված բեկակալներից*: Այդ նպատակով օգտագործում են փայտեր, տախտակներ, ֆաներայի, սովարաթղթի կտորներ, անձրևանոցներ, դահուկներ, սեղմ ծավված հագուստ և այլն.: Կարելի է նաև վերին վերջույթը բինտակապել մարմնին, իսկ ստորին վերջույթը՝ առողջ ոտքին (աուտոանշարժացում):

Տրանսպորտային անշարժացման հիմնական սկզբունքներն են՝

1. Բեկակալը անպայման պետք է ներառի երկու, իսկ երբեմն էլ երեք կից հոդեր:
2. Վերջույթը անշարժացնելիս հարկավոր է հնարավորին չափ տալ միջին ֆիզիոլոգիական դիրք, իսկ եթե դա անհնարին է՝ այնպիսի դիրք, որի ժամանակ վերջույթը ավելի քիչ է ենթարկվում վնասման:
3. Փակ կոտրվածքների դեպքում անհրաժեշտ է մինչև անշարժացման ավարտը իրականացնել վնասված վերջույթի առանցքային թեթև և զգույշ ձգում:
4. Բաց կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորների ներուղղում չեն կատարում՝ դնում են ստերիլ կապ և վերջույթը ֆիքսում այն դիրքում, որում այն գտնվում է:
5. Հարկավոր չէ տուժածից հանել հագուստը:
6. Չի թույլատրվում դնել կոշտ բեկակալ անմիջապես մարմնի վրա՝ անհրաժեշտ է դրա տակ դնել փափուկ փովածք. բամբակ, սրբիչ և այլն.:
7. Հիվանդին պատգարակի վրա դնելու ընթացքում օգնականը պետք է պահի վնասված վերջույթը:

Անհրաժեշտ է հիշել, որ սխալ կատարված անշարժացումը կարող է վնաս հասցնել լրացուցիչ տրավմատիզացիայի հետևանքով: Այսպես, փակ կոտրվածքի անբավարար անշարժացումը կարող է վերածել այն բացի, ծանրացնելով վնասվածքը և վատացնելով ելքը:

Տրանսպորտային անշարժացումը պարանոցի վնասման դեպքում: Պարանոցի և գլխի անշարժացումը իրականացնում են փափուկ շրջանակի, բամբակամառայայե կապի կամ Ելանսկու տրանսպորտային հատուկ բեկակալի օգնությամբ:

1. Փափուկ շրջանակով անշարժացման դեպքում տուժածին տեղադրում են պատգարակի վրա և կապում շարժումները բացառելու նպատակով: Բամբակամառայայե շրջանակը դնում են փափուկ փովածքի վրա, իսկ տուժածի գլուխը՝ շրջանակի վրա ծոծրակը՝ անցքի մեջ:
2. Բամբակամառայայե կապով՝ »Շանցի տիպի օձիգով« անշարժացումը կարելի է կատարել այն դեպքում, եթե բացակայում են դժվարացած շնչառությունը, փսխումը, գրգռված վիճակը: Օձիգը պետք է հենվի ծոծրակային թմբին և երկու պոկածն ելուններին, իսկ ներքևից՝ կրծքավանդակի վրա: Դա բացառում է գլխի կողմային շարժումները տեղափոխման ընթացքում:
3. Ելանսկու բեկակալով անշարժացման դեպքում ապահովում է ամուր ֆիքսացիա: Բեկակալը պատրաստված է ֆաներայից, կազմված է երկու փեղկերից, որոնք միացած են իրար ծխնիններով: Բացված դիրքում բեկակալը կրկնում է գլխի և մարմնի ուրվագծերը: Բեկակալի վերին մասում կա փոսություն ծոծրակի համար, որի կողմերին դնում են երկու կիսաշրջանաձև մոմլաթե զլանակներ: Բեկակալը երիզներով ամրացնում են մարմնին և ուսերի շուրջը: Բեկակալի վրա դնում են բամբակյա շերտ:

Տրանսպորտային անշարժացումը ողնաշարի վնասման դեպքում: Ողնաշարի վնասման դեպքում անշարժացման նպատակը առաջին հերթին կայանում է տեղափոխման ժամանակ վնասված ողերի շարժունությունը վերացնելու, ողնաշարի բեռնաթափման և վնասված շրջանի ապահով ֆիքսացիայի մեջ:

Ողերի վնասվածքներով տուժածի տեղափոխման ժամանակ միշտ կա տեղաշարժված ողով ողնուղեղի վնասման վտանգ: Ստորին կրծքային և վերին գոտկային ողերի վնասման դեպքում անշարժացումը անց են կացնում պատգարակի վրա տուժածի որովայնի վրա պառկած դիրքում: Կրծքավանդակի և գլխի տակ դնում բարձեր կամ փաթաթված հագուստ ողնաշարը բեռնաթափելու համար: Եթե պատգարակը սարքավորված է որպես կոշտ՝ վահան, (ֆաներային բեկակալներ, ֆաներայի թերթ և այլն.) ապա նրա վրա փռում են մի քանի շերտով ծավված ծածկոց, ապա երեսով վեր պառկեցնում տուժածին: Ողնաշարի վնասվածքով հիվանդի տեղափոխման կարևոր մասն է կազմում նրա տեղավորումը պատգարակի վրա, որը պետք է կատարեն 3-4 մարդ:

Տրանսպորտային անշարժացումը ուսագոտու վնասման դեպքում: Անրակի կամ թիակի վնասման դեպքում անշարժացման հիմնական նպատակն է հանգստի ստեղծումը և ձեռքի ու ուսագոտու ծանրության ազդեցության վերացումը, որին հասնում են գլխաշորի կամ հատուկ բեկակալների միջոցով: Գլխաշորով անշարժացումը իրականացնում են անթափոսում տեղադրված գլանակով ձեռքը կախելու ճանապարհով: Կարելի է կատարել անշարժացում Դեզոյի կապով:

Տրանսպորտային անշարժացումը վերին վերջույթների վնասման դեպքում: *Բազկոսկրի* վերին երրորդականի կոտրվածքների դեպքում անշարժացումը իրականացնում են հետևյալ կերպ՝ ձեռքը արմնկային հոդում ծալում են սուր անկյան տակ այնպես, որ դաստակը պառկի հակառակ կողմի կրծքագեղձի պտուկի վրա: Անթափոսում տեղադրում են բամբակամառայե գլանակ և կրծքավանդակի վրայով բինտակապում առողջ ուսին: Նախաբազուկը կախում են գլխաշորի վրա, իսկ ուսը բինտով ֆիքսում մարմնին:

Սանդղակավոր բեկակալով անշարժացումը անց են կացնում բազկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքների դեպքում: Սանդղակավոր բեկակալը փաթաթում են բամբակով և մոդելավորում ըստ հիվանդի չվնասված վերջույթի: Բեկակալը պետք է ֆիքսի երեք հոդ՝ բազկային, արմնկային և ճաճանաչաաստակային:

Վնասված վերջույթի անթափոսում տեղադրում են բամբակամառայե գլանակ: Բեկակալը բինտով ֆիքսում են վերջույթին և մարմնին: Երբեմն ձեռքը կախում են գլխաշորի վրա: Կոտրվածքի արմնկային հոդի շրջանում տեղակայման դեպքում բեկակալը պետք է ընդգրկի բազուկը և հասնի մինչև նախադաստակաֆալանգային հոդավորումները:

Անշարժացումը ֆաներային բեկակալով կատարում են դնելով այն բազկի և նախաբազկի ներսային կողմով: Բեկակալը բինտակապում են բազկին, արմնկին, նախաբազկին, դաստակին, ազատ թողնելով միայն մատերը:

Ձեռքի տակ եղած միջոցներով՝ փայտերով, ծղոտի խրձերով, ճյուղերով, տախտակով և այլն. անշարժացման դեպքում հարկավոր է պահպանել որոշակի պայմաններ՝ ներսային կողմից բեկակալի վերին ծայրը պետք է հասնի մինչև անութափոս, մյուս ծայրը դրսային կողմից պետք է դուրս գա բազկային հոդից, իսկ ստորին ծայրերը՝ արմունկից: Բեկակալները տեղադրելուց հետո դրանք կապում են բազկին կոտրվածքի տեղից ցած և վեր, իսկ նախաբազուկը կախում գլխաշորի վրա:

Նախաբազկի վնասվածքներ: Նախաբազկի անշարժացման ժամանակ անհրաժեշտ է լրիվ բացառել շարժումները արմնկային և ճաճանաչաաստակային հոդերում: Անշարժացումը իրականացնում են սանդղակավոր կամ ցանցավոր բեկակալով այն կիսախողովակաձև կորացնելուց և փափուկ փովածքով պատելուց հետո: Բեկակալը տեղադրում են վնասված վերջույթի արտաքին մակերեսով բազկի մեջտեղից մինչև նախադաստակաֆալանգային հոդավորումները: Արմնկային հոդը ծալում են ուղիղ անկյան տակ, նախաբազուկը բերում վարհակման և վերհակման միջային դիրքի, դաստակը թեթևակի տարածում և առբերում դեպի որովայն: Ափի մեջ դնում են ամուր գլանակ, բեկակալը բինտակապում վերջույթին և ձեռքը կախում գլխաշորի վրա:

Ֆաներային բեկակալով անշարժացման դեպքում պառկելախոցերից խուսափելու համար ձեռքի տակ անպայման դնում են բամբակ: Նախաբազկի անշարժացման համար կարելի է օգտագործել և ձեռքի տակ եղած նյութեր պահպանելով վնասված վերջույթի անշարժացման հիմնական պայմանները:

Ճաճանաչաաստակային հոդի և դաստակի մատերի վնասվածքներ: Դաստակի, ճաճանաչաաստակային հոդի և մատերի շրջանում վնասվածքների դեպքում լայն կիրառություն է գտել կիսախողովակաձև կորացված սանդղակավոր կամ ցանցավոր բեկակալը, ինչպես նաև

Ֆաներային բեկակալները, որոնք շերտերի ձևով ձգվում են մարմնի ծայրերից մինչև արմունկը: Բեկակալները փաթաթում են բամբակով և տեղադրում ափային կողմից: Բեկակալը բինտակապում են ձեռքին, մատերը թողնելով ազատ՝ արյան շրջանառությանը հետևելու համար: Դաստակին տալիս են միջին ֆիզիոլոգիական դիրք, իսկ ափի մեջ դնում ամուր գլանակ:

Տրանսպորտային անշարժացումը կոնքի վնասվածքների դեպքում: Կոնքային ոսկրերի անշարժացումը դժվար խնդիր է, քանի որ ստորին վերջույթների նույնիսկ ակամա շարժումը կարող է բերել ոսկրաբեկորների տեղաշարժմանը: Կոնքի վնասման դեպքում անշարժացման համար տուժածին տեղադրում են կոշտ պատգարակի վրա, տալով նրան կիսաձաված և թեթևակի տարածված ոտքերով դիրք, որը բերում է մկանների թուլացմանը և ցավերի մեղմացմանը: Ծնկերի տակ դնում են գլանակ՝ ծածկոց, հագուստ, ծաված բարձ և այլն.:

Տրանսպորտային անշարժացումը ստորին վերջույթների վնասվածքների դեպքում: Ազդրի վնասման դեպքում ճիշտ է համարվում այն անշարժացումը, որը ընդգրկում է անմիջապես երեք հոդ, իսկ բեկակալը դնում են անութափոսից մինչև պճեղները:

Անշարժացում Դիտերիխսի բեկակալով: Այդ բեկակալը զուգակցում է ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում ճիշտ անշարժացման համար անհրաժեշտ պայմանները՝ ֆիքսացիան և միաժամանակ ձգումը: Այն կարելի է կիրառել ազդրի և սրունքի բոլոր մակարդակների կոտրվածքների համար: Բեկակալը կազմված է երկու տարբեր՝ մեկը 1.71 մ, մյուսը 1.46 մ երկարության և 8 սմ լայնության փայտյա բացովի շերտաձողերից, ոտնաթաթի տակ ձգման համար դրվող տակդիրից՝ «ներբանից» և լարով փայտիկ-պտտիչից: Երկար շերտաձողը տեղադրում են ազդրի արտաքին մակերեսին անութափոսից, իսկ կարճը՝ ոտքի ներսային մակերեսին: Երկու շերտաձողերը հենման համար վերնից ունեն լայնակի պահանգներ: Քանի որ շերտաձողերը բացովի են, դրանց կարելի է տալ ցանկացած երկարություն կախված տուժածի հասակից: Ոտնաթաթին բինտակապում են «ներբանը», որը ունի ամրակ լարի համար: Բեկակալի ներքին շերտաձողին ամրացնում են անցքով հենարան, որի միջով անց է կացվում լարը: Բեկակալը դնելուց հետո լարը պտտում են մինչև ձգվածություն առաջանալը: Բեկակալը փափուկ բինտերով ֆիքսում են մարմնին:

Պճեղների կոտրվածքների, սրունք-թաթային հոդի և ոտնաթաթի միաժամանակյա վնասվածքների դեպքում Դիտերիխսի բեկակալը կիրառել չի կարելի:

Անշարժացումը սանդղակավոր բեկակալով: Ազդրոսկրի կոտրվածքների դեպքում սանդղակավոր բեկակալով անշարժացման համար վերցնում են երեք բեկակալ՝ երկուսը երկարությամբ կապում են անութափոսից մինչև ոտնաթաթը հաշվի առնելով դրա ծալումը դեպի ոտնաթաթի ներսային եզրը, իսկ երրորդը տեղադրում են հետույքային ծալքից մինչև մատերի ծայրերը: Մի քանի բեկակալների առկայության դեպքում կարելի է դնել և չորրորդը՝ շեքից մինչև ոտնաթաթի ներսային եզրը:

Անշարժացումը ֆաներային բեկակալներով կատարում են այնպես, ինչպես և սանդղակավորով: Իմպրովիզացված բեկակալների տեղադրումը ազդրոսկրի կոտրվածքների դեպքում իրականացնում են ձեռքի տակ եղած տարբեր հարմարանքներով: Դրանց բացակայության դեպքում կարելի է վնասված ոտքը բինտակապել առողջին:

Սրունքի տրանսպորտային անշարժացումը անց են կացնում հատուկ ֆաներային բեկակալների, մետաղաձողային սանդղակավոր բեկակալների, Դիտերիխսի բեկակալի և իմպրովիզացված բեկակալների օգնությամբ: Սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում բեկակալը ճիշտ տեղադրելու համար անհրաժեշտ է, որ օգնականը բարձրացնի այն կրունկից և, ասես ճոքակոշիկ հանելով, սկսի սահուն ձգել ոտքը: Ապա բեկակալները բինտակապում են արտաքին և ներքին մակերեսներից՝ հաշվի առնելով դրանց անցումը վերնույթներից ծնկան, իսկ ներքևից՝ սրունք-թաթային հոդից դուրս: Սրունքի կոտրվածքների դեպքում ամենա հարմար և

դյուրակիր է հանդիսանում սանդղակավոր բեկակալը, հատկապես եթե այն զուգակցվում է ֆաներայինի հետ: Վերջույթի հետին մակերեսով հետույքային ծալքից դրվում է վերջույթի ուրվագծերով լավ մոդելավորված սանդղակավոր բեկակալ, իսկ կողմերից ավելացնում են երկու ֆաներային բեկակալներ: Բեկակալները ֆիքսում են մառյայե բինտով:

Բուժման եղանակի ընտրությունը

Կոտրվածքի պահից 6-12 ժամերի ընթացքում հարկավոր է կատարել փակ համադրում, քանի որ արագ զարգացող այտուցը խոչընդոտ է հանդիսանում դրա համար: Համադրումը կատարելու համար բժիշկը պետք է կատարի ձգում (տրակցիա) ոսկրի երկար առանցքով և հակառակ հաջորդականությամբ կրկնի կոտրվածքը առաջացնող մեխանիզմը: Հարկավոր է դիստալ հատվածը համադրել պրոքսիմալի հետ: Տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում վերնոսկրը մի կողմում սովորաբար մնում է չվնասված (ինտակտ): Այդպիսի ինտակտային կամուրջիկը կնպաստի ոչ միայն համադրմանը, այլև համադրված ոսկրաբեկորների պահմանը ճիշտ դիրքում: Այդպիսի կամուրջիկի բացակայությունը էլ ավելի է դժվարեցնում համադրումը: Փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիան կամ լայնածավալ հեմատոման կարող են անհնարին դարձնել փակ համադրումը: Համադրումից հետո ոսկրաբեկորները ճիշտ դիրքում պահելու համար անհրաժեշտ է դնել կամ գիպսային կապ, կամ մշտական ձգում, կամ օգտվել բեկակալների որևէ տարատեսակից:

Հենաշարժական համակարգի հիվանդությունների և վնասվածքների բուժման համար գոյություն ունեն երկու հիմնական եղանակ՝ կոնսերվատիվ և վիրահատական:

Կոնսերվատիվ բուժման համար առանձնացնում են երկու եղանակ՝ ֆիքսացիա և ձգում: Բուժման կոնսերվատիվ եղանակի ժամանակ էական նշանակություն ունեն ֆիքսացիայի միջոցները՝ գիպսային կապերը, տարատեսակ բեկակալները և սարքերը և այլն.:

Հարկավոր է նշել, որ չնայած վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում բուժման վիրահատական եղանակների զարգացմանը, կոնսերվատիվ եղանակները մինչև այժմ էլ հանդիսանում են հիմնական:

Վիրաբուժական միջամտությունը ցուցված է՝

1. Ներհոդային տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում:
2. Զուգակցված կոտրվածքների դեպքում, երբ վնասվում է զարկերակային ցողունը:
3. Եթե բժիշկի փորձը հուշում է, որ վիրահատական բուժումը կտա ավելի լավ արդյունք:
4. Բաց լայնածավալ, աղտոտված կոտրվածքների դեպքում:
5. Փակ համադրման անհաջողության դեպքում:
6. Մետաստազով պայմանավորված պաթոլոգիական կոտրվածքի դեպքում:
7. Հիվանդներին, որոնց համար ցանկալի չէ անկողնային երկարատև ռեժիմը:

Գիպսային տեխնիկա

Գիպսային կապերը օգտագործում են, որպեսզի անշարժացնեն ոսկրի կոտրվածքը դրա լավացումը արագացնելու, ցավը վերացնելու և անկայուն կոտրվածքը կայունացնելու համար:

Վիրաբուժական բաժանմունքներում առանձնացվում են հատուկ սենյակներ գիպսային կապեր դնելու համար, որոնց աշխատանքը ապահովելու համար անհրաժեշտ է սարքերի և գործիքների հետևյալ մինիմումը՝ 1) սեղան՝ գիպսային բինտերը և լոնգետները պատրաստելու համար; 2) օրթոպեդիկ սեղան՝ գիպսային կապերը դնելու համար կամ սովորական

վիրակապային սեղան կոնքապահիչով; 3) հարմարանք՝ գիպսային կորսետները դնելու համար; 4) մկրատ, գիպսային կապը կտրելու համար; 5) կտցածև, աքցան՝ գիպսային կապը հետ ծալելու համար; 6) գիպսալայնիչ՝ գիպսային կապի ծայրերը լայնացնելու համար; 7) դանակներ: Գիպսային սենյակում հարկավոր է ունենալ պատրաստի գիպսային բինտեր և լոնգետներ, որոնք պահվում են հատուկ պահարանի մեջ:

Գիպսային կապը ունի մի շարք դրական հատկություններ՝ այն հավասարաչափ և սերտորեն հարում է մարմնին, արագ պնդանում է և հեշտ հանվում: Ճիշտ դրված գիպսային կապը լավ է պահում համադրված ոսկրաբեկորները և ապահովում վնասված վերջույթի անշարժացումը:

Գիպսային բինտերը իրենցից ներկայացնում են 10, 15 կամ 20 սմ լայնությամբ բամբակե գործվածքի շերտեր, որոնք ներծծված են դեքստրոզայով կամ օսլայով և ամրության համար տոգորված կալցիումի սուլֆատի կիսահիդրատի փոշով: Կալցիումի սուլֆատին ջուր ավելացնելու դեպքում առաջանում է ռեակցիա ջերմության արտադրումով, որը զգում են և հիվանդը, և գիպս դնող բժիշկը:

Որպեսզի գիպսը պնդանա տարբեր արագությամբ, դրան ավելացնում են պնդացումը արագացնող տարբեր նյութեր: Սովորական խոհարարական աղը դանդաղեցնում է գիպսի պնդացումը՝ անհրաժեշտության դեպքում այն կարելի է ավելացնել անմիջապես ջրի մեջ: Գիպսի պնդացումը դանդաղեցնում են նաև կաթը, օսլայե շրեշը կամ ատաղձագործական հեղուկ սուսինձը: Պնդեցման արագացում տեղի է ունենում ջրի ջերմաստիճանը մինչև 40-50°C բարձրացնելիս կամ ջրի մեջ կրակաթ կամ շիբ ավելացնելիս: Ինչքան ցածր լինի ջրի ջերմաստիճանը, այնքան գիպսը ավելի դանդաղ կպնդանա:

Գիպսային կապերը կարելի է բաժանել գիպսային բեկակալների՝ լոնգետների և շրջանաձև կապերի: Շրջանաձև կապերը կարող են լինել պատուհանավոր և կամրջաձև:

Գոյություն ունի գիպսային կապերի երկու տեսակ՝ գիպսային կապ բամբակամառյայե, ֆլանելե կամ տրիկոտաժե տակդիրով և առանց տակդիրի գիպսային կապ: Բամբակամառյայե տակդիրով գիպսային կապը ունի մի շարք թերություններ՝ բամբակը կարող է կուտակվել մի տեղում և ճնշել մարմինը, բացի այդ, հաճախ նկատվում է ոսկրաբեկորների անկայուն ֆիքսացիա:

Որպես տակդիր առավել տարածում են գտել տրիկոտաժե բինտը և տրիկոտաժե գուլպան, որոնք զերծ են պահում մաշկը տրորվածություններից և միաժամանակ ունեն առանց տակդիրի գիպսային կապի բոլոր առավելությունները:

Առանց տակդիրի գիպսային կապը դնում են անմիջապես մաշկի վրա, ոչնչով այն չօժեղով և մազերը չսափրելով: Գիպսային կապերը դնելիս կարևոր է պաշտպանել մարմնի դուրս ցցվող մասերը ճնշումից:

Գիպսային կապի թերությունն հանդիսանում է, որ այտուցի զարգացման դեպքում այն դառնում է չափազանց ձիգ, և ստիպված են լինում այն փոխել, իսկ այտուցը նվազելու դեպքում՝ կապը թուլանում է և դառնում քիչ էֆեկտիվ: Որպեսզի դրանից խուսափեն, առանց տակդիրի շրջանաձև գիպսային կապը դնելուց հետո խորհուրդ են տալիս այն հատել առաջային մակերեսով, իսկ այտուցը իջնելուց հետո՝ 3-5-րդ օրը նորից ամրացնել գիպսային բինտերով: Առանց տակդիրի գիպսային կապը կարող է լինել լոնգետային կամ լոնգետաշրջանաձև:

Գիպսային կապը դնելուց առաջ անհրաժեշտության դեպքում անց են կացնում կոտրվածքի տեղի ցավազրկում և ոսկրաբեկորների համադրում: Այտուցը նվազեցնելու նպատակով գիպսային կապը դնելուց հետո 1-2 օրերի ընթացքում վերջույթին տալիս են բարձրացած դիրք:

Գիպսային կապը դնելու համար անհրաժեշտ է պահպանել հետևյալ կանոնները՝

1. Նախօրոք պատրաստել ջրով ամանը, բինտերը և գործիքները:

2. Վնասված վերջույթի անշարժացմանը և հանգստին հասնելու համար այն ֆիքսում են ընդգրկելով երկու կամ երեք հոդ:
3. Գիպսային կապի վերին և ստորին եզրերի շրջանում վերջույթի վրա դնել 1-2 շերտ լայն բինտ կամ հազցնել տրիկոտաժե ծածկաշապիկ:
4. Հոդում շարժումները չվերականգնվելու դեպքում վերջույթին տալ ֆունկցիոնալ տեսակետից շահավետ դիրք:
5. Գիպսը դնելիս վերջույթը պահել լրիվ անշարժ:
6. Գիպսային կապը դնելիս բինտի ամեն հաջորդ շերտը պետք է 2/3-ով ծածկի նախորդող շերտը պարուրաձև կապի ձևով: Բինտավորում են պերիֆերիայից դեպի կենտրոն: Բինտը չի կարելի ծալել, իսկ դրա ընթացքը փոխելու համար այն պետք է կտրել հակառակ կողմից և ճիշտ մոդելավորել:
7. Որպեսզի գիպսային կապը նույնությամբ համապատասխանի մարմնի ուրվագծերին, յուրաքանչյուր շերտը դնելուց հետո հարկավոր է այն մանրագնին հարթեցնել և մոդելավորել մինչև որ դաստակի տակ չսկսեն զգացվել մարմնի բինտավորվող մասի ուրվագծերը: Հատկապես մանրագնին են մոդելավորվում ոսկրային արտացցվածքները և կամարները:
8. Վերջույթը հարկավոր է պահել ամբողջ դաստակով, այլ ոչ թե մատերով, որպեսզի բացառվի գիպսով ավելցուկային ճնշումը հյուսվածքների մաշկային ծածկույթների վրա:
9. Վնասված վերջույթի վիճակը հսկելու համար մատերի ծայրային ֆալանգները թողնում են բաց:
10. Մինչև գիպսային կապի լրիվ չորանալը դրա հետ հարկավոր է զգույշ վերաբերվել, քանի որ այն կարող է կոտրվել:
11. Գիպսային կապը չպետք է լինի ձիգ կամ չափից ավելի թույլ:
12. Գիպսային կապը դնելուց հետո այն հարկավոր է պիտակավորել, այսինքն դրա վրա որևէ երևացող տեղում թանաքով գծել ոսկրերի վնասման սխեման և նշել կոտրվածքի, գիպսը դնելու և գիպսային կապը հանելու ենթադրյալ օրերը:
13. Եթե կոտրվածքը ուղեկցվում է պատռվածքով կամ մաշկի ցանկացած այլ վնասումով, գիպսային կապի մեջ կարելի է բաց անել պատուհան: Պատուհանը բացելիս վերքը ծածկում են մառյայե ստերիլ հաստ անձեռոցիկով, ապա սովորական եղանակով դնում գիպսային կապը: Այն դնելուց հետո «ուռածության» տեղում բացում են պատուհան: Դեֆեկտը հարկավոր է մշտապես փակել վիրակապով և ռետինե սպունգի կամ թաղիքի կտորով, ամուր ամրացնելով այն ոչ մեծ կապով: Դա հնարավորություն է տալիս գերծ մնալ փափուկ հյուսվածքների արտափքումից, մաշկի հետագա ուռածությունից և խոցոտումից:

Գիպսային լոնգետը դնելիս պահպանում են վերը նշված բոլոր հիմնական դրույթները: Այն պատրաստում են անհրաժեշտ երկարության և լայնության գիպսային չոր բինտերից, որոնք նախօրոք չափում են ըստ առողջ վերջույթի և թույլ ծալում ծայրերից դեպի կենտրոն: Թրջելուց հետո լոնգետը հարթեցնում են երկու ավերի մեջ: Ծալման, օրինակ՝ արմնկային հոդի կամ կրունկի շրջանում լոնգետը կտրում են և դրա ավելցուկային մասերը դնում իրար վրա կամ հարթեցնում ազատ ծալքերի: Լոնգետը պետք է ընդգրկի վերջույթի շրջագծի 1/2-2/3-ը:

Լոնգետի առավելությունը կայանում է նրանում, որ փափուկ հյուսվածքների այտուցի դեպքում չի խախտվում արյան շրջանառությունը: Վնասված տեղին կարելի է դնել սառույցով պարկ, քանի որ լոնգետը չի խոչընդոտում ցրտի թափանցմանը հյուսվածքներ: Այդ, ինչպես նաև հեշտ տեղադրելու պատճառով լոնգետները հաճախ կիրառվում են կոտրվածքների անհետաձգելի և ժամանակավոր անշարժացման համար: Սակայն լոնգետները ոչ միշտ են ապահովում բեկորների անհրաժեշտ կայունություն:

Գոյություն ունեն նաև ստանդարտ լոնգետներ փափուկ տակդիրով և գիպսային թիթեղիկով: Վերջին ժամանակներս արտասահմանում պրակտիկ գործունեության մեջ են ընդգրկվել թեթև պլաստիկ լոնգետներ, որոնք թափանցելի են ռենտգենյան ճառագայթների համար և որոնց կարելի է կրել երկար ժամանակ: Դրանք կարելի է թրջել ջրով՝ չվախենալով փափկեցնել կամ վնասել: Թարմ կոտրվածքների դեպքում այդ լոնգետների կիրառությունը սահմանափակված է, դրանք հաճախ օգտագործվում են որպես կրկնակի կամ էտապային վիրակապեր: Դրանք հատկապես արդյունավետ են բաց կոտրվածքների դեպքում, քանի որ հիվանդը կկարողանա ընդունել ջրաբուժման սեանսներ առանց վիրակապը հանելու: Սակայն այդ լոնգետը դժվար է դնել և ավելի դժվար՝ մոդելավորել:

Շրջանաձև գիպսային կապը պահանջում է ուշադիր հսկում՝ այն դնելուց հետո առաջին 24-48 ժամերի ընթացքում, քանի որ այտուցի հնարավոր զարգացումը կարող է առաջացնել վերջույթի ճնշում, որը իր հերթին կարող է բերել տարբեր բարդությունների, ընդհուպ մինչև վերջույթի իշեմիկ կոնտրակտուրաների, պարալիչների և գանգրենայի առաջացմանը:

Կոտրվածքների ցավազրկումը

Գոյություն ունեն ցավազրկման բազմաթիվ եղանակներ, որոնք կարելի է կիրառել ոսկրաբեկորների համադրման ժամանակ: Կոտրվածքների բազմաթիվ տեսակներ պահանջում են ընդհանուր անզգայացում, հատկապես փոքր երեխաների մոտ: Սակայն միշտ պետք է հաշվի առնել ընդհանուր անզգայացման հնարավոր վտանգը և տեղային բլոկադաների առավելությունները:

Կրծքավանդակի վնասվածքների ժամանակ, երբ կոտրվում են միաժամանակ մի քանի կող, պլերոպոլմոնալ շոկ զարգանալու դեպքում կամ այն կանխարգելմանելու նպատակով առաջարկվում է կատարել վագոսիմպաթիկ բլոկադա:

Վագոսիմպաթիկ բլոկադայի տեխնիկան: Հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա և թիակների տակ դնում բարձիկ, գլուխը թեքում են հակառակ կողմը, իսկ բլոկադա կատարելիք կողմի ձեռքը ձգելով տեղաշարժում են դեպի ցած, որպեսզի վերուսային շրջանը իջնի դեպի ցած: Ձախ ձեռքի ցուցամատի ծայրով սեղմում են գլուխը թեքող մկանի և արտաքին լծային երակի խաչման կետում: Այդ ժամանակ պարանոցի օրգանները տեղաշարժվում են դեպի ներս, որը բացառում է դրանց պատահական վնասման հնարավորությունը: Նշված կետում բարակ ասեղի օգնությամբ առաջացնում են նովոկաինային փոքր ինֆիլտրատ: 10 գ-ոց ներարկիչի երկար ասեղով ծակում են մաշկը ինֆիլտրացված տեղում, ասեղը դանդաղորեն առաջ տանում դեպի խորը հյուսվածքներ և հասնում ծայրը մինչև պարանոցային 3-4-րդ ողների մարմինները:

Նովոկաինի լուծույթը նախապես ներմուծելով փափուկ հյուսվածքների մեջ 2-3 մլ չափով առաջ են տանում ասեղը: Ներարկիչի մխոցը պարբերաբար հետ են քաշում խոշոր անոթների վնասման հնարավորությունը ստուգելու և կանխելու նպատակով: Ներմուծված նովոկաինը ողողում է պարանոցի անոթանյարդային խորձը և առաջացնում դրանց պաշարում:

Միակողմանի վագոսիմպաթիկ բլոկադայի համար պահանջվում է 30-50 մլ նովոկաինի 0,25% լուծույթ, որով պաշարվում են թափառող, սիմպաթիկ, իսկ երբեմն էլ՝ ստոծանեային նյարդերը:

Ստորին վերջույթների վնասվածքների դեպքում կարելի է կատարել հարերիկամային բլոկադա: *Հարերիկամային(գոտկային) բլոկադայի տեխնիկան:* Հիվանդին պառկեցնում են հակառակ կողքի վրա և գոտկատեղի տակ դնում բարձիկ: Կողաողնաշարային անկյան տեղում բարակ ասեղով առաջացնում են նովոկաինային ներմաշկային ինֆիլտրատ՝ «կիտրոնի կեղև»: Այդ ինֆիլտրատի միջով ասեղը մաշկի մակերեսի նկատմամբ խիստ ուղղահայած դիրքով ներս

են տանում դեպի խորը հյուսվածքներ: Դրա ժամանակ անընդհատ ներ են մուծում նավակահինի լուծույթ: Ասեղի ծայրն անցնելով մկանային շերտի և երիկամային փակեղի հետին թերթիկի միջով՝ ներ է թափվում հարերիկամային միջփակեղային տարածության մեջ: Այդ պահը զգացվում է նովոկահինի ազատ անցումով հյուսվածքների մեջ և դրա ազատ հետհոսքի բացակայում: Ասեղից արյուն երևալու դեպքում այն պետք է մի փոքր հետ քաշել և փոխել առաջ տանելու ուղղությունը: Հարերիկամային տարածության մեջ կարելի է ներմուծել 60-100 մլ նովոկահինի 0,25% լուծույթ: Լուծույթը ողողում է արևային և երիկամային նյարդային հյուսակները, սիմպաթիկ նյարդի ցողունը և երիկամի անոթները:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում կատարում են ներկոնքային նովոկահինային բլոկադա ըստ Շկոլնիկով-Սելիվանովի:

Ձգում

Ներկայումս ձգման առավել տարածված ձևերից են հանդիսանում սոսնձային (մաշկային) և կմախքային ձգումները: Սոսնձային ձգումը կիրառվում է որոշակի ցուցումների դեպքում և ավելի քիչ է տարածված, քան կմախքայինը: Սոսնձային ձգումը երեխաների մոտ սովորաբար կարելի է կիրառել որպես ժամանակավոր միջոց: Մեծահասակների մոտ այն միշտ ժամանակավոր բնույթ է կրում: Երբեք չի դրվում կաշուն սպեղանի՝ դրա փոխարեն կիրառում են երիզ որևէ գործվածքից:

Սոսնձային ձգման եղանակը ունի սահմանափակ ցուցումներ և կիրառվում է ոսկրաբեկորների անկյան տակ, շրջագծով և լայնությամբ տեղաշարժերի դեպքում: Այդպիսի ձգման ժամանակ քաշը նույնիսկ ազդրի վրա չպետք է գերազանցի 4-5 կգ: Վիրակապի համար օգտագործում են մառյայե երիզներ, որոնք կպցնում են մաշկին, կամ կաշուն սպեղանի: Լայն՝ 6-10 սմ սպեղանին կիրառվում է կողմային երիզների համար, նեղը՝ 2-4 սմ՝ շրջանաձև ամրացնող դարձապտույտների համար: Կարելի է կիրառել հատուկ ցինկ-ժելատինե սոսինձներ՝ Ուննի քսուկ, Ֆինկի կլեոլ: Սոսնձային ձգումը դնում են մաքուր չոր մաշկի վրա:

Ազդրի վրա կաշուն սպեղանիով ձգումը իրականացնում են ազդրի արտաքին և ներքին մակերեսներով կպցնելով 8-10 սմ լայնություն ունեցող սպեղանու երկայնակի երիզներ աճուկային ծալքից մինչև ազդրոսկրի ներսային կոճը: Կաշոյ սպեղանու ստորին ազատ ծայրի մեջ կարում են փայտյա ձողիկ-պահանգներ՝ կենտրոնից գնացող լարերով, որոնց էլ ամրացնում են ծանրությունը: Կաշուն սպեղանին ամրացնում են նեղ սպեղանու դարձապտույտներով:

Սրունքի վրա ձգումը կաշուն սպեղանիով իրականացնում են սպեղանու անընդհատ երիզով, որը արտաքին մակերեսով անցնում է նրբուղքի գլխիկից մինչև դրսային պճեղը և ներքին մակերեսով՝ միջային պճեղից մինչև ոլոքի ներսային կոճը: Ֆաներե տախտակը, որը ունի անցք լարի համար, ներ են կարում կաշուն սպեղանու օղակի մեջ: Ծանրությունը 3 կգ ոչ ավել:

Բազկոսկրի կոտրվածքների դեպքում ձգումը կաշուն սպեղանիով դնելիս երկայնակի շերտերը արտաքին մակերեսով դնում են ուսահողից մինչև դրսային կոճը, իսկ ներքին մակերեսով՝ անթափոսից մինչև ներսային կոճը: Սպեղանու լայնությունը 6-8 սմ է: Ծանրությունը ամրացնելու համար սպեղանու ծայրերին ներ են կարում փայտյա ձողիկներ: Նախաբազկի վրա երկայնակի երիզները դնում են հետևյալ կերպ. մեկը՝ արմնկային ծալքից մինչև ճաճանչադաստակային հողը թողնելով ազատ օղակ, մյուսը՝ ճաճանչադաստակային հողից մինչև արմնկային ելունը: Ազատ օղակում ամրացնում են կենրոնում անցք ունեցող տախտակ: Կլեոլային ծանրություններ դնելու համար մաշկը նախօրոք օծում են կլեոլով, 2-3 րոպե անց սոսնձում ֆլանելե երիզներ և ամրացնում դրանք կաշուն սպեղանու լայնակի երիզներով: Կլեոլային ձգման դեպքում ծանրությունը չպետք է գերազանցի 2-3 կգ: Կլեոլային ձգումը հակացուցված է մաշկային հիվանդությունների դեպքում:

Ձգումը ցուցված է ոսկրաբեկորների համադրումից և ներուղղված վիճակում դրանց պահելուց հետո, որը թույլ է տալիս վաղ սկսել ֆունկցիոնալ բուժում:

Կմախքային ձգումը հանդիսանում է բուժման ֆունկցիոնալ եղանակ: Կմախքային ձգման հիմնական սկզբունքներ են հանդիսանում վնասված վերջույթի մկանների թուլացումը և ծանրության ավելացման աստիճանականությունը՝ ոսկրաբեկորների տեղաշարժումը վերացնելու և դրանք անշարժացնելու նպատակով:

Ազատ վերջույթը համապատասխան ցուցումների դեպքում կարելի է վիրակապել, անցկացնել ֆիզիոթերապիա և էլեկտրաբուժում, վաղ սկսել բուժական մարմնամարզություն: Առավել հաճախ կմախքային ձգումը կիրառում են երկար խողովակավոր ոսկրերի թեք, պտուտակաձև և բեկորային կոտրվածքների, կոնքի ոսկրերի, պարանոցային վերին ողերի, սրունքաթաթային հոդի շրջանի ոսկրերի և կրունկոսկրի որոշ կոտրվածքների բուժման ժամանակ:

Կմախքային ձգումը կիրառում են ոսկրաբեկորների ըստ երկարության արտահայտված տեղաշարժի, միամուժենտ համադրման անհաջողության դեպքում, նախավիրահատական շրջանում ոսկրաբեկորները ֆիքսելու համար, իսկ երբեմն էլ՝ հետվիրահատական շրջանում:

Կմախքային ձգումը կարելի է իրականացնել ցանկացած տարիքում, բացի կյանքի առաջին 5 տարիների ընթացքում: Հակացուցումները շատ քիչ են: Սակայն, հաշվի առնելով բուժման ընթացքում կմախքային ձգումը դնելիս և շուրջ հանելիս ոսկրի վարակի վտանգը, այդ վիրահատությունը հարկավոր է կատարել՝ պահպանելով ասեպտիկայի բոլոր կանոնները: Շուրջ մտցնելու հնարավոր շրջանում թարախակույտների, քերծվածքների և խոցերի առկայությունը հանդիսանում է հակացուցում այդ տեղում այն անցկացնելու համար: Բուժման ընթացքում անհրաժեշտ է մաշկի միջից շուրջ դուրս գալու տեղերը մեկուսացնել անձեռոցիկներով և բինտերով, որոնք պարբերաբար թրջում են էթիլ սպիրտով: Շուրջ հեռացնելիս դրա ծայրերից մեկը մաշկին հնարավորին չափ մոտ կտրում են կծաքանով, շուրջ դուրս գալու տեղերը մշակում յոդով կամ սպիրտով, ապա շուրջի մնացորդը հեռացնում են և դնում ասեպտիկ վիրակապ:

Ներկայումս առավել տարածում է գտել ձգումը Կիրշների շուղով, որը լարվում է հատուկ պայտով: Կիրշների շուղը պատրաստված է հատուկ չժանգոտվող պողպատից, ունի 310 մմ երկարություն և 2 մմ տրամագիծ: Ձգող պայտը պատրաստում են զսպանակային ազդեցությունը ապահովող պողպատե թիթեղից, որը նպաստում է պայտի ծայրերին սեղմիչներով ֆիքսված շուղի լարման պահպանմանը: Կառուցվածքով ավելի պարզ և հարմար է ՎՕԿԻ պայտը:

Կիրշների շուղը անց են կացնում ոսկրի միջով նրա երկայնակի առանցքին ուղղահայաց՝ ձեռքի կամ էլեկտրական հատուկ շաղափիչով: Շուղի մեղիալ կամ լատերալ ուղղությամբ տեղաշարժը կանխելու նպատակով կիրառում են շուղի համար նախատեսված ՎՕԿԻ հատուկ ֆիքսատոր: Կմախքային ձգման ժամանակ ելնելով առկա ցուցումներից՝ շուղը կարելի է անցկացնել վերջույթների տարբեր հատվածներով:

Կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ը մ ե ծ տ ա մ բ ի ո ն ի ց : Հիմնականում օգտագործվում է ազդրի գլխիկի կենտրոնական հողախախտի և քացախափոսի հատակի բեկորային կոտրվածքների դեպքում: Շոշափելով մեծ տամբիոնը դրա հետին վերին հատվածում տեղակայված հիմքի մոտ ընտրում են կետը, որի միջով դեպի ազդրի երկար առանցքը 135 ° անկայն տակ անց են կացնում շուղը: Շուղի և աղեղի այդպիսի թեք դիրքը նպաստում է, որպեսզի աղեղը չկպչի մահճակալին: Ձգման ուժը հաշվարկում են ռենտգենյան նկարի վրա կառուցելով ուժերի զուգահեռակողմ քառանկյունի: Այս եղանակը հաճախ համակցվում է երկայնական առանցքով ձգման հետ:

Շ ու ղ ի ա ն ց կ ա ց ու մ ը ա զ դ ը ո ս կ ը ի կ ո ճ ե ռ ի ց վ ե ը կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ մ ա ն հ ա մ ա ը : Կ Ա տ ա ր վ ու մ է կ ո ն ք ի ո ս կ ը ը ի, ի ս կ ա վ ե լ ի ք ի չ դ ե պ ք ե ը ու մ՝ ա զ դ ը ո ս կ ը ի կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի ժ ա մ ա ն ա կ : Ա յ դ դ ե պ ք ու մ հ ա ը կ ա վ ո ը է հ ա շ վ ի ա ո ն ե լ ծ ն կ ա ն հ ո ղ ի պ ա տ ի ճ ի մ ո տ լ ի ն ե լ ը, ա ն ո թ ա ն յ ա ը դ ա յ ի ն խ ը ճ ի և ա զ դ ը ո ս կ ը ի ա ճ մ ա ն գ ո տ ու տ ե ղ ա կ ա յ ու մ ը : Շ ու ղ ի մ ո յ մ ա ն կ ե տ ը ո ս կ ը ի ե ը կ ա յ ն ք ո վ պ ե տ ք է տ ե ղ ա կ ա յ վ ա ծ լ ի ն ի ծ ն կ ո ս կ ը ի վ ե ը ի ն ե գ ը ի ց 1.5-2 ս մ վ ե ը, ի ս կ խ ո ը ը ո թ յ ա մ ը՝ ա զ դ ը ի ա մ ը ո ղ ջ հ ա ս տ ո թ յ ա ն ա ո ա ջ ա յ ի ն և մ ի ջ ի ն ե ը ը ո ը դ ա կ ա ն ն ե ռ ի ս ա հ մ ա ն ի ն : 18 տ ա ը ու ց փ ո ը ք ը հ ի վ ա ն դ ն ե ռ ի մ ո տ հ ա ը կ ա վ ո ը է ն ջ վ ա ծ մ ա կ ա ը դ ա կ ի ց ը ն կ ը կ ե լ 2 ս մ պ ը ո ը ք ս ի մ ա լ ք ա ն ի ո ը ա վ ե լ ի դ ի ս տ ա լ գ ո ն վ ու մ է է պ ի ֆ ի զ ա ը ա ճ ա ո ը : Ց ա ծ ը տ ե ղ ա կ ա յ ու մ ու ն ե գ ո ղ կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի դ ե պ ք ու մ շ ու ղ ը կ ա ը ե լ ի է ա ն ց կ ա ց ն ե լ ա զ դ ը ո ս կ ը ի կ ո ճ ե ռ ի մ ի ջ ո վ : Ա յ ն հ ա ը կ ա վ ո ը է ա ն ց կ ա ց ն ե լ ն ե ը ս ի ց դ ե պ ի դ ու ը ս, ո ը պ ե ս զ ի չ վ ն ա ս ե լ ա զ դ ը ա յ ի ն զ ա ը կ ե ը ա կ ը :

Շ ու ղ ի ա ն ց կ ա ց ու մ ը ս ը ու ն ք ի մ ա կ ա ը դ ա կ ի ն կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ մ ա ն հ ա մ ա ը : Շ ու ղ ը ա ն ց է ն կ ա ց ն ու մ ո լ ո ը ք ի թ մ ը կ ո թ յ ա ն հ ի մ ը ո վ կ մ ա ո լ ո ը ք ի ու ն ը ը ո լ ո ը ք ի պ ճ է ղ ն ե ռ ի ց վ ե ը : Թ մ ը կ ո թ յ ու ն ի ց ձ գ մ ա ն դ ե պ ք ու մ շ ու ղ ը մ ո յ մ ա ն է ն ո լ ո ը ք ի թ մ ը կ ո թ յ ա ն զ ա զ ա թ ի ց ց ա ծ : Շ ու ղ ը հ ա ը կ ա վ ո ը է մ ո յ մ ա ն պ ա ը ս ա ղ ի ը մ ի ա յ ն ս ը ու ն ք ի ա ը ս ա ք ի ն կ ո ղ մ ի ց, ո ը պ ե ս զ ի խ ու ս ա փ ե լ ն ը ը ո լ ո ը ք ա յ ի ն ն յ ա ը դ ի վ ն ա ս ու մ ի ց :

Հ ա ը կ ա վ ո ը է հ ի ջ ե լ, ո ը ե ը ե խ ա ն ե ռ ի մ ո տ կ ա ը ո ղ է ա ո ա ջ ա ն ա լ ո լ ո ը ք ի թ մ ը կ ո թ յ ա ն կ ո ը ու մ շ ու ղ ո վ, դ ը ա պ ո կ ու մ և կ ո տ ը վ ա ծ ք : Ա յ դ պ ա տ ճ ա ո ղ ո վ ե ը ե խ ա ն ե ռ ի մ ո տ շ ու ղ ը ա ն ց է ն կ ա ց ն ու մ թ մ ը կ ո թ յ ու ն ի ց հ ե տ ո լ ո ը ք ի մ ե տ ա ֆ ի զ ո վ :

Պ ճ է ղ ն ե ռ ի շ ը ջ ա ն ու մ շ ու ղ ը հ ա ը կ ա վ ո ը է մ ո յ մ ա ն ն ե ը ս ա յ ի ն պ ճ է ղ ի կ ո ղ մ ի ց դ ը ա ա ո ա վ ե լ դ ու ը ս ց ց վ ա ծ մ ա ս ի ց 1-1.5 ս մ պ ը ո ը ք ս ի մ ա լ և դ ը ս ա յ ի ն պ ճ է ղ ի ու ո ա ծ ու թ յ ու ն ի ց 2-2.5 ս մ պ ը ո ը ք ս ի մ ա լ : Բ ո լ ո ը դ ե պ ք ե ը ու մ շ ու ղ ը մ ո յ մ ա ն է ն ս ը ու ն ք ի ա ո ա ն ց ք ի ն ու ղ ղ ա հ ա յ ա ց :

Ո լ ո ը ք ի թ մ ը կ ո թ յ ու ն ի ց կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ը կ ի ը ա ո ղ ու մ է ն ա զ դ ը ո ս կ ը ի կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի դ ե պ ք ու մ, ի ս կ կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ը պ ճ է ղ ն ե ռ ի շ ը ջ ա ն ու մ՝ ս ը ու ն ք ի վ ե ը ի ն և մ ի ջ ի ն ե ը ը ո ը դ ա կ ա ն ն ե ը ու մ տ ե ղ ա կ ա յ վ ա ծ կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի դ ե պ ք ու մ :

Շ ու ղ ի ա ն ց կ ա ց ու մ ը կ ը ու ն կ ո ս կ ը ի ց կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ մ ա ն հ ա մ ա ը : Շ ու ղ ը ա ն ց է ն կ ա ց ն ու մ կ ը ու ն կ ո ս կ ը ի մ ա ը մ ն ի կ ե ն ս ը ը ո ն ո վ : Ա յ դ ն պ ա տ ա կ ո վ ո տ ն ա թ ա թ ը տ ե ղ ա ղ ը ու մ է ն ս ը ու ն ք ի ն կ ա տ մ ա մ ը ու ղ ի ղ ա ն կ յ ա ն տ ա կ, գ ծ ու մ ու ղ ի ղ գ ի ծ դ ը ս ա յ ի ն պ ճ է ղ ի հ ե տ ն ի ց մ ի ն չ ն ն ե ը ը ֆ ա ն ը : Ա յ դ գ ծ ի կ ի ս մ ա ն կ ե տ ը և կ լ ի ն ի շ ու ղ ը մ ո յ մ ա ն ե լ ու տ ե ղ ը :

Կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ը կ ը ու ն կ ո ս կ ը ի ց կ ի ը ա ո ղ ու մ է ն ս ը ու ն ք ի ո ս կ ը ը ը ի ց ա ն կ ա ց ա ծ մ ա կ ա ը դ ա կ ի կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի դ ե պ ք ու մ, ա յ դ թ վ ու մ ն ա ն ն ե ը ը ո ղ ա յ ի ն կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի և կ ը ու ն կ ո ս կ ը ի լ ա յ ն ա կ ի կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի դ ե պ ք ու մ :

Կ ը ու ն կ ո ս կ ը ի կ ո տ ը վ ա ծ ք ի դ ե պ ք ու մ ձ գ մ ա ն ու ժ ը պ ե տ ք է ու ղ ղ վ ի կ ը ու ն կ ո ս կ ը ի ա ո ա ն ց ք ո վ, ա յ ս ի ն ք ն ս ը ու ն ք ի և ո տ ն ա թ ա թ ի ա ո ա ն ց ք ի ց 45 ° ա ն կ յ ա ն տ ա կ :

Կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ը մ ա տ ե ը ի ֆ ա լ ա ն գ ն ե ը ի ո տ ն ա թ ա թ ա յ ի ն և ն ա խ ա դ ա ս տ ա կ ա յ ի ն ո ս կ ը ը ը ի կ ո տ ը վ ա ծ ք ն ե ռ ի դ ե պ ք ու մ : Ա յ ս դ ե պ ք ու մ օ գ տ ա գ ո ը ծ ու մ է ն հ ա ս տ մ ե տ ա ղ ա լ ա ը ո վ պ ա տ ը ա ս տ վ ա ծ ա ղ ե ղ՝ ձ գ ու մ ը ս տ Կ լ ա պ ա յ ի : Ո տ ն ա թ ա թ ը կ մ ա ճ ա ճ ա ն չ ա ղ ա ս տ ա կ ա յ ի ն հ ո ղ ն ու ն ա խ ա ը ա զ կ ի ս տ ո ը ի ն ե ը ը ո ը դ ա կ ա ն ը փ ա թ ա թ ու մ է ն գ ի պ ս ա յ ի ն ը ի ն տ ո վ և դ ը ա մ ե ջ մ ո յ մ ա ն մ ե տ ա ղ ա լ ա ը ա ղ ե ղ ը ա յ ն պ ե ս, ո ը ա յ ն 8-10 ս մ դ ու ը ս գ ա ո տ ն ա թ ա թ ի կ մ ա դ ա ս տ ա կ ի մ ա տ ե ը ի ց : Ա ղ ե ղ ի ն կ ա պ ու մ է ն ը ե տ ի ն ե խ ո ղ ո վ ա կ ն ե ը կ մ ա ը ե տ ի ն ե օ ղ ա կ ն ե ը, ո ը ո ն ք պ ա տ ը ա ս տ վ ու մ է ն 1-1.5 ս մ լ ա յ ն ո թ յ ու ն ու ն ե գ ո ղ ս տ ա մ ը ք ս ա յ ի ն զ ո ն ղ ի ց : Մ ա տ ը ծ ա կ ե լ ո վ կ ա ը ու մ է ն հ ա ս տ ա ս ե ղ ո վ, մ ե տ ա ք ս ե թ ե լ ը ա ն ց կ ա ց ն ե լ ո վ ե ղ ն գ ա յ ի ն ֆ ա լ ա ն գ ի կ ո ղ մ ա յ ի ն ե գ ը ե ը ո վ և ա յ դ թ ե լ ը ա մ ը ֆ ա ց ն ու մ ը ե տ ի ն ե ձ գ մ ա ն ը կ մ ա զ ա պ ա ն ա կ ի ն :

Հազվադեպ դեպքերում հնարավոր է կմախքային ձգման կիրառումը ոչ տիպիկ տեղերից, օրինակ՝ ազդրոսկրի կամ սրունքի ծայրատի կոտրվածքի դեպքում ծայրատի ծայրից, անկախ դրա մակարդակից:

Բ ա զ կ ո ս կ ր ի կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ը : Այն կատարվում է թիակի վզիկի, հազվադեպ՝ բազկոսկրի պրոքսիմալ հատվածի տեղաշարժված կոտրվածքների դեպքում: Շուրջ անց են կացնում արմնկային ելունի հիմքից և միայն հատուկ ցուցումների դեպքում՝ բազկոսկրի կոճերից:

Շուրջ արմնկային ելունի շրջանում անցկացնելու ժամանակ ձեռքը հարկավոր է արմնկային հոդում ծալել ուղիղ անկայն տակ և շոշափելով արմնկային ելունի գագաթը, 2-3 սմ ընկրկել դրանից դիստալ և մտցնել շուրջ: Հարկավոր է հիշել այդ շրջանում ծղիկային և ճաճանչային նյարդերի անատոմիական տեղակայման մասին:

Կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ մ ա ն տ ե խ ն ի կ ա ն : Կմախքային ձգումը իրականացնում են վիրահատարանում պահպանելով ասեպտիկայի բոլոր կանոնները: Վերջույթը տեղադրում են ֆունկցիոնալ բռնիների բեկակալի վրա: Պատրաստում են վիրահատական դաշտը, որը մեկուսացնում են ստերիլ անձեռոցիկներով, որոշում շուրջի մուտքի և ելքի տեղերը, ցավազրկում դրանք ամեն կողմից 10-15 մլ նովոկաինի 1% լուծույթով: Նախ անզգայացնում են մաշկը, ապա փափուկ հյուսվածքները և անզգայացնող նյութի վերջին բաժինը ներմուծում ենթավերնոսկրային շրջան: Վիրաբույժի օգնականը ֆիքսում է վերջույթը, իսկ վիրաբույժը շաղափիչի օգնությամբ անց է կացնում շուրջը ոսկրի միջով: Վիրահատությունից հետո շուրջի ելքերը մաշկի միջից մեկուսացնում են ստերիլ անձեռոցիկներով: Շուրջի վրա սիմետրիկորեն ֆիքսում են պայտը և իրականացնում շուրջի ձգումը:

Ծ ա ն ր ու թ յ ա ն հ ա շ վ ա ր կ ը կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ մ ա ն ժ ա մ ա ն ա կ : Ստորին վերջույթի վրա կմախքային ձգման համար անհրաժեշտ ծանրության հաշվարկի ժամանակ կարելի է հաշվի առնել ամբողջ ոտքի զանգվածը, որը միջինում կազմում է մարմնի զանգվածի մոտ 15 % կամ 1/7-րդը: Այդ զանգվածին հավասար ծանրություն կախում են ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում: Սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում վերցնում են այդ զանգվածի կեսը, այսինքն մարմնի զանգվածի 1/14-րդը: Չնայած դրան՝ ձգման երկարատև փորձից ելնելով ապացուցված է, որ ազդրոսկրի կոտրվածքների դեպքում կմախքային ձգման ծանրության զանգվածը տատանվում է 6-12 կգ, սրունքի կոտրվածքների դեպքում՝ 4-7 կգ, բազկոսկրի կոտրվածքների դեպքում՝ 3-5 կգ սահմաններում:

Կոտրվածքի տեղից դիստալ հատվածի, օրինակ՝ ազդրոսկրի կոտրվածքի ժամանակ ոլոքի թմբկությունից ծանրություն կախելու դեպքում զանգվածի մեծությունը զգալի աճում է: Նաև մեծանում է այն ծանրությունների զանգվածը (մինչև 15-20 կգ), որոնք կիրառվում են հնացած հոդախախտների և կոտրվածքների դեպքում:

Ծանրությունը ընտրելիս անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ կմախքային ձգման ժամանակ ոսկրի վրա ազդող ուժը միշտ ծանրությունից քիչ է, քանի որ սովյալ դեպքում այն կախված է ճախարակից և կախոցից:

Կիրառվող ծանրության զանգվածի մեծությունը կախված է հետևյալ ցուցանիշներից՝ 1) ոսկրաբեկորների ըստ երկարության տեղաշարժի աստիճանից; 2) կոտրվածքի վաղեմությունից; 3) հիվանդի տարիքից և նրա մկանունքի զարգացվածությունից:

Հանձնարարելի մեծությունները չեն հանդիսանում բացարձակ, բայց ելակետային են՝ կմախքային ձգման համար ծանրության հաշվարկի ցանկացած կոնկրետ դեպքում: Ծերերի, երեխաների և չափազանց թույլ մկանունքով անձանց մոտ ծանրությունը հաշվարկելիս այն համապատասխանաբար նվազեցնում են, ընդհուպ մինչև հաշվարկվածի կեսը: Ծանրությունը ավելացնում են ուժեղ զարգացած մկանունքի դեպքում:

Չի կարելի կախել հաշվարկված ամբողջ ծանրությունը միանգամից, քանի որ կտրուկ ձգմամբ պայմանավորված մկանների գերգրգռվածությունը կարող է առաջացնել դրանց կայուն կծկում: Նախ կախում են հաշվարկված ծանրության 1/3-1/2-ը, ապա ամեն 1-2 ժամը մեկ ավելացնում մեկական կիլոգրամով մինչև անհրաժեշտ մեծությունը: Միայն աստիճանական ծանրաբեռնմամբ կարելի է հասնել մկանների լավ ձգմանը և, հետևաբար, համադրմանը:

Բ ու ժ ու մ ը կ մ ա խ ք ա յ ի ն ձ գ ու մ ո վ: Վիրահատարանում շուրջ մտցնելուց հետո հիվանդին պառկեցնում են ներքնակի տակ դրված վահանակով մահճակալի վրա և ձգման համակարգին կախում նախնական ծանրությունը: Մահճակալի ոտքային ծայրը բարձրացնում են հատակից 40-50 սմ, որպեսզի հիվանդի մարմնի սեփական զանգվածով ստեղծվի հակաձգում: Առողջ ոտքի համար դրվում է հենարան արկղի կամ հատուկ կառույցի տեսքով:

Ամեն օր բուժման ընթացքում բժիշկը սանտիմետրային երիզի օգնությամբ և պալպատոր որոշում է ոսկրաբեկոթների ճիշտ տեղադրված լինելը և անհրաժեշտության դեպքում կատարում ձեռքային լրացուցիչ համադրում ձգման տակ: Չգումը դնելուց 3-4 օր հետո կատարում են վերահսկիչ ռենտգենաբանական հետազոտություն: Ոսկրաբեկոթների համադրման բացակայության դեպքում կախված տեղաշարժումից ավելացնում կամ նվազեցնում են ծանրությունը, լայնությունով կամ անկյան տակ տեղաշարժի դեպքում ավելացնում լրացուցիչ կողմային կամ ֆրոնտալ ձգում: Այդ դեպքում կրկնակի ուղղումից 2-3 օր հետո կատարում են վերահսկիչ ռենտգենաբանական հետազոտություն: Եթե համադրումը տեղի է ունեցել, ապա ծանրությունը 1-2 կգ նվազեցնում են, իսկ 20-25-րդ օրը հասցնում մինչև 50-75 %: 15-17-րդ օրը կատարում են վերահսկիչ ռենտգենաբանական հետազոտություն ոսկրաբեկոթների ճիշտ համադրման մասին վերջնական որոշում կայացնելու համար:

Դ ե մ պ Ֆ ե ր ա յ ի ն ձ գ ու մ: Դա կմախքային ձգման սկզբունքորեն այլ տեսակ է, երբ պայտի և ճախարակի միջև դրվում է զսպանակ, որը մարում է ձգման ուժի տատանումները: Անընդհատ ձգված վիճակում գտնվող զսպանակը հանգստություն է ապահովում կոտրվածքի համար և բացառում մկանների ռեֆլեկտոր կծկումը:

Դեմպֆերային ձգման առավելություն է հանդիսանում նաև հակաձգման, այսինքն մահճակալի ոտքային ծայրի բարձրացման անհրաժեշտության բացակայությունը, որը հանդիսանում է հակաֆիզիոլոգիական, քանի որ դժվարեցնում է երակային հետհոսքը մարմնի վերին կեսից, բերում կենտրոնական երակային ճնշման բարձրացմանը, առաջացնում աղիների տեղաշարժ դեպի վեր և ստոծանու բարձրացում, որը նպաստում է թոքային վենտիլյացիայի նվազեցմանը:

Պողպատե զսպանակներով դեմպֆերային ձգման դեպքում մի քանի անգամ իջնում է ձգման ուժի մաքսիմալ ցուցանիշը մոտենալով ծանրության մեծությանը: Դեմպֆերային ձգման ժամանակ տատանումները մարում են նաև ծանրությունը կախող կապրոնե թելը և գնդաառանցքակալային ճախարակները:

Խողովակավոր ոսկրի ոսկրաբեկոթների կողմային զգալի տեղաշարժի և դրանց համադրման դժվարության դեպքում տեղաշարժված ոսկրաբեկոթի վրա կիրառում են ճնշում վերնաշկային պելոտներով կամ դրա միջով անց են կացնում Կիրշների շուրջ: Շուրջ սվինաձև ծալում են, որից հետո այն անց են կացնում մինչև ոսկրը, որտեղ այն, հենվելով, ստեղծում է կողմային ձգում՝ օգնելով համադրել և պահել ներուղղված ոսկրաբեկոթները:

Առողջ ոտքը արկղին հենելու և մահճակալի ոտքային ծայրը բարձրացնելու միջոցով ապահովվող հակաձգում դեմպֆերային ձգման դեպքում չեն կիրառում: Սովորաբար այս դեպքում ծնկան հողի տակ դնում են կոշտ բարձ, կիրառում հակահենարաններ անութափոսից կամ հատուկ գամակ-կորսետներ, որոնք հազցնում են կրծքավանդակի վրա:

20-50 օրից կմախքային ձգումը հանելուց հետո ելնելով հիվանդի տարիքից, վնասվածքի տեղակայումից և բնույթից շարունակում են ֆունկցիոնալ սոսնձային ձգումը կամ դնում գիպսային կապ և կատարում վերահսկիչ ռենտգենյան նկարներ երկու պրոյեկցիաներով:

Աբիրաժեշտ է նշել, որ կմախքային ձգումը այժմ ինքնուրույն համեմատաբար քիչ է կիրառվում: Այն ավելի հաճախ օգտագործվում է կոտրվածքի նախավիրահատական շրջանում, որպես հուսալի անշարժացման եղանակ:

Ռեդրեսացիա

Դա դեֆորմացիայի կամ կոնտրակտուրայի ուժային վերացումն է, որը իրականացվում է գիպսային կապերի կամ հատուկ սարքերի ու սարքավորումների միջոցով: Հաճախ ռեդրեսացիան իրականացնում են ընդհանուր անզգայացման տակ, որից հետո անմիջապես դնում են խուլ գիպսային կապ և աստիճանաբար փոխելով կապը ամբողջականությամբ կամ «սեպեր» կտրելով՝ ուղղում վերջույթը: Սովորաբար կապը փոխում կամ գիպսավորում են 8-14 օրը մեկ՝ 1.5-2 ամիսների ընթացքում:

Ռեդրեսացիայի ժամանակ դեֆորմացիան վերացնելու նպատակով հաճախակի օգտվում են ձգման՝ կմախքային, սոսնձային և մանժետային եղանակներից: Սակայն վերջին ժամանակներս ինչպես դեֆորմացիաները շտկելու, այնպես էլ հենաշարժական համակարգի վնասվածքների ու հիվանդությունների դեպքում առավել հաճախ կիրառում են վիրահատական եղանակներ տարբեր հյուսվածքների՝ ոսկրերի, հողերի, մկանների, ջլերի, փակեղների, մաշկի, նյարդերի վրա:

Վիրահատություններ ոսկրերի վրա

Օ ս թ ե ո ս ի ն թ ե զ ը դա ոսկրաբեկորների վիրաբուժական միացումն է տարբեր եղանակներով: Առաջարկված են օսթեոսինթեզի 2 հիմնական եղանակներ՝ օսթեոսինթեզ մետաղական կոնստրուկցիաներով և արտօջախային՝ կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն ապարատներով:

Փակ կոտրվածքների դեպքում, երբ ախտաբանական օջախը (հեմատոման) ստերիլ է՝ ցուցված է մետաղական օստեոսինթեզ ամիջապես կոտրվածքի շրջանում: ՏԱրբերում ենք այս օստեոսինթեզի 2 ձևեր՝

1. ինտրամեդուլյար (ներոսկրածուծային) օստեոսինթեզ;
2. արտաոսկրային (ոսկրի վրա) օստեոսինթեզ:

Ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզի դեպքում կիրառվում են, մետաղական ձողեր, մեխեր, շյուղերի խուրձ և այլն: Նշված սարքերը ոսկրածուծի խողոված են մտցվում 2 եղանակով՝ ռետրոգրադ և անտերոգրադ: Առաջին դեպքում մերկացվում են կոտրվածքի բեկորների ծայրերը, սկզբում ձողը մտցվում է պրոքսիմալ բեկորի ոսկրածուծային խողովակի մեջ խփվում մինչև վերջ: Ընդ որում, ձողի ծայրը դուրս է գալիս պրոքսիմալ մետաէպիֆիզից այնուհետև այդ շրջանի մաշկից, որի համար նախապես կատարվում է փոքրիկ մաշկային կտրվածք: Ապա կոտրվածքի համադրումից հետո ձողը խփվում է հակառակ ուղղությամբ՝ դիստալ բեկորի ոսկրածուծի խողովակ: Երկու վիրահատական վերքերը կարվում են շերտ առ շերտ: Այս եղանակը կիրառվում է ազդրոսկրի, ծղիկոսկրի, ավելի քիչ դեպքերում՝ բազկոսկրի դիաֆիզար կոտրվածքների ժամանակ:

Անտերոգրադ եղանակի ժամանակ կոտրվածքի շրջանը չի մերկացվում: Նրանից վեր՝ պրոքսիմալ մետաէպիֆիզի շրջանում կատարվում է մաշկային փոքր (3-4սմ) կտրվածք, որտեղից մետաղական կոնստրուկցիան սկզբում մտցվում է պրոքսիմալ ֆրազմենտի ոսկրածուծի

խողովակ, ապա կատարվում է բեկորների փակ համադրում, որից հետո ձողը ներ է մղվում դիստալ բեկորի մեջ: Նշված եղանակը շատ ավելի ժամանակակից է, քանի որ չի մերկացվում կոտրվածքի շրջանը, ներվիրահատական ավելորդ վարակ չի ներմուծվում, չի հեռացվում հեմատոման (որը շատ կարևոր է հետագա ոսկրագոյացման տեսակետից) և հիմնականում, ավելի քիչ տրավմատիկ է ռետրոգրադ եղանակի հետ համեմատած: Սակայն այս օստեոսինթեզի իրագործման համար անհրաժեշտ են հատուկ վիրահատական գործիքներ, մետաղական իմպլանտներ, օրթոպեդիկ վիրահատական սեղանն էլեկտրոնային օպտիկական փոխակերպիչ (ԷՕՓ), որոնք միշտ չէ, որ առկա են վնասվածքաբանական բաժանմունքներում: Անտերոգրադ եղանակը օգտագործվում է ազդրի, մեծ ուղքի, բազկոսկրի, ճաճանչոսկրի դիաֆիզար կոտրվածքների դեպքում:

Արտաոսկրային (ընկղմված կամ հենց ոսկրի վրա) օստեոսինթեզի ժամանակ օգտագործվում են հատուկ բնույթի մետաղական հարթակներ, անմիջականորեն դրվում են կոտրված շրջանում՝ ոսկրի վրա և ֆիքսվում պտուտակների միջոցով: Հարթակի կառուցվածքն այնպիսին է, որ պտուտակների մտցնելուց հետո, ապահովում է ոչ միայն բեկորների ճիշտ համադրում, այլ նաև վերջիններիս՝ միմյանց նկատմամբ սեղմում՝ որոշակի ուժով (կոմպրեսիա): Սա կարևոր նախապայման է ոսկրագոյացման գործընթացի առումով: Հարթակները օգտագործվում են ինձպես ոսկրի դիաֆիզար (ուղիղ հարթակներ), այնպես էլ՝ մետաֆիզար (անկյունային հարթակներ) կոտրվածքների ժամանակ:

Ներոսկրածուծային արտաոսկրային ընկղմված օստեոսինթեզի ժամանակ ոսկրաբեկորների ֆիքսացիան շատ կայուն և հուսալի է: Այդ պատճառով, այս վիրահատություններից հետո արտաքին գիպսային անշարժացման կարիք հիմնականում չի լինում: Ցուցված է վերականգնողական բուժում՝ վաղ շարժումներ վիրահատված վերջույթում: Այդ պատճառով օստեոսինթեզի նշված եղանակները այլ կերպ կոչվում են կայուն-ֆունկցիոնալ:

Սակայն որոշ դեպքերում, հիմնականում մետա՝լի դիաֆիզար կոտրվածքների ժամանակ, օգտագործվում են մետաղական պտուտակներ կամ շուղեր: Նշված կոնստրուկցիաները միայն ապահովում են բեկորների ճիշտ համադրում, սակայն ոչ միշտ՝ օստեոսինթեզի անհրաժեշտ կայունություն: Այդ իսկ պատճառով անհրաժեշտություն է առաջանում լրացուցիչ գիպսային հետվիրահատական անշարժացման: Օստեոսինթեզի նման եղանակները այլ կերպ կոչվում են ռեպոզիցիոն (համադրական):

Օստեոսինթեզի եղանակը ճիշտ ընտրելու համար հարկավոր է ղեկավարվել որոշակի կանոններով՝

1. Վերցնել մետաղական ֆիքսատորներ միայն փորձված որակի համաձուլվածքից:
2. Ֆիքսատորների ճիշտ կիրառման համար հաշվի առնել կոտրվածքի մակարդակը, դրա բնույթը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժը:
3. Մետաղական ձողը կիրառելիս հարկավոր է իմանալ դրա համապատասխանելիությունը ինչպես վերջույթի երկարությանը, այնպես էլ խողովակավոր ոսկրի ոսկրածուծային խողովակի տրամագծին:
4. Օստեոսինթեզի վիրահատությունից առաջ ուշադրություն դարձնել հիվանդի ընդհանուր վիճակի և մաշկային ծածկույթների պատրաստվածության՝ վարակված վերքերի, թարախակույտերի և այլնի առկայության վրա:

Բաց կոտրվածքների, հրազենային կոտրվածքների ժամանակ բեկորների շրջանը նրանց շուրջ առաջացած հեմատոման և փափուկ հյուսվածքները միշտ ախտորոշված են տարբեր աստիճանի և բնույթի էկզոզեն վարակներով: Այդ իսկ պատճառով մետաղական կոնստրուկցիաների կիրառումը վերը նշված եղանակներով հակացուցված է: Հնարավոր են վաղ կամ ուշացած ինֆեկցիոն բարդություններ կոտրվածք, մետաղական կոնստրուկցիաների

շրջանում թարախակալում հետագա օստեոմելիտիկ ախտահարումով: Այդ իսկ նպատակով առաջարկվել են օստեոսինթեզի կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն եղանակներ հատուկ ապարատների միջոցով: Այս մեթոդի հիմնական առանձնահատկությունն այն է, որ ոսկրի հետ շփվող մետաղական մասերը անցնում են կոտրվածքի օջախից դուրս՝ պրոքսիմալ և դիստալ հատվածներում:

Կան 2 հիմնական խմբեր՝ շուղային և ձողային:

Շուղային արտաօջախային կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն եղանակի հիմանխնդիրն է Գավրիլ Աբրամովիչ Իլիգարովը: Նրա կողմից մշակված ապարատները օգտագործվում են ոչ միայն կոտրվածքների օստեոսինթեզի, այլ նաև բազմաթիվ այլ օրթոպեդիկ հիվանդությունների ժամանակ:

Շոիդերը անց են կացվում ոսկրին ուղղահայաց հատուկ ամրակների միջոցով նրանք ֆիքսում են օղերին: 2 կամ ավելի օղեր դրվում են կոտրվածքի գծից պրոքսիմալ և դիստալ, ապա ֆիքսում միմյանց հատուկ ձողերով: Օստեոսինթեզի նման եղանակը ապահովում է անհրաժեշտ կայունություն, և շնորհիվ առաջացրած կոմպրեսիոն ուժերի: Ողնաշարի կառուցվածքն այնպիսին է, որ հնարավոր է կատարել բոլոր տիպի տեղաշարժերի (անկյունային, ըստ երկարության, կողմնային, պտուտակային) աստիճանական վերացում և վերջնական համադրում հետվիրահատական (մի քանի օր) շրջանում: Առաջարկվում են անս այլ բնույթի շուղային ապարատներ, Վոլկով-Նովիաննիսյանի, Գուդուշաուրի, ԿԱլնիբերգի և այլնի կողմից: Այս ապարատները ունեն ուրիշ կառուցվածքներ և օգտագործվում են այլ օրթոպեդիկ հիվանդությունների ժամանակ: Սակայն նրանք նույնպես ունեն իրենց ուրույն տեղը բաց կամ հրազենային կոտրվածքների բուժման ժամանակ:

Հեռավոր արտասահմանում ավելի ընդունված են ձողային արտաօջախային ապարատները: Հակառակ վերը նշվածների այս դեպքում ոսկրի միջով անց են կացվում ձողերը, որոնց վերնաշվային ծայրերը ֆիքսում են ահտուկ խողովակների միջոցով: Առաջարկված են Հոֆմանի և բազմաթիվ այլ ապարատներ:

Հաճախ գործնական աշպատանքում կիրառվում են շուղային և ձողային ապարատների տարբեր կոմբինացված ձևերը:

Օ ս տ ե ո տ ո մ ի ա ն դ ա ոսկրի վիրահատական հատումն է: Սովորաբար օստեոտոմիան կատարում են վերջույթի տարատեսակ դեֆորմացիաների դեպքում՝ այն ուղղելու նպատակով, վերջույթը երկարացնելու նպատակով իրականացվող վիրահատությունների դեպքում, օրթոպեդիկ մի շարք հիվանդությունների, օրինակ՝ ազդրի բնածին հոդախախտի և այլնի դեպքում:

Ո ս կ ր ի փ ո խ պ ա տ վ ա ս տ ու մ ը դ ա ոսկրային տարբեր հյուսվածքների տեղափոխումն է, որը կիրառվում է ոսկրերում առաջացած դեֆեկտները լրացնելու համար, օրինակ՝ բարորակ ուռուցքները հեռացնելուց հետո: Կեղևային շերտից պատրաստված ոսկրային փոխպատվաստուկները կիրառվում են նաև ոսկրի ֆիքսացիայի նպատակով ոսկրի ինչպես ներոսկրային (ինտրամեդուլյար), այնպես էլ արտաքին (էքստրամեդուլյար) ամրացման համար: Որպես օժանդակ վիրահատություն կիրառվում է ոսկրագոյացման պրոցեսները խթանելու համար: Առավել հաճախ օգտագործում են ոսկրային հյուսվածքը, որը վերցնում են հենց նույն հիվանդից, մարդու դիակից կամ, հազվադեպ, կենդանիներից:

Ըստ անատոմիական միջազգային անվանակարգման ցանկացած, այդ թվում և ոսկրային, հյուսվածքի փոխպատվաստումը հենց նույն հիվանդից կոչվում է աուտոպլաստիկա, այլ՝ մարդուց՝ ալոպլաստիկա, իսկ հյուսվածքի պատվաստումը կենդանուց՝ մարդուն՝ քսենոպլաստիկա:

Փոխպատվաստման ժամանակ կարելի է օգտագործել՝ 1) »ուտիլային« հյուսվածքներ՝ կողերի ռեզեկցիայից հետո, ամպուտացիայի դեպքում; 2) հյուսվածքներ, վերցված առողջ դոնորներից; 3) դիակի հյուսվածքներ:

Փոխպատվաստված ոսկրային հյուսվածքի հաջող կաչելու՝ ասիմիլյացիայի համար անհրաժեշտ է պահպանել փոխպատվաստուկի հյուսվածքներում կենսաբանական հատկությունները և նվազեցնել քայքայման պրոցեսները; պակասեցնել օտարածին սպիտի իմունոգեն հատկությունները: Այդ դեպքում պարտադիր պահանջ է հանդիսանում վերցված ոսկրային հյուսվածքի ստերիլության պահպանումը: Կոնսերվանտը չպետք է ցուցաբերի վնասակար ազդեցություն շրջակա հյուսվածքների վրա:

Ներկայումս գոյություն ունի ոսկրային հյուսվածքի կոնսերվացիայի մի քանի եղանակներ՝ ա) պահպանում քիմիական միջավայրերում և հատուկ լուծույթների՝ ֆորմալինի և այլնի մեջ; բ) պահպանում ցածր ջերմաստիճանների պայմաններում; գ) կոնսերվացիա սննդարար հեղուկ միջավայրերում (գլյուկոզա և այլն.); դ) կոնսերվացիա պոլիմերների մեջ; ե) կոնսերվացիա լիոֆիլիզացիայի եղանակով (սառեցում և չորացում վակուումի պայմաններում); զ) ոսկրերի եփելով առանձնացում և թրմում:

Նմանօրինակ եղանակով կարելի է կոնսերվացնել և կենդանիներից՝ խոզերից, հորթերից և այլնից վերցված ոսկրային հյուսվածքները:

Ռադիոլոգիական և էրկտրոնամանրադիտակային եղանակների կիրառումով մորֆոլոգիական և կենսաքիմիական հետազոտությունների միջոցով հաստատված է, որ չնայած օստեոցիտների զգալի զանգվածի մեռուկացմանը, որոշ չափով պահպանվում է կոնսերվացված ոսկրային հյուսվածքի կենսաբանական ակտիվությունը, որը ապացուցվում է դրա մեջ ներկա գտնվող ֆերմենտներով և սպիտերով:

Մեծ քանակներով ոսկրային հյուսվածքի նախապատրաստման հնարավորությունը սկիզբ դրեց այսպես կոչված ոսկրային բանկերի ստեղծմանը, որը իր հերթին լայնացրեց վերականգնողական տարբեր վիրահատությունների ժամանակ ոսկրային օժանդակ նյութի կիրառման հնարավորությունը և զգալի հեշտացրեց փոխպատվաստումը:

Վիրահատություններ հողերի վրա

Հողերի վիրահատությունները բաժանում են երկու խմբի՝

1. Միջամտություններ հողի փափուկ հյուսվածքների վրա: Դա ա ր թ ր ո ս ո մ ի ա ն է՝ հողի բացահատումը, ս ի ն ո վ է կ տ ո մ ի ա ն՝ հողապարկի սինովիալ թաղանթի հեռացումհատումը, հ ո դ ա պ ա ր կ ա կ ա պ ա ն ա յ ի ն հ ա մ ա կ ա ր գ ի պ լ ա ս տ ի կ ա ն :

2. Վիրահատություններ հողը կազմող ոսկրերի վրա:

Հ ո դ ի ո ե գ է կ ց ի ա՝ պաթոլոգիական որևէ պրոցեսով ախտահարված ոսկրերի հողային ծայրերի հատում:

Ա ր թ ր ո պ լ ա ս տ ի կ ա՝ հողում շարժունության վերականգնում: Այն իրականացվում է ինչպես ոսկրային անկիլոզի՝ հողի լրիվ անշարժացման, այնպես էլ հողում շարժումների զգալի սահմանափակման՝ ֆիբրոզ անկիլոզի, դեֆորմացնող արթրոզի դեպքում: Հողային ծայրերի ձևավորումից, դրանց չափերը պակասեցնելուց հետո դրանք երբեմն շրջապատում են պլաստիկ որևէ նյութով՝ մաշկով, փակեղով, ալոպլաստիկ նյութերով և այլն.:

Ա ր թ ր ո դ ե գ՝ արհեստական եղանակով հողում ոսկրային անկիլոզի առաջացում: Գոյություն ունեն հողերի արթրոզեզի բազմաթիվ եղանակներ: Այսպես, կոնքազդրային հողի արթրոզեզի դեպքում կարևոր է իմանալ հիվանդի մասնագիտությունը՝ նա աշխատում է նստած, թե կանգնած դիրքով, և, ելնելով դրանից, պլանավորել կոնքազդրային հողի ծալման անկյունը:

Արմնկային հողերի արթրոդեզի դեպքում հաշվի են առնում հիվանդի ինքնասպասարկման հնարավորությունը: Արթրոդեզի ժամանակ կատարվում է հողը կազմող ոսկրային ծայրերի ռեզեկցիա, ուից հետո վերջիններս ֆիքսվում են միմյանց ձոցերով, շյուղերով, պտուտակներով, ակն էլ արտօջախային կոմպրեսիոն դիստրակցիոն ապարատներով: Երբեմն ոսկրագոյացման խթանման նպատակով օգտագործվում է ոսկրային փոխպատվաստում վերը նշված եղանակներից մեկով:

Հարկավոր է հիշել, որ արթրոդեզը հաշմանդամությանը բերող վիրահատություն է, քանի որ բերում է հողի լրիվ անշարժացմանը: Այդ պատճառով հարկավոր են խիստ ցուցումներ այդ վիրահատության համար: Օրինակ՝ կոնքազդրային հողի արթրոդեզի դեպքում ազդրի առաջահետին և կողմային շարժումները զգալի չափով կոմպենսացվում են մյուս կողմի կոնքազդրային հողի և ողնաշարի գոտկային ստորին հատվածի շարժումներով: Այդ պատճառով, եթե երկրորդ կոնքազդրային հողը և ողնաշարի գոտկային հատվածը փոփոխված չեն, վիրահատությունը հնարավոր է: Իսկ եթե վնասված է և երկրորդ կոնքազդրային հողը, արթրոդեզը որպես ինքնուրույն վիրահատություն հակացուցված է, քանի որ կարող է բերել հիվանդի անշարժացմանը:

Արթրոդեզը կատարում են հողում շարժումների մասնակի սահմանափակման նպատակով: Այդ վիրահատությունը առավել հաճախ կիրառում են առանձին մկանների պարեզների և պարալիչների դեպքում: Սակայն պարալիչների դեպքում արթրոդեզից հետո ստացվել են անբավարար արդյունքներ, այդ պատճառով հաճախ պահանջվում են մոտակա հողերի արթրոդեզ: Առավել հաճախ արթրոդեզ կատարում են ծնկան և սրունք-թաթային հողերի վրա:

Հողերի փոխպատվաստումը առավել հաճախ իրականացնում են ուռուցքների, անկիլոզների, վնասվածքաբանական կոպիտ վնասումների ժամանակ հողերի զգալի դեֆորմացիաների, ռեզեկցիաների դեպքում:

Նախապես պատրաստված հողային ծայրի վրա ալոպլաստիկ գլխիկի տեղադրումը առաջին անգամ առաջարկել է Սմիտ-Պետերսենը: Սակայն դրա կիրառման անբավարար արդյունքները ստիպեցին զգալի նվազեցնել այդ եղանակի ցուցումները: Հետագայում տեխնիկայի նվաճումների շնորհիվ օրթոպեդները սկսեցին պատրաստել հողերի արհեստական պրոթեզներ կենսաբանական հյուսվածքների համար ինդիֆերենտ տարբեր նյութերից՝ վիտալիումից, տիտանից, օրգանական ապակուց և այլն.: Առաջարկված արհեստական հողերը լիովին փոխարինում էին վնասված հողը: Սակայն հողի միայն մեկ ծայրի պրոթեզավորումը, որպես կանոն, տալիս էր անբավարար արդյունքներ չփոխարինված հողային ծայրին ոսկրային գերաճի (օստեոֆիտներ) առաջացման հետևանքով: Այդ պատճառով վերջին տասնամյակում ավելի լայն տարածում են ստացել արհեստական հողերը, որոնք ոսկրերի դիաֆիզների մասնակի ռեզեկցիայից հետո լրիվ փոխարինում են հողը: Այդպիսի պրոթեզները հաճախ կիրառում են կոնքազդրային, արմնկային հողերի, դաստակի միջֆալանգային հողերի, իսկ վերջին ժամանակներում և ծնկան հողի փոխարինման ժամանակ:

Էնդոպրոթեզավորում

Սմիտ-Պետերսենի տիպի եռաթև մեխով օստեոսինթեզի ժամանակ ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքի պատճառով վիրահատված հիվանդների 20-30% մոտ նշվել է ազդրոսկրի վզիկի կեղծ հողի առաջացում, իսկ 10-20% մոտ գրանցվել ազդրոսկրի գլխիկի կամ վզիկի ասեպտիկ մեռուկ, որը կազմում է բոլոր վատ արդյունքների մոտ 50%: Այդ փաստը բազմաթիվ վնասվածքաբանների դրդեց կատարել ազդրոսկրի գլխիկի փոխարինում արհեստական նյութերից պատրաստված

գլխիկով: Վերջին տարիներին կոնքազորային հողի ալոպլաստիկայի ժամանակ լայն տարածում է ստացել Մուր-ՎՕԿԻ, Մովզովիչի, Միվաշի և այլոց կողմից նախագծված մետաղական էնդոպրոթեզները: Միվաշի էնդոպրոթեզի յուրօրինակությունը կայանում է նրանում, որ այն միամուսնուտ փոխարինում է ազդրոսկրի գլխիկը և քացախափոսը:

Հողերի փոխարինման ցուցումներ են հանդիսանում՝ 1) երկկողմանի անկիլոզը և կոնքազորային հողերի դեֆորմացնող կոքսարթրոզի ծանր ձևերը; 2) արթրոզարթրիտները, որոնք զարգանում են մանկական տարիքում ազդրերի երկկողմանի հողախախտ տարած հիվանդների մոտ 30-40 տարեկան հասակում; 3) ոսկրերի հողային եզրերի ուռուցքների դեպքում հողային մակերեսների դեֆեկտները; 4) վնասվածքի հետևանքները և այլն.:

Կոնքազորային հողի փոխարինման վիրահատության հակացուցում են հանդիսանում՝ ա) կոնքազորային հողի շրջանում թարախային պրոցեսները; բ) խուղակների առկայությունը; գ) տուբերկուլյոզային թարմ գրանուլեման:

70-ական թվականներից էնդոպրոթեզավորման համար սկսեցին կիրառել կորունդե կերամիկա, որը իր ֆիզիկոքիմիական հատկություններով ավելի կայուն է, ամուր և քիչ մաշելի:

Կորունդակերամիկային պրոթեզներով փոխարինում են հողերի, մասնավորապես կոնքազորային հողի, աճառային մակերեսները: Ժամանակի՝ մոտ 1-1.5 տարիների ընթացքում կերամիկական էնդոպրոթեզները փոխարինվելով նորագոյացած ոսկրային հյուսվածքով, կարծես ներ են աճում կոնքոսկրի մեջ: Պրոթեզի ցանկացած տեսակի ձևավորման հարմարավետությունը հեռանկարային է դարձնում կերամիկական պրոթեզների կիրառությունը վերականգնողական վիրաբուժության տարբեր ոլորտներում:

Վիրահատություններ փափուկ հյուսվածքների վրա

Վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում հաճախ անհրաժեշտ է լինում կատարել վիրահատություններ մկանների, ջլերի և փակեղների վրա: Առավել տարածված են հետևյալ միջամտությունները՝

1. Կարում:
2. Ջլերի պլաստիկա:
3. Միոլիզ և տենոլիզ՝ մկանների և ջլերի ազատում տարատեսակ, հաճախ սպիական, կպումներից: Այդպիսի վիրահատություն հաճախակի ստիպված են լինում կատարել ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքների ժամանակ քառազուլիս մկանի երկարատև անշարժացումից հետո առաջացած այդ մկանի միջին փորիկի սպիական կպման դեպքերում:
4. Միոտոմիա և տենոտոմիա՝ մկանի և ջլի հատում: Մկանների հատման վիրահատությունը լայն կիրառում են հողերի կոնտրակտուրաների դեպքում. օրինակ՝ ազդրի առբերող մկանի միոտոմիա կոնքազորային հողում առբերող կոնտրակտուրայի ժամանակ:
5. Ֆասցիոտոմիա՝ փակեղի, հաճախակի Z-ձև հատում այն երկարացնելու նպատակով, օրինակ՝ ծնկան հողի ծալիչ կոնտրակտուրաների դեպքում, ստորին վերջույթների սպաստիկ պարալիչների դեպքում և այլն.:
6. Տենոդեզ՝ ջլի ֆիքսացիան վելնոսկրին կամ ոսկրին:
7. Վիրահատություններ մկանների և ջլերի վրա՝ մկանների և ջլերի երկարացում, կարճացում, տեղափոխում և այլն.:
8. Վիրահատություններ ինչպես կենտրոնական, այնպես էլ պերիֆերիկ նյարդային համակարգի վրա: Հաճախ, հատկապես սպաստիկ պարալիչների դեպքում, կատարում են նյարդային ճյուղերի հատում՝ ներոտոմիա, իսկ նյարդի վնասման դեպքերում՝ դրանց վերստուգում և նյարդային ցողունների ազատում սպիերից ու կպումներից՝ ներոլիզ:

9. Մաշկային պլաստիկա: Թարմ վերքերը և գրանուլացվող վերքային մակերեսները փակելու համար կիրառում են մաշկի փոխպատվաստում տարբեր եղանակներով: Մաշկային պլաստիկայի առավել տարածված եղանակներից են հանդիսանում. ա) վերքին մոտ գտնվող տեղային մաշկային ծածկույթների օգտագործումը՝ մաշկը թուլացնող կտրվածքներից հետո դրա ծայրերի մոտեցում, մաշկային լաթերի տեղափոխում և այլն.; բ) վերքից հեռու գտնվող ենթամաշկային բջջանքով մաշկի օգտագործումը՝ («իտալական պլաստիկա» կամ պլաստիկա սնուցող ոտիկի վրա, սուր, թափառող, մաշկային ցողուն ըստ Ֆիլատովի); գ) մաշկային ազատ պլաստիկան, այսինքն վերքային դեֆեկտի փակում մաշկով, որը բարակ շերտով առանց ճարպային բջջանքի վերցվել է վերքից ավելի հեռու գտնվող շրջանից:

Մաշկային ազատ պլաստիկայի համար օգտվում են տարբեր եղանակներից: Առավել տարածված է տարբեր դերմատոմների կիրառությունը, որոնք հնարավորություն են տալիս մաշկը վերցնել անհրաժեշտ հաստության՝ մինչև 1 մմ: Պատվաստված մաշկի կտորի լավ սերտաճման համար, որը հնարավոր է միայն վերքային մակերեսին դրա սերտորեն հպման դեպքում, կտորը մեխանիկորեն ծակոտում են կամ վերցված մաշկային կտորի վրա վիրադանակով բացում թափանցող անցքեր, առաջացնելով »կտոր-մաղ«: Այդ անցքերից վերքային պարունակությունը դուրս է գալիս վիրակապի մեջ և դրանով կանխվում է մաշկի կտորի շերտազատումը:

Երբ կան վերքային մեծ մակերեսներ կամ նախկինում արդեն կատարվել է մաշկային պլաստիկա և սեփական մաշկի ռեզերվները սպառվել են, մաշկային պլաստիկայի են դիմում մաշկով, որը վերցվել է դիակից և պահվել ֆիզիկական և քիմիական տարբեր պայմաններում: Անհրաժեշտ է նշել, որ դիակից պատվաստված մաշկային կտորը դեռևս հյուսվածքային անհամատեղելիության հետևանքով սովորաբար չի կաշում: Սակայն դեֆեկտի փակելը հոմոմաշկով պահպանում է մաշկային մակերեսը վարակից, խոչնդոտում վերքից հեղուկի առատ արտաքիրտը, իսկ պատվաստված հոմոպլաստիկ մաշկային կտորը հանդիսանում է յուրատեսակ լավ կենսաբանական խթանիչ, որի տակ ավելի արագ է գնում էպիթելիզացիան:

Ջերմության և ցրտի բուժական կիրառումը

Ջերմության և ցրտի ազդեցության տակ առաջանում են ֆիզիոլոգիական նկատելի և չափելի րեակցիաներ, որոնք ցուցաբերում են բուժական արդյունք: Գոյություն ունեն ջերմության և ցրտի միջոցով բուժման տարբեր եղանակներ և շտապ օգնության բժիշկը պարտավոր է իմանալ դրանցից առավել լայն կիրառվողների ցուցումները: Ջերմության և ցրտի ազդեցության տարբերությունը և նմանությունը կայանում է նրանում, որ ջերմությունը ուժեղացնում է արյան հոսքը, իսկ ցուրտը դանդաղեցնում այն: Ջերմությունը ուժեղացնում է բորբոքային րեակցիան, որը կարող է օգտակար լինել պաթոլոգիական պրոցեսի որոշ փուլերում: Իսկ ցուրտ նվազեցնում է բորբոքային րեակցիան: Ջերմությունը նպաստում է բորբոքային այտուցի ավելացմանը, իսկ ցուրտը խոչնդոտում է դրա զարգացումը: Հայտնի է, որ ջերմությունը ավելացնում է արյունազեղման ծավալը, հատկապես վնասվածքից հետո, իսկ ցուրտը՝ նվազեցնում այն: Հետաքրքրական է, որ թե ցուրտը և թե ջերմությունը նվազեցնում են մկանային սպազմը և ցավը:

Կոնքազդրային և բազկային հոդերի վնասվածքներով հիվանդների մոտ ջերմության և հոդում պասիվ շարժումների կոմբինացված կիրառման դեպքում նշվում է զգալի բարելավում: Կարելի է երկարացնել բուժական ազդեցությունը, եթե ջերմությունը զուգակցել ձգման հետ: Միայն ջերմության կիրառման դեպքում ստուգիչ և ջերմության ազդեցությանը ենթարկված

հիվանդների խմբերի միջև էական տարբերություն չի նկատվում: Ինչպես ջերմության, այնպես էլ ցրտի թափանցման համար դրանց ազդեցությունը պետք է տևի 20 րոպեից ոչ պակաս:

Հոդերի դեգեներատիվ հիվանդությունների դեպքում ջերմությունը կիրառում են երկրորդային մկանային սպազմի հետևանքով առաջացած ցավը վերացնելու նպատակով: Եթե հոդը շրջապատված է փափուկ հյուսվածքների զգալի զանգվածով, միակ արդյունավետ միջոցը հանդիսանում է ուլտրաձայնը: Այնուամենայնիվ և դիաթերմիան, և ուլտրաձայնը կարող են ուժեղացնել ցավային ախտանիշը բազկաթիակային պերիարթրիտով հիվանդների մոտ, հատկապես սուր փուլում, երբ ուժեղանում են հոդային պատիճի ձգումը, ցավոտությունը և հոդի սուր ցավերը:

Վնասվածքից հետո սուր փուլում ցավը ավելի արագ կմեղմանա, եթե վնասվածքի օջախի վրա դնեն սառույցով պարկ կամ կատարեն «սառցային» մերսում: Ենթասուր փուլում ընդունելի է ջերմացնող լամպի կամ ջերմակի փափուկ մակերեսային ջերմությունը: Ընտրության եղանակ կարող են լինել նաև միկրոալիքային բուժումը կամ ուլտրաձայնը:

Համանմանորեն բուրսիտներով հիվանդների մոտ հոդային պատիճի սուր բորբոքումը և գերձգումը առաջացնում են ցավ, որը հանդիսանում է ջերմության կիրառման հակացուցում: Պրոցեսի հետզարգացման դեպքում, երբ բորբոքման փուլը նահանջում է, նախընտրելի է բուժումը ցրտի և մակերեսային ջերմության միջոցով:

Հոդի վնասվածքը սկսում են բուժել դնելով սառույցով պարկ՝ այտուցը և արյունահոսությունը նվազեցնելու նպատակով: Հետագայում նախընտրելի է կիրառել ստորջրյա մերսումներ տաք վաննայում: Խրոնիկական ցավերով ուղեկցվող պատվածքների դեպքում բուժման լավագույն ձևը կլինի ուլտրաձայնը:

Ողնաշարի պարանոցային և գոտկային հատվածների դեգեներատիվ հիվանդությունների դեպքում ուլտրաձայնի տեսքով ջերմությունը հանդիսանում է բուժման օպտիմալ եղանակ: Միջոդային սկավառակի ճողվածքով և երկրորդային մկանային սպազմով հիվանդի բուժման օպտիմալ եղանակ է համարվում մակերեսային ջերմությունը կամ կարճ ալիքային դիաթերմիան:

Հիպերբարիկ օքսիգենացիա

Հիպերբարիկ օքսիգենացիան դա բարձր ճնշման տակ թթվածնով բուժումն է: Օրգանիզմի առավել ծանր վնասվածքները, որպես կանոն, ուղեկցվում են հիպոքսիայով, այդ պատճառով հյուսվածքների թթվածնային քաղցի վերացումը նպաստում է ոչ միայն հիվանդի վերջույթների պահպանման, այլև նրա կյանքի համար տարվող պայքարին: Հատկապես էֆեկտիվ է հիպերբարիկ օքսիգենացիայի կիրառումը վնասվածքային շոկի և չհատուցված արյան կորստից զարգացող հիպօքսիան վերացնելու համար:

Հիպերբարիկ օքսիգենացիան ցուցված է թթվածնային սուր և խրոնիկական անբավարարության բոլոր դեպքերում: Հեռանկարային է հիպերբարիկ օքսիգենացիայի կիրառումը անաէրոբ վարակի և ուղեղի այտուցի դեպքում:

Հիպերբարիկ օքսիգենացիան անց է կացվում բարոխցիկի մեջ: Գոյություն ունի բարոխցիկի երկու հիմնական տեսակ՝ միտեղանի և բազմատեղանի: Բազմատեղանի բարոխցիկները բաղկացած են երկու կամ երեք մեկուսախուցերից, որոնցից մեկը օգտագործվում է որպես անցախուց, որը հնարավորություն է տալիս ցանկացած ժամանակ մտնել և դուրս գալ հիմնական խուցից: Գազային միջավայր է հանդիսանում օդը, իսկ թթվածինը շնչելու համար տրվում է դիմակով:

Գոյություն ունեն նաև վիրահատական բարոխցիկներ, որոնք թույլ են տալիս կատարել ցանկացած վիրահատություն: Բարոկամերաներում աշխատելիս անհրաժեշտ է խստորեն

պահպանել մի շարք դրույթներ, որոնք վերաբերվում են ինչպես սարքավորմանը, այնպես էլ անձնակազմի վարքի կանոններին: Հիպերբարիկ օքսիգենացիայի ժամանակ հնարավոր են բարդություններ, որոնք կարող են ունենալ սուր և խրոնիկական ընթացք: Սուր թունավորումը առաջանում է թթվածնի բարձր՝ 3 ատմ. ավել ճնշման դեպքում: Այդ ժամանակ վնասվում է ԿՆՀ: Խրոնիկական թթվածնային թունավորումը կարող է զարգանալ թթվածնի երկարատև ազդեցության դեպքում, որը նպաստում է թոքերում պաթոլոգիական փոփոխությունների առաջացմանը:

Բուժման ֆիզիկական եղանակներ

Խանգարված ֆունկցիաների վերականգնման հարցում մեծ նշանակություն ունի բուժման ֆիզիկական եղանակների ժամանակին և լայն կիրառումը: Ներկայումս վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում կիրառվում է ֆիզիոթերապիայի մի շարք եղանակներ՝ էլեկտրա- և լուսաբուժում, ջերմային և ջրային պրոցեդուրաներ, ցեխա- և պարաֆինաբուժում, մերսում և բուժական մարմնամարզություն՝ մեխանոթերապիայի և աշխատաթերապիայի էլեմենտներով: Բուժման ֆիզիկական եղանակների մասին տեղեկությունները բերվում են հատուկ դասագրքերում, այստեղ նշվում են դրանցից մի քանիսը:

Մ ե ր ս ու մ ը ցուցաբերում է բարենպաստ ազդեցություն, բարելավելով հյուսվածքներում արյան շրջանառությունը և տեղային նյութափոխանակությունը: Բացի այդ, մերսումը բարձրացնում է հյուսվածքների տոնուսը, մկանների կծկողականությունը և նվազեցնում պերիֆերիկ նյարդային համակարգի գրգռողականությունը: Մերսման տեխնիկան իր մեջ ընդգրկում է վեց հիմնական վարժաձև՝ ճնշում, շոյում, շփում, փափկեցում, բախում և վիբրացիա: Որպես կանոն, մերսող շարժումները կատարում են կենտրոնական ուղղությամբ; այդ ժամանակ մեծ նշանակություն ունի վերջույթների ճիշտ դիրքը: Այսպես, մեջքի մերսման դեպքում հիվանդի ստորին վերջույթների մկանները անպայման պետք է լինեն հավասար լարված՝ միջին ֆիզիոլոգիական կամ դրան մոտ դիրքում, կամ թուլացած:

Մերսման հակացուցումներ են հանդիսանում մաշկի հիվանդությունները՝ թարախային ախտահարումները, էկզեման, ֆլեբիտները, երակների վարիկոզ լայնացումը, հոդերի բորբոքային հիվանդությունները: Ծերունական տարիքում մերսումը սահմանափակվում է աթերոսկլերոզի առկայության դեպքում:

Բ ու ժ ա կ ա ն մ ա ր մ ն ա մ ա ր գ ու թ յ ու ն ը բուժական կամ կանխարգելիչ նպատակով կատարվող վարժությունների համակարգ է: Բուժական մարմնամարզության մեջ տարբերում են՝ 1) պասիվ շարժումներ; 2) ակտիվ շարժումներ առանց դիմադրության; 3) օժանդակ շարժումներ; 4) շարժումներ դիմադրությունով:

Պասիվ շարժումները և մեխանոթերապիան կիրառում են հոդերի մի շարք վնասվածքների հետևանքների և հատկապես կոնտրակտուրաների բուժման ժամանակ: Պասիվ շարժումները բարելավում են հյուսվածքների արյան և ավշի տեղային շրջանառությունը, հոդերի շարժումները, բարձրացնում կապանների ու ջլերի առաձգականությունը:

Ակտիվ առանց դիմադրության շարժումները ունեն մեծ նշանակություն վնասվածքների հետևանքների և հետվիրահատական շրջանի բուժման մեջ:

Օժանդակ շարժումները հատկապես անհրաժեշտ են լինում առանձին մկանների պարալիչների դեպքում, երբ մասնագետի ձեռքերի կամ պահող ճախարակների համակարգի օգնությամբ ստիպված են լինում «օգնել» վերջույթին:

Դիմադրությունով շարժումները կարևոր են մկանները ամրացնելու համար: Հաճախակի այդ նպատակների համար կիրառում են մեխանոթերապիայի համար օգտագործվող

ճոճանակաձև սարքը, որի վրա ամրացվում է հակասահող հարմարանք դիմադրություն ապահովելու համար:

Աշխատանքով բուժումը վերջին ժամանակներս մեծ տեղ է զբաղեցնում: Աշխատաբուժումը կարելի է կատարել օրական 4-6 ժամերի ընթացքում: Վերջույթի այս կան այն հողի ֆունկցիան վերականգնելու ընթացքում որոշակի ունակությունների ձեռքբերմանը ուղղված աշխատաբուժման ճիշտ ընտրված պրոցեսները բերում են գերազանց արդյունքների՝ պակասեցնելով վերջույթի ֆունկցիայի վերականգնման համար անհրաժեշտ ժամանակը: Հիվանդը տեսնում է իր աշխատանքի նպատակը՝ ծեփագործություն, կար, խալիների արտադրություն և այլն., շնորհիվ դրան ակտիվ աշխատում է, զարգացնելով վնասված վերջույթի կամ օրգանի ֆունկցիան:

Էլեկտրաբուժումը դա գալվանական և ֆարադեական հոսանքների կիրառումն է որպես մկանների մարզման եղանակ՝ թույլ է տալիս մեկուսացված ազդել առանձին մկանների և դրանց խմբի վրա: Ֆարադիզացիան սովորաբար կիրառում են մկանների թուլության, հատկապես թորշումած պարալիչների դեպքում: Գալվանական՝ ընդհատվող հոսանքները օգտագործվում են շարժողական և զգայական խանգարումների դեպքում, իսկ գալվանական անընդհատ հոսանքը ունի հանգստացնող և ցավազրկող ազդեցություն ներիտների և ներալգիաների ժամանակ:

ԳԲՀ - բուժումը գերբարձր հաճախականության հոսանքների ջերմային ազդեցությունն է խորանիստ հյուսվածքների և օրգանների վրա:

Ջերմային պրոցեսները լինում են խոնավ և չոր: Չոր ջերմությանն են դասվում չորօդային լոզանքները, տաքացված ավազով պարկիկները: Խոնավ ջերմային պրոցեսներն են հանդիսանում կոմպրեսները:

Բալնոթերապիա: Առավել լայն տարածում են գտել ռադոնային և ծծմբաջրածնային լոզանքները, հատկապես հողերի և ողնաշարի հիվանդությունների ժամանակ: Բալնոթերապիան, ինչպես և կլիմայաբուժումը, ֆիզիոթերապևտիկ այլ եղանակների հետ համակցված հանդիսանում է մի շարք հիվանդությունների կոնսերվատիվ բուժման և վնասվածքից հետո ֆունկցիաների վերականգնման հիմքը:

Ռենտգենոթերապիա՝ ռենտգենյան ճառագայթների ազդեցությունն է փափուկ հյուսվածքների բորբոքային պրոցեսի վրա, պերիֆերիկ նյարդերի ներդրման հետ կապված ցավերի ժամանակ՝ ռենտգենոթերապիա ռադիկուլյար ցավերի դեպքում: Որոշ հիվանդությունների ժամանակ ռենտգենոթերապիան կիրառվում է որպես ներծծմանը նպաստող բուժում, օրինակ՝ բազկային հողի կրակալված բուրսիտի, կրնկախթանների դեպքում: Մակայն բուժման այս եղանակը պահանջում է խիստ ցուցումներ, դոզավորում և վերահսկում:

Էլեկտրախթանումը կիրառվում է ոսկրերի կոտրվածքների սերտաճման պրոցեսները խթանելու համար: Այն իրականացվում է դեպի կոտրվածքի շրջան բերված էլեկտրոդներով տրվող էլեկտրական թույլ հոսանքի օգնությամբ: Կիրառում են ցածր հաճախականությամբ իմպուլսիվ էլեկտրական հոսանքներ: Վիրահատության ժամանակ կոտրվածքի շրջանում ներ են դնում բարակ մետաղալարեր չժանգոտվող մետաղից, իսկ երկրորդ՝ դրական էլեկտրոդը ամրացնում մաշկի վրա: Հիվանդին հիվանդասենյակ տեղափոխելուց հետո էլեկտրոդները միացնում են հատուկ սարքին: Էլեկտրախթանման տևողությունը թարմ կոտրվածքների դեպքում կազմում է 2-3 շաբաթ (հոսանքի ուժը մինչև 20 մԱ), երկարատև չսերտաճման դեպքում՝ 4-5 շաբաթ (հոսանքի ուժը մինչև 50 մԱ):

Ապացուցված է համարվում կոմպրեսիոն սարքի աղեղներին միացվող էլեկտրական անընդհատ հոսանքի մանրէաստատիկ ազդեցությունը: Կախված կիրառվող հոսանքի ուժից՝ 5-ից մինչև 30 մկԱ, մահանում են տարբեր միկրոօրգանիզմներ, օրինակ՝ ստրեպտոկոկերը և

ստաֆիլոկոկերը 5-15 մկԱ պայմաններում մահանում են մեկ օրվա ընթացքում; այդ նույն ժամկետներում մահանում են աղեքային ցուպիկը և կապտականաչավուն թարախային ցուպիկը 8-30 մկԱ հոսանքի ուժի պայմաններում:

Արհեստակառուցողական հիպոթերմիան անց են կացնում խիստ սահմանափակ շրջանի սառեցման նպատակով: Հիպոթերմիան բարձրացնում է հյուսվածքների կայունությունը թթվածնային քաղցի հանդեպ, նվազեցնում դրանցում ընթացող փոխանակային պրոցեսները, դադարեցնում բորբոքային երևույթների զարգացումը և պակասեցնում դրանք: Ցրտի աղբյուր են հանդիսանում. 1) հեղուկ ջերմակրողները՝ ջուր, ջրասպիրտային լուծույթ, ֆուրացիլին, կալցիումի քլորիդի լուծույթ; 2) գազերը՝ օդ; 3) ցրտի գեներատորները՝ թերմոէլեմենտներ: Ջերմակրողը տեղադրվում է անմիջապես սառեցմանը ենթակա շրջանի վրա կամ շրջանառում է տարբեր սարքերի միջով՝ գոտի, խողովակ, զոնդ-բալոն, գանգուղեղային հիպոթերմիայի սարք և այլն.: Առավել հաճախ տեղային հիպոթերմիայի նպատակով կիրառում են »Հիպոթերմ-3« սերիական սարքը:

Տեղային հիպոթերմիան լայն տարածում է ստացել գանգուղեղային վնասվածքի և ողնուղեղի վնասման դեպքում:

Սովորաբար տեղային հիպոթերմիայի համար 2 ժամերի ընթացքում կիրառվում է 5-ից մինչև 18 °C ջերմաստիճան: Հնարավոր է հիպոթերմիայի կիրառումը մեկ օրյա ընդմիջումներով:

Գերցածր ջերմաստիճանային տեղային հիպոթերմիան օրթոպեդիայում կիրառվում է ոսկրային ուռուցքների բուժման, հոդերի հյուսվածքների վրա ազդեցության և միջոցային դեգեներատիվ փոփոխված սկավառակների վրա միջամտությունների դեպքում:

Ասեղնաբուժությունը վնասվածքաբանական բուժական գործունեության մեջ կայանում է ակուպունկտուրայի կետեր կոչվող մարմնի որոշակի հատվածների գրգռման մեջ: Գրգռման եղանակներն են՝ ասեղով ծակում, ջերմային կամ քիմիական այրում, ազդեցություն էլեկտրական հոսանքով և այլն.: Ակուպունկտուրայի կիրառվող կետերը հաճախ տեղակայված են լինում վնասված օրգանից հեռու:

Ասեղնաբուժությունը հիմնականում ուղղված է ցավերի վերացմանը: Վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում անզգայացման նպատակով ասեղնաբուժությունը սովորաբար սկսում են վիրահատությունից մեկ օր հետո: Օգտագործում են վիրահատական միջամտության գոտով անցնող ուղու կետորը, ինչպես նաև վիրահատական վերքին մոտ գտնվող »տեղային« կետերը: Մի շարք հիվանդների մոտ ազդում են մյուս վերջույթի, սակայն ցավերի շրջանին սիմետրիկ կետերի վրա: Հիվանդները ասեղնաբուժության սեանսի և դրանից հետո մոտակա 3-4 ժամերի ընթացքում նշում են քնկոտություն, ցավերի մեղմացում:

Մագնիսոթերապիա՝ տարբեր լարում ունեցող էլեկտրամագնիսական դաշտերի կիրառում: Մագնիսական դաշտի կիրառումը ունի ցավազրկող և ներծծող ազդեցություն, ինչպես նաև բարձրացնում է նյութափոխանակության և իմուն բեակցիաների ինտենսիվությունը: Էլեկտրամագնիսական դաշտը նաև խթանում է ոսկրային հյուսվածքի վերականգնումը երկարատև չսերտաճող կոտրվածքների և կեղծ հոդերի դեպքում:

Վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում էլեկտրամագնիսական դաշտերը լայն կիրառություն են գտել նաև բազկաթիակային պերիարթրիտների, կապանային համակարգի վնասումների դեպքում և այլն.:

Լազերային սարքերը ևս բուժական նպատակով կիրառվում են վնասվածքաբանության մեջ և օրթոպեդիայում: Հաճախ օգտագործում են տարբեր տիպերի ցածր լարվածություն ունեցող հեղիում-նեոնային լազերներ, որոնք արձակում են մոնոքրոմատիկ բևեռացված 630-670 նմ ալիքի երկարությամբ լույս: Լազերի ճառագայթումը ունի ընդհանուր

անոթալայնիչ և հակաբորբոքիչ ազդեցություն: Ճառագայթման խթանող ազդեցության առավել էֆեկտը նշվում է 3-րդից 17-րդ օրը:

Նշվում է հելիում-նեոնային լազերի ճառագայթների դրական ազդեցությունը վերքային և խոցային պրոցեսների ընթացքի վրա: Դեֆորմացնող արթրոզի, օստեոխոնդրոզի և օրթոպեդիկ այլ հիվանդությունների դեպքում մեղմանում է ցավային համախտանիշը, վերանում այտուցվածությունը: Կոտրվածքների ժամանակ նշվում է ոսկրային հյուսվածքի վերականգնման ակտիվացում, հատկապես դանդաղած սերտաճման դեպքում:

Գլուխ 5

ՈՍԿՐԱՅԻՆ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔԻ ՌԵԳԵՆԵՐԱՑԻԱՆ ԵՎ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐԻ ՍԵՐՏԱՃՈՒՄԸ

ԹԿի-ի տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է կյանքի ուրբանիզացիայով, բնակչության արդյունաբերական գործունեության աճով, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային

Ա ն ա տ ո մ ի ա յ ի հ ի մ ու ն ք ն ե ը ը :

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի զ մ ը :

Ա խ տ ո ը ո շ ու մ ը :

Բ ու ժ ու մ ը :

Գլուխ 6

ՓԱՓՈՒԿ ՀՅՈՒՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Սալջարդներ

Սալջարդը դա մեխանիկական ազդակի հետևանքով առաջացող հյուսվածքների և օրգանների փակ վնասումն է, որը չի ուղեկցվում տեսանելի անատոմիական խանգարումներով: Սալջարդի ժամանակ հյուսվածքների վնասման բնույթը և աստիճանը կախված են վնասող գործոնի տեսակից, վնասման ուժից և ախտահարման մակերեսից:

Սալջարդի ժամանակ առավել բնորոշ փոփոխություններ դիտվում են փոքր տրամագծի արյունունատար և ավշային անոթների կողմից: Առաջանում է անոթների վնասում՝ հետագա հյուսվածքային արյունազեղումներով: Արյունազեղումները կարող են լինել զանազան մեծության՝ սկսած մանր կետայիններից, մինչև մեծ ներհյուսվածքային խոռոչային կուտակումներ՝ հեմատոմաներ: Հեմատոմաների մեծությունը կախված է վնասված անոթի տրամագծից և տվյալ հատվածի հյուսվածքների էլաստիկությունից:

Սալջարդի կլինիկական նշաններն են ցավը, այտուցվածությունը, հեմատոման, ֆունկցիայի սահմանափակումը և խանգարումը: Ցավը կարող է լինել տարբեր ինտենսիվության և պայմանավորված է ինչպես վնասող գործոնի բնույթով և ազդեցության տևողությամբ, այնպես էլ վնասման ենթարկված հատվածի անատոմիական առանձնահատկություններով:

Ցավերը առավել արտահայտված են լինում, երբ առկա է նյարդերի կամ նյարդային վերջույթների ճնշում հեմատոմայով, կամ մեծ նյարդաբանատների փակ վնասումներ: Վերջույթների այն սեզմենտների վնասումները, որոնք ունեն պիրկ, քիչ շարժուն փակեղներ, ուղեկցվում են ուժեղ ցավային ախտանիշով, հատկապես հետվնասվածքային այտուցի զարգացման պայմաններում: Հեմատոմայի առկայության դեպքում նկատվում է ֆյուլկտուացիոի ախտանիշ:

Ծանր սալջարդների ժամանակ դիտվում է մաշկի շերտազատում ստորադիր հյուսվածքներից, արյան և ավշի երթամաշկային կուտակումների առաջացմամբ:

Մաշկի շերտազատմամբ ուղեկցվող հեմատոմաները կարող են բերել հյուսվածքների մեռուկացման և ինֆեկցիոն բարդությունների: Պետք է հաշվի առնել նաև սեզմանտներում

միջմկանային հեմատոմաների առաջացման հավանականությունը: Այսպես ազդրային սեզմենտի շրջագծի 1 սմ մեծացումը համապատասխանում է մինչև 500 մլ ծավալով միջմկանային հեմատոմային:

Աճող միջմկանային հեմատոմաները վտանգավոր են նյարդերի և արյունատար անոթների երկրորդային ճնշման հավանականությամբ: Այդ առումով առավել ցուցադրական կարող է համարվել նախաբազկի վնասումների ժամանակ Ֆոլկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրայի զարգացումը:

Ուռածությունը սալջարդի ժամանակ պայմանավորված է անոթային հունից դուրս եկած արյան և ավշի ներծծումով դեպի հյուսվածքներ կամ վնասվածքային այտուցով: Ուռածության մեծությունը պայմանավորված է վնասված մասում փուխը ենթամաշկային ճարպաշերտի առկայությամբ: Պրոցեսի զարգացման մասին կարելի է դատել վերջույթի սիմետրիկ սեզմենտի շրջագծի չափման միջոցով:

Հոդերի կապանա-պարկային համակարգի վնասումներ

Տարբերում են հոդերի կապանային համակարգի հետևյալ առավել բնորոշ վնասումներ. գերձգում, մասնակի կամ լրիվ վնասում (պատռվածք):

Հոդերի կապանա-պարկային համակարգի վնասման մեխանիզմը նույնն է ինչ որ հոդախախտերի ժամանակ: Սակայն գերձգումները ուղեկցվում են հոդամակերեսների իրարից ժամանակավոր հեռացումով, կապանները չափազանց կարճ ժամանակահատվածում ձգվում են և վերադառնում սկզբնական դիրքին: Մեծ ուժի դեպքում կարող է առաջանալ կապանի մասնակի վնասում կամ վերջինիս պոկում ոսկրից:

Կապանա-պարկային համակարգի վնասումները կարող են լինել տարբեր աստիճանի՝ կապանների գերձգումից մինչև կապանապարկային համակարգի լրիվ վնասումներ (հոդապարկի պատռվածք, կապանի պոկում):

Կապանա-պարկային համակարգի ամենածանր վնասումները սովորաբար դիտվում են հոդախախտերի ժամանակ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Կապանա-պարկային համակարգի վնասման պատկերը կազմվում է հոդի շրջանում այտուցից, (ինչը արյունա- և ավշազեղման հետևանք է), ցավից և հոդի ֆունկցիայի խանգարումից: Ցավը սովորաբար լինում է արտահայտված վնասման պահին, այնուհետև համեմատաբար արագ թուլանում է և անհանգստացնում է շարժումների ժամանակ: Երբեմն վնասումները ուղեկցվում են հեմարթրոզով: Ընդհանուր առմամբ վնասման կլինիկական պատկերը նման է սալջարդին:

Տ ա ր բ ե ր ա կ ի չ ա խ տ ո ր ո շ մ ա ն համար նշանակություն ունի վնասվածքի մեխանիզմի պարզումը: Կապանա-պարկային համակարգի վնասումների կլինիկայում կարևորվում է վնասված կապանի լարվածության ժամանակ առաջացող ցավը, ինչը և տարբերում է այն սալջարդից: Երբեմն դիտվում է հոդի նորմալից դուրս շարժունակություն (այս ախտանիշը, հատկապես թարմ վնասվածքների ժամանակ, պետք է որոշել խիստ զգուշությամբ): Բնորոշ է, որ կապանի լարվածության ժամանակ արտահայտված ցավը լինում է ավելի ուժեղ, քան անատոմիական նորմալի սահմաններում կատարվող շարժումների ժամանակ:

Հեմարթրոզով կամ լայնածավալ ներհյուսվածքային արյունազեղումներով ուղեկցվող դեպքերում ներ և հարհոդային ոսկրային վնասումների բացառման համար, անհրաժեշտ է հոդի ռենտգենյան հետազոտություն:

Բ ու ժ ու մ ր : Հոդի կապանների վնասումների ժամանակ անհրաժեշտ է ապահովել հանգիստ (կարճաժամկետ գիպսային լոնգետ, կամ արյունազեղման բացակայության դեպքում՝

փափուկ ֆիքսող կապ): Լավ ցավագրկող ազդեցություն են թողնում վնասված կապանային համակարգի նովոկայինային բլոկադաները: Վնասման առաջին օրը ցուցված է սառը, այնուհետև նշանակում են տաքացնող միջոցառումներ, ֆիզիոթերապիա, բուժական ֆիզկուլտուրա:

Հոդերի կապանների լրիվ ընդհատումով ուղեկցվող վնասումները պահանջում են հուսալի անշարժացում (շրջաձև գիպսակապով կամ տուտորով): Անշարժացումն իրականացվում է դեպի վնասված կապանի կողմ առավելագույն գերուղման դիրքում, 4-6 շաբաթ ժամկետով: Կոնսերվատիվ բուժման անարդյունավետության դեպքում, խոշոր հոդերի կապանների վերականգնման համար ցուցված է վիրահատական բուժում:

Գ Լ ու ի խ 7

Ջ Լ Ե Ր Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Ջլերի վնասումները կարող են լինել բաց և փակ: Փակ, այսինքն առանց մաշկի վնասման, վնասումները կոչվում են ենթամաշկային: Սրանք բնորոշ են տարածիչ ջլերի համար:

Ջլի ենթամաշկային վնասումը կարող է առաջանալ կտրուկ մկանային կծկման կամ բուք առարկայով հարվածի արդյունքում:

Ջլերի բաց վնասումները հաճախ հանդիպում են կտրած և կոտորած վերքերի ժամանակ: Այս դեպքերում ջլերի վնասումները կարող են համակցվել ոսկրերի, անոթների և նյարդերի վնասումներով:

Ջլի ամբողջական վնասման դեպքում նրա մկանային պրոքսիմալ ծայրը սահում է մկանի ուղղությամբ դեպի հետ: Ժամանակի ընթացքում նրա վրա առաջանում է հաստացում, որը ոչ հազվադեպ սերտաճում է ջլաբունոցի հետ:

Ջլի վնասումն ախտորոշվում է հիմնվելով համապատասխան մկանի ֆունկցիայի խանգարման, նրա շրջանում դեֆորմացիայի հիման վրա: Այսպես՝ ձեռնաթաթի մատերի խորանիստ ծալիչ ջլի վնասման դեպքում բացակայում է վերջնային ֆալանգի ակտիվ ծալումը: Մակերեսային և խորանիստ ջլերի համակցված վնասման ժամանակ բացակայում է ինչպես վերջնային, այնպես էլ միջային ֆալանգի ակտիվ ծալումը: Միևնույն ժամանակ նախադաստակ-մատնային հոդում ակտիվ ծալումը լինում է հնարավոր՝ շնորհիվ որդանման և միջոսկրային մկանների ֆունկցիայի: Անհրաժեշտ է հիշել, որ մակերեսային ծալիչ ջլի վնասման դեպքում մատի ֆունկցիան պահպանված է լինում ի հաշիվ խորանիստ ծալիչ ջլի: Մատի տարածիչ ջլի վնասումը բերում է եղնգային ֆալանգի ակտիվ տարածման սահմանափակման կամ բացակայության, ընդ որում, մատը ստանում է բնորոշ “մուրճանման տեսք”:

Ջլի լրիվ վնասման ժամանակ մկանի ֆունկցիայի վերականգնումն իրականացվում է ջլի կարումով ոսկրին կպման տեղում, կամ ջլի պլաստիկայի (տենոպլաստիկայի) միջոցով նոր տեղում, կամ ուղղակի ջլի ծայրերի միմյանց կարումով: Տակտիկան որոշվում է կախված վնասման տեղակայումից և մակարդակից, ինչպես նաև վնասումից անցած ժամանակից: Ավելի հաճախ վերականգնումն իրականացվում է ջլի ծայրերի միմյանց կարումով:

Ջլային կարերի տեսակները

Ջլի կարը պետք է համապատասխանի հետևյալ պահանջներին.

- լինի պարզ և հեշտ իրականացվող;
- ադապտացիայի վիճակում կայուն պահի ջլի ծայրերը և չբերի ջլի թելավորման;

- չհանդիսանա խոչընդոտ ջլաբնոցում սահող շարժումների համար;
- մինիմալ վնասի ջլի արյունամատակարարումը:

Առավել մեծ պահանջներ են ներկայացվում ձեռնաթաթի ջլաբունոցներում դրվող կարերին: Այդ գոտում դրված կարերը տալիս են ամենավատ արդյունքները, որոշ վիրաբույժների կողմից ձեռնաթաթի ջլաբունոցները կոչվում են «մեռած» կամ կրիտիկական գոտիներ:

Ծալիչ ջլերի վրա դրվող կարերը կարելի է բաժանել երեք խմբի. 1) ներցողունային չհեռացվող ադապտացիոն կարեր, 2) պրոքսիմալ արգելակող կարեր և ջլերի տրանսֆիքսացիա, 3) ջլերի հեռացվող կարեր:

Ջլերի ներցողունային չհեռացվող ադապտացիոն կարեր:

Այս դեպքերում համարյա ողջ կարը անցնում է ջլի ներսով: Արտաքինից կարը մնում է միայն ներծակման և արտածակման մասում: Որպես կարանյութ օգտագործվում է բարակ կապրոնից, լավսանից կամ մետաքսից թել: Կարի դրման համար օգտագործվում է ատրավմատիկ ասեղ:

Նկատելի ամրությամբ առանձնանում է Կյունեյի կարը: Նրա հիմնական թերությունը կայանում է նրանում, որ բերում է ջլի արյունամատակարարման կտրուկ խանգարման, ինչը վատ է անդրադառնում ռեգեներացիոն պրոցեսի վրա:

Նվազագույն տրավմատիկ ներցողունային կարերին է վերաբերվում Ռոզովի ձևափոխված կարը: Թելը լայնաձիգ անց են կացնում ջլի միջով: Այնուհետև երկու կողմերից լրացուցիչ ծակելով ջիլը, երկայնաձիգ ուղղությամբ թելը բերում են դեպի պատռված ծայրը: Թելերը, նմանապես անցկացնելով ջլի մյուս հատվածով, ձգվում և կարվում են: Ռոզովի կարը թույլ է տալիս լավ համատեղել վնասված ջլի եզրերը և չի խանգարում արյունամատակարարումը: Սակայն այս կարը մեծ ծանրաբեռնվածություն չի կարող տանել, հեշտությամբ պատռում է ջիլը: Այդ պատճառով այն նպատակահարմար է համատեղել պրոքսիմալ արգելակող կարի հետ:

Պրոքսիմալ արգելակող կարեր և ջլերի տրանսֆիքսացիա

Պրոքսիմալ արգելակող կարերի իմաստը դա սերտաճմանն անհրաժեշտ ժամանակահատվածում մկանի ձգման ուժի ժամանակավոր թուլացումն և ջլի վնասված հատվածի բեռնաթափումն է: Պրոքսիմալ արգելակող կարերը դրվում են վնասման գոտուց դուրս, մկանի հետ կապված հատվածում, իսկ ջլի սերտաճումից հետո հեռացվում են: Արգելակող կարն ըստ Բեննելի դրվում է երկու կանթերով, որոնք անցկացվում են ջլի պրոքսիմալ (մկանի հետ կապված) մասով: Թելերը մաշկի վրա են հանվում վնասված հատվածից դիստալ և ֆիքսվում ջլի առավելագույն լարված վիճակում կոճակի օգնությամբ: Կարի միջով անց է կացվում լրացուցիչ թել, որի օգնությամբ կարը հետագայում հեռացվում է: Ջլի սերտաճումից հետո արգելակող կարը կտրվում է կոճակից և հեռացվում վերոհիշյալ լրացուցիչ թելի միջոցով:

Ըստ Պուգաչովի արգելակող կարի ժամանակ, թելի կանթերը ջլի պրոքսիմալ, մկանի հետ կապված, հատվածի միջով անց են կացվում լայնաձիգ ուղղությամբ: Թելի եզրերը մաշկի վրա են հանվում տարբեր կողմերից և ֆիքսվում կոճակների օգնությամբ:

Տրանսֆիքսացիան, դա ջլի ժամանակավոր ֆիքսացիան է ոսկրի կամ փափուկ հյուսվածքների միջոցով: Այն ունի նույն նշանակությունը, ինչ արգելակող կարը: Տրանսֆիքսացիայի օրինակ կարող է հանդիսանալ Բստելի մեթոդը, որի ժամանակ սրսկման ասեղի միջոցով, ջլի պրոքսիմալ հատվածը ֆիքսվում է ոսկրին: Այդպիսով ստացվում է ջլի պատռման հատվածում լարվածության թուլացում: Ըստ Վրեդենի տրանսֆիքսացիայի ժամանակ լարվածության թուլացման հասնում են վնասվածքի երկու կողմերից մաշկի և ջլերի միջով անցկացված ասեղների շնորհիվ:

Պրոքսիմալ արգելակող կարերը և տրանսֆիքսացիան սովորաբար զագորդվում են ջլի վնասված ծայրերին դրվող ադապտացնող կարերով:

Ձ ւ ե ր ի հ ե ո ա ց վ ո ղ կ ա ր ե ր : Սրանք կարերի այն տեսակներն են, որոնք դրված են ջլերի վնասված ծայրերին և սերտաճումից հետո հեռացվում են: Հեռացվող ջլային կարերը, որպես կանոն, կատարում են ադապտացնող և արգելակող կարերի ֆունկցիա: Հեռացվող կարի համար օգտագործում են բարակ չներծծվող սինթետիկ կար:

Ըստ Բեննելի ջլային հեռացվող կարի ժամանակ, չներծծվող թելը անց են կացնում ջլի կենտրոնական ծայրով Կյունեյի մեթոդի նման: Այնուհետև թելերը ջլի կենտրոնական ծայրից անցնում են դիստալ և գնում ջլաթելերին զուգահեռ՝ իրարից որոշ հեռավորության վրա: Թելերի եզրերը հանում են մաշկի վրա ավելի դիստալ և ֆիքսում կոճակի օգնությամբ: Մկանային լարվածությունը ազդում է միայն կոճակի վրա, կարերը չեն ծանրաբեռնվում: Կարի կենտրոնական կանթի միջով անցնում է վերջինիս հեռացման համար նախատեսված թել, որը նույնպես հանվում է մաշկի վրա, ավելի պրոքսիմալ: Ջլի վնասման սերտաճումից հետո, կարը կոճակից հատում են և հեռացվում պրոքսիմալ, մաշկի վրա հանված, թելի օգնությամբ:

Այժմ ավելի հաճախ օգտագործում են կամ հեռացվող ջլային կարեր կամ ադապտացնող և արգելակող կարերի համակցությունը:

Ձեռքի մատերի ջլերի վնասման վերականգման առանձնահատկություններ:

Ե գ ր ա յ ի ն ֆ ա լ ա ն գ ի հ ա տ վ ա ծ ու մ մ ա տ ի խ ո ր ա հ ի ս տ ծ ա լ ի չ ջ լ ի վ ն ա ս ու մ : Այս դեպքում ջլի կարումը նպատակահարմար չէ: Ջլի դիստալ հատվածը հեռացնում են, պրոքսիմալը կարում եղնզային ֆալանգին: Մատի խորանիստ ծալիչ ջլի մեկուսացված վնասումները որոշ դեպքերում կարելի է չվերականգնել: Այդ դեպքերում իրականացվում է դիստալ միջֆալանգային հողի արթողեզ կամ տենոդեզ (ջլի դիստալ հատվածի ֆիքսում միջային ֆալանգին) եզրային ֆալանգի ծալման դիրքում:

Մ ա տ ի ջ լ ա բ ու ն ո ց ի ս ա հ մ ա ն ն եր ու մ եր կ ու ծ ա լ ի չ ջ լ եր ի վ ն ա ս ու մ : Մակերեսային ծալիչ ջիլը հեռացնում են, խորանիստը՝ կարում: Ափի, նախադաստակի և նախաբազկի շրջանում երկու վնասված ջիլն էլ վերականգնում են: Մատերի ծալիչ ջլերի կարումից հետո, դրվում է թիկնային գիպսային լոնգետ մինչև արմունկը, մատերի չափավոր ծալման վիճակում: Պասիվ շարժումները սկսում են ոչ շուտ, քան վիրահատությունից 7 օր անց, ակտիվ շարժումները՝ երեք շաբաթից: Եթե կիրառվել է արգելակող կար, ակտիվ շարժումները սկսելուց առաջ, այն հեռացվում է:

Ձ ե ո ք ի մ ա տ եր ի տ ա ր ա ծ ի չ ջ լ եր ի վ ն ա ս ու մ ը կարող է լինել ինչպես փակ (առանց մաշկի վնասման), այնպես էլ բաց: Փակ վնասումները ավելի հաճախ լինում են դիստալ միջֆալանգային հողի մակարդակի վրա: Այս դեպքերում, եթե վնասվածքից անցել է ոչ ավելի քան 10 օր, իրականացնում են կոնսերվատիվ բուժում: Մատի վրա դրվում է գիպսակապ դիստալ ֆալանգի առավելագույն տարածման դիրքում, կամ օգտագործվում են Ռոզովի բեկակալը:

Գիպսակապը կամ շինան համակցում են ֆալանգին պրոքսիմալ միջֆալանգային հողով դեպի միջային ֆալանգ անցնող շյուղով ֆիքսման հետ: Անշարժացումը տևում է 3-4 շաբաթ: Այնուհետև շյուղը հեռացվում է և սկսվում է հողում ակտիվ շարժումների վերականգնումը: Այն դեպքում, երբ գիպսակապը կամ շինան օգտագործում են առանց շյուղով ֆիքսացիա կիրառելու, անշարժացման ժամկետը երկարացնում են մինչև 6-8 շաբաթ: Կոնսերվատիվ թերապիայի անհաջողության դեպքում կիրառում են վիրահատական բուժում՝ ջլային համակարգի պլաստիկ տեղային հյուսվածքներով:

Մատերի տարածիչ ջրերի մյուս վնասումների ժամանակ ցուցված է վիրահատական բուժում: Պատոված ջիլը կարում են կամ 8-անման հեռացվող կարով կամ ադապտացնող չհեռացվող կարերով, կամ էլ (փակ վնասումների դեպքում) դուայլիկատուրայի տեսքով: Ադապտացիոն կարի վրա մկանային լարվածությամբ պայմանավորված ծանրաբեռնվածությունը տարածիչ ջրերի պարագայում մի քանի անգամ քիչ է, քան ծալիչ ջրերի վնասման ժամանակ: Այդ պատճառով տարածիչ ջրերի ադապտացիոն կարերը չեն համատեղվում արգելակող կարի հետ: Վիրահատությունից հետո 3 շաբաթ ժամկետով դրվում է ավալիս գիպսային լոնգետ:

Բազկի երկգլխանի մկանի ջրերի վնասումներ

Բազկի երկգլուխ մկանի ջրերի բաց վնասումները հանդիպում են կտրած և կոտորած վերքերի ժամանակ և համակցված են լինում այլ (մկանների, անոթների, ներվերի, ոսկերեքի) վնասումների հետ: Վնասված ջրերը վերականգնվում են առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ, չհեռացվող ադապտացնող կարերից մեկով: Վիրահատությունից հետո դրվում է գիպսային լոնգետ՝ առողջ կողմի թիակից մինչև ճաճանչաստակային հոդ, կամ Վելպոյի տիպի փափուկ կապ 3-4 շաբաթով: Ջլի և ոսկրի համակցված վնասման դեպքում, անշարժացման տեսակը և ժամկետը որոշվում է համապատասխան կոտրվածքի բուժման սկզբունքներին:

Բուժ հարվածի ժամանակ երկգլուխ մկանի ջրերը հազվադեպ են վնասվում: Փակ պատվածքները առաջանում են մկանի կտրուկ գերձգման հետևանքով: Ավելի հաճախ հանդիպում են երկար գլխիկի ջրի պատվածքներ: Ընդ որում, երիտասարդների մոտ ջիլը պատվում է թիակի վերհոդային թմբկությունում՝ ջրի կպման տեղում, իսկ տարեցների մոտ, դեգեներատիվ փոփոխությունների ֆոնի վրա, պատվածքը առաջանում է բազկոսկրի միջթմբային ակոսում: Երկգլուխ մկանի ջրի դիստալ հատվածի պատվածքները դիտվում են ավելի հազվադեպ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ջրի ենթամաշկային պատվածքը բնորոշվում է վնասման ժամանակ կտրուկ ցավային ախտանիշով: Առաջին երկու օրվա ընթացքում առաջանում է մաշկի արյունազեղում: Նախաբազկի ակտիվ ծալումը հնարավոր է, չնայած որ սկզբնական շրջանում լինում է սուր ցավ: Վնասված մկանը կծկման հետևանքով տեղաշարժվում է ավելի դիստալ, դեպի այն հատվածը, որտեղ պահպանվել է կպումը ոսկրի հետ: Տեղաշարժի հետևանքով մկանը մաշկի տակ որոշվում է որպես ուռուցքանման փքվածություն: Երկար գլխիկի ջրի վնասման ժամանակ ուռուցքանման գոյացությունը որոշվում է բազկի ստորին հատվածում, փքվածությունից ավելի վեր տեղակայված է լինում փոսիկանման հատված: Երկգլուխ մկանի դիստալ ջրի վնասման ժամանակ դիտվում է հակառակ պատկերը՝ ուռուցքանման փքվածությունը հայտնաբերվում է բազկի վերին մասում և նրանից անմիջապես ցած որոշվում է փոսիկանման հատվածը: Դեֆորմացիան ավելի ցայտուն է արտահայտվում նախաբազկի ակտիվ ծալման ժամանակ:

Բ ու ժ ու մ ը : Երկգլուխ մկանի ջրերի վնասման ժամանակ, որպես կանոն, վիրահատական է:

Ջլի երկար գլխիկի վնասման ժամանակ, վիրահատության ամենապարզ տարբերակն է, ջրի կարումը ոսկրին միջթմբային ակոսի շրջանում: Սակայն երիտասարդների մոտ առավել արդարացված է վնասված ջրի ֆիքսումը թիակի ակրոմիալ ելունին՝ ըստ Լավրովի:

Հետվիրահատական շրջանում անհրաժեշտ է Դեգոյի կապով անշարժացում՝ երկու շաբաթվա ընթացքում և ևս 2 շաբաթ՝ կախովի կապ:

Երկգլուխ մկանի ջրի դիստալ պատվածքի դեպքում, վերջինիս ծայրերը կարում են հանգուցավոր կարերով, կամ ջրի կենտրոնական ծայրը կարում են ճաճանչոսկրին:

Վիրահատությունից հետո վերջույթը անշարժանում է գիպսային լանգետով՝ ուսային հողից մինչև ճաճանչդաստակային հող, արմկային հողում 90 ° ծալման վիճակում, 4-6 շաբաթ ժամկետով:

Ծերունական տարիքի հիվանդների մոտ, որոշ դեպքերում կարելի է հրաժարվել վիրահատական բուժումից: Այս դեպքերում, երբ չկա ձեռքի ուժը վերականգնելու անհրաժեշտության, սուր ցավերի շրջանում կատարվում է անշարժացում (մոտ 2 շաբաթ) կախովի կապով:

Կրունկային ջլի վնասումը

Կրունկային (աքիլլեյան) ջլի վնասումները կարող են լինել բաց և փակ: Վերջին դեպքում պատվածքը առաջանում է ձկնանման մկանի կտրուկ կծկման արդյունքում և ուղեկցվում է ջլի պատված ծայրերի զգալի ապաթելավորմամբ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Առաջանում է քայլվածքի նշանակալի խանգարում և ոտնաթաթի ներբանային ծալման ուժի նկատելի թուլացում:

Հիվանդը վնասված ոտքի թաթի վրա չի կարող կանգնել: Ջնման և շոշափման ժամանակ կրունկային ջլի տեղում որոշվում է փոսիկ, որը ավելի արտահայտված է դառնում ոտնաթաթի ներբանային ծալման ժամանակ, հատկապես երբ ներբանային շրջանից գործադրվում է դիմադրություն:

Բ ու ժ ու մ ր : Ջլի լրիվ պատվածքի ժամանակ վիրահատական է: Բաց, առանց ջլի պատված եզրերի դեֆեկտի և ապաթելավորման վնասվածքների ժամանակ ջլի ծայրերը կարվում են ըստ Կյունեյի, լրացուցիչ դրվում են հանգուցակարեր կամ կ-ձև կարեր:

Փակ վնասվածքների, ջլի պատված եզրերի դեֆեկտների և ջնջման, ինչպես նաև հին վնասվածքների ժամանակ կատարվում է ջլի աուտոպլաստիկա ըստ Չեռնյավսկու: Ջլի պրոքսիմալ հատվածից՝ ձկնանման մկանի ապոնեոզից ձևավորում են լեզվանման լաթ, որը շրջում և կարում են ջլի դիստալ ծայրին:

Հետվիրահատական շրջանում կատարվում է անշարժացում գիպսային լանգետով ազդրի միջին երրորդականից մինչև մատեր, ոտնաթաթի ներբանային ծալման վիճակում: Երեք շաբաթից ոտնաթաթը բերում են նորմալ դիրքի (90° թիկնային ծալում) և անշարժացնում սրունքի վերին երրորդից մինչև մատերի ծարը: Անշարժացման ընդհանուր ժամկետը 8 շաբաթ է:

Գ լ ու ի խ 8

Մ Կ Ա Ն Ն Ե Ր Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Մկանների վնասումները կարող են լինել բաց և փակ: Բաց վնասվածքների ախտորոշումը դժվարություններ չի ներկայացնում: Մկանի ամբողջության խախտումը հայտնաբերվում է առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ, այդ ընթացքում էլ վերականգնվում է մկանների ամբողջականությունը: Մկանները կարվում են առանձին կ-ձև կամ հանգուցակարերով: Վիրահատությունից հետո կատարվում է անշարժացում գիպսային կապով:

Ախտորոշման տեսակետից առավել դժվարություն են ներկայացնում փակ վնասվածքները: Դրանք առաջանում են բութ գործոնի ուղղակի ազդեցության կամ մկանի կտրուկ գերձգման հետևանքով: Պատվածքը առաջանում է անմիջապես մկանաթելերի, կամ ավելի հաճախ, 30 անց

անձանց մոտ, մկանի ջլի անցման հատվածում (դեգեներատիվ փոփոխությունների հետևանքով): Ֆունկցիան բացակայում է, կամ կտրուկ թուլացած է: Վնասման հատվածում որոշվում է փոսիկ և ենթամաշկային արյունազեղում: Վերին վերջույթում ավելի հաճախ վնասվում են վերփշային, երկգլուխ, եռագլուխ մկանները և նախաբազկի մկանները, ստորին վերջույթում՝ ձկնանման և քառագլուխ մկանները: Գործնական բժշկությունից հայտնի են ամենատարբեր մկանների հազվադեպ հանդիպող վնասումներ, օրինակ՝ որովայնային (ուղիղ և արտաքին թեք), մեծ կրծքային, ենթաթիակային, դելտաձև, երկար ներբանային, ազդրի առբերող և այլ մնանների:

Մկանի մասնակի պատռվածքի ժամանակ իրականացնում են կոնսերվատիվ բուժում՝ վնասված մկանի թուլացման դիրքում դրվում է գիպսակապ, անց է կացվում ֆիզիոթերապիա, իսկ անշարժացման դադարեցումից հետո՝ բուժական ֆիզկուլտուրա: Մկանի լրիվ վնասման կամ պոկման ժամանակ ցուցված է վիրահատական բուժում: Մկանաթելերի վնասման հատվածում դրվում են կ – ձև կարեր կամ հանգուցակարեր:

Մկանի ջլի անցման հատվածի պատռվածքի դեպքում, մկանը շերտավորում են և ջիլը կարում նրա մեջ:

Վերփշային մկանի վնասումները

Այս վնասումները առաջանում են կտրուկ գերլարվածության հետևանքով երբ ծանրություն պահելու վիճակում կատարված է վերին վերջույթի զատում, կամ ընկնելիս, երբ ձեռքը կտրուկ առաջ է բերվում: Վերփշային մկանը, համեմատաբար ավելի հաճախ, պատռվում է ուսահողում հողախախտերի ժամանակ, հատկապես տարեց անձանց մոտ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Վերփշային մկանի պատռման դասական աշխանիշն է ակտիվ շարժումների սահմանափակումը, հատկապես բազկի զատումը մինչև 60°C: Վերջույթի ակտիվ զատման ժամանակ բարձրանում է թիակը: Ցավերը ճառագայթում են մինչև բազկի միջին հատվածը, դելտանման մկանը կծկված է: Պասիվ զատման սահմանափակում չի լինում:

Բ ու ժ ու մ ը : Մկանի մասնակի վնասման ժամանակ կոնսերվատիվ է. վերջույթը անշարժացնում են բազկի զատման, առաջ ծալման և դրսային պտտման վիճակում 4-5 շաբաթ ժամկետով: Վերփշային մկանի լրիվ պատռվածքի դեպքում, բուժումը վիրահատական է: Էպոլետանման կտրվածքով դելտանման մկանը առանձնացնում են ակրոմեալ ելունից: Վերջինիս դրսային հատվածի մասնահատումը ապահովում է ավելի լայն մոտեցում վնասված հատվածին: Պոկված ջիլը մետաքսյա կամ լավսանե կարերով ֆիքսում են բազկոսկրի մեծ թմբիկին: Վարջույթը անշարժացնում են զատող շինայով, 6-8 շաբաթ ժամկետով: Ուսագոտու մկանների բուժական ֆիզկուլտուրան սկսում են մաշկի կարերի հեռացումից հետո: 7-8 շաբաթ հետո սկսում են ուսահողում ակտիվ շարժումները, ներառյալ զատում 90 ° և ավել:

Ազդրի քառագլուխ մկանի վնասվածքները

Առավել բնորոշ է արտաքին գործոնի անուղակի ազդեցությունը, երբ ձգման վիճակում գտնվող մկանը կտրուկ կծկվում է: Այդպիսի իրավիճակ ստեղծվում է ընկնելիս, երբ հավասարակշռությունը պահպանելու համար մարմնի ծանրության տակ ծնկան հողում ծավալած ոտքը կտրուկ ուղղվում է: Քառագլուխ մկանի ջլի պատռվածքը երբեմն գուգակցվում է ծնկոսկրի

կոտրվածքի հետ: Անմիջապես ճնկոսկրի տակ ջլի պատռման համար անհրաժեշտ է վնասման ուղղակի ազդեցություն՝ ընկնել ծալած ճնկի վրա: Քառագույնի մկանի կտրուկ կծկման դեպքում հնարավոր է պոկում կպման տեղից՝ մեծ ուրքի թմբկության կտորի հետ միասին:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Քառագույնի մկանի պատռման պատկերը կախված է վնասման բնույթից: Պատռման հատվածի շոշափման ժամանակ նկատվում է փոսիկ: Լրիվ պատռվածքի դեպքում սրունքի ակտիվ տարածումը բացակայում է:

Բ ու ժ ու մ ը : Ջլի հատվածում վնասման ժամանակ ծայրերը կարում են հանգուցավոր մետաքսյա կարերով: Պատռված մկանի վրա դրվում են կ – ձև կարեր: Մեծ ուրքի թմբկության կտորի հետ պոկված ճնկոսկրի սեփական կապանը մետաքսյա կամ լավսանե կարերով, կամ էլ ոսկրային տրանսպլանտատով ֆիքսում են ոսկրին: Վերջույթը ֆիքսվում է հետին գիպսային լոնգետով 4-5 շաբաթ ժամկետով:

Մկանային ճողվածք

Մկանային ճողվածքը հետևանք է մկանի մասնակի և այն ծածկող փակեղի լրիվ վնասման: Մկանային ճողվածք կարող է առաջանալ նաև որպես հետվիրահատական բարդություն: Ավելի հաճախ մկանային ճողվածքը հանդիպում է ազդրի և սրունքի դրսային մակերեսներին և պայմանավորվում է պատռված փակեղի միջով մկանի արտափքումով:

Ջնման և շոշափման ժամանակ որոշվում է ուռուցքանման, էլաստիկ, մկանի լարվածության ժամանակ փոքրացող և թուլացման ժամանակ մեծացող գոյացություն:

Մկանի արտափքման սահմանում հնարավոր է շոշափել փակեղի «ճողվածքային դարպասները»:

Բ ու ժ ու մ ը : Որպես կանոն մկանային ճողվածքը չի ազդում վերջույթի ֆունկցիայի վրա և հատուկ բուժման կարիք չի զգում: Սակայն, որոշ դեպքերում, մկանի մշտական վնասումները «ճողվածքային դարպասներում» բերում են ասեպտիկ բորբոքման, կայուն ցավերի և կոնսերվատիվ բուժումն անցնում է անարդյունք: Այդ դեպքում դիմում են փակեղի դեֆեկտի պլաստիկ-վերականգնողական վիրահատության:

Գ լ ու ի խ 9

Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ա Յ Ի Ն Հ Ո Դ Ա Խ Ա Խ Տ Ե Ր Ե Վ Ե Ն Թ Ա Հ Ո Դ Ա Խ Ա Խ Տ Ե Ր

Վնասվածքային հոդախախտ է կոչվում ախտաբանական այն վիճակը, երբ վնասվածքի հետևանքով հոդը կազմող հոդամակերեսները լրիվ տեղաշարժվում են միմյանց նկատմամբ և առաջանում է դրանց անհամապատասխանություն: Այսպիսի վիճակները, որպես կանոն, ուղեկցվում են հոդը կազմող փափուկ հյուսվածքների (հոդաշապկի, մկանների ջլերի, կապանների) պատռվածքով: Ենթահոդախախտ է կոչվում հոդային մակերեսների ոչ լրիվ տեղաշարժը:

Վնասվածքային հոդախախտերը կազմում են հենաշարժական համակարգի վնասվածքների ընդհանուր թվի 1.5-3 %: Հոդախախտերը հանդիսանում են վնասվածքների ծանր տեսակ և որոնք հաճախակի պահանջում ստացիոնար բուժում: Վնասվածքային հոդախախտերը սովորաբար նկատվում են միջին տարիքում, հաճախ՝ տղամարդկանց մոտ:

Մեծամասամբ հոդախախտերը առաջանում են անուղղակի վնասման (տարածված կամ ծավված վերջույթի վրա վայր ընկնելու) հետևանքով: Հոդախախտը հնարավոր է նաև մկանների

կտրուկ անսպասելի կծկման արդյունքում, օրինակ՝ նոնակ, քար նետելու, լողալու ընթացքում կտրուկ շարժման ժամանակ:

Ընդունված է հողախախտված համարել վերջույթի դիստալ հատվածը, սակայն գոյություն ունի բացառություն՝ անրակի ակրոմիալ ծայրի հողախախտ, ողերի հողախախտեր: Այդ հողախախտերը անվանվում են ըստ պրոքսիմալ հատվածի: Տարբերում են թարմ, ոչ թարմ հնացած, չներուղղվող, սովորույթային, փակ և բաց, բարդացած և չբարդացած հողախախտեր և ենթահողախախտեր:

Հողախախտը համարվում է թարմ առաջին 2 օրը, ոչ թարմ՝ մինչև 3-4 շաբաթ: Հողախախտը ընդունված է համարել հնացած սովորաբար 4 շաբաթ անց: Չներուղղվող հողախախտերը առաջանում են գլխիկի և հողափոսիկի միջև փափուկ հյուսվածքների հիմնականում պատռված մկանների ինտերպոզիցիայի հետևանքով: Չներուղղվող հողախախտերին են դասում նաև բոլոր հնացած հողախախտերը: Չներուղղվող հողախախտերը հարկավոր է ներուղղել վիրաբուժական ճանապարհով: Սովորույթային են կոչվում անընդհատ կրկնվող հողախախտերը, որոնք առաջացել են հողում առաջնային հողախախտից հետո:

Բարդացած հողախախտերը ուղեկցվում են ներկամ հարհողային կոտրվածքներով, մագիստրալ անոթների, նյարդային ցողունների վնասումով:

Հողախախտերի հաճախականությունը կապված է տվյալ հողի անատոմիական կառուցվածքից, հողապարկի և հողային համակարգի ամրությունից, հողը շրջապատող մկանունքի զարգացվածությունից և հողում շարժումների ծավալից: Վերին վերջույթների հողերը վնասվում են 7-8 անգամ հաճախ, քան ստորին վերջույթների հողերը:

Հողախախտի ժամանակ մոտակա մկանները ոչ միայն վնասվում են, այլ փոխվում են դրանց երկարությունը և թելիկների ուղղությունը, որը առաջ է բերում մկանների մի խմբի ռեֆլեկտոր արտահայտված կծկում և մյուս խմբի թուլացում: Հողախախտից հետո շատ արագ զարգանում է մկանային ռետրակցիա, որով և պայմանավորվում է արատավոր դիրքում հողախախտված ոսկրի ամուր ֆիքսացիան: Որքան ավելի շատ ժամանակ է անցել հողախախտից հետո, այնքան մկանների կծկումը լինում է ավելի կայուն և քիչ հետադարձելի: Եթե հողախախտը ժամանակին չի ներուղղվում, ապա բորբոքային պրոցեսի և արյունազեղման արդյունքում հողափոսիկը լցվում է սպիական հյուսվածքով և հողախախտի անարյուն ներուղղելը դառնում է անհնարին:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Հողախախտի ախտորոշումը դրվում է հետևյալ տվյալների առկայության հիման վրա՝

- անամնեզում վնասվածք (ընկնել, կտրուկ շարժում);
- ուժեղ ցավ;
- հողի շրջանի դեֆորմացիա, որը լավ երևում է առողջ կողմի հետ համեմատելիս;
- վերջույթի հարկադրական, հողախախտի ամեն մի տեսակի համար բնորոշ, դիրք;
- հողախախտված վերջույթի առանցքի ուղղության փոփոխում;
- վերջույթի երկարության փոփոխում (հաճախ՝ կարճացում, հազվադեպ՝ երկարացում);
- հողում ակտիվ շարժումների բացակայություն և պասիվ շարժումների խիստ սահմանափակում;
- «զսպանակային ֆիքսացիա», որի ժամանակ որոշակի, վերջույթը հարկադրական դիրքից հանելու, պասիվ շարժում կատարելու փորձը հանդիպում է էլաստիկ, զսպանակային դիմադրության և այն նորից ընդունում է իր նույն դիրքը;
- հողախախտի ժամանակ հողափոսից դուրս եկած հողածայրը շոշափվում է ոչ իր սովորական տեղում կամ ընդհանրապես չի շոշափվում:

Կարևոր է վնասված վերջույթի վրա պուլսի հետազոտումը, ինչպես նաև զգայունության որոշելը: Հոդախախտերի ժամանակ, հատկապես երբ դրանք լինում են կոտրվածքներով բարդացած, հնարավոր է անոթանյարդային խրձի վնասում:

Հոդախախտը հարկավոր է տարբերակել հոդի սալջարդից, կապանների վնասվածքից, ներ- և արտահոդային կոտրվածքներից:

Կապանների վնասման դեպքում հնարավոր են բոլոր պասիվ շարժումները և միայն որևէ մեկ շարժման ժամանակ է հոդում զգացվում ցավ, որը առաջանում է պատռված կապանի լարման հետևանքով:

Ի տարբերություն հոդախախտերի կոտրվածքների ժամանակ նկատվում է ոչ թե վերջույթի ֆիքսում սխալ դիրքում, այլ շարժունություն ոչ սովորական տեղում, այսինքն կոտրվածքի շրջանում պասիվ շարժումները հնարավոր են տարբեր ուղղություններով: Բացառություն են կազմում հոդախախտի հետ զուգակցված կոտրվածքները, որոնց ժամանակ հայտնաբերվում է կոտրվածքներին բնորոշ ախտաբանական շարժունությունը և բացակայում է հոդախախտի համար տիպիկ «զսպանակային ֆիքսացիայի» ախտանիշը: Այդպիսի դեպքերում ճիշտ դիագնոզը կարելի է դնել ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը, որն անհրաժեշտ է հոդախախտի կասկածի դեպքում, թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը, հստակ որոշել հոդային ծայրերի դիրքը, բացատել կամ հայտնաբերել ուղեկցող կոտրվածքը կամ ոսկրային հյուսվածքի պոկումը:

Առաջին բժշկական օգնությունը հոդախախտի կասկածի դեպքում կայանում է վերջույթի անշարժացման, ցավազրկողներ նշանակելու և տուժածին վնասվածքաբանական կենտրոն անհապաղ տեղափոխելու մեջ:

Բռնումը կայանում է հոդախախտի անհախաղ ներուղղման, նախընտրելի է ընդհանուր ցավազրկման տակ, վերջույթի անշարժացման նրա ֆունկցիայի հետագա վերականգնման մեջ: Հոդախախտերի վաղ ներուղղման անհրաժեշտությունը թելադրվում է այն բանով, որ հոդախախտի պահից անցած ժամանակի ավելացման հետ մեկ տեղ աճում է վերջույթը արատավոր դիրքում պահող մկանների կոնտրակտուրան, և որքան շատ ժամանակ է անցնում վնասվածքի պահից, այնքան ավելի դժվար է ներուղղել հոդախախտը:

Բազկոսկրի հոդախախտ

Բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտը կազմում է բոլոր հոդախախտերի 50-60 %: Այսպիսի հաճախականությունը բացատրվում է ուսահոդի անատոմոֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով՝ թիակի հոդափոսի մակերեսը 3-4 անգամ փոքր է բազկոսկրի գլխիկի մակերեսից, որը գնդաձև է; հոդապարկը մեծածավալ է և բարակ:

Ուսահոդում կան շատ տեսակի շարժումներ, որոնք տարբերվում են այլ հոդերի շարժումներից ինչպես որակապես, այնպես էլ տվյալ շարժումների ծավալի մեծությամբ:

Բազկոսկրի գլխիկի վնասվածքային հոդախախտը առավել հաճախ զարգանում է անուղղակի վնասման ժամանակ (օրինակ՝ տարածված ձեռքի վրա դեպի հետ կամ զատված ձեռքի վրա դեպի առաջ վայր ընկնելը):

Հոդախախտի ժամանակ բազկոսկրի գլխիկը կարող է տեղաշարժվել հոդափոսից դեպի առաջ, հետ կամ ցած: Ելնելով բազկոսկրի հոդախախտված գլխիկի դիրքից տարբերում են առաջային, հետին և ստորին հոդախախտեր:

Առավել հաճախ հանդիպում են առաջային հոդախախտեր (98 %) և հազվադեպ՝ հետին:

Այդ ժամանակ կարող են մասնակի կամ լրիվ պատռվել մկանների, հատկապես վերնոսկրային մկանի, ջլերը: Բավականին հաճախ նշվում է բազկոսկրի մեծ թմբի (10-40%) պոկումային կոտրվածք:

Վնասված ձեռքի ուսը իջած է, հիվանդը գլուխը պահում է թեքված դեպի վնասված կողմը: Նա պահում է վնասված վերջույթը առողջ ձեռքով, աշխատելով տալ դրան հանգիստ դիրք: Ձեռքը գտնվում է զատման դիրքում, ծալված է արմնկային հոդում և թվում է երկարացած: Բազկոսկրի առանցքը շարունակվում է դեպի վեր և եթե նորմալում այն անցնում է թիակի ակրոմիալ ելունի միջով, ապա հոդախախտի ժամանակ՝ անրակի միջով: Բազկոսկրի գլխիկի ավելի ցած դիրքի հետևանքով ակրոմիալ ելունից մինչև բազկոսկրի դրսային կոճը ընկած տարածությունը կլինի ավելի երկար, քան առողջ կողմի վրա: Դելտայաձև մկանի մոտ ուսահոդի շրջանի նորմալ կլորությունը հոդախախտի ժամանակ անհետանում է, այդ տեղում շոշափվում է անհարթ տափակ մակերես, որն առաջացել է հոդափոսում գլխիկի բացակայության հետևանքով: Այդ մակերեսի վերևում շոշափվում է ազատ ակրոմիալ ելունը: Ակտիվ շարժումները հոդում բացակայում են կամ խիստ դժվարեցված են: Պասիվ շարժումների՝ հիվանդի ձեռքը բարձրացնելու, այն զատելու կամ առբերելու փորձի դեպքում նշվում է բազկի »առաձգական ֆիքսացիա«, զսպանակային դիմադրություն: Շոշափման ժամանակ նշվում է հոդի շրջանի ցավոտություն:

Արմունկը թեքելով դեպի դուրս պտուտակային շարժումները փոխանցվում են բազկոսկրի գլխիկի վրա, որը շոշափվում է կտցաձև ելունի տակ կամ անութափոսի ստորին հատվածում: Ուսահոդը շրջապատող մկանները (հատկապես դելտայաձևը) լարված են: Բազկոսկրի տեղաշարժված գլխիկը կարող է ճնշել կամ վնասել բազկային հյուսակը և անոթները: Դրա հետևանքով հնարավոր են մատերի մաշկային ծածկույթների ցիանոզ կամ գունատություն, զգայունության իջեցում, պարեսթեզիաներ և այլն.: Անոթազարկը ճաճանչային զարկերակի վրա լինում է թուլացած կամ բացակայում է:

Բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտը երբեմն ուղեկցվում է բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքով: Կոտրվածքի դեպքում բազուկը սովորաբար լինում է կարճացած և չի լինում զատված: Այդպիսի դեպքերում բազուկը առբերելու կամ զատելու փորձի ժամանակ բացակայում է հոդախախտին բնորոշ զսպանակային դիմադրությունը: Բազկի շարժման ժամանակ նշվում է կրեպիտացիա: Զգալի դժվար է կլինիկորեն ախտորոշել բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտը դրա վզիկի միաժամանակյա ներմղված կոտրվածքի հետ: Կոտրվածքի ժամանակին ախտորոշումը մինչև ներուղղելը շատ կարևոր է, քանի որ ներուղղման ժամանակ կարող է առաջանալ ներմղված կոտրվածքի տարանջատում: Այդ պատճառով կլինիկական հետազոտումը ավարտում են երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությամբ, որը ճշտում է դիագնոզը:

Բ ու ժ ու մ ը : Ուսահոդում թարմ հոդախախտի դեպքում ընդհանուր անզգայացման տակ կատարվում է հոդախախտի ներուղղում շտապ կարգով: Երբեմն ներուղղումը կարելի է անցկացնել տեղային անզգայացման տակ: Այդ նպատակով մինչև ներուղղումը հիվանդին ներ են մուծում 1 մլ պանտոպոնի կամ մորֆինի 1% լուծույթ: Ապա անց են կացնում ուսահոդի անզգայացում հոդապատիճի մեջ ներմուծելով 30-40 մլ նովոկաինի 1% լուծույթ: Գոյություն ունի բազկոսկրի հոդախախտի ներուղղման բազմաթիվ եղանակներ: Առավել հաճախ կիրառում են հետևյալները:

Հիպոկրատ-Կուլերի եղանակ: Հիվանդը պառկում է մեջքի վրա: Բժիշկը կանգնում է վնասված կողմում, երկու ձեռքով բռնում է վնասված վերջույթի դաստակը, և ձգում ըստ առանցքի միաժամանակ նույնանուն ոտքի կրունկով սեղմելով և ներուղղելով հոդախախտված գլխիկը դեպի հոդափոս:

Կոխերի եղանակ: Կիրառում են առաջային հոդախախտերի ժամանակ հիմնականում ամրակազմ հիվանդներ մոտ: Հիվանդը պատկում է մեջքի վրա այնպես, որ հոդախախտված վերջույթը դուրս գա սեղանի եզրից: Եղանակը կազմված է չորս հաջորդաբար իրականացվող փուլերից:

Առաջին փուլ: Վիրաբույժը մի ձեռքով բռնում է հիվանդ ձեռքի նախաբազկի ստորին երրորդականը, իսկ մյուսով, արմունկը, որը ծավված է ուղիղ անկյան տակ, և զգուշությամբ առբերում այն դեպի մարմինը, իրականացնելով ձգում բազկի առանցքով: Օգնականը ֆիքսում է նախաբազուկը:

Երկրորդ փուլ: Չթուլացնելով ձգումը բազկի առանցքով, որը սեղմված է մարմնին, վիրաբույժը դանդաղ պտտում է բազուկը դեպի դուրս այնքան, մինչև նախաբազուկը հասնի ֆրոնտալ հարթություն: Այդ ժամանակ բազկոսկրի գլխիկը իր հոդային մակերեսով պտտվում է դեպի առաջ: Հաճախակի երկրորդ փուլի ընթացքում տեղի է ունենում հոդախախտի ներուղղում՝ այդ դեպքում լսվում է ներուղղմանը հատուկ խրթոց:

Երրորդ փուլ: Պահպանելով դեպի դուրս պտտման դիրքը և չթուլացնելով ձգումը, սկսում են նախաբազուկը աստիճանաբար բարձրացնել դեպի վեր և առաջ, հիվանդի մարմնին սեղմված արմունկը տեղաշարժելով դեպի միջային գիծը և դեպի վեր: Երբեմն գլխիկը կարող է ներուղղվել այս փուլից հետո:

Չորրորդ փուլ: Նախաբազուկը օգտագործելով որպես լծակ, կտրուկ կատարում են պտտում դեպի ներս: Այդ ժամանակ տուժածի դաստակը տեղաշարժում են հակառակ կողմի ուսահողի վրա, իսկ նախաբազուկը դնում հիվանդի կրծքավանդակի վրա: Այդ պահին սովորաբար տեղի է ունենում ներուղղում: Եթե այն տեղի չի ունեցել, հարկավոր է անշտապ կրկնել բոլոր փուլերը, խուսափելով կոպիտ և կտրուկ շարժումներից:

Չանելիձեի եղանակ: Ցավազրկելուց հետո տուժածին պառկեցնում են հիվանդ կողմի վրա այնպես, որ սեղանի եզրը ընկնի անութափոսի մեջ, իսկ հոդախախտված ձեռքը ազատ կախվի ցած: Այս դիրքում հիվանդը պետք է մնա 10-20 րոպե, որպեսզի տեղի ունենա ուսագոտու մկանների թուլացում: Ապա վիրաբույժը կանգնում է հիվանդի դիմաց, բռնում արմնկային հոդում ծավված նախաբազուկը և սեղմում դրա վրա արմունկին մոտ, զուգակցելով ճնշումը ուսահողի թեթև պտույտային շարժումների հետ: Այդ ժամանակ տեղի է ունենում հոդախախտի ներուղղում: Դրանից հետո դնում են ձեռքը կրծքավանդակին ֆիքսող գիպսային կապ 2-3 շաբաթ ժամկետով: Ներուղղումից հետո հարկավոր է անցկացնել ռենտգենաբանական հետազոտություն, համոզվելու համար, որ հոդախախտը ներուղղված է և ոսկրային վնասվածքները բացակայում են: 5-7 օր անց նշանակում են բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ արագ վերականգնման նպատակով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 35-40 օր անց: Հոդախախտի կրկնվելուց խուսափելու նպատակով հարկավոր է բացառել ծանր ֆիզիկական աշխատանքը 3 ամսվա ընթացքում:

Չակլինի եղանակ: Հիվանդը պառկած է մեջքի վրա: Բժիշկը ձգում է առբերված բազուկը ըստ երկայնքի, երկրորդ ձեռքով անութափոսից հրելով բազկոսկրի գլխիկը դեպի դուրս: Չակլինի եղանակը ավելի քիչ տրավմատիկ է և իրականացվում է ընդհանուր անզգայացմամբ տակ: Այս եղանակը հատկապես ցուցված է բազկոսկրի գլխիկի կոտրվածք-հոդախախտերի ժամանակ:

Չներուղղվող թարմ հոդախախտեր: Ներուղղման համար անատոմիական արգելք կարող է հանդիսանալ բազկոսկրի գլխիկը շրջապատող երկգլխանի մկանի երկար գլխիկի ջիլը կամ պոկված մեծ թմբիկը, ինչպես նաև պատիճի պատռման անցքում բազկոսկրի գլխիկի սեղմվելը կամ փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիան: Չներուղղվող հոդախախտերը կարելի է ներուղղել միայն վիրաբուժական ճանապարհով:

Հնացած հողախախտեր: Չախտորոշված կամ սխալ բուժված հողախախտերը ուղեկցվում են հողաշապիկի սպիական ձևափոխմամբ, սպիերով կազմված բազմաթիվ կպումներով, մկանների առաձգականության կորուստով: Բազկոսկրի գլխիկի հնացած հողախախտի ժամանակ հողի դեֆորմացիան ավելի ցայտուն է դառնում արյունազեղումը ներծծվելուց և մկանների սկսվող ատրոֆիայից հետո: Ակտիվ և պասիվ շարժումների ծավալը մեծանում է, սուր ցավերը անհետանում: Մակայն թիակը ֆիքսված վիճակում ձեռքի գատումը և և վեր բարձրացնելը լինում են անհնար: Հնացած հողախախտերի բուժման եղանակ է հանդիսանում վիրաբուժական ներուղղումը:

Ուսային հողի սովորույթային հողախախտը առաջանում է առանց մեծ ջանք գործադրելու ձեռքով կտրուկ թափահարելիս, ծանրություն բարձրացնելիս, հագնվելիս, լողալիս, ձգվելիս, վայր ընկնելիս: Երբեմն հողախախտը առաջանում է քնի մեջ բազկի գատման և դրսային պտտման դիրքում:

Եթե հողախախտը կրկնվել է թեկուզ երկու անգամ, այն համարում են սովորույթային: Այդ վիճակի պատճառներ են հանդիսանում վնասված հողապարկի լրիվ անատոմիական վերականգնման բացակայությունը և սխալ բուժումը: Հողախախտի կրկնվելուն նպաստող պատճառներն են՝ բազկոսկրի գլխիկի հողամակերեսի և թիակի հողափոսի անհամապատասխանելությունը; առաջաստորին պատի շրջանում թուլությունը (մկաններով և կապաններով չամրացված հատված), և գերձգումը, դրա պոկվելը թիակից կամ գլխիկից, մկանների պատռվածքները; աճառային շրթի վնասումը և պատռվածքները:

Հողախախտի կրկնվելու պատճառների հատուկ խումբ են կազմում սովորույթային հողախախտով հիվանդների բուժման թերությունները և բացթողումները՝ հողախախտի ներուղղելը առանց ցավազրկելու, ներուղղման վնասվածքայնությունը, սխալ կատարված և կարճաժամկետ անշարժացումը կամ դրա բացակայությունը, անշարժացումից հետո ֆունկցիոնալ բուժման կուրսից հրաժարվելը, ֆունկցիոնալ վաղ ծանրաբեռնումը:

Սովորույթային հողախախտը կարող է կապված լինել բազկոսկրի գլխիկի անատոմիական անբավարար ամրակայման հետ: Սովորույթային հողախախտը ուսահողում կազմում է այդ հողի բոլոր վնասվածային հողախախտերի 12-16 %: Հաճախ լինում է 20-40 տարեկան տղամարդկանց մոտ:

Բազկոսկրի գլխիկի սովորույթային հողախախտի դիագնոզը հաստատում են անամնեզի, կլինիկական և ռենտգենաբանական օբյեկտիվ հետազոտությունների հիման վրա: Անամնեզից սովորաբար հաջողվում է պարզել, որ բազկոսկրի գլխիկի առաջին հողախախտից հետո 3-6 ամսից մինչև 1-2 տարի ժամանակահատվածում տեղի է ունեցել հողախախտի կրկնում: Մի շարք հիվանդների մոտ հողախախտը կրկնվում է կրկնակի վնասվածքի (վայր ընկնելու կամ կտրուկ շարժման) հետևանքով, մյուս խմբի մոտ՝ առանց որևէ վնասվածքի սովորական կտրուկ շարժումների (օրինակ՝ որևէ առարկային հասնելու փորձի, հագնվելու) ժամանակ:

Կլինիկական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են բազկի, ուսային գոտու և ուսի մկանների հիպոտրոֆիա: Մկանների հիպոտրոֆիայի արտահայտվածության աստիճանը լինում է տարբեր՝ ուսահողի շրջանի ուրվագծի հարթվածությունից մինչև մկանների զգալի արտահայտված հիպոտրոֆիա:

Բազկոսկրի գլխիկի ներուղղումը տեղի է ունենում սովորաբար շատ հեշտ և որոշ հիվանդներ սովորում են դա անել ինքնուրույն:

Դիագնոզը դնում են անամնեզի հիման վրա: Կլինիկական օբյեկտիվ տվյալներ բազկոսկրի գլխիկի սովորույթային հողախախտի ժամանակ քիչ են լինում: Երբեմն նշում են վնասված հողի շրջանում մկանների որոշակի ատրոֆիա և ցավային զգայունության իջեցում:

Բ ու ժ ու մ ը սովորության հողախախտի ժամանակ վիրահատական է: Առաջարկում են բազմաթիվ վիրահատություններ՝ կապսուլոտոմիա, տենոտուսպենզիա, հոդապարկը ամրացնող պլաստիկ վիրահատություններ պատիճի, կապանների, ջլերի վրա; ոսկրային փոխպատվաստում և ալոպլաստիկա: Անհրաժեշտ է նշել, որ բոլոր առաջարկված վիրահատությունները բազկոսկրի գլխիկի սովորության հողախախտի դեպքում դեպքերի որոշակի տոկոսով տալիս են հողախախտի ռեցիդիվ: Լայն կիրառում են ստացել ներհոդային վիրահատությունները, որոնց ժամանակ կատարվում է վնասված ներհոդային անատոմիական գոյացությունների (աճառային շուրթ, հոդաշապիկ, կապաններ և այլն) վերականգնում և հոդաշապիկի պլաստիկա: Այս խմբին են պատկանում Բանկարտի, Բրիստոույի և այլ հեղինակների կողմից առաջարկված վիրահատությունները, որոնցից հետո հողախախտի կրկնություն գրեթե չի նկատվում:

Սովորության հողախախտի բուժման պրակտիկայում վերջերս սկսել են կիրառել նաև արթրոսկոպիկ եղանակը, որը սակայն լայն տարածում չի գտել:

Նախաբազկի հողախախտ

Արմնկային հողի հողախախտերը իրենց հաճախականությամբ զբաղեցնում են երկրորդ տեղը և կազմում բոլոր հողախախտերի 18-27%: Մեծամասամբ դեպքերում՝ հանդիպում են երիտասարդների մոտ: Առավել հաճախ նախաբազկի հողախախտը առաջանում է երկարաձգված ձեռքի վրա ընկնելիս արմնկային հոդում գերձգման ժամանակ:

Տարբերում են՝ 1) նախաբազկի երկու ոսկրերի հողախախտ (դեպի հետ, դեպի առաջ, դեպի ներս, դեպի դուրս; հողախախտ, որի ժամանակ լինում է նախաբազկի երկու ոսկրերի հեռացում միմյանցից); 2) միայն ճաճանչոսկրի հողախախտ (դեպի առաջ, դեպի հետ, դեպի դուրս); 3) միայն ծղիկոսկրի հողախախտ:

Առավել հաճախ հանդիպում են նախաբազկի երկու ոսկրերի հետին հողախախտեր (90 %) և միայն ճաճանչոսկրի դեպի առաջ հողախախտ: Նախաբազկի հողախախտերի մնացած տեսակները հանդիպում են հազվադեպ:

Նախաբազկի հետին հողախախտ: Դիագնոզը դնում են հողի դեֆորմացիայի հիման վրա: Այդ շրջանը լինում է մեծացած, ցավոտ, վերջույթը գտնվում է հարկադրական կիսատարածված դիրքում: Ակտիվ շարժումները անհնարին են: Պասիվ շարժումների փորձի դեպքում նշվում է զսպանակային դիմադրություն: Ձևման ժամանակ առջևից նախաբազկը լինում է կարճացած առողջ կողմի հետ համեմատած: Արմնկային ելունը դուրս է ցցված դեպի հետ և տեղակայվում է Գյունտերի եռանկյունու՝ վերկոճային գծից վեր և դեպի հետ: Արմնկային ծալքում շոշափվում է բազկոսկրի էպիֆիզը:

Նախաբազկի հետին հողախախտը գերադասելի է ներուղղել ընդ. անզգայացման տակ: Հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա սեղանին: Ձեռքը զատված է ուսային և ծալված արմնկային հոդում այնպես, որ նախաբազկը գտնվի ուղղահայց հարթությունում: Վիրաբույժը մեծ մատերը դնում է արմնկային ելունի վրա ճնշելով հիվանդի ուսի վրա առջևից դեպի հետ և միաժամանակ հրելով արմնկային ելունը դեպի առաջ: Այդ պահին օգնականը իրականացնում է ձգում ըստ նախաբազկի երկարության և ծալում արմնկային հոդում: Ներուղղումից հետո կատարում են ռենտգենաբանական հետազոտություն: Ստուգում են անոթագարկը ճաճանչային զարկերակի վրա: Սուր անկյան տակ ծալված արմնկային հոդը անշարժացնում են գիպսային հետին լոնգետով 7 օրով, որից հետո նշանակում են բուժական մարմնամարզություն (զգույշ առաջին օրերին և ավելի ակտիվ սկսած 10-րդ օրից) զուգակցելով դրանք ջերմային միջոցառումների հետ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 20-30 օր անց:

Նախաբազկի առաջային հողախախտ: Այն ներուղղելու համար անհրաժեշտ է ծախել ձեռքը ուսային և արմնկային հողերում: Օգնականը, ձգելով ըստ երկարության դաստակից և նախաբազկից, դանդաղ այն ծախում է, այն ժամանակ երբ վիրաբույժը, տեղադրելով մեծ մատերը բազկոսկրի հետևի կողմից դուրս ցցված հողային ծայրին, բարձրացնում է այն դեպի առաջ պրոքսիմալ ուղղությամբ, միաժամանակ մնացած մատերով հրելով նախաբազուկը դեպի հետ՝ դիստալ ուղղությամբ: Մինչև հողախախտը ներուղղելը և հետո անհրաժեշտ է ռենտգենաբանական վերահսկում: Նկարագրվածից բացի կիրառում են նաև ձևափոխված եղանակը: Ներուղղումից հետո օգնականը տարածում է նախաբազուկը մինչև բութ անկյուն: Այդ դիրքում վերջույթը ֆիքսում են գիպսային հետին լոնգետով 10-12 օր ժամկետով:

Ձեռքային ներուղղման անհրաջողության դեպքում կարելի է կատարել ներուղղում վիրաբուժական եղանակով, սակայն միայն այն դեպքում, եթե հողի շուրջը չկա օսիֆիկացում: Դրա առկայության դեպքում (օսիֆիկացիան առաջ է գալիս շատ արագ՝ 2 շաբաթ անց) նպատակահարմար է կատարել արմնկային հողի արթրոլիզ կամ արթրոպլաստիկա:

Ազդրոսկրի հողախախտ

Կոնքազդրային հողի վնասվածքային հողախախտը կազմում է բոլոր հողախախտերի մոտ 5 %: Տարբերում են հետին և առաջային հողախախտեր՝ հետինները իրենց հերթին ստորաբաժանվում են վերին հետին կամ գտային, և ստորին հետին կամ նստային; առաջայինները՝ վերին առաջային կամ վերցայլային, և ստորին առաջային կամ փակողական: Ազդրոսկրի հետին հողախախտերը հանդիպում են 3 անգամ ավելի հաճախ, քան առաջայինները: Հետին հողախախտերից ավելի հաճախ են հանդիպում գտայինները: Ազդրոսկրի վնասվածքային հողախախտերը նկատվում են գերազանցապես ուժեղ, ֆիզիկապես լավ զարգացած մարդկանց մոտ 20-50 տարեկան տարիքում:

Հետին հողախախտի առաջացման մեխանիզմը առավել հաճախ անուղղակի աննշան ուժն է այն պայմանում, երբ ազդրը հանկարծակի կտրուկ պտտվում է դեպի ներս և միաժամանակ առբերվում: Այդ դեպքում գլխիկը պատռում է պատիճը և սեղմվում դրա ծայրերի և մկանների միջև: Կլոր կապանը սովորաբար պատռվում է լիովին: Ազդրոսկրի գլխիկը տեղակայում է գտտոսկրի թևի դրսային և հետին մակերեսների վրա: Ստորին գտտային հողախախտի դեպքում գլխիկը գտնվում է քաղախափոսից հետ և ցած:

Ազդրոսկրի հողախախտը ուղեկցվում է ուժեղ ցավերով, վնասվածքից հետո ոտքի վրա կանգնելու անհնարինությամբ: Բնորոշ է ոտքի հարկադրական դիրքը, որը կախված է հողախախտի տեսակից: *Հետին հողախախտի* ժամանակ այն ծալված է կոնքազդրային հողում, առբերված է և պտտված դեպի ներս; ակտիվ շարժումները կոնքազդրային հողում անհնար են: Վերջույթը հարկադրական դիրքից պասիվ դուրս բերելու փորձը ուղեկցվում է ցավով; այդ ժամանակ ի հայտ է գալիս հողախախտի համար բնորոշ զսպանակային դիմադրության ախտանիշը: Նշվում է ոտքի կարճացում: Աճուկային կապանի տակ նշվում է ներանկում, իսկ հետևից երբեմն տեսանելի է լինում դուրսցցվածություն և շոշափվում է տեղաշարժված գլխիկը: Մեծ տամբիոնը տեղակայվում է Ռոզեր-Նելատոնի գծից վեր:

Առաջային հողախախտերի համար բնորոշ է վերջույթի երկարանալը: Փակողական հողախախտի դեպքում կարելի է շոշափել գլխիկը կոնքազդրային հողի ներսային կողմից, հետույքային շրջանը տափակած է, մեծ տամբիոնը չի որոշվում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը լրացնում է կլինիկական պատկերը:

Բ ու ժ ու մ ը : Ազդրոսկրի հողախախտը հարկավոր է ներուղղել ընդ. անզգայացման տակ: Առավել տարածված է *հետին հողախախտի* ներուղղման եղանակը ըստ Կոխերի: Հիվանդը

պառկած է մեջքի վրա սեղանին կամ հատակին: Օգնականը պահում է հիվանդի կոնքը տեղադրելով ձեռքերը զստոսկրերի կատարների վրա: Վիրաբույժը ծալում է վնասված վերջույթը ուղիղ անկյան տակ ծնկան և կոնքազդրային հոդերում և կատարում ձգում ուղղահայաց վեր, պտտելով վերջույթը դեպի դուրս: Շատ հաճախ ներուղղման ժամանակ լսվում է շրխկոց:

Ջանելիձեի եղանակով ներուղղման դեպքում հիվանդին պառկեցնում են որովայնի վրա սեղանին այնպես, որ վնասված ոտքը կախվի: Կոնքը առավել կայուն ֆիքսելու նպատակով փշերի տակ դնում են երկու ոչ մեծ պարկեր լցված ավազով: Օգնականը սեղմում է երկու ձեռքով հիվանդի կոնքը այդ պարկերին, որով և հասնում են կայուն ֆիքսացիայի: Հիվանդը մնում է այդ դիրքում 10-20 րոպե: Վիրաբույժը կանգնում է սեղանի և կախված ոտքի միջև, ծալում է հիվանդի ոտքը ծնկան հոդում ուղիղ անկյան տակ և զատման ու դեպի դուրս պտտման ժամանակ սկսում է սեղմել ենթածնկային փոսիկի վրա (նպատակահարմար է՝ իր ծունկով): Այդ գործողությունների արդյունքում գլխիկը տեղաշարժվում է քաջախափոսի մեջ, որը ուղեկցվում է շրխկոցով:

Կոնքազդրային հոդի *ստաջային հոդախախտը* ներուղղում են այլ ձևով: Այդ դեպքում անհրաժեշտ է ըստ վերջույթի երկարության ձգումը ոտնաթաթից զուգակցել ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածին դրված փափուկ օղի օգնությամբ կատարվող կողմային ձգման հետ:

Ներուղղումից հետո դրվում է գիպսային հետին լոնգետ, կամ կմախքային ձգում: 30 օր անց հիվանդները սկսում են քայլել հենակների վրա առանց ոտքը ծանրաբեռնելու 8-10 շաբաթների ընթացքում: Նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է ներուղղումից հետո 3 ամիս անց: Պրոգնոզը սովորաբար լինում է լավ: Որոշ հիվանդների մոտ հետագայում արյան խախտված շրջանառության հետևանքով ազդրոսկրի գլխիկում կարող են զարգանալ ասեպտիկ նեկրոզ և դեֆորմացնող օսթեոարթրոզ:

Կոնքազդրային հոդի հնացած և չներուղղվող հոդախախտերի դեպքում ցուցված է վիրահատական ներուղղումը: Սակայն, եթե չներուղղվող հոդախախտի դեպքում դեռ կարելի է փորձել հետին դրսային կտրվածքից կատարել ներուղղում, ապա հնացած հոդախախտի դեպքում նպատակահարմար է կատարել հոդի արթրոդեզ:

Գ Լ Ո Ւ Խ 10

Հ Ո Դ Ա Խ Ա Խ Տ Ե Ր Ի Ե Վ Ե Ն Թ Ա Հ Ո Դ Ա Խ Ա Խ Տ Ե Ր Ի
Ա Ռ Ա Ն Ձ Ն Ա Հ Ա Տ Կ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր Ը Ե Ր Ե Խ Ա Ն Ե Ր Ի Մ Ո Տ

ԹԿի-ի տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է կյանքի ուրբանիզացիայով, բնակչության արդյունաբերական գործունեության աճով, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային

Ա ն ա տ ո մ ի ա յ ի հ ի մ ու ն ք ն ե ը ը :

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի զ մ ը :

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը :

Բ ու ժ ու մ ը :

Գ Լ Ո Ւ Խ 11

Ծ Ա Յ Ր Ա Մ Ա Ս Ա Յ Ի Ն Ն Յ Ա Ր Դ Ե Ր Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Ծայրամասային նյարդային ցողունները ողնուղեղային նյարդերի ճյուղավորումներն են, ձևավորվում են ողնուղեղի առաջային և հետին արմատիկների միացումից և կազմված են զգացող և շարժիչ նյարդաթելերից: Հետևաբար ծայրամասային նյարդային ցողունը իրենից ներկայացնում է խառը նյարդ:

Նյարդաթելերի ռեգեներացիան: Անկախ վնասման ձևից, ծայրամասային նյարդային ցողունի ամբողջականության խախտման դեպքում անհրաժեշտ է տարբերել երեք անատոմիական հատված՝ ա) վնասվածքի անմիջական ազդեցության գոտին, բ) նյարդի ծայրամասային հատվածը՝ վնասման տեղից մինչև ծայրամասային նյարդային վերջավորություններ և աշխատանքային օրգան, գ) կենտրոնական հատվածը մինչև նեյրոններ, որոնցից սկիզբ է առնում վնասված ցողունը:

Առաջին օրերին վնասված նյարդում դիտվում է հեմոռագիկ իմբիբիցիա՝ նյարդաթելերի միջև երիթրոցիտների կուտակումներով և միելինի ու առանցքային գլանակների քայքայման արգասիքներով: Վնասված նյարդի ծայրամասային և կենտրոնական հատվածներում տեղի են ունենում դեգեներատիվ փոփոխություններ, լեմնոցիտների (շվանյան բջիջների) և շարակցական հյուսվածքի տարրերի քայքայում, զարգանում է գրանուլյացիոն հյուսվածք, որի տարրերը խառնվում են արյունային պիգմենտների և հյուսվածքային քայքայման արգասիքների հետ: Այնուհետև այն ձևափոխվում է արգինոֆիլ թելերով հարուստ և բարակ պատերով անոթային ցանցից կազմված նուրբ շարակցահյուսվածքային սպիի: Հետագայում նոր ձևավորված հյուսվածքը վերածվում է բջիջներով ախքատ, հաստ պատերից կազմված անոթներով կուպիտ սպիական հյուսվածքի: Վերքի լավացման պրոցեսներին զուգահեռ գնում է սպիի նյարդայնացումը: Ծայրամասային նյարդի վնասվածի լավացման վեջնական արդյունքը (բարեհաջող ելքի դեպքում) ֆունկցիոնալ և մորֆոլոգիական ամբողջականության վերականգնումն է: Այդ բարդ պրոցեսի էությունը հյուսվածքային դեֆեկտի փոխատեղումն ու ծայրամասային նյարդի ֆունկցիոնալ պարենխիմայի (առանցքային գլանակների) ռեգեներացիան է:

Անհրաժեշտ է նկատի ունենալ, որ մորֆոլոգիական անընդհատականության վերականգնումը չի նշանակում ֆունկցիայի վերականգնում: Ծայրամասային հատվածի

նյարդայնացումը կարող է լինել հետերոգեն և հետերոտրոպ: Մասնավորապես այն կարող է լինել սպիակաճի մեջ երկրորդայնորեն մտած բարակ ցողունիկներից:

Կ լ ի ն ի կ ա ն և ա խ տ ո թ ռ շ ու մ ը: Նյարդի վնասումները կարող են լինել տարբեր աստիճանների: Սկզբնական կլինիկական նշանները կարող են տպավորություն ստեղծել նյարդացողունի լրիվ պատռվածքի՝ վերջինիս անատոմիական ամբողջականության պայմաններում: Դրա հետ կապված կա օրենք՝ փակ վնասվածքների ժամանակ չշտապել կլինիկական եզրակացություններով, քանի որ վնասվածքին հաջորդող 2-3 շաբաթվա ընթացքում նյարդի ֆունկցիայի բացակայությունը չի վկայում անատոմիական վնասման մասին: Բացի թվարկված հաղորդականության լրիվ կամ մասնակի խանգարման և ռեգեներացիայի ախտանիշներից, որոնք որոշվում են 1 ամսից մինչև մի քանի տարի տևող փոփոխությունների դինամիկայի վերլուծության հիման վրա, վիրաբուժական տեսակետից կարևոր է հետևյալ սիմպտոմոկոպլեքսների տարբերակումը՝

ա) նյարդի ճնշման ախտանիշը, որն արտահայտվում է արագ զարգացող գրգռմամբ և հաղորդականության անկմամբ: Հաճախ պայմանավորված է հեմատոմայով կամ այտուցով (վերջույթների անոթների վնասման ժամանակ), արատավոր գիպսակապով, բուռն զարգացող ինֆեկիոն պրոցեսով:

բ) ճնշման ախտանիշի դանդաղ զարգացումը, շաբաթների կամ ամիսների ընթացքում, ինչը պայմանավորված է նյարդի սեղմմամբ սպիտակ, ոսկրային կոշտուկով և այն:

գ) գրգռման ախտանիշը, որը դիտվում է ախտաբանական պրոցեսի տարբեր փուլերում և հիմնականում արտահայտվում է տարբեր ուժգնության ինքնաբուխ ցավերով, վեգետատիվ և սրոնֆիկ խանգարումների զարգացմամբ:

Կլինիկական ախտանիշների առանձնահատկությունները պայմանավորված են վնասման տեղից, աստիճանից և յուրաքանչյուրի համար ուրույն են:

Ճաճանչային նյարդը անմիջականորեն հպված է բազկոսկրին և հաճախ է վնասվում վերջինիս միջին երրորդականի կոտրվածքների ժամանակ: Ձեռնաթաթը լինում է կախված, թիկնային մասի ներսային հատվածի զգայնությունը բացակայում է (բազկի և նախաբազկի մաշկային զգայնությունը միայն իջած է լինում և ախտորոշման համար մեծ նշանակություն չունի): Միմյանց մոտեցված ձեռնաթաթերը հեռացնելիս վնասված կողմի մատերը ծալվում են (մատերի տարածիչ մկանների պարալիչի հետևանքով), իսկ ձեռնաթաթը չի հեռանում (ձեռնաթաթի տարածիչների պարալիչի հետևանքով), առաջին մատի գատումը հնարավոր չէ:

Օղիկային նյարդի վնասման ժամանակ խորանիստ միջոսկրային մկանների ատրոֆիայի հետևանքով ձևավորվում է այսպես կոչված «ճանկաձև թաթ»՝ հիմային ֆալանգների թիկնային և միջին ու եղնգային ֆալանգների ափային ծալման դիրքում: Ձեռնաթաթը բուռն ցավ սեղման ժամանակ IV և V մատերը չեն ծալվում: Ձեռնաթաթի միջային թիկնային և ափային մակերեսներին ինչպես նաև IV մատի մաշկային զգայնությունը իջած է, իսկ V մատի և թենարի շրջանում լրիվ բացակայում է:

Միջային նյարդի վնասման ժամանակ խանգարվում է պրոնացիան, ձեռնաթաթի ափային ծալումը, I, II, III մատերի ծալումը, I մատը կատարում է թույլ արտահայտված առբերում (մնացած մատերին նորմալ հակադրման փոխարեն): Մկանային ատրոֆիան առավել արտահայտված է թենարի շրջանում: Չզայնությունը կորում է ափային մակերեսի ճաճանչային կողմում, իսկ թիկնային մակերեսում II-IV մատերի եզրերում: Ձեռնաթաթի հարթեցման և I մատի հակադրման բացակայության հետևանքով, վերջինս ստանում է «կապիկի թաթի» տեսք:

Ազդրային նյարդի վնասման ժամանակ սրունքի տարածումը ծնկան հոդում դառնում է անհնար, թուլանում է ազդրի ծալումը, զարգանում է քառազլուխ մկանի ատրոֆիա, բացակայում

է ճնկային ռեֆլեքսը: Բացի դրանից դիտվում է ազդրի առաջային և սրունքի առաջամիջային մակերեսների անէսթեզիա:

Նրբոլոքային նյարդի վնասումը դիտվում է նախորդներից հաճախ, հատկապես փոքր ոլոքի գլխիկի վնասման ժամանակ: Քանի որ այն նյարդավորում է ոտնաթաթի թիկնային ծալիչ, մատերի տարածիչ և ոտնաթաթը դուրս պտտող մկանները, վնասման դեպքում դիտվում է թվարկված ֆունկցիաների բացակայություն: Կրունկների վրա քայլելը դառնում է անհնար, ոտնաթաթը կախված է դեպի ցած և ներս, քայլելիս հիվանդը ոտնաթաթի ծայրով խփում է գետնին: Այս հիվանդները դիմում են պաշտպանական քայլվածքի՝ ամեն քայլին բարձր բարձրացնում են ոտնաթաթը: Այս շարժմանը զուգահեռ կոնքազդրային և ճնկան հողերում տեղի է ունենում գերծալում: Այս ամենը քայլվածքին տալիս է բնորոշ տեսք. հիվանդը, քայլելով հարթ տեղով, կարծես աստիճան է բարձրանում: Եթե նրբոլոքային նյարդի պարալիչը երկկողմանի է, քայլվածքը դառնում է էլ ավելի բնորոշ, ինչի շնորհիվ ստացել է «ձիու քայլվածք» կամ ստեպաժ անվանումը: Ոտնաթաթի ներբանային ծլիչ մկանների անընդմեջ գերակշռության հետևանքով զարգանում է կարկամածության, ոտնաթաթը ստանում է «ձիու» թաթի տեսք և միաժամանակ գտնվում է սուպինացիայի վիճակում: Զգացողական խանրագարումները տեղակայված են լինում սրունքի դրսային ու ոտնաթաթի թիկնային մակերեսներին:

Ոլոքային նյարդի վնասումները բերում են ոտնաթաթի ներբանային ծալիչ, մատերի ծալիչ մկանների ինչպես նաև ոտնաթաթը ներս պտտող մկանների պարալիչի: Բացակայում է կրկնային ռեֆլեքսը, սրունքի հետին մակերեսի, ներբանի, մատերի ներբանային մակերեսի և եղնզային ֆալանգների թիկնային մակերեսի զգայնությունը: Սրունքի հետին խմբի և ներբանի մկաններում զարգանում է ատրոֆիա: Միջոսկրային մկանների պարալիչի հետևանքով ոտնաթաթը ստանում է «Ճանկաձև» տեսք, իսկ թիկնային ծալիչների կարկամածությունը բերում է «խարակամար» թաթի (pes excavatus) ձևավորմանը: Մատների վրա քայլելը անհնար է: Նյարդի վնասման ժամանակ դիտվում է կաուզալգիա, անոթային և տրոֆիկ խանգարումներ:

Ուսային հյուսակի վնասումները

Ուսային հյուսակի վնասումները ավելի հաճախ հանդիպում են անուղղակի հարվածի ժամանակ, որն ուղեկցվում է անրակի կոտրվածքով և ուսային հողում հողախախտով: Ուսային հյուսակը տեղակայված է վերանրակային շրջանում, իսկ նրա երկրորդային ցողունները՝ ստորանրակային: Դրանով են պայմանավորված վերջինիս համակցված վնասումները ենթանրակային և անութային զարկերակի և երակների, պլևրայի և թոքերի հետ: Այս համակցված վնասումները, գրավելով իրենց վրա ողջ ուշադրությունը, հաճախ քողարկում են ուսային հյուսակի վնասումները: Մեծ արյունազեղումները դժվարացնում են այն գործոնների ախտորոշումը, որոնք բերել են հյուսակի անմիջական ախտահարմանը: Արյունազեղումների ներծծմանը զուգահեռ սկսվում են հստակ արտահայտվել ուսային հյուսակի վնասմամբ պայմանավորված խանգարումները:

Պարանոցի միջին և ստորին երրորդականների սահմանի վրա, կրծոսկրաանրակապտային մկանի դրսային եզրի մոտ վնասումների և վերքերի դեպքում կարող է վնասվել ուսային հյուսակի վերին հատվածը (արմատիկների մոտ): V և VI արմատիկների վնասումը բնորոշվում է դելտանման, երկգլուխ, բազկային, բազկաճաճանչային մկանների ֆունկցիայի կորուստով, հաճախ դիտվում է վերփշային, ենթափշային, ենթաթիակային, ինչպես նաև առաջային ատամանման և մեջքի լայնագույն մկանների նյարդավորման կորուստ:

Ուսային հյուսակի ներքին ցողունը կազմող ստորին արմատիկների վնասման ժամանակ կորում է ծղիկային և մասամբ միջայն նյարդի ֆունկցիան:

Միաժամանակ պարալիզացված են լինում ձեռնաթաթի և մատերի փոքր մկանները:

Ճաճանչային և ենթաանութային նյարդերի ցողունների ձևավորմանը մասնակցող հետին երկրորդային ցողունի վնասումը բերում է եռագլուխ մկանի, ձեռնաթաթի և մատերի բոլոր տարածիչ մկանների ֆունկցիայի խանգարման, ընդ որում դիտվում են ճաճանչային նյարդին բնորոշ զգացողական խանգարումներ և ենթաանութային նյարդի ֆունկցիայի խանգարումներ: Երբեմն, կրծքավանդակի թիկնային նյարդի ֆունկցիայի կորստի հետևանքով, դիտվում է մեջքի լայնագույն մկանի պարեզ:

Ողջ ուսային հյուսակի վնասման ժամանակ (այսինքն բոլոր երեք առաջնային ցողունների կամ հյուսակի բոլոր հինգ արմատիկների) անցանելիության լրիվ խանգարումով զարգանում է ձեռքի թորշումած պարալիչ ջլային և վերնոսկրային ռեֆլեքսների, ձեռքի և ուսագոտու կամային շարժումների բացակայությամբ: Դիտվում է ողջ ձեռքի անէսթեզիա, բացառությամբ դելտանման հատվածի վերին մասերի և բազկի միջային մակերեսի: Նկատվում է հոդամկանային զգացողության կորուստ մինչև ճաճանչաստակային հոդը: Ուսային հյուսակի առանձին ցողունների վնասումը բնորոշվում է ախտանիշներով, որոնք կախված ախտահարման մակարդակից խմբավորվում են որպես համախտանիշներ:

Էրբ-Դյուշենի պարալիչ կամ վերին պարալիչի համախտանիշը զարգանում է V և VI պարանոցային արմատիկների (որոնցից կազմվում է հյուսակի վերին ցողանը) կամ վերին առաջնային ցողունի ախտահարման ժամանակ: Բնորոշվում է բազկի տարածման անհնարինությամբ, նախաբազկի ծալման բացակայությամբ: Ձեռնաթաթի և մատերի շարժումների մեծ մասը, ինչպես նաև ձեռնաթաթի բռնող ֆունկցիան պահպանված են:

Կյումպկե-Դեժերինի պարալիչը կամ ստորին պարալիչի համախտանիշը առաջանում է VIII պարանոցային և I կրծքային արմատիկների կամ առաջային ստորին ցողունի վնասման դեպքում: Բնորոշվում է ձեռնաթաթի մանր և ծալիչ մկանների, մատերի ծալիչ մկանների պարալիչով, բազկի, նախաբազկի և դաստակի միջային եզրի զգացողության խանգարումներով: Հաճախ զարգանում է Հորների համախտանիշը:

Մանկաբարձական պարալիչը դա թորշումած պարալիչների տարատեսակներից մեկն է: Հանդիպում է մանկական հասակում և ամենից հաճախ կապված է ծննդաբերական վնասման հետ: Պատճառը՝ ուսային հյուսակի ախտահարումն է:

Կախված տեղակայումից և ծանրության աստիճանից տարբերում են մանկաբարձական պարալիչի 4 տեսակ՝ 1) վերին արմատիկային (Էրբ-Դյուշենի), 2) ստորին արմատիկային (Կյումպկե-Ջերինի), 3) հյուսակի լրիվ պարալիչով, 4) խառը:

Ավելի հաճախ հանդիպում է Էրբ-Դյուշենի պարալիչը: Կլինիկական տեսանկյունից գերակշռում է դելտանման, երկգլուխ, բազկային և բազկակտցային մկանների ախտահարումը: Այս դեպքերում՝ ձեռնաթաթի և նախաբազկի պահպանված շարժումների պարագայում, երեխան չի կարողանում ուսահողում ակտիվորեն գատել ձեռքը, վեր բարձրացնել հորիզոնական գծից, հետ տանել, նախաբազկի սուպինացիան կտրուկ սահմանափակված է: Պասիվ շարժումները սկզբից հնարավոր են, այնուհետև, կծկողականությունը պահպանած մկանների զարգացող կարկամածության հետևանքով, դառնում են սահմանափակ:

Դեժերին-Կյումպկերի պարալիչը դիտվում է հազվադեպ, էլ ավելի հազվադեպ են հանդիպում պարալիչների լրիվ և խառը ձևերը: Բոլոր թվարկված ձևերի ժամանակ, բացի լրիվ պարալիչից, դիտվում է կարկամածություն՝ ձեռքի առբերում, նախաբազկի ներս պտույտով:

Մանկաբարձական պարալիչի բուժումը կախված է ախտաբանական երևույթների արտահայտումից: Եթե դրանք աննշան են, ապա ողջ ուշադրությունը պետք է դարձնել կարկամածությունների կանխարգելմանը: Եթե պարալիչի նշանները արտահայտված են երեխային ծնունդից, ապա բուժումը պետք է ուղղված լինի վնասված ուսային հյուսակի

վերականգմանը: Վիրաբույժերի մեծ մասը կողմնակից է ուշ վիրահատական միջամտության, վերջինիս համատեղմամբ կոնսերվատիվ օրթոպեդիկ միջոցառումներով: Կիրառվում են փափուկ հյուսվածքային պլաստիկ վիրահատություններ, որոնց նպատակն է միոնկրոտիզացիան, չաշխատող մկանի փոխատեղումը աշխատողով, որը կարող է իր վրա վերցնել ֆունկցիան (Դեղովա-Պեչենկինայի վիրահատությունը): Կոնսերվատիվ միջոցառումները պետք է ներառեն վերջույթի ճիշտ դիրքավորումը, շինավորումը, էլեկտրո-, ֆիզիո- և մեխանոթերապիան, բալնեոլոգիական բուժումը:

Դեպքերի գերակշռող մեծամասնությունում ուսային հյուսակի վնասման ժամանակ դիտվում են այնպիսի փոփոխություններ, որոնց ժամանակ դժվար կամ գործնականորեն անհնար է վերականգնել նյարդացողունների ամբողջականությունը: Պահպանված երկզվուխ մկանի դեպքում, նրա ուժը լայն փակեղի հասվածի միջոցով (Չակլինի մեթոդը) տեղափոխվում է ձեռնաթաթի ծալիչ մկանների վրա: Այսպիսով վերականգնվում է ձեռնաթաթի բռնող ֆունկցիան: Արդուկցիայի վիճակում բուժման ժամանակ որոշակի լավացման կարող են բերել պալիատիվ վիրահատությունները՝ զատմանը և պտույտին խանգարող ջլերի տենոտոմիան (մեծ կրծքային և ենթաթիակային մկանների): Դելտանման մկանի լրիվ պարալիչի դեպքում, եթե պահպանված է սեղանարդաձև մկանի ֆունկցիան կատարվում է ուսահողի արթրոդեզ. վիհարատությունից հետո ձեռքը շարժվում է թիակի հաշվին:

Վ ի ր ա բ ու ժ ա կ ա ն մ ի ջ ա մ տ ո թ յ ու ն ը ն պատակ է հետապնդում ստեղծել պայմաններ կենտրոնական նեյրոնից դեպի ծայրամասային հատված ռեգեներացվող նյարդաթելերի անցման համար: Այդ նպատակին հասնում են հետևյալ կերպ՝ ա) սպիկան հյուսվածքներից նյարդացողունի ազատումով, բ) էպի- և պերինյարդային կպումների անջատումով, գ) նյարդային ցողունի անընդհատականության վերականգնում՝ նյարդի ծայրը ծայրին կարմամբ, հոմո- կամ աուտոպլաստիկայի միջոցով, դ) նյարդացողունի՝ ոսկրաբեկորներով, աճող հեմատոմայով, արատավոր գիպսակապով, փափուկ հյուսվածքների զարգացող այտուցով սեղման վերացումով:

Ն և ր ո լ ի զ ը դա նյարդացողունի ազատումն է շրջապատող սպիններից կամ ոսկրային կոշտուկից: Նյարդացողունի մակերեսային տեղակայման դեպքում, նպատակահարմար է կատարել մաշի այնպիսի կտրվածքներ, որոնք չեն համընկնում նյարդի պրոյեկցիայի հետ:

Ն յ ա ր դ ա յ ի ն կ ա ր դ ն ե լ ու ց ու ց ու մ է համարվում վերջինիս անընդհատության ամբողջական, կամ ամբողջականին մոտ անդարձի խանգարումները: Ընդ որում տարբերում են ա) նյարդի առաջնային կար, որը դրվում է առաջնային վիրաբուժական մշակման ժամանակ, բ) հետաձգված կար, որը դրվում է վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումից հետո:

Նյարդի լրիվ անատոմիական ընդհատման դեպքում, վերջինիս մերկացումից հետո, պատված ծայրերը թարմացվում են այնպես, որ կտրվածքի վրա երևան կենսունակ աքսոնների խրձեր՝ շրջապատված առողջ պերինևրումով: Նյարդի անկենսունակ եզրերը հատվում են սուր դանակով՝ ցողունի երկայնակի առանցքին խիստ ուղղահայաց: Վիրահատության խնդիրներից է նյարդի ծայրերի ճշգրիտ համատեղումը, նրանց լրիվ մոտեցումը և պահումը այդ դիրքում էպինևրումի սերտաճմանն անհրաժեշտ ժամանակահատվածում: Յողունների պտույտը անթույլատրելի է: Առանց օպտիկական մեծացման կարելու ժամանակ կիրառում են ատրավմատիկ ասեղով 4/0 թել: Կարը դրվում է էպինևրումի վրա: Նյարդի փակ վնասումների ժամանակ հետաձգել վիրահատությունը 4-6 շաբաթից ավել նպատակահարմար չէ: Օպտիկական մեծացման պայմաններում հնարավոր է մանրակրկիտ մշակել վնասված եզրերը, կանգնեցնել էպինևրալ արյունահոսությունը և կարել 8/0-10/0 գերբարակ ատրավմատիկ թելով: Վիրահատությունից հետո վերջույթը ֆիքսվում է գիպսային կապի միջոցով, այնպիսի դիրքում, որպեսզի կանխվի նյարդի կտրված մասի լարվածությունը:

ՈՍԿՐԵՐԻ ԵՎ ՀՈԴԵՐԻ ԲԱՑ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ոսկրերի բաց կոտրվածքներ

Կոտրվածքները, որոնց շրջանում վնասված են բոլոր փափուկ հյուսվածքները, կոչվում են բաց: Տարբերում են առաջնային բաց կոտրվածքներ, երբ մաշկային ծածկույթի և փափուկ հյուսվածքների ամբողջականությունը խախտվում է վնասող գործոնի ազդեցության տեղում և հետևանքով (ընդ որում վերքը և կոտրվածքը առաջանում են միաժամանակ); և երկրորդային բաց կոտրվածքներ, որոնք առաջանում են ոսկրային բեկորների ծայրերով փափուկ հյուսվածքները և մաշկը ներսից վնասելու արդյունքում:

Հենաշարժիչ ապարատի բոլոր վնասումների մեջ բաց կոտրվածքները կազմում են 8-10%: Այդպիսի կոտրվածքների դեպքում տուժողի կյանքի համար ավելի մեծ վտանգ են ներկայացնում սկզբում արյունահոսությունը և շոկը, իսկ հետագայում՝ վերքի մեջ ինֆեկցիայի զարգացումը: Հատկապես կարևոր նշանակություն ունեն հյուսվածքների վնասման աստիճանը և տարածվածությունը, որոնք մեծամասամբ որոշում են բաց կոտրվածքների բուժման ելքը: Որքան շատ են ջնջված և անկենսունակ հյուսվածքները, այնքան բարձր է ծանր վերքային ինֆեկցիոն բարդությունների զարգացման հավանականությունը:

Ըստ Ա.Վ.Կապլանի և Օ.Ն. Մարկովայի դասակարգման բաց կոտրվածքների դեպքում փափուկ հյուսվածքների վնասման ծանրությունը նշանակվում է առաջին երեք հոռմեական թվանշանների և ռուսական այբուբենի առաջին երեք տառերի տարբեր զուգակցումներով (հոռմեական թվանշանները նշանակում են վերքի չափերը, տառերը՝ փափուկ հյուսվածքների վնասման տեսակը, ծանրության աստիճանը և տարածվածությունը): B⁵ - փափուկ հյուսվածքների թեթև, սահմանափակ վնասում, որի ժամանակ նրանց կենսունակությունը խանգարված չէ, կամ քիչ է խանգարված (օրինակ՝ ծակած, կտրված վերքերի դեպքում); B - փափուկ հյուսվածքների վնասում միջին ծանրության, երբ նրանց կենսունակությունը սահմանափակ հատվածում լրիվ կամ մասնակի խանգարված է: Հաճախ դրանք պատռված կամ սալջարդ վերքեր են: B - փափուկ հյուսվածքների ծանր վնասվածներ, երբ նրանց կենսունակությունը խանգարված է նշանակալի տարածության վրա: Բաց կոտրվածքների IA, IIA, IIIA տիպերի դեպքում փափուկ հյուսվածքների բոլոր շերտերը սովորաբար վնասվում են տեղաշարժված ոսկրային բեկորով նրանց ծակման (պատռման) հետևանքով: Iբ, IIբ, IIIբ տիպերի բաց կոտրվածքները բնութագրվում են մաշկի (սալջարդ) վերքի առկայությամբ և ստորադիր հյուսվածքների նշանակալի վնասմամբ: Վերջիններիս սալջարդը ուղեկցվում է վնասված փոքր և միջին արյունատար անոթներից զգալի արյունազեղումով: IB, IIB, IIIB տիպերի կոտրվածքները տարբերվում են, անկախ մաշկային դեֆեկտի չափերից, փուփուկ հյուսվածքների տարածուն ջնջվումով: Ոսկրերի բաց կոտրվածքները հաճախ խոշոր կամ մանրբեկորային են, բեկորների նշանակալի տեղաշարժով: Այս կոտրվածքների կլինիկոանատոմիական առանձնահատկությունները պայմանավորված են վնասվածքի ժամանակ հյուսվածքների ճնշման առկայությամբ:

Երկար խողովակավոր ոսկրերի բաց (ոչ հրազենային) դիաֆիզար և մետաֆիզար կոտրվածքների դասակարգումը (ըստ Ա.Վ. Կապլանի և Օ.Ն. Մարկովայի)

Կոտրվածքի տեղակայումը	Բազկային, ծղիկային, ճաճանչային, ազդրային, մեծ ոլոքային և փոքր ոլոքային կոտրվածքների վերին կամ ստորին մետաէպիֆիզ:			
Կոտրվածքի տեսակը	Միջաձիգ, թեք, պտուտակաձև, խոշորբեկորային, մանրաբեկորային, երկակի (բեկորների տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի):			
Մաշկի և ստորադիր հյուսվածքների վնասման բնույթը (վերքի տեսակը):	Վերքի չափը			
	I	II	III	IV
	Կետային կամ փոքր (մինչև 1.5 սմ)	Միջին (2-9 սմ)	Մեծ (10 սմ և ավելի)	Յուրահատուկ (շատ ծանր)
A. Սահմանափակ ոչ ծանր վնասվածքներ	I A	II A	III A	Վերջույթի կենսունակության խանգարում (տարածուն փշրված ոսկրեր և ճնշված հյուսվածքներ, վնասված խոշոր ցողունային անոթներ՝ զարկերակներ)
B. Միջին ծանրության՝ փափուկ հյուսվածք-ների սալջարդ պատռված վերքեր:	I Ը	II Ը	III Ը	
C. Փափուկ հյուսվածքների ծանր՝ ջնջիված և ճզմված վերքեր	I B	II B	III B	

IV տիպի բաց դիաֆիզար կոտրվածքների դեպքում վերջույթի կենսունակությունը խանգարված է՝ փափուկ հյուսվածքների և ոսկրերի ջնջիման, փշրման և ճնշման (սեղման) կամ ցողունային զարկերակների վնասման հետևանքով:

Յուրաքանչյուր բաց կոտրվածք պետք է համարել բակտերիալ-ադոտոված: Վերքի միկրոբային ինվազիայի (ներթափանցման) դեպքում կարող են զարգանալ վերքային ինֆեկցիոն բարդություններ (թարախային, նեխային, անաերոբ, փայտացում):

Ինֆեկցիոն բարդությունների զարգացմանը նպաստող գործոններին են պատկանում՝ վնասվածքի տարածվածությունը, անկենսունակ հյուսվածքների առկայությունը, արյան շրջանառության, սնուցման խանգարումը, իմունիտետի թուլացումը:

Բաց կոտրվածքի դեպքում ցանկացած չափի վերք ենթարկվում է առաջնային վիրաբուժական մշակման: Վիրաբուժական միջամտության լավագույն ժամկետ է համարվում վնասմանը հաջորդող առաջիկա 6-8 ժամը:

Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման դեպքում լարանի օգտագործումը ցանկալի չէ, բացառությամբ՝ բացարձակ ցուցումների (մագիստրալ զարկերակների վնասում): Վերքային ինֆեկցիոն բարդությունների պրոֆիլակտիկայում գլխավորը համարվում է նեկրոզված և անկենսունակ բոլոր հյուսվածքների հեռացումը: Փափուկ հյուսվածքների մշակումը անցկացնում են համաձայն առաջնային վիրաբուժական մշակման ընդհանուր կանոնների:

Ոսկրերի վիրաբուժական մշակման ժամանակ հեռացնում են ադոտոված միջին ու խոշոր բեկորները, մշակում են անտիսեպտիկներով, հակաբիոտիկներով, հեռացնում են ադոտոված հատվածները: Ազատ տեղակայված բեկորների հեռացումը համարվում է սխալ: Փակեղի վրա կարեր չեն դնում: Վիրահատության վերջում վերքի շրջակայքը ներծծում են (ինֆիլտրացնում են) հակաբիոտիկներով: Վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակման տրամաբանական ավարտ է

հանդիսանում առաջնային կարերի դնելը: Վերքի խուլ կարման որոշումը պետք է ընդունվի միայն այն դեպքում, երբ լիովին համոզված են, որ դա չի առաջացնի ինֆեկցիոն բարդություններ: Խուլ առաջնային կար չպետք է դնել մագիստրալ անոթների վնասվածքի, տարածուն, ջնջիված, աղտոտված, հյուսվածքների շերտազատումով վերքերի դեպքում, վերքի ուշ վիրաբուժական մշակումից հետո, եթե մինչ վիրահատությունը չի անցկացվել հակաբակտերիալ բուժում: Մաշկի մեծ դեֆեկտների դեպքում կատարում են (եզրերի) կողքերից թուլացնող կտրվածքներ, որը կարող է կանխել մաշկի նեկրոզը, կամ կատարում են առաջնային մաշկային պլաստիկա: Վերքի կարումից հետո նրա ոռոգման և կուտակվող արյան ու վերքային արտազատումի մշտական արտահոսքի համար վերքում թողնում են դրենաժներ:

Եթե վիրահատությունից անմիջապես հետո չեն դրվել առաջնային կարեր, ապա վերքի բաց թողնելը պետք է լինի ժամանակվոր: Վիրահատությունից հետո 3-5 օր անց դրված կարերը կոչվում են առաջնային - հետաձգված: Դրանք դնում են մինչ վերքի մեջ գրանուլացիաների զարգացումը, վերքային ինֆեկցիայի նշանների բացակայության և տուժողի ընդհանուր բավարար վիճակի դեպքում:

Կարերը, որոնք դրվում են 7-ից մինչև 14 օր ժամկետում, երբ արդեն ի հայտ է գալիս գրանուլացիոն հյուսվածք և անջատվում են նեկրոզված հյուսվածքները, կոչվում են վաղ-երկրորդային: Դրանք դնում են առանց գրանուլյացիաների հեռացման, թելերը անց են կացվում գրանուլյացիոն հյուսվածքի տակով: Քանի որ դեռ չի առաջացել կոպիտ սպիական հյուսվածք, վերքի եզրերը լավ մոտեցնում են:

Երբեմն վերքային պրոցեսը երկար է ընթանում: Այդ ընթացքում վերքում առաջանում են տարածուն գրանուլյացիաներ և կոպիտ սպիական հյուսվածք: Վերքի եզրերի շարժունակությունը կտրուկ սահմանափակվում է և դրանց մոտեցնելը դառնում է դժվար: Այս դեպքում ստիպված պետք է հեռացնել գրանուլյացիոն և սպիական հյուսվածքը՝ վերքը դարձնելով «թարմ» և այնուհետև այն կարել: Կարերը, որոնք դրվում են 2 շաբաթ և ավելի ուշ ժամկետում կոչվում են ուշ-երկրորդային:

Երկրորդային կարերի բոլոր տեսակների դրման հարաբերական հակացուցումներ են համարվում սուր թարախային բորբոքման կլինիկական նշանները և տուժածի ծանր վիճակը:

Բաց կտրվածքների վիրաբուժական մշակումը պետք է ավարտվի բեկորների համադրմամբ (ռեպոզիցիա) և նրանց հուսալի անշարժացմամբ: Դրա համար, ինչպես և փակ կտրվածքների դեպքում, կիրառում են գիպսային կապ, կմախքային ձգում, օստեոսինթեզ կոմպրեսսիոն-դիստրակցիոն ապարատներով:

Բաց կտրվածքների բուժման մեթոդներից յուրաքանչյուրը ունի իր ցուցումները: Սուզվող մետաղական սարքերով օստեոսինթեզի ցուցումները պետք է խիստ սահմանափակել: Առաջնային օստեոսինթեզը հակացուցված է խիստ աղտոտված, տարածուն և ջնջիված վնասվածքների դեպքում: Շոկի կամ արնահոսության առկայությունը նույնպես հանդիսանում է օստեոսինթեզի հակացուցում: Առաջնային օստեոսինթեզի ցուցումների չիմնավորված ընդլայնումը կարող է բերել ծանր վերքային ինֆեկցիոն բարդությունների:

Տուժածի վիճակի և փափուկ հյուսվածքային վերքի լավացումից հետո ոսկրային բեկորների անբարենպաստ դիրքի դեպքում անց են կացնում հետաձգված օստեոսինթեզ:

Բաց և ինֆեկցված կտրվածքների բուժման հեռանկարային մեթոդ է հանդիսանում կոմպրեսսիոն-դիստրակցիոն ապարատների կիրառումը: Այս մեթոդի օգտագործումը տալիս է մի շարք առավելություններ: Կտրվածքի գոտում մետաղական սարքերի բացակայությունը, փոքրացնում է ինֆեկցիայի զարգացման վտանգը: Ստեղծվում է բեկորների կայուն անշարժացում և վերքի մշտական վերահսկման հնարավորություն:

Գիպսային վիրակապով անշարժացումը ունի անվիճելի առավելություններ՝ հիվանդի խնամքի և փոխադրման հարմարավետություն, իսկ պատուհանավոր գիպսային վիրակապի դեպքում՝ վերքին հետևելու հնարավորություն: Կմախքային ձգումը բաց կոտրվածքների բուժման դեպքում ունի իր առավելությունները՝ վերքային պրոցեսի մշտական վերահսկման և ոսկրի բեկորների համադրման շտկման հնարավորություն: Վերքային ինֆեկցիայի կանխարգելման ընտրության մեթոդ է հանդիսանում վերքի բուժման վիրաբուժական եղանակի զուգակցումը հակաբիոտիկներով բուժման հետ:

Այն դեպքում, երբ վերքային ինֆեկցիայի զարգացման սպառնալիքը մեծ է, օրինակ՝ տարածուն ջնջիված վնասվածքներից հետո, նպատակահարմար է հակաբիոտիկների ներերակային ներմուծումը: Վերջին ժամանակներս հետվնասվածքային օստեոմիելիտի բուժման համար հաջողությամբ կիրառում են հակաբիոտիկների ներզարկերակային կամ ներավշային ներմուծումը:

Հոդերի բաց վնասվածքներ

Հոդերի բաց կամ թափանցող վնասվածքների ժամանակ ախտահարվում են հոդը շրջապատող փափուկ հյուսվածքների բոլոր շերտերը՝ ներառյալ սինովիալ թաղանթը: ՓԱստորեն՝ հոդախոռոչը հաղորդակցվում է արտաքին միջավայրի հետ վերքիմիջոցով:

Կախված փափուկ հյուսվածքների վնասվածքի բնույթից և ներհոդային կոտրվածքների առկայությունից, հոդերի բաց վնասվածքները կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝

1. Ծակած կամ ծակած-կտրած վերքեր հոդին կպչող և հպվող եզրերով;

2. Վերքեր հորանջող վերքային բացվածքներով կամ բաց հոդախախտերի դեպքում առաջացող վերքեր:

3. Հոդամակերեսների բաց կոտրվածքներ (բաց ներհոդային կոտրվածքներ):

Նեղ վերքային անցքով ծակած և ծակած-կտրած վերքերի դեպքում լինում են փափուկ հյուսվածքների չնչին վնասումներ, սովորաբար առանց հոդի կապանային ապարատի, խոշոր անոթների և հոդամակերեսների վնասվածքի: Այս դեպքում վերքի ինֆեկցումը նշանակալի չէ:

Հորանջող տարածուն վերքերի, բաց հոդախախտերի դեպքում հոդում դիտվում են փափուկ հյուսվածքների ավելի նշանակալի վնասվածքներ (հոդը կայունացնող կապանների պատռում, հոդաճառի վնասվածք): Վերքի ինֆեկցումը նշանակալի է:

Հոդերի բաց վնասվածքների ընթացքը կախված է ոչ միայն փափուկ հյուսվածքների վնասվածքի բնույթից, այլ նաև վերքի ինֆեկցման աստիճանից: Ինֆեկցումը և թարախային բորբոքման զարգացումը առանձնահատուկ վտանգ են ներկայացնում խոշոր՝ կոնքազդրային և ծնկան հոդերում: Այդ դեպքում ոչ հազվադեպ վատանում է հիվանդների ընդհանուր վիճակը, զարգանում է սեպսիս, սեպտիկոպիեմիա:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Հոդերի վնասման դեպքում անհրաժեշտ է պարզել, թե վնասվածքը հանդիսանում է հոդի մեջ ներթափանցող, ինչպես նաև որոշել հյուսվածքների վնասման ծավալը և ծանրության աստիճանը: Ախտորոշման համար սովորաբար դժվարություններ են ներկայացնում մաշկային ծածկույթների աննշան վնասմամբ և նեղ վերքային խողովակով ծակած վերքերը: Այս դեպքում վերքի փոքր չափերի և նրա եզրերի կպման պատճառով ձուսպային հեղուկի արտահոսք, որպես կանոն, չի դիտվում:

Այլ բնորոշ ախտանիշներից սովորաբար դիտվում է հոդախոռոչի մեջ արյունազեղման հետևանքով զարգացող զգալի այտուցվածություն: Հոդի շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է ցավոտություն, որն ուժեղանում է ակտիվ և պասիվ շարժումների դեպքում: Վերքի ստուգման (ռևիզիայի) ժամանակ հայտնաբերվում է ձուսպային հեղուկի արտահոսք:

Հորանջող վերքերի դեպքում հողի այտուցվածությունն աննշան է, քանի որ արյունը և ձուսպային հեղուկը արտահոսում են դուրս:

Այս դեպքում նկատվում է վիրակապի առատ խոնավացում կատառալ-հեմոռագիկ արտադրությամբ: Բաց ներհոդային կոտրվածքների դեպքում վնասված հողի շրջանում դիտվում են դեֆորմացիա, ոսկրային բեկորների կրեպիտացիա:

Հողերի վնասվածքների բոլոր դեպքերում ցուցված է ռենտգենաբանական հետազոտում, որը թույլ է տալիս բացահայտել հոդամակերեսների վնասման առկայությունը և աստիճանը, հոդախոռոչում օդի կամ օտարածին մարմնի առկայությունը:

Բ ու ժ ու մ ը : Հոդախոռոչի մեջ թափանցող բաց վնասվածքների դեպքում անրհաժեշտ է մանրակրկիտ, ճիշտ և ժամանակին կատարել վիրաբուժական մշակում: Քանի որ հոդախոռոչի բաց թողնելը բերում է թարախակալման, փափուկ հյուսվածքների հեռացումը պետք է կատարել հաշվի առնելով հողի պատիճի հետագա պարտադիր խուլ կարումը:

Կաչող եզրերով ծակած վերքերի դեպքում՝ առանց փափուկ հյուսվածքների նշանակալի վնասման, և ոսկրերի վնասվածքի բացակայության վիրաբուժական մշակումը կայանում է վերքի եզրերի և պատերի տնտեսող բացահատման, վերքային խողովակի շրջանում ձուսպաթաղանթի և հոդապարկի հատման և վերքի ստուգման մեջ: Մշակումից հետո վերքը կարում են մանրակրկիտ, շերտ առ շերտ, խուլ կերպով: Վիրաբուժական մշակումից հետո անհրաժեշտ է կատարել հողի անշարժացում զիպսային լոնգետով 10-12 օր (մինչև կարերի հանելը):

Հողի հորանջող վերքերի դեպքում, ինչպես նաև բաց հոդախախտերի, հոդամակերեսների կոտրվածքների դեպքում կատարում են վերքի մանրագնին վիրաբուժական մշակում՝ նրա եզրերի և վերքային խողովակի պատերի տնտեսող բացահատմամբ: Կատարում են հոդախոռոչի մանրակրկիտ ստուգում, հեռացում բոլոր օտարածին մարմինները, ազատ տեղակայված ոսկրային բեկորները և բծախնդրորեն դադարեցնում արնահոսությունը փոքր անոթներից: Ոսկրի եզրային բեկորները համադրում են:

Ոսկրերի հոդային ծայրերի նշանակալի վնասվածքի դեպքում նպատակահարմար է կատարել նրանց տնտեսող առաջնային ռեզեկցիա: Հոդախոռոչը լվանում են հակասեպտիկների լուծույթով: Վերքը շերտ առ շերտ կարում են խուլ կերպով և կատարում են հողի անշարժացում: Հետագայում հողերի ներթափանցող վերքերի բուժումը կախված է ինֆեկցիայի զարգացումից և հոդամակերեսների քայքայման աստիճանից: Հողում արյան կուտակման դեպքում կատարում են պունկցիա: Կատառալ էքսուդատի առկայության դեպքում կարելի է սահմանափակվել պունկցիաներով, հակասեպտիկներով հողի լվացումով (ֆուրացիլինի լուծույթ), հոդախոռոչի մեջ հակաբիոտիկների ներմուծմամբ: Ինֆեկցիայի զարգացման վաղ ժամկետներում հոդախոռոչ մտցված 2 հաստ ասեղների օգնությամբ մշտական լվացումով կարելի է հասնել առողջացման:

Պրոցեսը թարախայինի անցնելու դեպքում (որի մասին վկայում են հողի այտուցվածության մեծացումը, մաշկի գերարյունությունը, ցավերի ուժեղացումը, թարախային էքսուդատի արտահոսքը կամ նրա ստացումը պունկցիայի ժամանակ, ընդհանուր վիճակի վատացումը) ցուցված են հողի հատումը, նրա խոռոչի դրենավորում և մշտական ակտիվ արտածծում ջրաշիթային արտածծիչով կամ էլեկտրաարտածծիչով:

Ինտոքսիկացիայի արտահայտված նշանների դեպքում վիրահատության ուշացումը անթույլատրելի է: Հողի էմպիեմայի դեպքում պետք է կատարել ընդարձակ արթոտոմիա, որը ապահովում է հողի բոլոր բաժինների դրենավորումը: Սեպտիկ երևույթներով պան- և օսթեոարթրիտի դեպքում ցուցված է հողի երկրորդային ռեզեկցիա: Օսթեոմիելիտի առաջացման դեպքում անհրաժեշտ է հոդային ծայրերի ռեզեկցիա: Ռեզեկցիայից հետո ձևավորված խոռոչը դրենավորում են, անց են կացնում մշտական ոռոգում հակասեպտիկներով (հակաբիոտիկներով) և ակտիվ արտածծում (ասպիրացիա):

Արթրիտի ծանր ընթացքի դեպքում, որն ուղեկցվում է սեպսիսով կամ վերքային հյուծումով, ցուցված է երկրորդային ամպուտացիա, ինչը սեպտիկ վիճակով բարդացած հոդերի բաց վնասվածքների դեպքում, անկասկած հանդիսանում է ամենաձանր և անցանկալի բուժական միջոցառում:

Բարդություններին, որոնք կարող են հանդիպել հոդերի բաց վնասվածքների դեպքում, պատկանում են նաև դեֆորմացնող արթրոզները կոնտրակտուրաները անկլիոզը, ճոճվող հոդերը և սովորության հողախախտերը (ոսկրային դեֆեկտների դեպքում):

Գ Լ ու ի խ 13

Վ Ե Բ Ջ Ո Ն Յ Թ Ն Ե Ր Ի Ա Ն Դ Ա Մ Ա Հ Ա Տ Ո Ւ Մ Ե Վ Պ Ը Ն Թ Ե Ջ Ա Վ Ո Ր Ո Ւ Մ

Ամպուտացիա

Անդամահատումը դա վերջույթների հեռացումն է ոսկրի (ոսկրերի) մակարդակով: Եթե վերջույթը հատված է հոդի մակարդակով, ապա գործ ունենք էկզարտիկուլյացիայի հետ:

Անդամահատման մակարդակը և եղանակը որոշում են հետագա պրոթեզավորման հնարավորությունը հաշվի առնելով: Տարբերում են՝

1. Նախնական անդամահատում, որն իրենից ներկայացնում է վերքի մեծածավալ վիրաբուժական մշակում: Այս դեպքում վերքը կարող է թողնվել բաց, անաէրոբ վարակից խուսափելու համար (հիմնականում ականապայթյունային վիրավորումների ժամանակ կատարում են գիյոտինային անդամահատում):

2. Վերջնական ամպուտացիա, որի ժամանակ վերջնականապես ձևավորվում է վերջույթի ծայրատը:

Գոյություն ունեն անդամահատման բացարձակ և հարաբերական ցուցումներ:

Բ ա գ ա ր ձ ա կ ց ու ց ու մ ն ե ր ն է ն՝

- վերջույթի պոկումներ, երբ պոկված հատվածի կապը վերջույթի հետ պահպանվում է մաշկային կամ ջլափակեղային լաթերի միջոցով;

- վերջույթի բաց կոտրվածքներ, որոնք ուղեկցվում են ոսկրերի ջնջխումով մեծ տարածության վրա, մկանների ճզմումով, մագիստրալ անոթների և նյարդերի վնասումով, որոնք անհնար է վերականգնել;

- ծանր, հիվանդի կյանքին սպառնացող վարակի առկայությունը գազային գանգրենա, սեպսիս);

- վերջույթի տարբեր ծագման գանգրենա (թրոմբոզ, էմբոլիա, օրլիտերացնող էնդարտերիտ, դիաբետ, ցրտահարում, այրվածք, էլեկտրովնասվածք);

- չարորակ նորագոյացություններ;

- վերջույթի ածխացում (IV աստիճանի այրվածք):

Անդամահատման հ ա ր ա ք ե ր ա կ ա ն ց ու ց ու մ ն ե ր ն է ն՝

- երկարատև չբուժվող տրոֆիկ խոցեր;

- խրոնիկ օսթեոմիելիտ ներքին օրգանների ամփոփողի սկզբնական նշաններով;

- վերջույթների բնածին կամ ձեռք բերված ծանր չուղղվող դեֆորմացիաներ;

- ոսկրերի մեծ դեֆեկտներ, որոնք ենթակա չեն օրթեզավորման;

- վերջույթի բնածին թերզարգացվածությունը, որը խանգարում է պրոթեզավորմանը:

Տարբերում են անդամահատման հետևյալ տեսակները՝ առաջնային, երկրորդային, ուշ և կրկնակի (ռեամպուտացիաներ):

Առաջնային ամպուտացիան կատարում են առաջնային ցուցումներով, որպես վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակում վնասվածք ստանալուց հետո վաղ ժամկետներում, որի ընթացքում հեռացնում են վերջույթի անկենսունակ հատվածները նախքան վարակի կլինիկական նշանների զարգանալը:

Երկրորդային անդամահատումը կատարում են, երբ բուժման վիրաբուժական և կոնսերվատիվ միջոցառումները անարդյունք են: Կարելի է կատարել բուժման ցանկացած էտապում, երբ առաջանում են կյանքին սպառնացող բարդություններ:

Ուշ են համարվում այն անդամահատումը, որոնք կատարվում են խրոնիկ օստեոմիելիտների ժամանակ երկարատև չլավացող վերքերի և խուղակների կապակցությամբ, կամ բազմակի անկիլոզների պատճառով ֆունկցիոնալ առումով անօգուտ, խանգարող վերջույթների դեպքում:

Կրկնակի անդամահատումը կատարում են արդեն նախօրոք կատարած անդամահատումների հետո, երբ ձևավորված ծայրատը հարմար չէ պրոթեզավորման համար:

Խցանոդ էնդարտերիիտի և անաէրոբ վարակի կապակցությամբ կատարվող ամպուտացիաների ժամանակ հակացուցված է օգտագործել հեմոստատիկ լարան, քանի որ վերջինս խորացնում է հյուսվածքների իշեմիզացիան և նպաստում անաէրոբ վարակի զարգացմանը:

Գիյոտինային անդամահատման ժամանակ փափուկ հյուսվածքները հատվում են միանգամից մինչև ոսկրը, վերջինիս ուղղահայաց:

Ավելի տարածված են անդամահատման լաթային եղանակները: Լաթերը ձևավորվում են մաշկից և ենթամաշկային ճարպաբջջանքից: Եթե լոսկուտի կազմության մեջ մտնում է նաև փակեղը (որն ավելի շարժուն է դարձնում սպին), անդամահատումը կոչվում է ֆասցիոպլաստիկ: Երբեմն ոսկրի հատույթը ծածկվում է ոսկրային կտորով, սա կոչվում է ոսկրապլաստիկ ամպուտացիա, օրինակ՝ ոտնաթաթի անդամահատում ըստ Պիրոգովի:

Յուրաքանչյուր ամպուտացիայի եզրափակիչ փուլը դա պրոթեզավորումն է:

Պրոթեզավորում

Պրոթեզավորումը դա ողջ վերջույթի կամ դրա բացակայող հատվածի փոխարինումն է հատուկ հարմարանքներով՝ վերջույթի ձևի և ֆունկցիայի մասնակի վերականգնման նպատակով: Այդ նպատակով օգտագործվում են պրոթեզներ, որոնք վերականգնում են վերջույթի հենարանային և շարժիչ ֆունկցիան, կանխում հենաշարժական համակարգի երկրորդային դեֆորմացիաները:

Անդամահատումից հետո վերջույթի պրոթեզավորման դեպքում առաջին հերթին հաշվի են առնում ծայրատի վիճակը, հիվանդի ընդհանուր վիճակը, նրա մասնագիտությունը և հետագա աշխատանքային գործունեության հնարավորությունը: Պրոթեզավորվող վերջույթի ծայրատը պետք է լինի անցավ, կոնաձև, սպին չպետք է սերտաճած լինի ոսկրի հետ, պրոքսիմալ հողերը պետք է լինեն շարժուն:

Պրոթեզները լինում են. 1) կոսմետիկ՝ վերականգնում են բացակայող սեզմենտի ձևը; 2) ակտիվ կոսմետիկ՝ վերականգնում են նաև վերջույթի ֆունկցիան; 3) աշխատանքային՝ կենցաղային կամ արտադրական խիստ որոշակի գործողություններ կատարելու համար:

Ներկայումս բարդ տեխնոլոգիաների և բարձրակարգ արհեստական նյութերի միջոցով հնարավոր է պատրաստել բարձր որակի ակտիվ կոսմետիկ պրոթեզներ, որոնք իրենց ձևով,

քաշով, գույնով և հնարավորինս չափ կատարած ֆունկցիաներով մաքսիմալ մոտեցված են մարդու բնական վերջույթներին:

Օրթոպեդիկ սարքեր (օրթեզներ)

Օրթեզները հիմնականում օգտագործվում են հողերում ակտիվ շարժումների բացակայության ժամանակ (պարալիչի, մկանային ուժի պակասի դեպքում): Դրանց հիմնական ֆունկցիան է ֆիքսացիան, բեռնաթափումը, ուղղումը և շարժումների զարգացումը: Օրթեզները լինում են փականքային և անփականք:

Օրթոպեդիկ կորսետները լինում են 2 տեսակի՝ ֆիքսող և ուղղող:

Ֆիքսող կորսետները ապահովում են միայն ողնաշարի անշարժությունը և բեռնաթափումը, իսկ ուղղողների միջոցով կարելի է նաև աստիճանաբար ուղղել առկա դեֆորմացիաները: Ֆիքսողները օգտագործվում են ողնաշարի կոտրվածքների, տուբերկուլյոզային ախտահարումների, օսթեոխոնդրոզի բարդությունների ժամանակ, որոշ վիրահատություններից հետո, իսկ ուղղողները՝ սկոլիոզի և կիֆոսկոլիոզի բուժման նպատակով:

Տարբերում են գոտկային, կրծքային, գոտկակրծքային կորսետներ: Կորսետը պիտի հագնել միայն պառկած ժամանակ անկողնում, որից հետո միայն կարելի է կանգնել ոտքի:

Օրթոպեդիկ ոտնամաններ

Օրթոպեդիկ ոտնամանները օգտագործում են ոտնաթաթերի տարբեր դեֆորմացիաների ժամանակ և ունեն հետևյալ նպատակները

1. Հենարանային դարձնել վերջույթը, մեծացնել հենարանային մակերեսը;
2. Ուղղել ոտնաթաթերի ոչ կայուն, թույլ արտահայտված դեֆորմացիաները;
3. Կոմպենսացնել վերջույթի կարճացումը;
4. Բեռնաթափել ցավոտ կետերը;
5. Կոսմետիկ դեֆեկտների քողարկում:

Օրթոպեդիկ ոտնամանները կարելի է օգտագործել հարթաթաթության, ծուռաթաթության, խորակամար ոտնաթաթի, կրունկային խիթի, դրսադարձ I մատի դեպքում, վերջույթի կարճության ժամանակ և այլն:

Վերոհիշյալ բոլոր հարմարանքներն էլ պատրաստում են պրոթեզավորման

կենտրոններում, որտեղ էլ իրականացվում է դինամիկ հսկողությունը դրանց մաշվածության և տեխնիկական սարքինության վրա:

Գլուխ 14

ՀԵՆԱՇԱՐԺԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԵՎ

ՀԱՇՄԱՆԴԱՄՆԵՐԻ ՌԵԱԲԻԼԻՏԱՑԻԱ

Ըստ ԹԿԻ-ի ռեաբիլիտացիան դա բժշկական, սոցիալական, լուսավորչական և պրոֆեսիոնալ միջոցների կոորդինացված օգտագործումն է՝ ուղղված հաշմանդամների ուսուցմանը՝ նրանց ֆունկցիոնալ հնարավորությունների մակարդակի բարձրացման նպատակով:

Անաշխատունակների ռեաբիլիտացիան բժշկության կոմպետենցիայի մեջ մտնող սոցիալական պրոբլեմ է:

Ռեաբիլիտացիայի հիմնական սկզբունքներն են.

1. Հնարավորին շուտ սկսած ռեաբիլիտացիոն միջոցառումները, որոնք օրգանապես ձուլվում են բուժական միջոցառումներին՝ լրացնելով դրանց:
2. Ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների անընդհատությունը հանդիսանում է նրա էֆեկտիվության գրավականը:
3. Ռեաբիլիտացիոն միջոցառումների կոմպլեքս բնույթը - բժշկի հսկողության տակ պրոցեսին կարող են մասնակցել հոգեբանը, սոցիոլոգը, իրավաբանը:
4. Յուրաքանչյուր հիվանդի համար ռեաբիլիտացիան պիտի լինի անհատական:
5. Ռեաբիլիտացիոն միջոցառումները իրականացվում են հիվանդների կողմից:

Ներկայումս տարբերում են ռեաբիլիտացիայի 3 հիմնական տեսակ

1. Բժշկական ռեաբիլիտացիա, որն իր մեջ ներառում է բժշկական միջոցառումներ և սկսվում է հիվանդի բժշկին դիմելու պահից:
2. Սոցիալական (կենցաղային) ռեաբիլիտացիա, որի հիմնական նպատակը տուժածին ինքնասպասարկմանը սովորեցնելն է:
3. Պրոֆեսիոնալ ռեաբիլիտացիա, որի նպատակը հիվանդին պատրաստելն է աշխատանքային գործունեության:

Ռեաբիլիտացիայի ողջ ընթացքում պիտի ներկա լինի հոգեբանական պահը, հիվանդին մշտապես պիտի ներշնչել հավատ իր ուժերի նկատմամբ, հասարակությանը և իր շրջապատին պիտանելիության գաղափարը:

Բուժման և ռեաբիլիտացիայի հաջող ընթացքի և ավարտի մեջ մեծ և կարևոր տեղ ունի աշխատանքային թերապիան:

Գ Լ ու ի խ 15

Դ Ե Ո Ն Թ Ո Լ Ո Գ Ի Ա Ն Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ա Բ Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ա Ն Մ Ե Ջ Ե Վ Օ Ր Թ Ո Պ Ե Դ Ի Ա Յ Ո Ւ Մ

Դեոնտոլոգիան գիտություն է իրավաբանական, պրոֆեսիոնալ, բարոյական պարտականությունների և պահվածքի կանոնների, բժշկական աշխատողի, հիվանդի և հիվանդի հարազատների հետ կապված, այդ թվում բժշկական աշխատողների փոխհարաբերության մասին: Դեոնտոլոգիան վնասվածքաբանությունում և օրթոպեդիայում, ներառնելով հիմնական վիրաբուժական դրույթները, ունի առանձնահատկություններ, պայմանավորված առաջին հերթին յուրահատուկ հիվանդներով, որոնք ունեն հենաշարժական ապարատի հիվանդություններ և վնասվածքներ ու դրա հետ կապված առանձնահատուկ բուժում:

Այդ առանձնահատկությունները հետևյալն են՝

1. Վնասվածքի ժամանակ հիվանդության հանկարծակիությունը՝ »ելքային« տարբեր առողջական վիճակով անձանց մոտ: Օրթոպեդիկ պաթոլոգիայի ժամանակ, որպես կանոն, առկա է հիվանդության երկարաժամկետ, տարիների անամնեզ (երբեմն բնածին):
2. Հենաշարժական ապարատի հիվանդությունները և վնասվածքները հանդիպում են երկու սեռի մոտ, բոլոր տարիքային խմբերում՝ նորածին երեխաներից մինչև ծերունական հասակ: Հայտնի է, որ վնասվածքները հաճախ հանդիպում են ակտիվալային արբեցած վիճակում գտնվող անձանց մոտ: Այդ պատճառով վնասվածքաբանական հիվանդների մոտ,

հատկապես տղամարդկանց, ալկոհոլ չարաշահող անձանց քանակը ավելի շատ է, քան մյուս վիրաբուժական հիվանդների մոտ:

3. Որոշ տեսակի վնասվածքների դեպքում բուժման ժամկետը երկարատև չէ: Բայց մեծ մաս դեպքերում հենաշարժական ապարատի հիվանդությունները և վնասվածքները պահանջում են երկարաժամկետ բուժում (ամիսներ, երբեմն տարիներ): Դրա հետ միաժամանակ կոնսերվատիվ միջոցառումները ավելի մեծ տոկոս են կազմում, քան վիրաբուժության մյուս բնագավառներում: Մի շարք հիվանդությունների և վնասվածքների դեպքում անհրաժեշտություն է առաջանում կրկնակի բազմափուլային վիրահատությունների:
4. Մի շարք օրթոպեդիկ հիվանդություններ, երբեմն նաև վնասվածքներ, կապված են ոչ միայն ֆունկցիայի խանգարման և ցավային ախտանիշի, այլ նաև կոսմետիկ դեֆեկտների հետ: Դա հիվանդի հոգեբանության վրա թողնում է որոշակի հետք: Բացի դրանից պահանջվում է ոչ միայն ցավերից ազատել և ֆունկցիոնալ ադապտացնել հիվանդին, այլ նաև վերականգնել վնասված օրգանի արտաքին տեսքը և անատոմիական համամասնությունը:
5. Հենաշարժական ապարատի վնասվածքները ներկայացնում են բարձր պահանջներ սոցիալական վերականգնողական բուժմանը:

Բոլոր թվարկված առանձնահատկությունները պետք է հաշվի առնվեն օրթոպեդիկ և վնասվածքաբանական հիվանդների հետ աշխատելիս, բժշկական օգնություն ցույց տրման բոլոր փուլերում:

Դեռնոտոլոգիան ամբուլատոր պրակտիկայում

Պոլիկլինիկայում (վնասվածքաբանական կետում) բժիշկը աշխատում է ամբուլատոր հիվանդների հետ: Նրանց մի մասը անցել է ստացիոնար բուժման կուրս այլ բժշկի մոտ, մյուս մասը, սովորաբար ոչ ծանր վնասվածքների ժամանակ, բուժվում են պոլիկլինիկայում:

Երկրորդ դեպքում պոլիկլինիկայի բժիշկը անցկացնում է բուժման ողջ կուրսը, առաջնային բժշկական օգնություն ցուցաբերելուց մինչև տուժածի աշխատունակության վերականգնումը: Շատ կարևոր է այդ հիվանդների հետ աշխատելիս հետևել բուժման օպտիմալ ռեժիմին: Պետք է համոզել հիվանդին, որ բժիշկի բացակայության ժամանակ անհրաժեշտ է խստորեն պահպանել վնասված սեգմենտի վրա ծանրաբեռնվածության, լրացուցիչ հենարանի օգտագործման, բուժական ֆիզկուլտուրայի կիրառման և այլնի վերաբերյալ հանձնարականները: Առաձնահատուկ ուշադրություն պետք է դարձնել անշարժացման կանոնների պահպանմանը: Հիվանդը այդ մասին քաջատեղյակ պետք է լինի, որպեսզի պատահական գործողություններով վնաս չպատճառի իր առողջությանը: Հիվանդին անհրաժեշտ է հոգեպես նախապատրաստել, նա պետք է պատրաստ լինի վիրակապի հանելուց հետո վնասված վերջույթի տեսքին և թերի ֆունկցիային: Հիվանդները պետք է նաև իմանան, որ ատրոֆիաները և կոնտրակտուրաները առաջացել են երկարատև անշարժացումից և անցողիկ են: Կարող են բավարար աստիճանի վերականգնվել որոշակի վարժություններ և այլ բժշկական միջոցառումներ կատարելով: Այդ դեպքում հիվանդը ավելի գիտակցված և բարեխղճորեն կվերաբերվի ամբուլատոր բուժմանը, որը ի վերջո կապահովի բարեհաջող ելք:

Հետազոտման ամենասկզբում պետք է ծանոթացնել հիվանդին բուժման ենթադրյալ պլանին, որոշել անաշխատունակության մոտավոր ժամկետները: Վնասվածքաբանը պետք է հստակ պատկերացնի հիվանդի աշխատանքային գործունեության բնույթը, որոշելու համար թե ինչ ուղղությամբ և ինչպիսի ինտենսիվությամբ պետք է անցկացվի վերականգնողական բուժումը: Վնասվածքաբանական հիվանդների ամբուլատոր բուժման ժամանակ առաջնահերթ խնդիր է հանդիսանում սոցիալական վերականգնումը: Այն հիվանդը, ով կարող է ինքնուրույն

սպասարկել իրեն կենցաղում, հեշտ է շփվում շրջապատի հետ, նրա մոտ լավանում է ինքնագգացողությունը և տրամադրությունը: Այս ամենը պետք է հաշվի առնվի ամբուլատոր պայմաններում բուժման մեթոդի ընտրման ժամանակ:

Հիվանդների ստացիոնարից դուրս գրումից հետո ամբուլատոր շարունակական բուժման ընթացքում անձնական հարաբերությունների ուղորդ ընդլայնվում է և հատկապես սուր է կանգնում բուժման հաջողության մասին հարցը: Բժիշկը, որն ընդունում է հիվանդին շարունակական բուժման ժամանակ պետք է ոչ միայն իմանա ստացիոնար բուժման մեթոդը, այլ նաև հասկանա տվյալ տարբերակի յուրահատկությունները: Դրա համար երբեմն բավարար չեն բժշկական փաստաթղթերը: Այդ դեպքում պոլիկլինիկայի բժիշկն անձնապես պետք է կապվի հիվանդին բուժող ստացիոնարի բժիշկի հետ: Բուժման հաջորդականությունը կլինի օպտիմալ, եթե բոլոր ներգրավված մասնագետները հետևում են ընդհանուր սկզբունքներին և համախոհներ են: Հիվանդի ամբուլատոր բժիշկը, եթե համաձայն չէ վատ անցկացված բուժման հետ, չպետք է միանգամից այդ մասին հայտնի հիվանդին: »Ով է քեզ բուժել« արտահայտությունն անընդունելի է, քանի որ վարկաբեկում է ոչ միայն բժշկի հեղինակությունը, այլ նաև անհամատեղելի է հիվանդին վերաբերվող դեոնտոլոգիական դրույթների հետ: Վախեցած հիվանդը սկսում է ման գալ բուժման այլ ճանապարհներ և ոչ հազվադեպ անուղղակի վնաս է հասցնում իր առողջությանը:

Միևնույն ժամանակ անցկացնել բուժում, որի հետ բժիշկը համաձայն չէ, չի կարելի: Այդ դեպքում պետք է (եթե դա հնարավոր է) կապնվել նախորդող բուժումն իրականացրած բժիշկի հետ, որպեսզի քննարկվեն վիճելի հարցերը: Եթե այս դեպքում էլ պահպանվում են տվյալ վնասվածքի (հիվանդության) բուժման կամ մեկնաբանության մեջ եղած հակասությունները, ապա անհրաժեշտ է դիմել վերադիր մասնագետի, կամ հարցը քննարկել կոնսիլիումի ժամանակ: Եթե դրա հետևանքով պարզվում է, որ ախտորոշման կամ բուժման ժամանակ սխալ է թույլ տրված, այն պետք է անմիջապես ուղղվի, վերջինս քաղաքակիրթ ձևով ներկայացվում է հիվանդին: «Ուսադիրի պատիվը» երբեք չպետք է խանգարի հիվանդի շահերին:

Ամբուլատոր պրակտիկայում զգալի թիվ են կազմում մեծահասակ և ծերունական տարիքի հիվանդները՝ հենաշարժական ապարատի դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ հիվանդություններով: Անհրաժեշտ է հիշել, որ հիվանդների այս խումբը պահանջում է առանձնահատուկ ուշադրություն: Նույնիսկ այն դեպքերում, երբ ախտորոշումը պարզ է թուուցիկ գնման ժամանակ, նպատակահարմար է այդպիսի հիվանդին հնարավորություն տալ «արտահայտվելու»: Բժշկական կարգապահությունը պահանջում է նաև այդպիսի հիվանդի գնումը: Հետազոտման մեթոդները հնարավորի չափ պետք է լինեն ոչ տրավմատիկ և չպահանջեն հիվանդից զգալի ֆիզիկական ծանրաբեռնվածություն:

Դրա հետ միաժամանակ անհրաժեշտ է մանրակրկիտ պարզաբանել ուղեկցող խրոնիկական հիվանդությունները, որոնք կարող են ազդել հիմնական պաթոլոգիայի և բուժման մեթոդի ընտրման վրա: Արմատական բուժումը, որը բնորոշ է երիտասարդ տարիքի հիվանդներին, մեծահասակների մոտ ոչ միշտ է արդարացված: Բուժումը որպես օրենք, պետք է նպատակ ունենա հանել ցավային ախտանիշը և վերականգնել ֆունկցիոնալ այն մակարդակը, որը բավարար կլինի տվյալ հիվանդին: Այդ պատճառով հիվանդի հետ շփվելիս պետք է հստակ պատկերացում կազմել նրա շարժողական ակտիվության մասին մինչև հիվանդանալը: Նախապատվությունը պետք է տրվի բուժման ոչ ինվազիվ մեթոդներին: Վիրաբուժական միջամտության հարցը պետք է համակողմանի քննարկել հիվանդի հետ: Եթե վիրահատության ցուցումները հարաբերական են և այն հիվանդի կյանքին վտանգ է ներկայացնում, միջամտությունից պետք է խուսափել:

Մանկական օրթոպեդիայում և վնասվածքաբանությունում ևս դենտոլոգիան ունի որոշակի առանձնահատկություններ, հատկապես ամբուլատոր պայմաններում բուժելիս: Այս դեպքում օրթոպեդը ազդում է երեխայի վրա ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի՝ նրա ծնողների միջոցով: Օրթոպեդիկ պաթոլոգիայով երեխաները հաճախ տառապում են ոչ միայն և ոչ այնքան ցավերից և ֆունցիայի սահմանափակումից, որքան կոսմետիկ դեֆեկտներից և առողջ երեխաներին նման չլինելուց: Այդ պատճառով օրթոպեդի խնդիրներից է փոքրիկ հիվանդի մոտ նվազեցնել «տկարության» զգացումը, հնարավորին չափ իր հասակակիցների հետ շփման նորմալ պայմաններ ստեղծել արդեն բուժման ընթացքում:

Հիվանդ երեխայի և նրա ծնողների հետ շփման առանձնահատկությունները կախված են մի շարք գործոններից՝ առաջին հերթին տարիքից, հիվանդության բնույթից և ընտանեկան մթնոլորտից: Երեխայի ծնողները պետք է ամբողջովին վստահեն բժշկին և համոզված լինեն անցկացվող բուժման անհրաժեշտության և ճշտության մեջ: Հենց այս նպատակն էլ պետք է հետապնդի բժիշկը հիվանդի հարազատներին առաջին անգամ դիմելիս, որը հատկապես կարևոր է ամբուլատոր բուժման ժամանակ: Բժիշկը ոչ բարոյական, ոչ իրավաբանական իրավունք չունի թաքցնել ծնողներից հիվանդության բնույթը և կանխատեսումները, ինչպիսի ծանր էլ որ դրանք չլինեն: Սակայն այն ձևը, որով այդ ամենը պետք է արտահայտվի, նույնիսկ ամենաանբարենպաստ ելքի դեպքում, պետք է ծնողների մոտ հույսի նշույլ պահպանի:

Շատ կարևոր է, եթե դա համապատասխանում է իրականությանը, համոզել ծնողներին՝ երեխայի լրիվ կամ համարյա լրիվ լավացման մեջ: Միաժամանակ պետք է ընդգծել բուժման բոլոր պայմաններին հետևելու անհրաժեշտության մեջ: Շատ երեխաներ բնածին և ձեռք բերված օրթոպեդիկ հիվանդություններով կարիք ունեն երկարատև ամբուլատոր բուժման՝ բժախնդրորեն պահպանելով կյանքի որոշակի պայմաններ: Ծնողները պետք է դա իմանան և կարողանան հետևել բժշկի ցուցումներին: Այդ դեպքերում մենք բացատրում ենք հարազատներին, որ երեխայի բուժման մեջ նրանք »մեր ձեռքերի շարունակությունն են, որ առանց իրենց ամենօրյա տանջանքի բոլոր միջոցները անհաջողության են դատապարտված«:

Պետք է երեխային ներշնչել համոզվածություն կոսմետիկ և ֆունկցիոնալ խանգարումների վերադարձելիության մեջ: Սակայն այդ հույսը, հատկապես մեծ տարիքի երեխաների մոտ պետք է հիմնված լինի իրականության վրա: Միայն այդ դեպքում հնարավոր է լինում խնայել հիվանդի հոգեկանը և հասնել բուժմանն անհրաժեշտ խիստ ռեժիմի պահպանմանը: Պետք է հիշել, որ լրիվ բուժման անհիմն հույսերը հետագայում անդրադառնում են դառը հուսահատությամբ, երբեմն դժբախտ լինելով: Այդ պատճառով, եթե մասնագիտական առումով բժիշկը պետք է հստակ իմանա հենաշարժիչ համակարգի հիվանդության ելքը և կանխատեսի մնացորդային անատոմիական, ֆունկցիոնալ և կոսմետիկ փոփոխությունները, ապա դենտոլոգիական առումով նա պարտական է պատրաստել երեխային և ծնողներին այդ փոփոխություններով կյանքին: Այդպիսի պատրաստման կարևոր բաղադրիչներից է՝ մասնագիտական կողմնորոշումը: Ոչ համապատասխան պահվածքը կենցաղում և մասնագիտության ոչ ճիշտ ընտրությունը կարող է բերել հենաշարժիչ ապարատի պաթոլոգիայի բուռն հարաճմանը: Այդ պատճառով ծնողները ու նաև ինքը՝ հենաշարժիչ ապարատի մնացորդային դեֆորմացիաներով հիվանդը, պետք է իմանան և պահպանեն ոչ միայն բուժման ռեժիմը, այլ նաև կենցաղում պահվածքի առանձնահատկությունները, մասնագիտության օպտիմալ ընտրությունը և աշխատանքի ռեժիմը:

Նախքին հիվանդները տարիներ անց շարունակում են դիմել բժիշկին ոչ միայն բժշկական, այլ նաև կյանքին վերաբերվող խորհուրդների համար, հատկապես կյանքի պատասխանատու պահերին. մասնագիտության ընտրման, ամուսնության, ապահով հղիության, ծննդաբերության և այլն: Այդպիսի դեպքում ճիշտ դենտոլոգիական մոտեցումն օգնում է օրթոպեդիկ հիվանդին հեշտ տանել հիվանդությունը և գտնել կյանքում իր տեղը:

Դեռնությունգիական բժշկական էվակուացիայի էտապներում

Դեպքի վայրում բժշկական օգնություն ցուցաբերելիս, այդ թվում շտապ օգնության աշխատանք, բժշկական անձնակազմի առաջ խնդիր է ծանրանում ոչ միայն հստակ կատարել մասնագիտական պարտականությունները, այլ նաև տուժածի, ներկա հարազատների և կողմնակի անձանց նկատմամբ կիրառել դեռնությունգիական մոտեցում: Ծանր վիճակում գտնվող տուժածը պետք է հնարավորին չափ արագ, հակաշոկային միջոցառումների կիրառմանը զուգընթաց, առանձնացվի շրջապատից: Հայտնի են դեպքեր, երբ շտապ օգնության բժիշկներ փողոցում իրականացնելով սրտի բաց մերսում, վիրահատում էին ամբոխով շրջապատված: Այդպիսի «օպերատիվությունը» հաճախ անցանկալի ավարտ էր ունենում ոչ միայն հիվանդի, այլ նաև բուժ. անձնակազմի համար: Միանշանակ է լինում ամբոխի հակազդեցությունը: Այդպիսով՝ հստակորեն պարզ է նման գործողությունների անթույլատրելիությունը: Կողմնակի անձինք, որպես օրենք, խանգարում են տուժածին բժշկական օգնություն ցուցաբերելիս: Մյուս կողմից, բժշկական գործողությունների ժամանակ տուժածի հարազատների ներկայությունը կարող է բացասաբար անդրադառնալ նրանց հոգեկանի վրա: Այդ պատճառով փակ տարածքում աշխատանքի ժամանակ անհրաժեշտ է հնարավորին չափ արագ հեռացնել կողմնակի անձանց, իսկ փողոցում հիվանդին տեղափոխել շտապ օգնություն մեքենա, և այնտեղ, ավելի հանգիստ պայմաններում, շարունակել բժշկական գործողությունները: Բնականաբար, այնպիսի գործողություններ, ինչպիսիք են՝ մատով արյունահոսության ժամանակավոր կանգնեցումը կամ լարանի դնումը, բերան-բերան շնչառությունը և սրտի անուղղակի մերսումը, պետք է սկսել տեղում, չնայած կաղմնակի անձանց ներկայությամբ: Այդպիսի դեպքերում բուժական գործողությունները անցկացնում է անձնակազմի ղեկավարը (հաճախ բժիշկ), իսկ կողմնակի անձանց առանձնացումը՝ իր օգնականներից մեկը:

Միաժամանակ պետք է հիշել, որ բնակչության բժշկական տեղեկացվածությունը բարձր է: Այդ պատճառով, բացառիկ դեպքերում, հատկապես զանգվածային վնասվածքների ժամանակ և բժշկական աշխատողների բացակայության դեպքում, տուժածներին բժշկական օգնություն ցուցաբերելու համար կարող են ներգրավված լինել ոչ մասնագետներ ամբոխից: Տվյալ դեպքում դռնտուրգիական մոտեցման առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ բժշկական օգնությամբ ղեկավարող բժիշկը պետք է արագ և ճիշտ ընտրի անհրաժեշտ օգնականներին, հստակ որոշի նրանց պարտականությունների ոլորտը և ուղղորդի մնացածների աշխատանքը: Միննույն ժամանակ բժշկի կողմից տրված հանձնարարականները պետք է լինեն հստակ, լակոնիկ, կոնկրետ, բայց և առանց ստորացնելու օգնականների արժանապատվությունը: Ընդհակառակը, պետք է ամեն կերպ խրախուսել մարդկանց, որոնք ինքնակամ համաձայնվել են այդպիսի կարևոր, բայց իրենց համար անսովոր աշխատանքի:

Տուժածին անհրաժեշտ է հանգստացնել, ներշնչել համոզվածություն, որ իրեն ցույց տրված օգնությունը կլինի որակավորված մասնագետի կողմից: Երբեմն բժշկական օգնության և ստացիոնար տեղափոխման ժամանակ որոշակի դժվարություններ են առաջացնում ավտոմոբիլային արբեցման վիճակում գտնվող տուժածների հետ: Այդ դեպքում բժիշկը պետք է լինի հնարավորին չափ զուսպ և ծայրահեղ դեպքում դիմի ոստիկանության օգնությանը:

Տուժածի հարազատներին, որոնք ներկա են դեպքի վայրում պետք է հնարավորինս հանգարացնել: Վերջնական կանխատեսում այս դեպքում արտահայտել պետք չէ, քանի որ առաջնային զննման ժամանակ կարող են բացահայտված չլինել թաքնված, երբեմն զգալի վնասվածքներ: Սովորաբար հարազատներն թույլ չեն տալիս շտապ օգնություն մեքենայում ուղեկցել տուժածին, նրանց ներկայացությունը կարող է դժվարեցնել տեղափոխման ընթացքում

բուժումը: Հնարավոր են նաև բացառություններ: Ամեն դեպքում, հարազատներին անհրաժեշտ է հայտնել, որ հիվանդանոցն է տարվում տուժածը:

Հիվանդանոցի ընդունարանում շտապ օգնության անձնակազմի պատասխանատու անձը, բացի պաշտոնական փաստաթղթերի մանրամասն լրացումից, պետք է տուժածին ուղղակի փոխանցի հերթապահ վնասվածքաբանին, հայտնելով պատահարի հանգամանքները, իր կարծիքը վնասվածքի մեխանիզմի մասին, հնարավոր վնասվածքների, հիվանդի վիճակի դինամիկայի և տարված բուժման մասին:

Ընդունարանի բժշկի պատասխանատվություններն են՝ անմիջապես ընդունել հիվանդին, անհապաղ սկսել անհրաժեշտ ախտորոշիչ ու բուժական գործողությունները: Շտապ օգնության անձնակազմի հետ շփվելիս պետք չէ բուժն արտահայտել սեփական վրդովմունքը կապված տուժածի բուժման մեջ թույլ տրված սխալների հետ: Նկատողությունները պետք է արվեն քաղաքավարի ձևով, կրեն կոնկրետ և գործնական բնույթ, առանց կողմնակի անձանց, հատկապես տուժածի հարազատներ ներկայության:

Տուժածի մոտ չպետք է կարծիք կազմվի, որի իր մասին ընդունարանում մոռացել են: Հիվանդի հետ շփվելիս բժիշկը պետք է իր նկատմամբ տրամադրի հիվանդին, խուսափի ոչ արդարացված ցավոտ գործողություններից: Հիվանդը պետք է տեղեկացվի յուրաքանչյուր միջամտության մասին: Անհապաղ ցուցումներով վիրահատության ժամանակ, այն բավարար կերպով պետք է հիմնավորել ինչպես բժշկական փաստաթղթերում, այնպես էլ տուժածի մոտ: Հիվանդության պատմության թերթիկում պետք է գրել վիրահատության հիմնավորումը և ստանալ հիվանդի համաձայնությունը: Մեծ մաս դեպքերում բավական է նրա բանավոր համաձայնությունը, քանի որ գրավոր ձևով ստացվածը ստեղծում է անհարկի լարվածություն բժշկի և հիվանդի միջև: Գրավոր համաձայնության մեջ հիվանդը կանխատեսում է բժշկի «վիրահատության ելքի մեջ անհամոզվածությունը»: Մա կարող է բերել հոգեկան անկայունության, նույնիսկ վիրաբուժական միջամտությունից հրաժարման:

Եթե ընդունարանում անցկացված բուժումից հետո, հիվանդի ստացիոնարում մնալը ցուցված չէ, նրան կարելի է թողնվել տուն միայն բավարար վիճակում, ընդհանուր անզգայացման մնացորդային երևույթների չեզոքացումից հետո: Գիշերային ժամերին պետք է խուսափել հիվանդների դուրս գրումից: Անհրաժեշտության դեպքում հիվանդը պետք է տուն հասցվի բժշկական տրանսպորտով ուղեկցողների միջոցով:

Այն դեպքերում, երբ հիվանդը տեղափոխվում է ստացիոնար բաժանմունք, համապատասխան բաժանմունքի անձնակազմը նախօրոք պետք է տեղեկացված լինի: Տուժածի հարազատների հետ գրուցելիս ընդունարանի բժիշկը պետք է բարեհամբույր ձևով տեղեկացնի իր կողմից ճշտված ախտորոշումը, բուժման կողմնորոշիչ ելքը և տեղեկացնի վիրաբուժական միջամտության մասին (եթե դա անհրաժեշտ է):

Որոշակի տեսակի վնասվածքների մասին տեղեկացվում են ՆԳՆ համապատասխան օրգանները:

Ծանր վիճակում գտնվող տուժածները ընդունվում են վերակենդանացման բաժանումը, որպես կանոն, շրջանցելով ընդունարանը:

Դեռնթուլոգիան վերակենդանացման բաժանմունքում

Վերակենդանացման բաժանմունքում ինչպես մասնագիտական, այնպես էլ ֆիզիկական և հոգեկան առումներով աշխատանքը բավականին ծանր է: Վնասվածքաբանական հիվանդների վերակենդանացման առանձնահատկությունը կայանում էր նրանում, որ հանկարծակի տուժած անձիք ընդունվում են, որպես կանոն, չհետազոտված:

Այդպիսի հիվանդների հետ աշխատելիս բացի վնասվածքաբանից և վերակենդանացման բժշկից ընդգրկվում են նաև ընդհանուր և անոթային վիրաբույժները, ուրոլոգները, ներքովիրաբույժները, տրանսֆուզիոլոգները, պուլմոնոլոգները և այլ մասնագետներ: Այդ պայմաններում չափազանց կարևոր է վերակենդանացման մասնակիցների գործողությունների մպատկային ուղղվածությունը, մասնագիտական պարտախականությունների ճիշտ բաշխումը: Այսինքն՝ ծայրահեղ ծանր վիճակում գտնվող հիվանդի կարևոր կենսական ֆունկցիաների վերականգնումը՝ վերակենդանացման բժշկի իրավասության սահմաններում է, հիմնական հիվանդության բուժումը, հաշվի առնելով ճգնաժամային շրջանում վերակենդանացման բժշկի ակտիվ օգնության անհրաժեշտությունը, վիրաբույժի խնդիրն է: Սրանից հետևում է, որ վերակենդանացման ամբողջ ընթացքում ղեկավարող դերում է վերակենդանացման բժիշկը: Դրա հետ մեկտեղ օրթոպեդ-վնասվածքաբանի դերի ոչ ճիշտ գնահատումը, առավել ևս վերակենդանացման գործողություններից ինքնին սզատումը անթույլատրելի են: Առկա վնասվածքների հայտնաբերումը վնասվածքաբանի խնդիրն է: Այդ հարցերի լուծման համար նա կարող է ներառել այլ մասնագետներին: Վնասված հատվածի տեղային անզգայացումը, ներառյալ տարբեր տեսակի նոսրացումները, նույնպես պետք է արվեն վնասվածքաբանի կողմից: Վերակենդանացման գործողությունների կոմպլեքսում կարևոր տեղ է գրավում վնասված սեզմենտում շինաների ճիշտ տեղադրումը (բուժական իմոմոբիլիզացիան), այդ թվում կմախքային ձգումը: Անհրաժեշտության դեպքում վնասվածքաբանը կարող է այդպիսի վիրահատությունների կատարման համար ներգրավել այլ մասնագետներին: Այսպիսով, վերակենդանացման բաժանմունքում հիվանդի գտնվելու ընթացքում ախտորոշումը և տեղային բուժումը վնասվածքաբանի խնդիրն է:

Ծանր վնասվածքաբանական հիվանդների զանգվածային ընդունման դեպքում, օրինակ խոշոր վթարների, բնական աղետների ժամանակ, վերակենդանացման օգնության կազմակերպումը իր վրա է վերցնում ավագ հերթապահ վնասվածքաբանը: Ընդունարանը և վերակենդանացման բաժանմունքը աշխատում են որպես ընդհանուր համալիր: Անհրաժեշտության դեպքում վնասվածքաբանական հիվանդների հետ աշխատանքում ներգրավվում են բազմապրոֆիլային ստացիոնարի բոլոր հերտապահ բժիշկները՝ հերթապահ ադմինիստրատորի գլխավորությամբ: Ավագ վնասվածքաբանի հիմնական խնդիրն է բոլոր մասնագետների աշխատանքի կազմակերպումը և տուժածների տեսակավորման անցկացումը, ներառյալ ախտորոշումը, բժշկական օգնության ցուցադրման կարգը և տեղաբաշխումը բաժանմունքներում այդ թվում վերակենդանացման և վիրահատական:

Դեռնտոլոգիայի և ասեպտիկայի կանոններից ելնելով՝ վերակենդանացման բաժանմունք այցելություններն արգելված են, այդ պատճառով մեծ նշանակություն ունի տուժածի մասին հարազատների տեղեկատվությունը: Ծանրության մասին տեղեկությունները պետք է համապատասխանեն իրականությանը, բայց միաժամանակ խնայեն հարազատներին: Եթե տուժածի մասին տեղեկությունը կարող է վնաս պատճառել հիվանդի հարազատի առողջությանը, ապա այդ ինֆորմացիան պետք է լինի ոչ պակաս որոշակի, բայց ոչ մի դեպքում չստեղծի պատրանիք, կեղծ հույսեր: Հիվանդի իրական վիճակի մասին պետք է հայտնել միայն հարազատներին: Որպեսզի բացառվի հիվանդի վիճակի մասին տեղեկությունների հակասությունը, այն պետք է հայտնվի հարազատներին սահմանափակ բժիշկների շրջանում և միայն մանրակրկիտ ստուգումից հետո:

Նույնիսկ ամենածանր վիճակում անցկացվող բուժման մասին հարազատներին հայտնելիս անհրաժեշտ է ընդգծել, որ հիվանդի կյանքը փրկելու համար արվում է ամեն հնարավորը: Վատագույն ելքի դեպքում հարազատների մոտ չպետք է ստեղծվի կեղծ

տպավորություն, որ ուրիշ բժիշկների, դեղերի և սարքավորումների առկայության դեպքում հիվանդը կմնար կենդանի:

Ծանր տրավմաներից մահացող հիվանդի մոտ վիճելի հարցերը, հարազատների թույլտվությամբ, ամեն դեպքում պետք է որոշվեն անհատական:

Վերակենդանացման բաժանմունքում գտնվող հիվանդի հետ աշխատելիս դեռնտոլոգիական մոտեցումը պարտադիր է: Չպետք է մոռանալ, որ գիտակցության կորստի որոշ փուլերում, ինչպես նաև ընդհանուր անզգայացման սկզբնական փուլերում հիվանդները լսում են: Բացի այդ, վնասվածքաբանական հիվանդների մոտ ոչ միշտ է հնարավոր լինում որոշել գիտակցության խանգարման պատճառը: Դա պետք է հաշվի առնվի բժշկական անձնակազմի կողմից միմյանց հետ շփվելիս: Տուժածի վիճակը չպետք է քննարկվի անկողնու մոտ: Հիվանդի «հերթական» գնման ժամանակ նպատակահարմար է մի անգամ ևս փորձել կոնկակտի մեջ մտնել և ասել մի քանի սփոփիչ արտահայտություն: Գիտակցություն վերադարձի հետ զուգահեռ խոսակցական կապը հիվանդի հետ աստիճանաբար մեծանում է, սակայն պետք չէ միանգամից հայտնել պատահածի մասին: Հատկապես դա վերաբերվում է այն դեպքերին, երբ վթարի ժամանակ ծանր վիրավորվել կամ մահացել են նրա հարազատները: Այդպիսի լուրին հիվանդը, որը գտնվում է ծանր վիճակում, պետք է աստիճանաբար պատրաստվի: Սովորաբար այդ վիճակում մենք հիվանդին հայտնում ենք, որ իր հարազատը նույնպես վնասվածք է ստացել, ուղարկված է այլ ստացիոնար, բայց իր վիճակի մանրամասնությունները մեզ հայտնի չեն: Հետո աստիճանաբար սովորեցնում ենք այն մտքին, որ իր հարազատը ծանր ու շատ ծանր վիճակում է, իսկ ճշմարտությունը հայտնում ենք այն ժամանակ, երբ հիվանդի վիճակին ոչինչ չի սպառնում: Պետք է հիշել, որ հոգեվարքի վիճակում գտնվող հիվանդները պետք է առանձնացված լինեն այն հիվանդներից, որոնք գտնվում են գիտակցության մեջ: Հատկապես դա վերաբերում է հիվանդներին, որոնք կենսաբանական մահից հետո դառնում են դիակային դոնորներ: Դոնորական հյուսվածքի և օրգանների վերցման մասին արգելվում է տեղեկացնել վերակենդանացման բաժանմունքի հիվանդներին և զոհվածների հարազատներին:

Դեռնտոլոգիան վնասվածքաբանական (օրթոպեդիկ) ստացիոնարում

Վնասվածքաբանական (օրթոպեդիկ) բաժանմունքում հիվանդները, որպես օրենք, գտնվում են երկար ժամանակ, այդ պատճառով հատկապես կարևոր է այնտեղ ստեղծել բարյացակամ մթնոլորտ:

Հենաշարժական ապարատի պաթոլոգիայով հիվանդի բուժումը հաջող ընթացք կունենա, եթե պահպանվել դեռնտոլոգիական սկզբունքները:

Վնասվածքաբանությունում և օրթոպեդիայում բուժման շատ մեթոդներ պահանջում են հիվանդի ակտիվ մասնակցություն, այդ պատճառով նրա անձի յուրահատկությունների ոչ բավարար գնահատականը կարող է բուժման այս կամ այն մեթոդը մատնել անհաջողության: Օրինակ՝ անհամբեր և ոչ ադեկվատ հիվանդին անհնար է բուժել կմախքային ձգմամբ: Մինովկապսուլէկտոմիան ցուցված է միայն այն հիվանդներին, որոնք բավական համարձակ են, որպեսզի վիրահատությունից հետո հողերում կարողանան մշակել վերականգնողական շարժումները: Այսպիսով՝ օրթոպեդ-վնասվածքաբանը բուժման մեթոդի ընտրման ժամանակ պետք է լինի ոչ միայն մասնագետ, բայց զգալի չափով նաև հոգեբան: Բուժման այս կամ այն մեթոդի ընտրության ժամանակ, հատկապես կոսմետիկ վիրահատությունների դեպքում, որոշումը պետք է ընդունվի վիրաբույժի և հիվանդի հետ մեկտեղ: Այդ դեպքում օրթոպեդը կարող է հիվանդին հանգեցնել ճիշտ որոշման:

Վնասվածքաբանության և օրթոպեդիայի յուրահատկությունը կայանում է նաև նրանում, որ հենաշարժիչ ապարատի միևնույն ախտահարման դեպքում հնարավոր է անցկացնել բուժման մի շարք այլընտրանքային մեթոդներ, ինչը բարձրացնում է բժիշկի պատասխանատվությունը հիվանդի ճակատագրի համար: Մեծ մաս դեպքերում հարկավոր է հրաժարվել բարդությունների բարձր հավանականություն ունեցող մեթոդներից, եթե նույն արդյունքներին կարելի է հասնել ավելի անվտանգ միջոցով: Դրա հետ մեկտեղ հարկավոր չէ անտեսել այն մեթոդները (նույնիսկ որոշակի ռիսկի հետ կապված), որոնք թույլ են տալիս բարեհաջող ելք ակնկալել: Այդպիսի բուժման մեթոդները պետք է կիրառել այն անձանց մոտ, ում մասնագիտական գործունեությունը հենաշարժիչ ապարատին ներկայացնում է բարձր ֆունցիոնալ պահանջներ: Այն խմբի մեջ են մտնում առաջին հերթին կրկեսի, բալետի արտիստները, սպորտսմենները: Այդպիսի հիվանդները սովորաբար պնդում են բուժման արմատական մեթոդների վրա, որոնք ապահովում են արագ վերադարձ աշխատանքային գործունեության: Օրթոպեդը պետք է հաշվի առնի հիվանդների նման պահանջները: Բժշկի բարոյական պատասխանատվությունը այս դեպքում ավելանում է:

Յուրահատուկ դեռնոտոլոգիական պահանջներ են ներկայացվում մեծահասակ և ծերունական տարիքի հիվանդների բուժման ժամանակ: Ոսկրերի կոտրվածքները նրանց մոտ հանդիպում են բավական հաճախ և աննշան վնասվածքի հետևանքով: Վերջինս պայմանավորված է արտահայտված ծերունական օսթեոպորոզով: Անբավարար ուշադրությունը, շտապողականությունը, անհամբերությունը այդ հիվանդների նկատմամբ ոչ միայն վնասում են հոգեկանը, այլ նաև կարող են առաջ բերել ախտորոշման սխալներ: Մեծահասակ մարդը դժվարությամբ է հարմարվում ստացիոնարի պայմաններին: Ինչ-որ աննշան վնասվածք կյանքի սովորական հունից հանում է, ստիպելով մտածել «վերջի» մոտենալու մասին: Կոպիտ միջամտությունը կարող է անուղղելի կերպով խախտել ոչ հեշտ կարգավորող հոմեոստազը: Այդ պատճառով ստացիոնարում այդպիսի հիվանդները պետք է շրջապատված լինեն առավելագույն ուշադրությամբ: Իրենց շուրջ պետք է ստեղծել բայրացակամ մթնոլորտ: Այդ, շատ հաճախ դժվար իրականացվող խնդիրը հատուկ մանրակրկիտությամբ պետք է լուծի միջին և կրտսեր բուժանձնակազմը: Տվյալ խմբի հետազոտություն և բուժման համար նպատակահարմար է նախընտրել քիչ տրավմատիկ և խնայող բուժման մեթոդներ: Մեծահասակների մոտ անցանկալի է հետապնդել »իդեալական անատոմիական արդյունք ցանկացած գնով« սկզբունքը և դիմել բարձր վիրաբուժական ռիսկով վիրահատությունների: Դրա հետ մեկտեղ վաղ ակտիվացումը ոչ միայն նրանց հոգեկանի, այլև կյանքի պահպանման գրավականն է: Այդ պատճառով՝ օրինակ ազգրի վզիկի կոտրվածքի վիրաբուժական բուժումը ընտրության մեթոդ է, բազկի գլխիկի կամ վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքի ժամանակ մեծահասակ մարդու մոտ հարկավոր է գերադասել ֆունկցիոնալ մեթոդը՝ չկիրառելով հուժկու շինաներ և գիպսային վիրակապեր:

Մեծահասակ մարդու համար օպտիմալ տարբերակը դա սկզբնական միջավայր արագ վերադարձն է այն պայմանով, որ ինքն իրեն կարողական սպասարկել, չունենա ցավեր և զգալի դժվարություններ:

Մեծ մաս դեպքերում մեծահասակ մարդու բարեկամները հասկանալով են մոտենում անցկացվող բուժմանը և անում են ամենը, որ տուժածի շուրջը ստեղծեն բայրացակամ և հոգատար մթնոլորտ: Հնարավոր անհաջող ելքի մասին հարազատները նախօրոք պետք է տեղեկացված լինեն: Անել դա հարկավոր է փափուկ ձևով, անհատական զրույցում, բժիշկի սենյակի հանգիստ մթնոլորտում: Այդպիսի զրույց պետք է անցկացնի բուժող բժիշկը կամ բաժնի վարիչը:

Հաճախ ծեր մարդու նկատմամբ հարազատները անտեսում են իրենց պարտականությունները. բուժման ընթացքում չեն այցելում, հրաժարվում են տանել տուն

նույնիսկ լրիվ ապաքինումից հետո: Այդ դեպքում բժիշկը պետք է մի կողմից խնայի հիվանդի հոգեկանը, մյուս կողմից՝ ջանասիրաբար մասնակցի նրա շահերը պաշտպանմանը: Մեծ նշանակություն ունի ադմինիստրացիայի ակտիվ ազդեցությունը հարազատների վրա, ինչպես նաև աշխատավայրի հասարակական կազմակերպությունների ազդեցությունը: Բժիշկը պարտական է մտածել իր հիվանդի ճակատագրի մասին ստացիոնարի սահմաններից դուրս: Երբեմն ավելի նպատակահարմար է հիվանդին տեղափոխել ավելի քիչ անկողնային ռեժիմ ունեցող բաժին և համագործակցել ծերերի ինտերնատ տեղափոխման հարցում:

Դեռնտոլոգիան վիրահատարանում

Վիրահատության անցկացման կարևոր պայմաններից է հիվանդի հոգեկանի խնայումը: Հոգեբանական պատրաստման պրոցեսը սկսվում է վիրահատությունից շատ առաջ: Այդ փուլում վիրաբույժի խնդիրն է հիվանդի մոտ նվազեցնել ցավի նկատմամբ վախը և ներշնչել այն համոզմունքը, որ վիրահատության բարեհաջող ավարտի համար կարվի ամեն հնարավոր բան: Որպեսզի հանվի նախավիրահատական զգացմունքային լարվածությունը, երբեմն հարկավոր է լինում դեղորայքային թերապիա, իսկ վիրահատության օրը պարտադիր կերպով անեսթեզիոլոգը անցկացնում է պրենդիկացիա:

Պլանային վիրահատությունից առաջ վնասվածքաբանական հիվանդի հետ շփման հարցը տարբեր կերպ է լուծվում: Օպտիմալ է համարվում այն տարբերակը, երբ դա կատարում է վիրահատող վիրաբույժը: Բայց որոշ դեպքերում, երբ հիվանդի վիճակը բավարար է, նա կարող է գննված լինել բուժող բժշկի կամ անեսթեզիոլոգի կողմից:

Հարկավոր է ընդգծել, որ հիվանդի տեղավորումը վիրահատական սեղանին, անշարժացնող կապերի տեղադրումը և կմախքային ձգման հանումը նպատակահարմար է կատարել ընդհանուր անզգայացումից հետո:

Որոշակի դժվարություններ են առաջանում տեղային անզգայացման տակ անցկացվող վիրահատությունների ժամանակ: Լիարժեք անզգայացումը այդպիսի միջամտության ժամանակ հանդիսանում է առաջին պայմանը: Վիրահատարանում հիվանդի հայտնվելու պահից ամբողջ անձնակազմը պետք է լինի հավաք և պատրաստ աշխատանքի: Միմյանց հետ շփվելիս պետք է հաշվի առնվի հիվանդի ներկայությունը: Ոչ մի մասնագիտական բնութագրեր վիրահատական հայտնագործության մասին հարկավոր չէ բարձրաձային ասել: Առավել ևս տեղին չեն վիճաբանությունները և խորհուրդները վիրահատության ընթացքի և պլանի փոփոխման մասին: Գործիքների փոփոխությունը պետք է լուռ կատարվի: Նույնիսկ ամենադժվար դեպքերում հիվանդը պետք է համոզված լինի վիրահատության նորմալ ընթացքի մեջ: Վիրաբույժը և ասիստենտը պարբերաբար պետք է շփվեն հիվանդի հետ: Եթե վիրահատությունը անցկացվում է առանց անեսթեզիոլոգի, ապա վիրաբույժը հարցնում է հիվանդին, թե ինչպես է նա իրեն զգում և քաջալերում է նրան: Կարևոր է պարբերաբար հիշեցնել հիվանդին, որ ինքն իրեն պահում է շատ լավ և շնորհիվ դրա վիրահատությունը բարեհաջող է անցնում: Որոշ հիվանդներ վիրահատության ընթացքում պնդում են, որ մեկնաբանությունները, մասնակցություն պատանքը հանգարացնում է իրենց: Սակայն այս դեպքերում հիվանդների համար տեղեկատվությունը պետք է «զտվի»:

Կարևոր նշանակություն ունի վիրահատության ժամանակ դեռնտոլոգիական սկզբունքների պահպանումը բոլոր մասնակիցների կողմից: Առավել օպտիմալ տարբերակը վիրաբույժի և անեսթեզիոլոգի փոխհարաբերության մեջ, դա ցանկացած խնդրի լրիվ փոխըմբռնումն և մասնագիտական հարգանքն է, ինչն ապահովում է բոլոր մասնակիցների առավելագույն արդյունավետ աշխատանքը: Անեսթեզիոլոգը պարբերաբար տեղեկացնում է

վիրաբույժին հիվանդի վիճակի մասին, իսկ վիրաբույժը տեղյակ է պահում անեսթեզիոլոգին վիրահատության ընթացքի մասին, ուշադրություն դարձնելով որոշ պահերի տրավմատիզացիայի, առավել մկանային ռելաքսացիայի անհրաժեշտության մասին: Անեսթեզիոլոգի խնդրանքով վիրահատությունը որոշ դեպքերում դադարեցվում է:

Վիրաբուժական անձնակազմում վիրահատողի առաջնորդությունը պետք է լինի անվիճելի և անքննադատելի: Այդ առաջնորդության կորուստը վկայում է վիրաբույժի անկարողության մասին: Սակայն դա չի նշանակում, որ վիրաբույժը չպետք է լսի ասիստենտների կարծիքը:

Վիրահատարանում գրույցը պետք է սահմանափակված լինի գործնական անհրաժեշտությամբ:

Վիրահատության ավարտից և մինչև բաժանմունք հիվանդի տեղափոխվելը նրա կողքին անբաժան պետք է ներկա լինի բժիշկը, իսկ ընդհանուր անզգայացման կամ ողնուղեղային անեսթեզիայի դեպքում՝ անեսթեզիոլոգը: Եթե վիրահատությունը անցել է ինֆիլարցիաոն անեսթեզիայի ազդեցության տակ, հիվանդի մոտ մնում է վիրահատող վնասվածքաբանը կամ ասիստենտներից մեկը: Վերջին դեպքում, եթե հիվանդի վիճակը բավարար է, նա կարող է վիրահատական բլոկից տեղափոխվել բաժանմունք բուժքույրի ուղեկցությամբ: Տեղափոխումը կատարվում է սայլակի վրա:

Վիրահատության ընթացքը պետք է քննարկված լինի վիրաբույժի, և ասիստենտների հետ: Առանձնահատուկ պետք է քննարկված լինեն դժվարությունները և վիրաբուժական սխալները: Անհրաժեշտության դեպքում ներգրավվում է անեսթեզիոլոգը կամ դեպքը քննարկվում է բժշկական համաժողովում:

Մ ա ս եր կ ր ո ղ

Մ Ա Ս Ն Ա Վ Ո Ր Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ա Բ Ա Ն Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն

Գ լ ո լ ի ս 1

Ո Ւ Ս Ա Գ Ո Տ Ո Ւ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Ուսագոտու ոսկրային հենքը բաղկացած է թիակից, անրակից և շրջապատված է մկաններով: Կապանային համակարգով և մկաններով ապահովվող ուսագոտու շարժուն և ամուր կապը կրծքավանդակի հետ ունի կարևոր նշանակություն ամբողջ վերին վերջույթի նորմալ գործունեության համար: Այդ շարժուն հենքը ձեռքի համար հանդիսանում է յուրօրինակ ամորտիզատոր կտրուկ շարժումների և վնասվածքի դեպքում արտաքին ուժի գործադրման ժամանակ:

Մկանային զանգվածով լավ ծածկված շարժուն թիակը վնասվում է համեմատաբար հազվադեպ՝ հենաշարժական համակարգի բոլոր կոտրվածքների մոտ 0.9-1.5 % դեպքերում, և, որպես կանոն, 40-60 տարեկան անձանց մոտ: Հաճախ թիակի կոտրվածքներին ուղեկցում են հոդախախտերը, օրինակ՝ բազկի հոդախախտ հոդափոսի հետին եզրի կոտրվածքով:

Անրակը, ավելի քիչ պաշտպանված լինելով մկանային զանգվածով և ավելի ամուր, քան թիակը, կապված լինելով կրծքավանդակի հետ, ի տարբերություն այլ վնասվածքների ավելի հաճախ է ենթարկվում կապանային համակարգի և անմիջապես ոսկրի վնասումներին՝ 12-18 % դեպքերում:

Թիակի կոտրվածք

Թիակի կոտրվածքները ըստ Դ. Ա. Նովոժիլովի (1967 թ.), Ն. Պ. Նովաչենկոյի (1968 թ.), Ի. Լ. Կրուպկոյի (1974 թ.) տվյալների կազմում են հենաշարժական համակարգի բոլոր կոտրվածքների 1-1.5%:

Սովորաբար թիակի մարմնի կոտրվածքը կապված է զգալի ուժով ուղղակի վնասման հետ: Այս կոտրվածքը կարող է զուգակցվել անմիջապես դրա տակ գտնվող կողերի վնասումով: Բազկի արտաքին մակերեսի, բազկի զատման դիրքում արմնկային հոդի կամ ձգված ձեռքի վրա վայր ընկնելու դեպքում կարող է տեղի ունենալ թիակի վզիկի, հոդափոսի, ակրոմիալ կամ կոցաձև ելունների կոտրվածքներ:

Անրակի հոդախախտի ժամանակ. կապանային համակարգի, մասնավորապես կոցաանրակային կապանի, կտրուկ ձգման դեպքում առաջանում է կոցաձև ելունի պոկումային կոտրվածք: Կոցաձև ելունի գագաթի պոկումը ոսկրաբեկորի դեպի ցած տեղաշարժմամբ երկգլխանի մկանի կարճ գլխիկի և կոցաբազկային մկանի կտրուկ լարման դեպքում կարող է ուղեկցվել բազկային հոդի հոդախախտով:

Ռենտգենաբանորեն ըստ կոտրվածքի բնույթի տարբերում են թիակի մարմնի, անկյունների, ուսային (ակրոմիալ) և կոցաձև ելունների, թիակի փշի, վզիկի կոտրվածքներ, հոդափոսի բազմաբեկոր կոտրվածքներ:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Թիակի վնասման կլինիկական ախտանշանությունը պայմանավորված է կոտրվածքի բնույթով և ոսկրաբեկորների տեղաշարժմամբ: Սովորաբար, թիակի կոտրվածքների ժամանակ ոսկրաբեկորների տեղաշարժը լինում է աննշան: Թիակի ուսային ելունի կոտրվածքի դեպքում նկատվում են դեֆորմացիա, ցավոտություն շարժումների ժամանակ, պալպացիայի ժամանակ կարող է նշվել ոսկրային ճարճաթյուն: Ուսային ելունի կոտրվածքը կարող է զուգակցվել անրակի դրսային ծայրի հոդախախտով: Կոցաձև ելունի կոտրվածքին բնորոշ է ցավերի ուժեղացումը նախաբազկի ծալման ժամանակ երկգլխանի մկանի գլխիկի լարման հետևանքով: Կոցաձև ելունի տեղաշարժը հնարավոր է ակրոմիալ կոցաձև և կոցաձևանրակային կապանների միաժամանակյա պատռվածքի դեպքում:

Թիակի ստորին, վերին ներսային անկյունների կոտրվածքները, թիակի մարմնի երկայնակի և լայնակի կոտրվածքները սովորաբար չեն ուղեկցվում ոսկրաբեկորների էական տեղաշարժով: Այս վնասումների ախտորոշումը հիմնված է, կոտրվածքի տեղում ցավոտ ուռածության հայտնաբերման վրա:

Թիակը շրջապատող զգալի մկանային զարգվածը մի շարք դեպքերում դժվարեցնում է տարբերակիչ ախտորոշում անցկացնել սալջարդի և կոտրվածքի միջև: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժ հաճախ տեղի է ունենում թիակի վզիկի շրջանի կոտրվածքի դեպքում: Հոդափոսի եզրային կոտրվածքները բնորոշվում են ուսահոդի շարժումների ժամանակ առաջացող կտրուկ ցավերով և ուղեկցվում հոդում արյան կուտակումով՝ հեմարթրոզով:

Թիակի առավել բարդ կոտրվածքներից են համարվում թիակի վզիկի կոտրվածքները: Թիակի վզիկի շրջանի կոտրվածքի համար բնորոշ է ոսկրաբեկորների տեղաշարժ: Վերին վերջույթը տեղաշարժվում է թիակի հոդային հարթակի հետ ցած և առաջ: Դրա հետևանքով վնասված կողմում նկատվում են թիակի ուսային ելունի դուրսցում և կոցաձև ելունի ներսանկում: Ախտանշանությունը նման է բազկի առաջային հոդախախտին: Տարբերությունը կայանում է նրանում, որ բացակայում է հոդախախտի դեպքում նկատվող զսպանակային դիմադրությունը պասիվ շարժումների ժամանակ: Կոտրվածքի շրջանի, այսինքն ուսահոդից դեպի ներս և կոցաձև ելունի սահմանագծից ցած, թիակի հետին մակերեսով և անութափոսում պալպացիան լինում է խիստ ցավոտ: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժով թիակի վզիկի

կոտրվածքների դեպքում կարող է վնասվել անութափոսային նյարդը, որի հետևանքով առաջանում է դելտայաձև մկանի պարեզ կամ պարալիչ: Վնասվածքի բնույթի մասին առավել հստակ ինֆորմացիա կարելի է ստանալ ռենտգենաբանական հետազոտման ժամանակ:

Բոլոր կասկածելի դեպքերում թիակի կոտրվածքը բացառելու նպատակով պարտադիր է կատարել ռենտգենոգրաֆիա, քանի որ թիակի կոտրվածքները կլինիկական հստակ ախտանիշների բացակայության պատճառով հաճախ մնում են չախտորոշված: Երբեմն կոտրվածքի բնույթը պարզելու և ճշտելու համար հարկավոր է լինում կատարել ռենտգեն նկարներ ոչ ստանդարտ տանգենցիալ թեք, »էպոլետային«, աքսիլյար պրոյեկցիաներով:

Բ ու ժ թ ու մ ը : Թիակի կոտրվածքների դեպքում կիրառում են հիմնականում բուժման կոնսերվատիվ եղանակներ: Այս կոտրվածքների անհապաղ բուժումը կայանում է պահող կամ պահող ու գոտևորող կապերով անշարժացման, սառույցի ու ցավազրկող միջոցների կիրառման մեջ:

Թիակի կոտրվածքների բուժման ընդհանուր սկզբունք է հանդիսանում գատիչ ֆիքսող կապերի՝ ստանդարտ բեկակալների, թորակոբրախիալ գիպսային կապի կիրառումը:

Զատիչ բեկակալի վրա վերջույթի ուսահողում մինչև 90° գատման անկյունով և արմնկային հողում մինչև 90-100° ծալումով, (ուսահողում մինչև 30° դեպի առաջ ծալումով դիրքում) տեղադրումը նպաստում է ուսագոտու մկանների համար թուլացած վիճակի ստեղծմանը: Ուսագոտին ֆիքսելուց առաջ կոտրվածքի տեղը անհրաժեշտ է ցավազրկել 20-30 մլ նովոկաինի 1-2 % լուծույթով: Բուժումը գատիչ բեկակալի վրա թույլ է տալիս առաջին իսկ օրերից սկսել բուժական մարմնամարզություն դաստակի, ճաճանչադաստակային և արմնկային հողերում: Թիակի առանց ոսկրաբեկորների տեղաշարժի կոտրվածքներով հիվանդների աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-6 շաբաթ անց:

Թիակի վզիկի շրջանի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում իրականացնում են բուժում կմախքային ձգումով արմնկային ելունից՝ վերջույթը տեղադրելով գատիչ բեկակալի վրա: Անհրաժեշտ է խիստ հետևել դիրքին՝ բազկի գատումը պետք է հավասար լինի 90°, ֆրոնտալ մակերեսից 10° հետ, ծալումը արմնկային հողում՝ մինչև 90°:

Զգման ուժը պայմանավորված է ոսկրաբեկորների տեղաշարժով, ուսագոտու մկանների զարգացվածությամբ և տատանվում է համապատասխանաբար 1.5-ից մինչև 3.5-4 կգ: Անհրաժեշտ է հաշվի առնել, որ կմախքային ձգումը չի բացառում ձեռքային համադրմանը: Զատիչ բեկակալի վրա ֆիքսման ժամկետը կազմում է մինչև 4 շաբաթ: Բուժական մարմնամարզությունը անց են կացնում առաջին իսկ օրերից ճաճանչադաստակային և արմնկային հողերի համար: Շարժումները ուսահողում թույլ են տալիս 4 շաբաթ անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է միջին հաշվով 1.5-2 ամսից: Ճիշտ անցկացված բուժման դեպքում շարժումները ուսահողում վերականգնվում են ամբողջ ծավալով:

Թիակի վզիկի կոտրվածքների վիրահատական բուժմանը դիմում են ծայրահեղ հավաղեպ դեպքերում: Բաց համադրման ցուցում են հանդիսանում ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժով, հատկապես անկյունային կոտրվածքները, երբ հնարավոր է բազկային հողի ֆունկցիայի կտրուկ խանգարում:

Անրակի հողախախտ

Անրակի հողախախտը կազմում է բոլոր հողախախտերի 3-15 %: Այն տեղի է ունենում անրակի կապանային համակարգի պատռվածքի դեպքում: Մովորաբար անրակի հողախախտը նկատվում է աշխատունակ տարիքի՝ 25-45 տարեկան տղամարդկանց մոտ: Տարբերում են

անրակի 2 տիպի հողախախտեր՝ դրսային կամ ակրոմիալ ծայրի և ներսային կամ կրծուկրային ծայրի հողախախտեր:

Անրակի հողախախտերը ստորաբաժանվում են լրիվ և մասնակի հողախախտերի և ուղղակի կապված են կապանային համակարգի վնասվածության աստիճանից:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Առաջային կրծուկրային հողախախտի դեպքում նշվում է անրակակրծուկրային հողավորման անհամաչափություն: Վնասված կողմի անրակի ներսային ծայրը դուրս է ցցվում կրծուկրից, նշվում է ուսագոտու կարճացում: Այս ախտանիշը հատկապես արտահայտիչ է լինում հետին կրծուկրային հողախախտի դեպքում: Շոշափման ժամանակ հնարավոր է հայտնաբերել ներսընկածություն անրակակրծուկրային հողավորման շրջանում: Շարժումները ուսահողում սահմանափակված են ցավերի պատճառով: Անրակի կրծուկրային ծայրի հողախախտի բուժումը, որպես կանոն, վիրաբուժական է:

Անրակի դրսային ծայրի հողախախտը կարող է լինել *վերակրոմիալ*, երբ անրակը տեղաշարժվում է թիակի ակրոմիալ ելունից վեր; և *ենթասակրոմիալ*՝ անրակի ծայրի տեղաշարժ թիակի ակրոմիալ ելունից ցած: Ենթասակրոմիալ հողախախտը հանդիպում է չափազանց հազվադեպ:

Վերակրոմիալ հողախախտի համար բնորոշ է կապանային համակարգի վնասվածքը: Անրակի դիստալ ծայրը ամրանում է թիակին երկու՝ ակրոմիալ-անրակային և կտցաձև-անրակային կապանների միջոցով: Ըստ այդ կապանների վնասման տարբերում են անրակի ակրոմիալ ծայրի լրիվ և մասնակի հողախախտ:

Մասնակի հողախախտի ժամանակ պատռվում է միայն արկոմիալ-անրակային կապանը, իսկ լրիվի դեպքում՝ ակրոմիալ-անրակային և կտցաձև-անրակային կապանները: Կլինիկորեն մասնակի հողախախտը բնորոշվում է անրակի դրսային ծայրի աննշան դուրսցցվածությամբ, հողավորման շրջանում տեղային ցավոտությամբ շարժումների և շոշափման ժամանակ:

Անրակի լրիվ հողախախտի կլինիկական բնորոշ ախտանիշերն են ուսագոտու կարճացումը, անրակի դրսային ծայրի սանդղաձև դուրսցցվածությունը, տեղաշարժը առաջահետին ուղղությամբ, «ստեղնի» դրական ախտանիշը: Վերջինս էությունը կայանում է նրանում, որ անրակի ակրոմիալ ծայրի վրա սեղմելիս այն հեշտությամբ գնում է իր տեղը, իսկ երբ ճնշումը դադարեցվում է, ապա անրակի դրսային ծայրը բարձրանում է վեր, ստեղնի նման, և գրավում նախկին դիրքը: Այս ախտանիշը հարկավոր է ստուգել համեմատելով առողջ կողմի հետ: Վնասվածքի պահից 2-5-րդ օրը փութաջան գնման դեպքում կտցաձև ելունից ցած դելտայաձև-կրծքային ակոսի շրջանում կարելի է հայտնաբերել կապտուկ:

Ռենտգենաբանական հետազոտության տվյալները սովորաբար հաստատում են դիագնոզը: Այն կատարում են առաջահետին պրոյեկցիայով, պարտադիր հիվանդի ուղղահայաց դիրքում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը արժեքավոր է ենթահողախախտի և հողախախտի միջև տարբերակիչ ախտորոշում անցկացնելիս: Այդպիսի դեպքերում հարկավոր է կատարել ակրոմիալ-անրակային երկու հողավորումների սիմետրիկ ռենտգեն նկարներ: Ուշադրություն են դարձնում ակրոմիալ-անրակային հողավորման հողաճեղքի լայնացման վրա, որը վկայում է ակրոմիալ-անրակային կապանի պատռվածքի մասին: Անրակի դրսային ծայրի և թիակի ակրոմիալ ելունի հողային մակերեսների տեղաշարժից բացի, դրսային ծայրի հողախախտին բնորոշ է թիակի կտցաձև ելունի և անրակի ստորին մակերեսի միջև եղած տարածության ավելանալը (ավելի քան 0.5 սմ): Այս ախտանիշը պաթոգնոմոնիկ է հանդիսանում կտցաձև-անրակային կապանի պատռվածքի, և հետևաբար, անրակի դրսային ծայրի լրիվ հողախախտի համար:

Բ ու ժ ու մ ը : Անրակի դրսային ծայրի հողախախտը հեշտությամբ է ներուղղվում: Դրա համար հարկավոր է հողավորումը 5-10 մլ նովոկաինի 1% լուծույթով ցավազրկելուց հետո ձեռքը

ծալել արմնկային հոդում 90° անկյան տակ, բարձրացնել բազուկը դեպի վեր և հետ և միաժամանակ մյուս ձեռքով սեղմել անրակի ակրոմիալ ծայրի վրա: Հոդախախտը ներուղղված է, սակայն անրակի դրսային ծայրը ներուղղված դիրքում պահելը բավականին դժվար է: Վերջին ժամանակներս առաջարվում են ֆիքսման մի շարք եղանակներ՝ ՎՕԿԻ, Կոժուկենի ստանդարտ բեկակալներ, Շիմբարեցկու վիրակապ պտուտակային ճնշումով: Սալնիկովի վիրակապ-»սուսերակալը« ավելի ամուր է ֆիքսում թիակն ու անրակը և նպաստում վնասված կապանների ավելի լավ սերտաճմանը: Այն դնելիս առաջին փուլում իրականացնում են 90° անկյան տակ ծալված արմնկային հոդի ֆիքսում մարմնին: Ապա հոդախախտը ներուղղելուց հետո անրակի դրսային ծայրի վրա դնում են »սուսերակալի« տիպի գիպսային լոնգետ, որը որոշակի սուզված դիրքում է պահում թիակը և անրակի դրսային ծայրը: Լոնգետի ծայրերը անցնում են կրծքավանդակի վրա և ծալվելով վեր ներ են գիպսավորում նախորդի մեջ: Ճնշման թուլացման հետ մեկտեղ վիրակապը փոխում են: Հիվանդը կարիք ունի դինամիկ հետազոտության, քանի որ հենման կետերում (անրակի դրսային ծայր, արմնկային ելուն) հաճախ են առաջանում պառկելախոցեր: Որպես կանոն, այդպիսի դեպքերում տեղի է ունենում հոդախախտի կրկնում: Նշված եղանակները կարող են կիրառվել մասնակի հոդախախտերի դեպքում: Անրակի լրիվ հոդախախտերի ժամանակ ցուցված է վիրահատական բուժում, որը նպատակահարմար է մինայն առաջին 7 օրերին: Այդ նպատակով կարում են պատված ակրոմիալ-անրակային կապանը, լավսանով կամ մետաղական շուղով ֆիքսում ակրոմիալ-անրակային հոդավորումը:

Հետվիրահատական շրջանում վերջույթը ֆիքսում են ՎՕԿԻ զատող բեկակալով մինչև 4-5 շաբաթ ժամկետով: 2-3-րդ օրից նշանակում են բուժական մարմնամարզություն մատերի, ճաճանչադաստակային և արմնկային հոդերի համար: 5-րդ շաբաթին վիրակապը փոխարինում են անթափոսում տեղադրվող գլանիկով: Մետաղական շուղը հեռացնում են վիրահատությունից հետո 6-7 շաբաթ անց: Հիվանդների աշխատունակությունը վերականգնվում է, որպես կանոն, 7-8 շաբաթ անց:

Անրակի կոտրվածք

Անրակի կոտրվածքները միջին հաշվով կազմում են հենաշարժական համակարգի այլ կոտրվածքների մոտ 15-18% և հաճախ հանդիպում երիտասարդ տարիքում: Դրանք կարող են առաջանալ վնասման ուղղակի մեխանիզմով՝ անրակի անմիջական հարվածի հետևանքով, սակայն առավել հաճախ անրակի կոտրվածքը առաջանում է վնասման անուղղակի մեխանիզմով, այսինքն անրակի առանցքի ուղղությամբ:

Վնասման անուղղակի մեխանիզմի՝ ուսահողի դրսային մակերեսի, ուղղված ձեռքի վրա վայր ընկնելու, կողմերից ուսահողերի ժնշման դեպքում ուժային ծանրաբեռնվածությունը տարածվում է S-ձև կորացած անրակի շուրջը: Անրակի կտրուկ կորացումը բերում է դրա առավել թույլ հատվածի՝ միջային և դրսային երրորդականների սահմանի, այսինքն իր ամենամեծ ծովածքի տեղի կոտրվածքին: Վնասման ուղղակի մեխանիզմի դեպքում կոտրվածքի բնույթը լինում է բեկորային, լայնակի, թեքլայնակի: Վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքում հաճախ հանդիպում են թեք և թեքլայնակի կոտրվածքները: Ոսկրաբեկորների տիպիկ տեղաշարժ հաճախ լինում է թեք և թեքլայնակի կոտրվածքների դեպքում: Կենտրոնական ոսկրաբեկորը կրծոսկրաանրակապուկային մկանի կծկման արդյունքում տեղաշարժվում է վեր և հետ: Անրակի դրսային (պերիֆերիկ) ոսկրաբեկորը վերջույթի զանգվածի ազդեցության տակ տեղաշարժվում է ցած և առաջ: Երեխաների մոտ ենթավերնոսկրային կոտրվածքների դեպքում հաճախ առաջանում է դեֆորմացիա դեպի ցած բացված անկյունով: Անրակի դրսային ծայրի

կոտրվածքների դեպքում պերիֆերիկ ոսկրաբեկորը կարող է մնալ կապված թիակի ակրոմիալ և կոցաձև ելունների հետ, իսկ անրակի դեպի վեր տեղաշարժված կենտրոնական ոսկրաբեկորը կարող է նմանեցնել անրակի ակրոմիալ ծայրի հոդախախտ:

Որոշ դեպքերում, հնարավոր է թոքամզի, անոթանյարդային խրձի, մաշկային ծածկույթների վնասումը տեղաշարժված ոսկրաբեկորների եզրերով, երբ փակ կոտրվածքը վեր է ածվում բացի:

Ա ի ս ո թ ո շ ու մ ը : Անրակի կոտրվածքի ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում: Բնորոշ են գանգատները կոտրվածքի տեղի ցավերից, ակտիվ շարժումների՝ (հատկապես ցավերի պատճառով) ձեռքի զատման և բարձրացման սահմանափակումը: Հիվանդը ձեռքը պահում է նախաբազկից և սեղմում արմունկը կրծքին: Ջնման ժամանակ կոտրվածքի շրջանում բավականին հաճախ նկատվում է արտահայտված դեֆորմացիա՝ ուռածություն, արյունազեղում, ոսկրաբեկորների ցցվածություն: Վերին վերջույթը ուսահողի հետ պտտված է ներս, իջած ցած և տեղաշարժված առաջ: Ուսագոտին վնասման կողմում կարճացած է, վերանրակային փոսիկը՝ հարթված: Թիակի մեղիալ ծայրը և ստորին անկյունը սահմանագծվում են ենթամաշկային բջջանքից: Փուշելուններից մինչև թիակի մեղիալ ծայրը ընկած տարածությունը զգալիորեն մեծ է ի տարբերություն առողջ կողմի:

Հիվանդի զննումը ավարտում են վնասված վերջույթի անոթների և նյարդերի հետազոտումով և ռենտգենոգրաֆիայով, որը, որպես կանոն, կատարում են առաջային հետին և, հազվադեպ, (բեկորային կոտրվածքների դեպքում), կողմային պրոյեկցիաներով:

Բ ու ժ ու մ ը : Անրակի կոտրվածքների բուժման եղանակը հիմնականում որոշվում է կոտրվածքի բնույթով: Ենթավերնոսկրային «կանաչ ճյուղի» տիպի կոտրվածքների և առանց տեղաշարժման կոտրվածքների բուժումը անց են կացնում ֆիքսող կապերով: Անշարժացման ժամկետը երեխաների մոտ կազմում է մոտ 2-3 շաբաթ, մեծահասակների մոտ՝ մինչև 4 շաբաթ: Վիրակապը դնելուց առաջ կոտրվածքի տեղը ցավազրկում են 10-15 մլ նովոկաինի 1-2 % լուծույթով: Անրակի ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում 15-20 մլ նովոկաինի 1-2 % լուծույթով ցավազրկելուց հետո կատարում են ոսկրաբեկորների համադրում: Այդ նպատակով հիվանդին նստեցնում են աթոռակի վրա թեքելով նրա գլուխը դեպի վնասված կողմը: Օգնականը, ծնկով հենվելով միջթիակային տարածությանը կամ թիակի անկյանը, երկու ձեռքերը դնում է հիվանդի ուսերի վրա և զատում ուսահողը դեպի հետ, դուրս և թեթևակի վեր: Այդ դիրքում վիրաբույժը համադրում է ոսկրաբեկորները: Մովորաբար դա իրենից դժվարություն չի ներկայացնում, սակայն չափազանց բարդ է պահել ոսկրաբեկորները անհրաժեշտ դիրքում, չնայած որ առաջարկված են ֆիքսացիայի ավելի քան 250 եղանակ: Առավել տարածում են գտել հետևյալ ֆիքսման եղանակները՝

Դելբեյի օղերը, 8-ձև կապերը, Տիտովի օվալ կապը, Կրամերի բեկակալներից կազմված ԿԱյլանի կապը և այլն:

Անրակի կոտրվածքի կոնսերվատիվ բուժման համար առավել նպաստավոր է Կուզմինսկու բեկակալը, որը հնարավորություն է տալիս պահել ուսագոտին բարձրացած և մաքսիմալ զատման դիրքում:

Երկարատև անկողնային ռեժիմ պահանջող զուգակցված վնասվածքների դեպքում հիվանդին պառկեցնում են կոշտ մահճակալի եզրին կամ թիակի ու միջթիակային տարածության տակ դնում են բարձ, ձեռքը կախվում է մահճակալից ցած և հետ: Մեկ օր անց արմնկային հոդի տակ դնում են աթոռակ գլանակով: Այդպիսի դիրքում հիվանդը մնում է 2-3 շաբաթ:

Անրակի կոտրվածքների վիրահատական բուժումը ունի որոշակի ցուցումներ, որոնք լինում են բացարձակ և հարաբերական:

Բացարձակ ցուցումներ են հանդիսանում՝
- բաց կոտրվածքը;

- անրակի փակ կոտրվածքը, որը բարդացել է անոթանյարդային խրձի վնասումով;
- նյարդային հյուսակի ճնշումը;
- բազմաբեկորային կոտրվածքը, որի ժամանակ ոսկրաբեկորները ունեն ոսկրի նկատմամբ ուղղահայաց դիրք և կա անոթանյարդային խրձի վնասման սպառնալիք;
- մաշկի պերֆորացիայի վտանգը ոսկրաբեկորների սուր ծայրով;
- ինտերպոզիցիայի տարբեր` ոսկրային, վերնոսկրային ձևերը:

Հարաբերական ցուցումներին են պատկանում ուսահողի վրա որևէ ուղղությամբ (առբերում, բարձրացում) ազդող կապով կամ բեկակալով ոսկրաբեկորների համադրման դիրքում պահելու անհնարինությունը:

Անրակի ներոսկրային օսթեսիինթեզը հաճախ իրականացնում են ռետրոգրադ եղանակով: Հետվիրահատական շրջանում վերջույթը ֆիքսում են զատիչ բեկակալով 4-5 շաբաթ ժամկետով կամ թորակոբրախիալ կապով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-2 ամսից:

Գ Լ ու ի խ 2

Բ Ա Ջ Կ Ո Ս Կ Ր Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Բազկոսկրի կոտրվածքների դասակարգումը: Բազկոսկրի կոտրվածքները կազմում են բոլոր կոտրվածքների մոտ 9-12 %: Տարբերում են բազկոսկրի պրոքսիմալ ծայրի, դիաֆիզի և դիստալ մետաէպիֆիզի կոտրվածքներ:

Պրոքսիմալ ծայրի կոտրվածքները առավել հաճախ հանդիպում են ծերունական հասակի անձանց մոտ, իսկ դիաֆիզի և դիստալ մետաէպիֆիզի կոտրվածքները` երիտասարդ հասակում կամ երեխաների մոտ:

Այս վնասվածքները կարող են առաջանալ վնասման ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով:

Բազկոսկրի պրոքսիմալ ծայրի կոտրվածքներ

Բազկոսկրի պրոքսիմալ հատվածում տարբերում են ներհողային և արտահողային կոտրվածքներ: Առաջին խմբի մեջ են մտնում բազկոսկրի գլխիկի և անատոմիական վզիկի կոտրվածքները, որոնք հիմնականում հանդիպում են մեծահասակների և ծերերի մոտ: Այս վնասվածքները հաճախ ուղղակի հարվածի հետևանք են; կամ առաջանում են անուղղակի մեխանիզմով` արմունկի կամ դաստակի վրա վայր ընկնելու հետևանքով:

Երբեմն անատոմիական վզիկի կոտրվածքի ժամանակ դիստալ ոսկրաբեկորը ներ է մղվում բազկոսկրի գլխիկի մեջ, առաջանում է այսպես կոչված ներմղված կոտրվածք:

Կ Լ ի ն ի կ ա ն և ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Արտաքին զննման ժամանակ հայտնաբերում են ուսահողի չափերի մեծացում, որը հեմարթրոզի հետևանք է: Հողի ուրվագծերը հարթված են, կա արտահայտված լարվածություն: Ակտիվ շարժումները հողում խիստ սահմանափակ են կամ լրիվ բացակայում են: Պասիվ շարժումները նույնպես սահմանափակված են ցավային արտահայտված համախտանիշի հետևանքով:

Արմնկահողի շրջանում ըստ առանցքի թեթև հարվածելու դեպքում հիվանդը նշում է խիստ արտահայտված ցավ վնասված հողում:

Բուժումը այսպիսի կոտրվածքների դեպքում կայանում է ցավազրկման և վերջույթի կարճատև անշարժացման մեջ: Հողի մեջ ներմուծում են 20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ, որից հետո

վերին վերջույթը 6-10 օրով անշարժացնում են սեպաձև բարձիկի վրա գլխաշորի օգնությամբ: Առաջին իսկ օրերից հիվանդը պետք է կատարի շարժումներ մատերում և ճաճանչադաստակային հոդում, 3-4-րդ օրից՝ արմնահոդում, իսկ 5-6-րդ օրից՝ վնասված հոդում: 10-15 օր անց արտաքին անշարժացումը հանում են և հիվանդին նշանակում են ավելի ակտիվ բուժական մարմնամարզություն, ինչպես նաև ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ, մերսում և այլն.:

Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում վնասվածքի վայրը ցավազրկելուց հետո կատարում են կոտրվածքի միամումենտ համադրում և վերջույթը անշարժացնում վերը նշված եղանակով: Բուժման տակտիկան նույնն է:

Այն դեպքերում, երբ ուղղումը չի հաջողվում, հատկապես երիտասարդ տարիքում, ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ օստեոսինթեզ թ-ձև մետաղյա հարթակների կամ պտուտակների միջոցով:

Բազկոսկրի գլխիկի ծանր բազմաբեկոր կոտրվածքների դեպքում, երբ օստեոսինթեզը տեխնիկապես անհնար է, կատարում են բազկոսկրի գլխիկի բեկորների հեռացում կամ էնդոպրոթեզավորում:

Բարձի թողի դեպքերում, երբ հայտնաբերվում է հոդում ծանր հետվնասվածքային դեֆորմացնող արթրոզ և հոդամակերեսների անհամապատասխանություն, կարելի է կատարել հոդի արթրոդեզ կամ տոտալ էնդոպրոթեզավորում:

Բազկոսկրի պրոքսիմալ ծայրի արտահոդային կոտրվածքների խմբին են պատկանում մեծ թմբիկի և վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքները:

Հիմնականում հանդիպում են մեծ թմբիկի պոկում տեղաշարժով, որը լինում է անուղղակի վնասվածքի հետևանք: Հաճախ այս կոտրվածքը ուղեկցվում է բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտով:

Շոշափման ժամանակ մեծ թմբկության շրջանում հայտնաբերում են ցավոտություն: Տուժում է բազկի պտույտը դեպի դուրս, քանի որ մեծ թմբիկի շրջանում բազկոսկրին են կաչում դրսային պտտող մկանները (mm. supraspinatus, infraspinatus, teres minor):

Բ ո թ ու մ ը : Առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում այն կոնսերվատիվ է: Վերջույթը 10-15 օրով անշարժացնում են գլխաշորով, որից հետո անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն և մերսում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-2 ամիս անց:

Մեծ թմբկության պոկման դեպքում, երբ կա արտահայտված տեղաշարժ, կատարում են կոտրվածքի օստեոսինթեզ պտուտակի կամ շուղերի միջոցով:

Վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքը բազկոսկրի պրոքսիմալ հատվածի մեջ առավել հաճախ հանդիպող կոտրվածքներից են: Հիմնականում առաջանում է անուղղակի մեխանիզմով՝ նախաբազկի կամ արմնկային հոդի վրա վայր ընկնելու դեպքում: Եթե վայր ընկնելու պահին ձեռքը լինում է գատման դիրքում, տեղի է ունենում *արդուկցիոն կոտրվածք*: Այդ դեպքում կենտրոնական ոսկրաբեկորը առբերված է և պտտված դեպի ներս, պերիֆերիկ ոսկրաբեկորը՝ ուղղված դեպի առաջ և վեր: Կենտրոնական և պերիֆերիկ ոսկրաբեկորների միջև առաջանում է դեպի դուրս և հետ բացված անկյուն: Եթե վայր ընկնելու պահին ձեռքը լինում է առբերման դիրքում, տեղի է ունենում *աղդուկցիոն կոտրվածք*, որի դեպքում կենտրոնական ոսկրաբեկորը գատվում է և պտտվում դեպի դուրս, իսկ դիստալ ոսկրաբեկորի պրոքսիմալ ծայրը տեղաշարժվում է դեպի դուրս և առաջ և պտտվում դեպի ներս: Ոսկրաբեկորների միջև առաջանում է դեպի ներս և հետ բացված անկյուն: Եթե ձեռքը եղել է միջին դիրքում, ապա հաճախ լինում է դիստալ ոսկրաբեկորի ներմղում պրոքսիմալի մեջ և առաջանում է բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի ներմղված կոտրվածք:

Վերը նշված բոլոր կոտրվածքները երբեմն ուղեկցվում են բազկոսկրի լրիվ հոդախախտով կամ ենթահոդախախտով, որը ավելի է բարդացնում բուժումը:

Կ Ղ Ի Ն Ի Կ Ա Ն և ա խ տ ո ռ ո շ ու մ ը : Հիվանդը նշում է ցավ, որը ուժեղանում է շարժումների ժամանակ: Արտաքին զննման ժամանակ բազկոսկրի վերին երրորդականի շրջանում հայտնաբերում են այտուց և ենթամաշկային հեմատոմա: Երբեմն հաջողվում է շոշափել կոտրված բեկորների ծայրերը: Տեղաշարժի դեպքում փոխվում է բազկոսկրի առանցքը: Հայտնաբերվում է բազկոսկրի անկյունային տվություն ուղղված դեպի ներս կամ դուրս: Շոշափման ժամանակ երբեմն նկատվում է ախտաբանական շարժունություն և ոսկրային կրեպիտացիա: Իտարբերություն բազկոսկրի գլխիկի հողախախտի այս դեպքում զսպանակային դիմադրություն չի հայտնաբերվում, իսկ գլխիկը շոշափվում է իր բնական տեղում:

Ներմղված կոտրվածքների դեպքում կլինիկական նշանները լինում են ավելի աղքատիկ՝ կարող է հայտնաբերվել միայն տեղային թույլ արտահայտված ցավոտություն և թեթև այտուց: Ակտիվ շարժումները լինում են չափավոր սահմանափակված: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը օգնում է ճիշտ ախտորոշել վնասվածքի բնույթը:

Բ ու ժ ու մ ը : Մեծահասակների և ծերերի մոտ վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքները հաճախ ներուղղման կարիք չեն ունենում: Բուժումը տարվում է գլխաշորի վրա արմունկի 60-70 ° ծալման դիրքում: Երկրորդ օրվանից սկսած հիվանդը կատարում է շարժումներ մատերում, ճաճանչադաստակային հողում և արմնկային հողում, իսկ 5-6-րդ օրից սկսած՝ նաև վնասված հողում (ֆունկցիոնալ բուժում):

Ադոուկցիոն կոտրվածքների դեպքում կատարում են ոսկրաբեկորների ներուղղում տեղային ցավազրկման տակ (20 մլ նովոկաինի 1% լուծույթ) հետևյալ կերպ. կատարում են բազկոսկրի ձգում ըստ առանցքի և զատում: Այս դիրքում վերջույթը ֆիքսում են զատող բեկակալի կամ սեպաձև բարձիկի վրա: Վերջինս պետք է գտնվի արմնկային հողի շրջանում:

Աբդուկցիոն կոտրվածքի դեպքում ցավազրկելուց հետո կատարում են բազկոսկրի ձգում ըստ առանցքի և առբերում: Ապա անթափոսի շրջանում դնում են փոքրիկ բարձիկ և վերջույթը անշարժացնում Դեզոյի վիրակապով:

Երբեմն այս կոտրվածքների բուժման ժամանակ կիրառում են կմախքային ձգում ստանդարտ զատող բեկակալների վրա: Շուրջ անց են կացնում արմնկելունից:

Արտաքին անշարժացումը վերը նշված կոտրվածքների ժամանակ տևում է 5-6 շաբաթ, որից հետո հիվանդին նշանակում են բուժական մարմնամարզություն և մերսում:

Բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի ներմղված և առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում նույնպես տարվում է ֆունկցիոնալ բուժում գլխաշորի վրա: Անշարժացման առաջին իսկ օրերից հիվանդներին նշանակում են բուժական մարմնամարզություն վնասված հողում: Անշարժացման տևողությունն է 2-3 շաբաթ:

Բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի արտահայտված տեղաշարժով՝ ինչպես ադոուկցիոն, այնպես էլ արդուկցիոն կոտրվածքների դեպքում, երբ ոսկրաբեկորների չեն հաղորդակցվում միմյանց հետ և փակ ներուղղումը անարդյունավետ է, անհրաժեշտ է դիմել վիրահատական բուժմանը:

Օստեոսինթեզը իրականացնում են հատուկ թ-ձև կամ 2-ձև թիթեղիկների կամ պտուտակների միջոցով: Վիրահատությունից հետո վերին վերջույթը անշարժացնում են Դեզոյի փափուկ վիրակապով: Անութային փոսի շրջանում դնում են փոքրիկ բարձիկ: Անշարժացման տևողությունն է 2-3 շաբաթ, որից հետո հիվանդները սկսում են կատարել շարժումներ վիրահատված հողում:

Երբեմն, այսպիսի կոտրվածքների դեպքում, կատարում են արտաօջախային օստեոսինթեզ ձողային սարքերի միջոցով՝ փակ եղանակով: Օստեոսինթեզի այս եղանակը հնարավորություն է տալիս կատարել ակտիվ շարժումներ սկսած 2-3-րդ օրից:

Բազկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածք

Բազկոսկրի դիաֆիզար հատվածի կոտրվածքները, ըստ գրականության տվյալների, հանդիպում են 26 % դեպքերում: Դրանք կարող են լինել բաց և փակ կոտրվածքներ:

Ըստ կոտրվածքի գծի բնույթի տարբերում են թեք, միջաձիգ, պտուտակաձև և բեկորային: Ըստ տեղակայման լինում են վերին, միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածքներ: Միջաձիգ և բեկորային կոտրվածքները հիմնականում առաջանում են ուղղակի հարվածից, իսկ պտուտակաձև կոտրվածքները՝ վնասման անուղղակի մեխանիզմով:

Դիաֆիզար կոտրվածքները հիմնականում լինում են տեղաշարժով: Վերջինիս բնույթը կախված է լինում կոտրվածքի մակարդակից: Այսպես, եթե կոտրվածքի գիծը գտնվում է դելտայաձև մնակի կպման վայրից վեր, ապա կենտրոնական ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է դեպի ներս և հետ, իսկ դիստալը՝ դեպի դուրս: Եթե կոտրվածքի գիծը անցնում է դելտայաձև մկանի կպման վայրից ցած, ապա պրոքսիմալ բեկորը տեղաշարժվում է դեպի դուրս և վեր, իսկ դիստալը՝ դեպի վեր և մի փոքր հետ:

Միջին երրորդականի կոտրվածքի ժամանակ կարող են լինել տարբեր տեղաշարժեր:

Ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում եռագլուխ մկանի ազդեցության հետևանքով առաջանում է տեղաշարժ, որի դեպքում ոսկրաբեկորների միջև եղած անկյունը ուղղված է լինում դեպի հետ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն և ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Դիաֆիզար կոտրվածքներին բնորոշ են այտուցը, ուռածությունը, վերջույթի տձևությունը, ախտաբանական շարժունությունը և ոսկրային կրեպիտացիան համապատասխան մակարդակի վրա: Արտահայտված տեղաշարժի դեպքում հայտնաբերում են վերջույթի բացարձակ կարճացում:

Ըստ առանցքի հարվածելիս հիվանդը նշում է խիստ ցավոտություն վնասվածքի շրջանում: Խանգարվում են նաև կոտրվածքի հարևան հոդերի ֆունկցիան:

Երբեմն դիաֆիզի կոտրվածքները բարդանում են նյարդերի կամ անոթների վնասումով: Այսպիսի դեպքերում հայտնաբերում են նյարդային կամ անոթային ծայրամասային փոփոխություններ, որոնք պահանջում են համապատասխան բուժում: Այսպես, բազկի դիաֆիզի միջին, իսկ ավելի հաճախ $u/3$ -ի կոտրվածքների ժամանակ կարող է վնասվել ճաճանչային նյարդը, որն այդ շրջանում անցնում է ոսկրի հետին մակերեսով՝ համանուն ոսկրի միջով:

Բ ու ժ ու մ ը : Յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ բուժման տակտիկան կախված է կոտրվածքի մակարդակից, ձևից, տեղաշարժի բնույթից, հիվանդի տարիքից և այլ գործոններից:

Այսպես, առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում վերջույթը անշարժացնում են թորակոբրախիալ գիպսային կապով:

Տեղաշարժով պտուտակաձև և թեք կոտրվածքների դեպքում ցավազրկելուց հետո վերջույթը անշարժացնում են Ս-ձև գիպսային լոնգետի վրա և կախում գլխաշորի օգնությամբ: Այսպիսի անշարժացման ժամանակ ցանկալի է, որպեսզի հիվանդը սկսած երկրորդ օրվանից կատարի շարժումներ մատերում և ճաճանչադաստակային հոդում: Ոսկրային կոշտուկը սկսում է առաջանալ 5-6 շաբաթից, որից հետո արտաքին անշարժացումը հանում են և հիվանդը ստանում է բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ:

Որոշ դեպքերում պահանջվում է տեղաշարժի համադրում փակ միամոմենտ եղանակով, որի համար հեմատոմայի մեջ ներարկում են 20-30մլ նովոկաինի 1% լուծույթ: Ուղղելուց հետո վերջույթը անշարժացնում են թորակոբրախիալ գիպսային կապով կամ իրականացնում կմախքային ձգում զատող բեկակալի վրա 4-5 կգ քաշով: Շուրջ անց են կացնում արմնկելունից: Անշարժացման տևողությունն է 1.5-2 ամիս:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է բաց կոտրվածքների, նյարդերի վնասման, չներուղղվող կոտրվածքների դեպքում, երբ առկա է փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիա: Վիրաբուժական եղանակի և մետաղական կոնստրուկցիայի ընտրությունը նույնպես կախված կոտրվածքի մակարդակից, դրա ձևից, տեղաշարժի բնույթից և այլ գործոններից:

Կիրառում են ինչպես ընկղմված օսթեոսինթեզ, այնպես էլ արտաօջախային կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն օստեոսինթեզ շուղային կամ ձողային սարքերի օգնությամբ:

Թեք և պտուտակաձև կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորները ֆիքսում են մետաղական պտուտակներով:

Միջաձիգ կոտրվածքների դեպքում ցուցված է կատարել արտատկրային օստեոսինթեզ մետաղական թիթեղիկով և պտուտակներով: Ըստ որում, կիրառում են հատուկ հարթակներ, որոնք ոչ միայն անատոմիորեն ճիշտ են անշարժացնում կոտրվածքը, այլև հնարավորություն են ընձեռում ոսկրաբեկորները հաստատուն ուժով ֆիքսել միմյանց, որը նպաստում է արագ սերտաճմանը:

Ներուկրային օսթեոսինթեզ ցանկալի չէ կիրառել, քանի որ վիրահատության ժամանակ ձողը անցնում է ուսահողով և կարող է դառնալ հետվիրահատական դեֆորմացնող արթրոզի պատճառ:

Ինչպես արտաօջախային, այնպես էլ մետաղական կայուն օսթեոսինթեզից հետո հիվանդները հնարավորություն ունեն շարժումներ կատարել վերջույթի բոլոր հոդերում:

Նյարդերի վնասման դեպքում (առավել հաճախ վնասվում է ճաճանչային նյարդը դիաֆիզար միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածքների դեպքում) անհրաժեշտ է կատարել վերջիններիս ֆունկցիայի ստուգում և համապատասխան վիրաբուժական միջոցառումներ: Այսպես, եթե նյարդը սեղմված է ոսկրաբեկորների մեջ, սակայն ամբողջական է, ապա այն զգուշությամբ անջատում են բեկորներից և կպումներից, որից հետո միայն իրականացնում օստեոսինթեզը: Եթե նյարդի ամբողջականությունը խախտված է, ապա կատարում են առաջնային նեյրոռաֆիա (նյարդի ամբողջականության վերականգնում հանգույցային կարերով):

Ներկայումս բազկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքների վիրահատական բուժման ժամանակ հաճախ օգտագործում են ածխածնային նյութերից պատրաստված հատուկ թիթեղիկներ և պտուտակներ: Այս կոնստրուկցիաները բավականին կայուն անշարժացնում են ոսկրաբեկորները, նպաստում արագ սերտաճմանը և չունեն հետագա հեռացնելու կարիք, քանի որ հյուսվածքների հետ կենսաբանորեն համատեղելի են:

Բազկոսկրի դիստալ ծայրի կոտրվածք

Այս կոտրվածքները լինում են արտահողային և ներհողային: Առաջին խմբին են պատկանում վերկոճային կոտրվածքները, իսկ երկրորդ խմբի մեջ են մտնում միջկոճային կոտրվածքները, դրսային և ներսային կոճերի մեկուսացված կոտրվածքները, միջկոճային՝ T-ձև և V-ձև բեկորային կոտրվածքները:

Արտահողային վերկոճային կոտրվածքները հաճախ հանդիպում են երեխաների մոտ, երիտասարդների մոտ և ստորաբաժանվում երկու խմբի՝ տարածիչ կոտրվածքներ, երբ ոսկրաբեկորների միջև եղած անկյունը բացված է դեպի հետ, և ծալիչ կոտրվածքներ, երբ անկյունը բացված է դեպի առաջ: Առավել հաճախ հանդիպում է վերկոճային ծալիչ կոտրվածքը, որն առաջանում է ծավված արմնկային հողի վրա վայր ընկնելիս:

Վերկոճային կոտրվածքները երբեմն կարող են բարդանալ նյարդաանոթային ցողունի վնասումով:

Կ լ ի ն ի կ ա ն և ա խ տ ո թ ը շ ու մ ը : Վերկոճային տարածիչ կոտրվածքի դեպքում արմնակյին հողի շրջանում հաճախ հայտնաբերում են զգալի ուռածություն և այտուց: Արմնակելունից մի փոքր վեր շոշափման ժամանակ նկատվում է փափուկ հյուսվածքների ներանկում: Երբեմն առջևից շոշափվում է կենտրոնական ոսկրաբեկորի ծայրը: Բացի դա կա նաև վերջույթի կարճացում, ինչպես նաև բազկոսկրի անկյունային դեֆորմացիա ուղղված դեպի հետ: Այդ շրջանի շոշափումը խիստ ցավոտ է, հայտնաբերվում է նաև ոսկրային կրեպիտացիա և ախտաբանական շարժունություն:

Օալիչ կոտրվածքի դեպքում դեֆորմացիայի անկյունը ուղղված է դեպի առաջ, արմնակելունից վեր շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է կենտրոնական ոսկրաբեկորի սուր ծայրը: Հաճախ կոտրվածքը ուղեկցվում է արմնակյին հողի շրջանում զգալի չափսերի հասնող հեմատոմայի առկայությամբ:

Վերկոճային կոտրվածքի ժամանակ բնականաբար խիստ տուժում է արմնկային հողի ֆունկցիան, իսկ պասիվ շարժումները լինում են խիստ ցավոտ: Զգացվում է ոսկրային կրեպիտացիա:

Բ ու ժ ու մ ը : Վերկոճային առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում 3 շաբաթով դնում են գիպսային հետին լոնգետ մատերի հիմից մինչև ուսահողը՝ արմնակյին հողը 80-100 ° ծալման դիրքում, նախաբազկի պրոնացիայի և սուլայինացիայի միջին դիրքում: Որից հետո արտաքին անշարժացումը հանում են և հողում կատարում ծալիչ և տարածիչ շարժումներ: Բժշկական մեքսումը արմնկային հողում արգելվում է օսիֆիկացնող միոզիտից խուսափելու նպատակով:

Տեղաշարժումով կոտրվածքները համադրում են միամոմենտ փակ եղանակով տեղային (20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ) կամ ընդհանուր անզգայացման տակ:

Վերկոճային տարածիչ կոտրվածքների դեպքում կատարում են 90° անկյան տակ ծալված նախաբազկի ձգում դեպի ցած: Վիրաբույժը մի ձեռքով ֆիքսում է կոնտրոնական ոսկրաբեկորը, իսկ մյուսով դեպի առաջ և մի փոքր դուրս տեղաշարժում դիստալ փոքր ոսկրաբեկորը: Որից հետո նախաբազուկը ծալում են 60-70° անկյան տակ և դնում գիպսային լոնգետ պրոնացիայի և սուլայինացիայի միջին դիրքում:

Վերկոճային ծալիչ կոտրվածքի դեպքում օգնականը ձգում է նախաբազկից, միաժամանակ այն տարածելով և ենթարկելով պրոնացիայի: Վիրաբույժը ուղղում է կոտրվածքը դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժելով դեպի հետ և մի փոքր ներս: Արմնկային հողը տարածման դիրքում անշարժացնում են գիպսային հետին լոնգետով:

Երկու դեպքերում էլ համադրումից հետո կատարում են վերահսկիչ ռենտգենաբանական հետազոտություն: Արտաքին անշարժացման տևողությունը կազմում է 2-3 շաբաթ, որից հետո նշանակում են բուժական մարմնամարզություն:

Վերկոճային կոտրվածքները երբեմն բարդանում են բազկային զարկերակի, նյարդերի ճնշումով և վնասումով, որի հետևանքով հաճախ զարգանում է վերջույթի, այսպես կոչված, Ֆոլկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրա: Այս ծանր բարդությունից խուսափելու համար հարկավոր է հնարավորին չափ արագ և ատրավմատիկ եղանակով վերացնել ոսկրաբեկորների տեղաշարժը:

Չուղղվող, հնացած և ոչ ճիշտ սերտաձած վերկոճային կոտրվածքների դեպքում կատարում են վիրահատություն, որի ընթացքում աշխատում են հնարավորին չափ ճիշտ վերականգնել բազկոսկրի դիստալ մետաէպիֆիզի անատոմիան: Հաճախակի այս վիրահատությունից հետո արմնկային հողում զարգանում է շարժումների արտահայտված սահմանափակում: Այս բարդությունից խուսափելու համար հարկավոր է կոտրվածքի կայուն օսթեոսինթեզը համակցել բուժական վաղ մարմնամարզության հետ, այսինքն, վիրահատությունից հետո չդնել արտաքին անշարժացում կամ վերջույթը ֆիքսել կարճ ժամանակով:

Ներհողային կոտրվածքներ (դրսային և ներսային կոճերի կոտրվածքներ): Դրսային կոճի կոտրվածքը առաջանում է ուղղված և զատված ձեռքի դաստակի վրա վայր ընկնելիս: Կոտրվածքները լինում են առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով:

Ներսային կոճի կոտրվածքները հանդիպում են զգալիորեն հազվադեպ: Վնասման մեխանիզմը՝ արմունկի վրա վայր ընկնելը է: Այդ ժամանակ հաճախ կոտրվում է նաև արմնկելունը: Ինչպես դրսային, այնպես էլ ներսային կոճերի կոտրվածքը կարող է լինել նաև կոճերի շրջանում ուղղակի հարվածի հետևանք:

Կ լ ի ն ի կ ա ն և ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը: Արմնկային հողը լինում է իր ծավալով մեծացած այտուցի, հեմատոմայի և հեմարթրոզի հաշվին: Կոճերի շրջանի շոշափման ժամանակ նշվում է ուժեղ ցավ և հատկապես խիստ ցավոտություն նախաբազուկը պտտելիս: Երբեմն այդ ժամանակ լսվում է ոսկրաբեկորների կրեպիտացիա, Գյունտերի եռանկյունը դառնում է ասիմետրիկ: Ներսային կոճի կոտրվածքի դեպքում նախաբազուկը գտնվում է առբերման դիրքում, իսկ դրսային կոճի ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում նախաբազուկը թեքվում է դեպի դուրս:

Բ ու ժ ու մ ը: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում վերջույթը 3 շաբաթով ֆիքսում են գիպսային հետին լոնգետով ուսային հողից մինչև նախադաստակա-ֆալանգային հողավորումները: Նախաբազուկը պետք է գտնվի սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրքում, իսկ ծավման անկյունը արմնկային հողում պետք է հավասար լինի 100-110°: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժի դեպքում անհրաժեշտ է դրանց համադրել: Այդ նպատակով կատարում են ձգում բազկոսկրի առանցքով արմնկային հողում ուղղված նախաբազկից, որը զատում են ներսային կոճը ներուղղելու ժամանակ և առբերում են՝ դրսայինը ներուղղելիս: Սեղմելով ոսկրաբեկորը դեպի ցած և արմնկային հողը կողմերից ճնշելով կատարում են ներուղղում, որից հետո դնում են գիպսային լոնգետ նույն ժամկետով, ինչպես և կոճերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի բուժման ժամանակ: Եթե համադրումը չի հաջողվում, կիրառում են վիրահատական բուժում: Կողմային կտրվածքով բացում են կոտրվածքի վայրը, կոճերը իջեցնում և ֆիքսում են շուղերով, պտուտակներով և ֆիքսող այլ միջոցներով:

Միջկոճային կոտրվածքները լինում են T-ձև և V-ձև: Դրանք առաջանում են արմունկի վրա վայր ընկնելիս: Զգալի ուժի ներդրման դեպքում արմնկելունը ճեղքում է կոճերը և ներխրվում դրանց միջև:

Կ լ ի ն ի կ ա ն և ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը: Արմնկային հողը կտրուկ մեծացած է իր ծավալով, հատկապես իր լայնակի չափով: Շոշափումը խիստ ցավոտ է, ակտիվ շարժումները անհնար են, պասիվ շարժումների ժամանակ հայտնաբերվում է ախտաբանական շարժունություն կողմային ուղղություններով:

Բ ու ժ ու մ ը: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում բուժումը անց են կացնում գիպսային կապի վրա այնպես, ինչպես և կոճերի մեկուսացված կոտրվածքների դեպքում: Տեղաշարժով կոտրվածքները լավ են ենթարկվում կմախքային ձգման միջոցով անցկացված համադրմանը: Ձեռքը տեղադրում են զատիչ բեկակալի վրա, կմախքային ձգումը դնում արմնկելունից: համադրումը վերահսկում են ռենտգենաբանորեն: Ըստ առանցքի տեղաշարժը վերացնելուց անմիջապես հետո, արմնկային հողը կողմերից սեղմելով, կոճերի մոտեցնում են իրար: Դրանից հետո, կմախքային ձգումը չհանելով, 3 շաբաթ ժամկետով դնում են V-ձև գիպսային լոնգետ արմնկային հողով բազկոսկրի դրսային ներսային մակերեսով:

Եթե այդ եղանակներով ոսկրաբեկորները չի հաջողվում համադրել, ցուցված է կատարել կոճերի օստեոսինթեզ շուղերով, պտուտակներով, հեղույսներով, V-ձև հարթակներով:

Վիրահատությունից հետո անց են կացնում բուժում միջկոճային առանց տեղաշարժի կոտրվածքների ժամանակ ցուցված եղանակով:

Մեծահասակների մոտ հաճախ համադրումից հետո մնում է արմնկային հոդի շարժումների ժավալի որոշակի սահմանափակում:

Բազկոսկրի դիստալ ծայրի վնասվածքների ժամանակ հանդիպող բարդությունները կարելի է ստորաբաժանել երկու խմբի՝ 1) համադրման ժամանակ առաջացող բարդություններ (օրինակ՝ նյարդերի վնասումներ); 2) համադրումից հետո առաջին օրերին առաջացող և արմնկային հոդի շրջանը գիպսային կապով կամ հեմատոմայով չափից ավելի ուժգին սեղմվելու հետ կապված բարդություններ (պատիճակապանային համակարգի ոսկրացում, ոսկրացնող միոզիտ): Այս բարդությունները կանխելու նպատակով հարկավոր է խուսափել կոպիտ, վնասող գործողություններից և արմնկային հոդում պասիվ վաղ շարժումներից: Մերսումը համարվում է հետերոտոպիկ օսիֆիկացիայի առաջացման պատճառներից մեկը:

Գ Լ ու ի խ 3

Ն Ա Խ Ա Բ Ա Ջ Կ Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Այս կոտրվածքները կազմում են բոլոր փակ կոտրվածքների մոտ 25.3% և դասվում ծանր և բարդ վնասվածքների շարքին (Ա.Վ. Կապլան): Տարբերում են՝

I. Արմնկահոդում ներհոդային կոտրվածքներ, ոսկրաբեկորների տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի;

1) արմնկելունի կոտրվածքներ, 2) ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կոտրվածքներ, 3) ծղիկոսկրի պսակաձև ելունի կոտրվածքներ և պոկում:

II. Նախաբազկի ոսկրերի դիաֆիզի կոտրվածքներ տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի;

1) գույգ ոսկրերի կոտրվածքներ, 2) ծղիկոսկրի մեկուսացված կոտրվածք առանց ճաճանչոսկրի գլխիկի հոդախախտի կամ հոդախախտով, 3) ճաճանչոսկրի մեկուսացված կոտրվածք ծղիկոսկրի գլխիկի հոդախախտով և առանց հոդախախտի;

III. Ճաճանչոսկրի դիստալ մետաէպիֆիզի կոտրվածքներ տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի;

1) էպիֆիզի տիպիկ կոտրվածք և էպիֆեզիոլիզ ծղիկոսկրի մախաթաձև ելունի պոկումով և առանց պոկումի, 2) ճաճանչոսկրի ստորին մետաֆիզի կոտրվածք, ծղիկոսկրի ստորին մետաֆիզի կոտրվածքով և առանց կոտրվածքի:

Արմնկելունի կոտրվածք

Այս կոտրվածքը առավել հաճախ առաջանում է ուղղակի հարվածի, հազվադեպ՝ բազկի եռազլուխ մկանի կտրուկ կծկման արդյունքում: Արմնկելունի լայնակի կամ թեք լայնակի գծով կոտրվածքը կարող է առաջանալ ցանկացած մակարդակի վրա: Մեծամասամբ դեպքերում արմնկելունի կոտրվածքը հանդիսանում է ներհոդային:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Արմնկելունի զննման ժամանակ նշվում է ուռածություն: Հոդի հետին մակերեսի ուրվագծերը հարթված են: Հաճախ ձեռքը գտնվում է հարկադրական դիրքում: Այդ դեպքում այն ուղղված է, կախված և ֆիքսված մարմնին առողջ ձեռքով: Պասիվ շարժումները պահպանված են, բայց ցավոտ են: Արմնկային հոդում ակտիվ ծալելը հնարավոր է, նախաբազկի ակտիվ տարածելը տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում անհնար է: Ակտիվ տարածելու

հնարավորությունը ստուգելու նպատակով ձեռքը զատում են կողմ մինչև հորիզոնական գիծը, նախաբազուկը ծալում արմնկային հողում մինչև 90 ° և կատարում բազկի ներսային թեթևակի պտտում: Այս դիրքից հիվանդը փորձում է ակտիվ տարածել նախաբազուկը հաղթահարելով դրա ծանրության ուժը: Պասիվ տարածելը նախաբազկի ծանրության ուժի ազդեցության տակ հնարավոր է, սակայն խիստ ցավոտ: Արմնկելունի շրջանի շոշափումը առաջացնում է ցավոտություն, իսկ ճնշելը՝ կտրուկ ցավ: Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում շոշափման ժամանակ ոսկրաբեկորների միջև հայտնաբերում են ձեռք կամ ներսանկում:

Արմնկելունի զագաթը տեղակայվում է բազկոսկրի վերկոճերը միացնող գծից վեր: Գյունտերի եռանկյունին այլևս հավասարակողմ չէ՝ կողմերը հիմքից փոքր են:

Դիագնոզը ճշտվում է արմնկային հողի երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո: Առավել ինֆորմատիվ է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգենյան նկարը:

Բ ու ժ ու մ ը : Արմնկելունի առանց տեղաշարժի կոտրվածքները բուժում են անշարժացման միջոցով գիպսային հետին լոնգետով, որը դնում են բազկի վերին երրորդականից մինչև նախադաստակաֆալանգային հողերը 3-4 շաբաթ ժամկետով պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում՝ արմնկային հողում նախաբազուկը ծալման 90-110 ° անկյան տակ:

Եթե արմնկելունի կոտրվածքի դեպքում կա ոսկրաբեկորների տեղաշարժ՝ ցուցված է վիրահատական բուժումը: Կատարվում է օստեոսինթեզ Վեբերի եղանակով՝ շուղերով և ՝ քսդենզիոն մետաղական հանգույցով: Այս վիրահատությունը հնարավորություն է տալիս ոչ միայն ճիշտ վերականգնել վնասված հոդամակերեսը այլ նաև ստանալ բեկորների մեծ կայունություն: Հետվիրահատական շրջանում արտաքին անշարժացման անհրաժեշտություն չի լինում: Ցուցված են վաղ ռեաբիլիտացիոն միջոցառումներ:

Պսակաձև ելունի կոտրվածք

Օդիկոսկրի պսակաձև ելունի կոտրվածքը հանդիպում է հազվադեպ և կազմում նախաբազկի բոլոր կոտրվածքների մոտ 1 %: Առաջանում է ծալված արմնկային հողի վրա վայր ընկնելիս:

Երբեմն այն համակցվում է նախաբազկի ոսկրերի հետին հողախախտի հետ:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Ջննման ժամանակ արմնկային հողի առաջային մակերեսին նշվում է ուռածություն, իսկ ավելի ուշ՝ նաև արյունազեղում: Արմնկային փոսիկի սահմանները հարթված են: Նախաբազկի մաքսիմալ ծալելը սահմանափակված է կտրուկ ցավերի պատճառով, պրոնացիան և սուպինացիան խախտված չեն: Պսակաձև ելունի (արմնկային փոսիկի ներսային կեսի) շրջանում շոշափման ժամանակ հայտնաբերում են տեղային ցավոտություն: Վերջնական ախտորոշման համար անհրաժեշտ է ռենտգենաբանական հետազոտություն կողմային և թեք (3/4) պրոյեկցիաներով:

Բ ու ժ ու մ ը : Պսակաձև ելունի առանց տեղաշարժի կոտրվածքը բուժում են կոնսերվատիվ: Արմնկային հողում 90-100° անկյան տակ ծալված ձեռքի վրա դնում են գիպսային լոնգետ բազկի վերին երրորդականից մինչև նախադաստակաֆալանգային հողերը: Նախաբազկին տալիս են սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք: Անշարժացումը տևում է 3-4 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-6 շաբաթ անց:

Պսակաձև ելունի ոսկրաբեկորի զգալի տեղաշարժի դեպքում ցուցված է վիրահատություն՝ ելունի բաց համադրում և ֆիքսում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-5 շաբաթ անց:

Ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կոտրվածք

Ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կոտրվածքը առաջանում է անուղղակի վնասվածքի արդյունքում ուղղված ձեռքի վրա վայր ընկնելիս:

Երբեմն (հիմնականում բազմաբեկոր կոտրվածքների դեպքում) այն ուղեկցվում է օղակաձև կապանի վնասվամբ, որը հանդիսանում է պրոքսիմալ ճաճանչձողիկային համակցման հիմքը:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Արմնկային փոսիկը զննելիս նշվում է ուռածություն: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է տեղային ցավոտություն, որը ուժեղանում է շարժման ժամանակ: Ակտիվ շարժումները սահմանափակված են և ցավոտ: Առավել շատ տուժում են սուպինացիան և պրոնացիան: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը:

Բ ու ժ ու մ ը : Ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում 2-3 շաբաթով արմնկային հոդում 90-100° ծալման դիրքում դնում են գիպսային լոնգետ նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև բազկի կեսը: Նախաբազկին տալիս են սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 7-8 շաբաթ անց:

Տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում փորձում են կատարել ձեռքային միամուկնոտ համադրում: Ոսկրաբեկորների անհաջող համադրման դեպքում ցուցված է վիրահատություն՝ ճաճանչոսկրի գլխիկի բաց ներուղղում և ֆիքսում շուրջով կամ մինի հարթակով: Գլխիկի և վզիկի բազմաբեկոր իմպրեսիոն կոտրվածքների դեպքում կատարվում է վերջինիս ռեզեկցիա: Եթե վնասված է օղակաձև կապանը, ապա այն վերականգնվում է այս կամ այն եղանակով: Վիրահատությունից հետո 6-10 օրով դրվում է գիպսային լոնգետ նախաբազուկը սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրքում՝ արմնկային հոդում մինչև 90 ° ծալված վիճակում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-2 ամիս անց:

Ծղիկոսկրի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք

Ծղիկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքները հաճախ տեղի են ունենում ուղղակի վնասման հետևանքով: Ծղիկոսկրի մեկուսացված կոտրվածքի դեպքում հնարավոր է ոսկրաբեկորների տեղաշարժ, առավել հաճախ ըստ լայնության: Չվնասված ճաճանչոսկրի բեկակալող ազդեցության հետ կապված ծղիկի բեկորների տեղաշարժ ըստ երկայնքի չի նկատվում:

Ծղիկոսկրի դիաֆիզին մեկուսացված կոտրվածքը կարող է լինել ցանկացած մակարդակի վրա, սակայն առավել հաճախ այն առաջանում է դիստալ հատվածում:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Կոտրվածքի շրջանը զննելիս հայտնաբերում են դեֆորմացիա և ուռածություն: Ծղիկոսկրը շոշափելիս նշվում են տեղային ցավոտություն կոտրվածքի շրջանում, ծղիկոսկրի անընդհատության խախտում, ոսկրաբեկորների ախտաբանական շարժունություն: Նախաբազկի ոսկրերը մոտեցնող կողմային ճնշումը բերում է ցավերի ուժեղացմանը: Արմնկային հոդում ակտիվ ծալումը, տարածումը, նախաբազկի պրոնացիան և սուպինացիան սահմանափակված են: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված՝ ճաճանչադաստակային և արմնկային հոդերի ընդգրկումով, ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել կլինիկական դիագնոզը, որոշել կոտրվածքի և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը:

Բ ու ժ ու մ ը : Ծղիկոսկրի մեկուսացված առանց տեղաշարժի կամ ոսկրի տրամագծի կեսից ոչ ավելի տեղաշարժով կոտրվածքների դիաֆիզի դեպքում դնում են գիպսային կապ մատերի հիմքից մինչև բազկոսկրի վերին երրորդականը: Արմնկային հոդում մինչև 90° ծալված

նախաբազուկը ֆիքսում են սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրքում: Անշարժացումը անց են կացնում 12-14 շաբաթ:

Օղիկոսկրի դիաֆիզի տեղաշարժված կոտրվածքի դեպքում կարելի է փակ համադրամն փորձ կատարել, սակայն հիմնականում ցուցված է վիրահատական բուժում՝ օստեոսինթեզ մետաղական հարթակով կամ ներոսկրածուծային՝ շուղերի խրձով:

Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք

Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածքը սովորաբար առաջանում է ուղղակի վնասման ազդեցության տակ: Կոտրվածքի գիծը հիմնականում լայնակի է: Ճաճանչոսկրի կոտրվածքը առավել հաճախ տողակայվում է նախաբազկի ստորին և միջին, միջին և վերին երրորդականների սահմանին: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը պայմանավորվում է կոտրվածքի մակարդակով և նախաբազկի ոսկրերին կպչող մկանների ազդեցությունով:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Ճաճանչոսկրը տեղակայվում է ծղիկոսկրից ավելի խորը, այդ պատճառով վերջինիս ամբողջական լինելու դեպքում ճաճանչոսկրի կոտրվածքը դժվար է հայտնաբերել: Կոտրվածքի շրջանի զննման ժամանակ հայտնաբերում են ոսկրաբեկորների տեղաշարժով և փափուկ հյուսվածքների ուռածությամբ պայմանավորված դեֆորմացիա: Ճաճանչոսկրի շոշափման ժամանակ հայտնաբերում են տեղային ցավոտություն կոտրվածքի շրջանում, որը ուժեղանում է ճնշելիս: Նախաբազկի առանցքով, ինչպես նաև նախաբազկի ոսկրերի վրա մոտեցնող ծանրաբեռնումը ցավոտ է կոտրվածքի շրջանում: Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքին բնորոշ է նախաբազկի պրոնացիոն և սուպինացիոն ակտիվ շարժումների բացակայությունը: Նախաբազկի պասիվ պտույտային շարժումները խիստ ցավոտ են: Ճաճանչոսկրի գլխիկը այդ ժամանակ կարող է մնալ անշարժ: Դիագնոզը ճշտելու համար անհրաժեշտ է երկու պրոյեկցիաներով կատարել արմնկային և ճաճանչադաստակային հոդերը ընդգրկող ռենտգենաբանական հետազոտությունը:

Բ ու ժ ու մ ը : Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի վերին և միջին երրորդականի առանց տեղաշարժի մեկուսացված կոտրվածքները բուժում են գիպսային կապով, որը դնում են մատերի հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդականը: Արմնկային հոդում մինչև 90° ծալված նախաբազուկը ֆիքսում են սուպինացիայի դիրքում: Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում գիպսային կապը դնում են մինչև բազկի ստորին երրորդականը: Նախաբազուկը այս դեպքում ֆիքսում են պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում: Անշարժացումը տևում է 8-10 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթից:

Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում, անհրաժեշտ է ոսկրաբեկորների համադրում:

Անհաջող համադրումը, երկրորդային տեղաշարժը, մկանային ինտերպոզիցիան հանդիսանում են վիրահատության ցուցում: Կատարում են էքստրամեդուլյար օստեոսինթեզ մետաղական հարթակով կամ ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզ մետաղական ձողերով կամ շուղերով:

Նախաբազկի երկու ոսկրերի դիաֆիզի կոտրվածք

Նախաբազկի ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքները կազմում են վերին վերջույթների ոսկրերի բոլոր կոտրվածքների 53 % և կարող են առաջանալ վնասման ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով:

Ա խ տ ո ռ ո շ ու մ ը : Հիվանդը ձեռքին տալիս է խնայողական դիրք՝ տուժած ձեռքը ֆիքսված է մարմնին առողջով: Դեֆորմացիայի աստիճանը որոշվում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթով և աստիճանով: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժի առկայության դեպքում վնասված նախաբազուկը լինում է ավելի կարճ, քան առողջը: Շոշափման ժամանակ նախաբազկի ամբողջ երկարությամբ նշվում է ցավոտություն, որը կտրուկ ուժեղանում է կոտրվածքի շրջանում: Ցավը առաջանում է առանցքային ծանրաբեռնման դեպքում և նախաբազուկը կոտրվածքից հեռու սեղմելիս (ճաճանչ և ծղիկոսկրերը մոտեցնող ճնշում), կոտրվածքի վայրում նշվում է բեկորների ախտաբանական շարժունություն, և կրեպիտացիա: Նախաբազկի ֆունկցիան խիստ խախտված է:

Դիագնոզը ճշտելու և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը որոշելու նպատակով անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենաբանական հետազոտություն երկու պրոյեկցիաներով՝ ընդգրկելով ճաճանչադաստակային և արմնկային հոդերը:

Բ ու ժ ու մ ը : Նախաբազկի երկու ոսկրերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դնում են լոնգետաշրջանաձև գիպսային կապ նախադաստակային ոսկրերի գլխիկներից մինչև բազկոսկրի կեսը նախաբազուկը արմնկային հոդում ուղիղ անկյան տակ ծալման դիրքում: Նախաբազկին տալիս են սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք՝ դաստակին՝ թիկնային ծալման դիրք 25-35 ° անկյան տակ: 2-3-րդ օրվանից թույլ են տալիս կատարել ակտիվ շարժումներ մատերում և ուսային հոդում: Անշարժացման ժամկետն է 8-10 շաբաթ, որից հետո սկսում են կատարել չափավորված շարժումներ արմնկային հոդում և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթ անց:

Համադրումը, իսկ առավել ևս ոսկրաբեկորների ուղղված դիրքում երկարատև պահելը նախաբազկի ոսկրերի տեղաշարժով դիաֆիզար կոտրվածքների բուժման ժամանակ կապված է մեծ բարդությունների հետ: Միամոմենտ համադրումը կատարում են ձեռքային եղանակով կամ դիստրակցիոն սարքի օգնությամբ:

Ընդունված կանոն է հանդիսանում վերջույթին որոշակի դիրք տալը կապված կոտրվածքի մակարդակից՝ վերին երրորդականի (կլոր վարիակիչի կպման վայրից վեր) կոտրվածքի դեպքում նախաբազուկին հարկավոր է տալ մաքսիմալ վերահակման (սուպինացիայի) դիրք (այս դիրքը մոտեցնում է ճաճանչոսկրի բեկորները իրար): Միջին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում նախաբազկի դիստալ հատվածին և դաստակին տալիս են կիսապրոնացիայի դիրք, իսկ ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում համադրումը իրականացնում են վարիակման (պրոնացիայի) դիրքում, իսկ հետո դիստալ հատվածին ր դաստակին տալիս են կիսապրոնացիոն դիրք: Գիպսային կապը դնելուց հետո ռենտգենաբանական վերահսկումը պարտադիր է: Անշարժացումը տևում է 10-12 շաբաթ: Գիպսային կապը հանելուց հետո նշանակում են ֆիզիոթերապիա և բուժական մարմնամարզություն: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-14 շաբաթ անց: Սակայն նախաբազկի դիաֆիզար կոտրվածքների մեծամասամբ դեպքերում չի հաջողվում վերացնել տեղաշարժման բոլոր տեսակները կամ կանխել երկրորդային անկյունային տեղաշարժը, որը պայմանավորված է լինում ճաճանչ և ծղիկ ոսկրերի բեկորների իրար մոտեցումով:

Նախաբազկի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքների վիրահատական բուժման ցուցում են հանդիսանում փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիան, ոսկրաբեկորների տեղաշարժը ոսկրի տրամագծի կեսից ավելին, երկրորդային և անկյունային տեղաշարժը: Նախաբազկի ոսկրերի բեկորները կարելի է ֆիքսել վերոսկրային, միջոսկրային կամ ներոսկրային օստեոսինթեզի միջոցով՝ հարթակներով պտուտամեխով, մետաղական ձողերով կամ

պտուտակներով: Անատումիորեն հիմնավորված է զուգակցել ծղիկուկների ինտրամեդուլյար օսթեոսինթեզը ձողով և ճաճանչուկների էքստրամեդուլյար օսթեոսինթեզ կոնպրեսիոն թիթեղով:

Նախաբազկի ոսկրերի օսթեոսինթեզից հետո արմնկային հոդում 90° անկյան տակ ծավված ձեռքի վրա դնում են գիպսային լոնգետ նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև բազկի վերին երրորդականը: Վերջույթը անշարժացնում են 10-12 շաբաթ: Այս ժամկետը կապված դանդաղած սերտաճման հետ կարող է երկարացվել: 4-6 շաբաթ անց գիպսային կապը արմնկային հոդից կարելի է հանել և սկսել չափավորված բուժական մարմնամարզություն: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 14-18 շաբաթ անց:

Մոնթեջիի վնասվածք Ծղիկուկի կոտրվածք ճաճանչուկի գլխիկի հոդախախտով

Ծղիկուկի միջին կամ վերին երրորդականի կոտրվածքը, որն ուղեկցվում է ճաճանչուկի գլխիկի հոդախախտով, առաջանում է վայր ընկնելիս՝ արմնկային հոդում 90° ծավված նախաբազկով ամուր առարկային հարվածելու կամ նույն դիրքում ծավված և բարձրացված նախաբազկով փայտի հարվածից պաշտպանվելու ժամանակ: Փաստորեն կոտրվածքը ուղղակի, իսկ հոդախախտը՝ անուղղակի մեխանիզմի ազդեցության հետևանք են, SUբբերում ենք այս վնասվածքի ծալիչ և տարածիչ ձևերը: Ծալիչ վնասվածքի դեպքում ծղիկի բեկորների միջև եղած անկյունը բացված է դեպի ավային կողմը, իսկ ճաճանչուկի գլխիկը հոդախախտված է դեպի թիկնային կողմը: Տարածիչ վնասվածքի դեպքում բեկորների միջև եղած անկյունը բացված է դեպի թիկնային կողմը, իսկ գլխիկը տեղաձարժված է դեպի ավային կողմը:

Ավելի հաճախ հանդիպում է նշված վնասվածքի տարածիչ ձևը:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Ձևնման ժամանակ նշում են տվյալ վնասվածքի համար բնորոշ վերջույթի դեֆորմացիա՝ ծղիկուկի կողմից կա ներսանկում, ճաճանչուկի վրա՝ արտափքում: Նախաբազուկը կարճացած է: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերում են ծղիկուկի անընդհատության խախտում և բեկորների սանդղաձև տեղաշարժ, ինչպես նաև ճաճանչուկի հոդախախտված գլխիկը: Դեֆորմացիայի տեղերում շոշափումը առաջացնում է տեղային ցավ և ճնշելիս ցավի ուժեղացում: Ակտիվ շարժումները անհնար են: Պասիվ ծալելու դեպքում նշվում է ցավ և զսպանակային դիմադրություն: Նյարդաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ժամանակին հայտնաբերել ճաճանչային նյարդի և դրա ճյուղերի վնասումը: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված, ճաճանչ դաստակային և արմնկային հոդերի անպայման ընդգրկումով, ռենտգենաբանական հետազոտությունը ճշտում է վնասվածքի բնույթը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի աստիճանը:

Բ ու ժ ու մ ը : Մոնթեջիի կոտրվածքի ծալիչ տեսակի դեպքում ծղիկուկի բեկորները հաջողվում է բավական լավ համադրել: Համադրումը իրականացնում են ներոսկրային, հաղորդչական կամ ընդհանուր ցավազրկման տակ: Ոսկրաբեկորների համադրումը կատարում է վիրաբույժը երկու օգնականների հետ: Հիվանդին պառկացնում են սեղանին: Մի օգնականը կատարում է ձգում դաստակից, մյուսը՝ հակաձգում՝ բազկից: Ծղիկուկի բեկորների ճշգրիտ համադրմանը ավելի հեշտ է հասնել վերջույթի տարածման դիրքում: Վիրաբույժը մի ձեռքով սեղմում է ճաճանչուկի գլխիկի վրա ետևից դեպի առաջ և վերևից դեպի ցած, իսկ մյուսով կատարում հակաձգում, սեղմելով արմնկային փոսիկի շրջանը: Ճաճանչուկի գլխիկը սովորաբար հեշտ է ներուղղվում, որն ուղեկցվում է թեթև շրխկոցով: Շարունակելով ձգումը և դիստալ ոսկրաբեկորը ճնշելով ետևից դեպի առաջ համադրում են ծղիկուկի բեկորները: Նախաբազկին տալիս են սուպինացիայի դիրք: Վերջույթը ֆիքսում են գիպսային լոնգետով

նախաբազուկը սուպինացիայի դիրքում, ձեռքը տարածման դիրքում նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև անութափոսը: 2-3-րդ օրվանից նշանակում են ակտիվ շարժումներ մատերում և ուսային հոդում: Տարածիչ կոնտրակտուրայի կանխարգելման նպատակով 4 շաբաթ անց նախաբազուկին 2-3 փուլերով տալիս են մինչև ուղիղ անկյուն ծալված դիրք: Հիվանդին հարկավոր է սովորեցնել կատարել մկանային ռիթմիկ կծկումներ անշարժացման անբողջ ընթացքում, որը տևում է 6-8 շաբաթ: Նշանակում են բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 8-10 շաբաթ անց:

Եթե միամոմենտ համադրումը չի հաջողվում, դիմում են վիրահատական ներուղղմանը և ծղիկոսկրի բեկորների օսթեոսինթեզին: Ճաճանչոսկրի գլխիկը փորձում են ներուղղել կոնսերվատիվ եղանակով կատարելով ձգում նախաբազկից և ճնշում գլխիկի վրա: Ապա կատարում են ծղիկոսկրի մետաղական օսթեոսինթեզ: Եթե ճաճանչոսկրի գլխիկը չի հողախախտվում արմնկային հոդի շարժումների և նախաբազկի սուպինացիոն-պրոնացիան շարժումների ժամանակ, վիրահատությունը այդքանով ավարտում են: Եթե գլխիկը չի մնում իր տեղը, իրականացնում են դրա բաց ներուղղում և ֆիքսում Կիրշների շուղով, որն անց են կացնում լայնակիորեն ճաճանչոսկրի գլխիկի և ծղիկոսկրի միջով: Շուղը պահում են 3-4 շաբաթ: Գիպսային անշարժացումը տևում է 6-8 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 8-10 շաբաթ անց:

Մոնթեջիի վնասվածքի տարածիչ տեսակի դեպքում ճաճանչոսկրի գլխիկի ներուղղումը և ծղիկոսկրի բեկորների համադրումը կարելի է անցկացնել ձեռքով կամ դիստրակցիոն սարքի օգնությամբ: Նախաբազուկը սուպինացիայի դիրքում ծալված է արմնկային հոդում մինչև 90 °: Օգնականները կատարում են ձգում դաստակից և հակաձգում բազկից: Համադրումը սկսում են ճաճանչոսկրի գլխիկը ներուղղելուց նրա վրա սեղմելով I մատով առջևից հետ: Այդ նույն ուղղությամբ վիրաբույժը սեղմում է ծղիկոսկրի պրոքսիմալ բեկորի դիստալ հատվածի վրա: Համադրումից հետո վերջույթի վրա նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև բազկոկարի վերին երրորդականը դնում են գիպսային կապ, պահպանելով նախաբազկի ձգումը սուպինացիայի դիրքում մինչև գիպսի ամրանալը: Այդ պահին հարկավոր է լրացուցիչ սեղմել ճաճանչոսկրի գլխիկի վրա: 2-3-րդ օրվանից նշանակում են ակտիվ շարժումներ մատերում և ուսային հոդում: Հիվանդը պետք է կատարի նախաբազկի մկանների ռիթմիկ կծկումներ անշարժացման ամբողջ ընթացքում: 4-5 շաբաթ անց գիպսային կապը հանում են, նախաբազկին տալիս սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք, որը ֆիքսում են նոր կապով: Անշարժացումը տևում է մինչև 8-12 շաբաթ: Գիպսային կապը հանելուց հետո նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ՝ պարտադիր ակտիվ և պասիվ շարժումներ արմնկային և ճաճանչադաստակային հոդերում:

Եթե ճաճանչոսկրի գլխիկի ներուղղումը և ծղիկոսկրի բեկորների համադրումը միամոմենտ եղանակով չի հաջողվում, որը հաճախ լինում է օղակաձև կապանի պատվածքի և փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիայի ժամանակ, դիմում են վիրահատական բուժմանը՝ հողախախտի արյունային ներուղղում, օղակաձև կապանի վերականգնում և ծղիկոսկրի օսթեոսինթեզ ներոսկրային կամ արտաոսկրային եղանակներով:

Վիրահատությունը ավարտում են գիպսային կապ դնելով նախադաստակային ոսկրերի գլխիկներից մինչև բազկի վերին երրորդականը՝ 8-10 շաբաթ ժամկետով: Դանդաղած սերտաձման դեպքում անշարժացման ժամկետը կարելի է ավելացնել մինչև 12-14 շաբաթ, այսինքն մինչև ծղիկոսկրի լրիվ սերտաճելը: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-16 շաբաթ անց:

Գալեացիի վնասվածք Ճաճանչուսկրի կոտրվածք ծղիկուսկրի գլխիկի հոդախախտով

Ուղղված ձեռքի վրա հենումով վայր ընկնելիս (սակայն ավելի հաճախ նախաբազկին հարվածելիս) կարող է առաջանալ ճաճանչուսկրի դիաֆիզի ստորին երրորդականի կոտրվածք և ծղիկուսկրի գլխիկի հոդախախտ: Ճաճանչուսկրը կոտրվում է իր առավել թույլ տեղում (կոտրվածքի շրջանում): Վնասված է նաև դիստալ ռադիուլնար համակցումը: Տրբերում ենք նշված վնասվածքի ծալիչ և տարածիչ ձևերը: Հիմանականում հանդիպում է վերջին՝ տարածիչ տարբերակը, որի ժամանակ կոտրվածքի բեկորների միջև եղած անկյունը բացված է դեպի թիկնային կողմը, իսկ ծղիկի գլխիկը հոդախախտված է դեպի ափային կողմը: Դիստալ ոսկրաբեկորը, բացի անկյունային տեղաշարժից, մկանների կծկման ազդեցության տակ ընդունում է վարիակման դիրք:

Ա ի տ ո ռ ո շ ու մ ր : Ձևման ժամանակ նախաբազկի ստորին երրորդականում և ճաճանչադաստակային հոդի շրջանում որոշվում է տվյալ վնասվածքին բնորոշ դեֆորմացիա: Նախաբազկի թիկնային մակերեսին ճաճանչուսկրի կողմում կա ներսանկում, իսկ ափային մակերեսին՝ դուրսանկում, պայմանավորված ճաճանչուսկրի բեկորների անկյունային տեղաշարժով: Շոշափման ժամանակ նշվում է ցավոտություն վնասվածքի շրջանում, ճաճանչուսկրի առանցքի թեքվածություն: Ճաճանչադաստակային հոդի ծղիկային կողմում հեշտությամբ որոշվում է ամուր ոսկրային դուրսցվածություն՝ ծղիկուսկրի գլխիկը: Նախաբազկի առանցքով ծանրաբեռնումը ցավոտ է: Ծղիկուսկրի գլխիկի շրջանի վրա սեղմելիս այն հեշտությամբ ներ է ուղղվում և նորից տեղաշարժվում է՝ ճնշումը վերացնելու կամ նախաբազուկը շարժելու դեպքում: Նախաբազկի երկու պրոյեկցիաներով կատարված (ճաճանչադաստակային ու արմնկային հոդերի ընդգրկումով) ռենտգենաբանական հետազոտությունը ճշտում է դիագնոզը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժման բնույթը:

Բ ու ժ ու մ ր : Ոսկրաբեկորների համադրելը և ծղիկուսկրի գլխիկի ներուղղելը բարդ խնդիր է, քանի որ կա գլխիկի հոդախախտի կրկնման նախատրամադրվածություն: Համադրումից հետո վերջույթի վրա մատերի հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդականը դնում են գիպսային կապ 8-10 շաբաթ ժամկետով: Ոսկրաբեկորների համադրման և ծղիկուսկրի գլխիկի ներուղղման անհաջող փորձի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում: Վիրահատության նպատակը կայանում է ճաճանչուսկրի բեկորների բաց համադրման և օսթեոսինթեզի, ինչպես նաև ծղիկուսկրի գլխիկի բաց ներուղղման և ներուղղված դիրքում այն պահելու մեջ: Վիրահատությունը ավարտում են մատերի հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդականը գիպսային կապ դնելով (8-10 շաբաթ): Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-14 շաբաթ անց:

Ճաճանչուսկրի կոտրվածք տիպիկ տեղում

Վերին վերջույթի ոսկրերի առավել հաճախ հանդիպող կոտրվածքներից է հանդիսանում ճաճանչուսկրի դիստալ մետաէպիֆիզի տիպիկ տեղի կոտրվածքը, որը կազմում է բոլոր կոտրվածքների մոտ 15-20%: Ճաճանչուսկրի տիպիկ տեղի կոտրվածքը մեծահասակ կանանց մոտ առաջանում է 2-3 անգամ ավելի հաճախ, քան տղամարդկանց մոտ: Մա բացատրվում է այդ տարիքում հետմենոպաուզալ օսթեոսինթեզի առկայությամբ, որի ժամանակ խիստ մեծանում է ոսկրի փխրունությունը: Այս կոտրվածքի հաճախականությունը ունի սեզոնային կախվածություն՝ ձմռանը ճաճանչուսկրի տիպիկ տեղի կոտրվածքների քանակը կտրուկ աճում է:

Կոտրվածքի գիծը անցնում է լայնակի կամ թեքլայնակի ուղղությամբ, հողային մակերեսից 2-3 սմ դեպի վեր: Մեծահասակների մոտ նկատվում է ճաճանչոսկրի դիստալ ծայրի բազմաբեկոր կոտրվածք: Ստորին էպիֆիզի կոտրվածքը առավել հաճախ առաջանում է ուղղված ձեռքի վրա վայր ընկնելիս: Եթե հիվանդը ընկնում է թիկնային ծալման դիրքում գտնվող դաստակի վրա, ապա դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է դեպի թիկնային կողմը (Կոլիսի էքստենզիոն կոտրվածք):

Ափային ծալման դիրքում գտնվող դաստակի վրա վայր ընկնելիս առաջանում է դիստալ մետաէպիֆիզի ծալիչ կոտրվածք (Սմիթի կոտրվածք): Այդ ժամանակ դիստակ ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է դեպի ափային կողմ: Ավելի հաճախ հանդիպում է Կոլիսի կոտրվածքը:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Արտաքին գնման ժամանակ ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում հայտնաբերում են եղանաձև կամ սվինաձև դեֆորմացիա: Կոլիսի կոտրվածքի դեպքում նախաբազկի թիկնային մակերեսի վրա կարելի է շոշափել դիստալ ոսկրաբեկորը: Դաստակը դիստալ ոսկրաբեկորի հետ մեկտեղ տեղաշարժվում է դեպի թիկնային կողմ: Սմիթի կոտրվածքի դեպքում, հակառակը, դիստալ ոսկրաբեկորը շոշափվում է նախաբազկի ափային մակերեսին, իսկ պրոքսիմալը՝ թիկնայինին: Ճաճանչոսկրի և ծղիկոսկրի մախաթաձև ելունի շոշափումը կոտրվածքի առկայության դեպքում խիստ ցավոտ են: Առանցքային ծանրաբեռնումը բերում է կոտրվածքի շրջանի ցավերի սաստկացմանը: Ճաճանչադաստակային հողի շարժումները խիստ սահմանափակ են և ցավոտ: Ոսկրաբեկորների միջև եղած շարժունությունը և ոսկրային կրեպիտացիան ստուգել հարկավոր չէ: Ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղի կոտրվածքների դեպքում երբեմն տեղաշարժված ոսկրաբեկորներով ճնշվում են միջային նյարդը, ինչպես նաև միջային և ճաճանչային նյարդերի միջոսկրային ճյուղերը (Տուրների ներիտ), որը արտահայտվում է կտրուկ ցավերով, պարեսթեզիաներով կամ անզգայունության գոտիներով, իսկ հետագայում՝ »դաստակի ձգող այտուցով«, դաստակի ոսկրերի բժավոր օսթեոպորոզով (Չուդեկի համախտանիշ):

Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը ունի մեծ նշանակություն ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղում կոտրվածքի հստակ ախտորոշման համար: Տեղաշարժը գնահատելու նպատակով կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա անց են կացնում ճաճանչոսկրի առանցքը ըստ կենտրոնական ոսկրաբեկորի, իսկ ճաճանչադաստակային հողի մակարդակին՝ գիծ, որն ուղղահայաց է ճաճանչոսկրի առանցքին, և գիծ, որը միացնում է դրա հողային մակերեսի ծայրերը: Նորմայում ճաճանչոսկրի հողային մակերեսի ծայրերը միացնող գիծը պետք է համընկնի դրա առանցքին զծված ուղղահայացին, կամ կարող է թեքվել ուղղահայացից դեպի ափային կողմը 10 °, այսինքն առանցքի և ճաճանչոսկրի հողային մակերեսի ծայրերը միացնող գծի միջև եղած անկյունը պետք է կազմի 80-90°: Եթե այդ անկյունը 90° ավել է, դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժված է դեպի թիկնային կողմը՝ Կոլիսի կոտրվածք: 80° փոքր անկյունը խոսում է դիստալ ոսկրաբեկորի ափային տեղաշարժի մասին՝ Սմիթի կոտրվածք: Դիստալ ոսկրաբեկորի չվերացված անկյունային տեղաշարժը սահմանափակում է ոսկրի ափային ծալումը Կոլիսի կոտրվածքի դեպքում, և թիկնային ծալումը Սմիտի կոտրվածքի դեպքում:

Առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա հայտնաբերվող տեղաշարժը ունի ավելի փոքր նշանակություն ֆունկցիայի խախտման առումով:

Բ ու ժ ու մ ը : Ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղում առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում բավական է դաստակի և նախաբազկի ֆիքսացիան ափային կամ թիկնային գիպսային լոնգետով մատերի հիմքից մինչև նախաբազկի վերին երրորդականը: Նախաբազուկը ֆիքսում են պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում, դաստակին տալիս թիկնային թեթև ծալման դիրք:

Նախապես կոտրվածքի տեղում ներ են մուծում 10-20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ: Առաջին իսկ օրերից հիվանդին նշանակում են մատերի ակտիվ շարժումներ: Անշարժացումը տևում է 3-4 շաբաթ, որից հետո ցուցված են բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-6 շաբաթ անց:

Եթե կա ոսկրաբեկորների տեղաշարժ, տեղային անզգայացման տակ անց են կացնում կոտրվածքի համադրում ձեռքով կամ դիստրակցիոն սարքով:

Առավել տարածված է ոսկրաբեկորների համադրման ձեռքային եղանակը:

Ճաճանչոսկրի բեկորների ձեռքային համադրման տեխնիկան Կոլլիսի կոտրվածքի ժամանակ: Հիվանդը նստում է աթոռի վրա բազկային հոդում զատված և արմնկային հոդում մինչև 90° ծավված ձեռքը պառկած սեղանի վրա այնպես, որ դիստալ ոսկրաբեկորը և դաստակը կախվեն սեղանի ծայրից: Ձգումը իրականացնում է օգնականը, որը մի ձեռքով բռնում է վնասված վերջույթի I մատը, մյուսով՝ II, III և IV մատերը: Հակաձգումը բազկից իրականացնում է մյուս օգնականը: Օգնականները 3-5 բուլբների ընթացքում սահուն և դանդաղ ձգում են ոսկրաբեկորները, վերացնելով նախաբազկի կարճացումը: Չընդհատվող ձգման ընթացքում վիրաբույժը երկու բութ մատերով ճնշում է դիստալ ոսկրաբեկորի վրա: Այդ նույն ժամանակ առաջին օգնականը դաստակին տալիս է ավային ծավման և ուլնար գատման դիրք: Հմադրումից հետո ոսկրաբեկորները ֆիքսում են մատերով, իսկ դաստակին տալիս թիկնային թեթևակի ծավման և ուլնար գատման դիրք: Ձգումը չթուլացնելով դնում են գիպսային լոնգետ մատերի հիմքից մինչև նախաբազկի վերին երրորդականը 3-4 շաբաթ ժամկետով:

Եթե տեղի է ունեցել կրկնակի տեղաշարժ գիպսային կապի մեջ, ոսկրաբեկորների համադրումը կրկնում են և դաստակի սահմանափակ ավային ծավման դիրքում դնում թիկնային գիպսային լոնգետ: 2-3 շաբաթ անց կապը հանում են, դաստակը զգուշությամբ հանում թիկնային ծավման դիրքից, նախաբազուկը ֆիքսում նոր թիկնային գիպսային լոնգետով: Նյարդաբանական և անոթային խանգարումները կանխելու նպատակով հարկավոր է հիվանդին հետևել 12 ժ ընթացքում: Անշարժացման ժամկետը երկարացնում են 1-2 շաբաթով: Գիպսային լոնգետը հանում են կոտրվածքի սերտաճման ժամանակ:

Ճաճանչոսկրի բեկորների ձեռքային համադրման տեխնիկան Սմիտի կոտրվածքի ժամանակ: Հիվանդի, նրա ձեռքի և օգնականների դիրքը նույն է, ինչպես Կոլլիսի կոտրվածքի դեպքում ոսկրաբեկորների համադրման ժամանակ: Կատարվում է նախաբազկի ձգում ըստ առանցքի: Դաստակին տալիս են ծղիկային գատման դիրք: Ավային ուղղությամբ ճաճանչոսկրի դիստալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժի առկայության դեպքում դաստակին տալիս են թիկնային ծավման դիրք: Այդ նույն ժամանակ, ձգումը չընդհատելով, վիրաբույժը ճնշում է դիստալ ոսկրաբեկորի վրա սեղմելով այն դեպի թիկնային և ծղիկային կողմ: Գիպսային լոնգետը դնում են մատերի հիմքից մինչև նախաբազկի վերին երրորդականը դաստակի թեթևակի թիկնային ծավման դիրքում: Ձգումը վերացնում են գիպսը չորանալուց հետո: Առաջին իսկ օրերից նշանակում են շարժումներ մատերում և արմնկային հոդում: Վերջույթի անշարժացումը շարունակում են 4-6 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 6-8 շաբաթ անց:

Տուրների ներխուժ կանխելու նպատակով հարկավոր է որքան հնարավոր է շուտ կատարել ոսկրաբեկորների համադրումը սպիրտանոլովակինային անզգայացման տակ: Հեմատոմայի մեջ ներմուծում են մինչև 30 մլ սպիրտանոլովակինային լուծույթ (10մլ 96% սպիրտ և 90մլ նովոկաինի 1% լուծույթ): Ջարգացող ներխուժի դեպքում նշանակում են վիտամինաբուժում B խմբի վիտամիններով, անաբոլիկ հորմոններ, պրոզերին, թիրեոկալցիտոնին:

Իշեմիկ կոնտրակտուրան հանդիսանում է վերջույթների վնասվածքների և դրանց բուժման առավել ծանր բարդություններից մեկը: Եթե վերջույթի հատվածի երկարատև լրիվ իշեմիան

ավարտվում է գանգրենայով, ապա ոչ լրիվ կամ ավելի քիչ տևողություն ունեցողը բերում է մկանների և նյարդերի դեգեներատիվ փոփոխությունների, մկանաթելերի մասնակի մեռուկացման և դրանց սպիական փոխարինման: Արդյունքում մկանները կարճանում են, պայմանավորելով դիստալ հատվածի հոդերի կոնտրակտուրան: Առավել հաճախ իշեմիկ կոնտրակտուրան զարգանում է ձեռքի վրա: Իշեմիայի պատճառ կարող է հանդիսանալ բազկային զարկերակի վնասումը կամ կոնտուզիան բազկոսկրի վերկոճային տարածիչ կոտրվածքի, գիպսային կապի մեջ ոսկրաբեկորներով կամ այտուցով անոթների ճնշման ժամանակ: Այս երկու գործոնները կամ դրանց գուգակցումը հանդիսանում են իշեմիկ կոնտրակտուրայի զարգացման առավել հաճախակի պատճառ:

Ֆուկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրայի ժամանակ նշվում է մաշկի գույնի փոփոխություն, մատների ատրոֆիա որպես կանոն, կա զգայունության բացակայություն: Անոթազարկը ճաճանչային զարկերակի վրա բացակայում է կամ թուլացած է: Առավել արտահայտված է լինում մատերի խորանիստ ծալիչի կոնտրակտուրան, որը պայմանավորում է դաստակի բնորոշ դիրքը՝ նախադաստակաֆալանգային հոդերի գերտարածում և միջֆալանգային հոդերի ծալում: Դաստակի ափային ծալման դեպքում դեֆորմացիան փոքրանում է, իսկ տարածման ժամանակ, հակառակը, ավելանում:

Բ ու ժ ու մ ը : Ֆուկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրայի ժամանակ կիրառում են ուղղող կապեր, մկանների կպման կետերի տեղափոխում, մկանների փոխպատվաստում, ոսկրերի կարճացում և հոդերի արթրոդեզ: Բուժումը երբեմն շարունակվում է երկար տարիներ և հաճախ անարդյունավետ է, այդ պատճառով հատուկ նշանակություն ունեն ոսկրերի կոտրվածքից հետո առաջին իսկ ժամերին վնասված հատվածի արյան մատակարարման խախտման հայտնաբերելը, կանխելն ու բուժումը:

Վաղ ժամկետներում առավել կարևոր ախտանիշեր են հանդիսանում ցավը, անոթազարկի և վերջույթի գույնի փոփոխությունը: Վերջույթի դիստալ հատվածի ցավը, որը գիպսային կապ դնելուց հետո պետք է թուլանա, հակառակը, կտրուկ ուժեղանում է, դառնում այրող, անտանելի: Անոթազարկը պերիֆերիկ զարկերակների վրա լինում է թուլացած կամ ընդհանրապես չի որոշվում: Ջարգանում են մատերի ցիանոզ և այտուց, վերջույթի դիստալ հատվածի թմրածություն: Ի հայտ են գալիս պարեսթեզիաներ և անեսթեզիաներ, հատկապես միջային նյարդի նյարդավորման գոտում: Ապա զարգանում է դաստակի մատերի կոնտրակտուրա: Մկանային կոնտրակտուրայի ի հայտ գալը չի կարելի համարել վաղ ախտանիշ, քանի որ այն վկայում է արդեն առաջացած մկանաթելերի փոփոխման մասին:

Ֆուկմանի կոնտրակտուրայի կանխարգելումը կայանում է արյան մատակարարման վաղ վերականգնման մեջ: Այսպես, եթե բազկի վերկոճային կոտրվածքի ժամանակ բացակայում է անոթազարկը ճաճանչային զարկերակի վրա, հարկավոր է անհապաղ կատարել կոտրվածքի համադրում: Երբեմն այդ գործողությունը ապահովում է զարկերակային արյան շրջանառության վերականգնումը: Եթե այն տեղի չի ունեցել, անց են կացնում բազկային հյուսակի նովոկահինային բլոկադա: Արտաքին ճնշումը վերացնելու նպատակով կատարում են գիպսային կապի հատում, ծալումը արմնկային հոդում փոքրացնում են մինչև բութ անկյուն: Ձեռքը հարկավոր է տեղադրել զատող բեկակալի վրա: Եթե կատարված գործողություններից հետո 1-1.5 ժամ անց ճաճանչային զարկերակի վրա անոթազարկը չի վերականգնվում, ցուցված է կատարել վիրահատություն: Անոթների դեկոմպրեսիայի նպատակով նախաբազկի խորանիստ փակեղը լայն բացազատում են արմնկային ծալքի սահմաններում: Չարկերակը բացում են վնասվածքի մակարդակին և ազատում ճնշումից: Դրա շուրջը ներ են մուծում նովոկահինի 2 % լուծույթ: Չարկերակը ցողում են նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ զոլ լուծույթով: Դրա լուսանցքի մեջ ներարկում են պապավերինի և նովոկահինի լուծույթ սպազմը վերացնելու նպատակով: Եթե վիրաբուժական միջամտության

Ժամանակ հայտնաբերում են զարկերակի պատի վնասվածք, կատարում են վիրահատություն անոթի վրա:

Գիպսային կապով ճնշման հետևանքով առաջացած Ֆուկմանի կոնտրակտուրայի կանխարգելումը կայանում է գիպսային լոնգետային կամ կտրվող կապերի դնելու մեջ, քանի որ վնասվածքից կամ վիրահատությունից հետո մոտակա ժամանակում վիրակապի տակ հնարավոր է փափուկ հյուսվածքների այտուց:

Գիպսային կապով հիվանդին հարկավոր է անընդհատ հետևել: Դիստալ հատվածի արյան շրջանառության խախտման ախտանիշերի առաջացման դեպքում վիրակապը հարկավոր է հատել ամբողջ երկարությամբ և թեթևացնել դրա ճնշումը հյուսվածքների վրա:

Գ Լ ու ի ս 4

Ձ Ե Ռ Ն Ա Թ Ա Թ Ի Ո Ս Կ Բ Ե Բ Ի Կ Ո Տ Բ Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Բ

Ձեռնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքները կազմում են բոլոր ոսկրերի կոտրվածքների մինչև 35 %:

Դաստակի ոսկրերի կոտրվածքներ

Այս վնասվածքները հաճախակի ախտորոշվում են որպես կապանների գերձգում: Ըստ գրականության տվյալների, դաստակի ոսկրերի կոտրվածքները կազմում են ձեռնաթաթի կոտրվածքների 2.5-5%: Առավել հաճախ հանդիպում է նավակաձև ոսկրի, հազվադեպ՝ կիսալուսնաձև և դաստակի մյուս ոսկրերի կոտրվածքները:

Նավակաձև ոսկրի կոտրվածք: Առաջանում է հիմնականում պարզած ձեռքի վրա ընկնելուց: Որպես կանոն, ոսկրը բաժանվում է 2 մասի: Ավելի հազվադեպ լինում է բեկորային կոտրվածք: Այս կոտրվածքները ներհոդային են:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Առկա է այտուցը, ցավը և ճաճանչ-դաստակային հոդի դժվարաշարժությունը: Ցավը և այտուցը տեղակայվում են «անատոմիական ծխախոտատուփի» շրջանում: Ձեռնաթաթի թիկնային ծալումը ուժեղացնում է ցավը, ավային ծալման ժամանակ ցավը քիչ է: Ախտորոշումը հաստատում է երեք քառորդով կատարված ռենտգենյան-հետազոտությունը, որի դեպքում լավ է արտահայտվում ոսկրի ուրվագիծը: Թարմ դեպքերում ախտորոշումը երբեմն դժվարացած է: 2-3 շաբաթ հետո կատարվում է կրկնակի ռենտգեն-նկարահանում ախտորոշումը ճշտելու նպատակով:

Բ ու ժ ու մ ը : Ոսկրի սերտաձման համար պայմանները անբարենպաստ են, քանի որ այն սնուցող ներոսկրային անոթները վնասվում են: Բացի դրանից դաստակի ոսկրերը վերնոսկր չունեն: Եթե չստեղծել երկարատև անշարժացում, առաջանում է կեղծ հոդ և ասեպտիկ մեռուկացում: Դրվում է առանց ներդիրի գիպսե կապ մատների հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդը՝ I մատի զատումով 10-12 շաբաթ տևողությամբ: Այդ ժամկետից հետո կատարվում է ռենտգենյան հետազոտում առանց գիպսային ակալի: Սերտաձման բացակայությունը դեպքում գիպսային անշարժացումը շարունակվում է ևս 4-6 ամիս: Վերջին ժամանակներս, այս ոսկրի կոտրվածքի դեպքում, հեղինակները հակված են ավելի ակտիվ բուժական տակտիկայի կիրառման: Այսպես, դանդաղ սերտաձման կամ նրա բացակայության դեպքում կատարվում է կայուն օսթեոսինթեզ կոմպրեսիոն պտուտակով: Երբեմն այն համակցելով ոսկրային պատվաստով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-6 ամիս հետո:

Նախադաստակային ոսկրերի կոտրվածքներ

Ըստ Ստոյանովի այս կոտրվածքները կազմում են բոլոր կոտրվածքների 11,5%:

Նախադաստակային I ոսկրի կոտրվածքներ: Այս կոտրվածքները հաճախ են հանդիպում, սողամարդկանց մոտ: Նրանք պահանջում են հատուկ ուշադրություն, քանի որ I մատի շարժումները ունեն մեծ նշանակություն աշխատանքում և նրանց ոչ ճիշտ բուժումը նվազեցնում է ոչ միայն I մատի, այլև ողջ ձեռնաթաթի ֆունկցիոնալ հնարավորությունները:

Տարբերակվում են այս կոտրվածքների 2 տեսակ՝ ներհոդային և արտահոդային:

Առաջին տեսակի դեպքում առաջանում է I նախադաստակային ոսկրի հիմքի կոտրվածք: Երբեմն ոսկրաբեկորը ունի եռանկյունաձև տեսք և մնում է իր տեղում: Մասը հոդախախտվում է նախադաստակ-դաստակային հոդում դեպի թիկնա-ճաճանչային կողմ: Այս կոտրվածքը նկարագրել է Բենետը 1881թ.՝ որպես I մատի կոտրվածք հոդախախտ:

Նմանատիպ ներհոդային վնասվածք է նաև I նախադաստակային ոսկրի հիքի բեկորային կոտրվածքը, (Ռոլանդի կոտրվածք): Արտահոդային կոտրվածքներին են վերաբերվում դիաֆիզի թեք կամ միջաձիգ կոտրվածքները:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Բենետի կոտրվածքի ժամանակ I մատը լինում է առբերման վիճակում, նրա թիկնային մակերեսին՝ հիմքի մոտ նկատվում է ցավոտ գցվածություն: Այնտեղ էլ առաջանում է ցավ I նախադաստակային ոսկրի գլխիկի շոշափման և ճնշման դեպքում: Մասը ձգելիս առաջանում է ցավ, ախտաբանական շարժունակություն և ոսկրային կրեպիտացիա: 2 պրոեկցիայով կատարված ռենտգենոգրամման ճշգրտում է ախտորոշումը և կոտրվածքի տեսակը:

Բ ու ժ ու մ ը : Կատարվում է միանվագ ձեռքային համադրում տեղային անզգայացմամբ: Գիպսե կապը դրվում է I մատի առավելագույն զատման վիճակում 4-6 շաբաթ տևողությամբ: Գիպսը հանելուց հետո հատուկ ուշադրություն է դարձվում նախադաստակ-ֆալանգային հոդի շարժունակությանը: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-8 շաբաթվա ընթացքում:

Վիրահատական բուժումը: Անկայուն կոտրվածքների ժամանակ կարելի է բեկորները համադրելուց հետո սևեռել շյուղով փակ եղանակով: Չհամադրված կոտրվածքների դեպքում ցուցված է բաց համադրում և շյուղով սևեռում:

I նախադաստակային ոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքը առաջանում է ուղղակի վնասվածքից: Տեղաշարժով կոտրվածքները համադրումից հետո բուժվում են գիպսե կապով: Անկայուն կոտրվածքները համադրումից հետո սևեռում են շյուղով: Գիպսային անշարժացումը հեռացվում է 3-4 շաբաթից հետագա վերականգնողական բուժման կիրառմամբ:

II, III, IV և V նախադաստակային ոսկրերի կոտրվածքը առաջանում են ուղղակի վնասվածքից:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Նախադաստակային ոսկրերը շոշափմամբ հասանելի են և տեղաշարժը հեշտ է նկատել: Շոշափումը, առանցքային ծանրաբեռումը և համապատասխան մատից ձգումը առաջացնում են ցավ կոտրվածքի վայրում: Երբեմն կա ոսկրային կրեպիտացիա:

Բ ու ժ ու մ ը : Առանց տեղաշարժի կոտրվածքները բուժվում են գիպսե կապով: Անկյունային տեղաշարժով կոտրվածքները համադրվում են և բուժվում գիպսե կապով:

Մեկ կամ մի քանի նախադաստակային ոսկրերի տեղաշարժով և անկայուն կոտրվածքները բուժվում են վիրահատությամբ: Կատարվում է ներոսկրային օստեոսինթեզ մետաղե շյուղով: Գիպսային անշարժացումը հանվում է 4 շաբաթ հետո: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-6 շաբաթից:

Մատերի ֆալանգների կոտրվածքներ

Այս կոտրվածքները հիմնականում առաջանում են ուղղակի վնասվածքից: Տարբերում են ներ- և հարհողային կոտրվածքներ և ֆալանգների դիաֆիզի կոտրվածքներ:

Կոտրվածքների հիմնական մասը ընկնում է հիմնային ֆալանգին, որի դեպքում լինում է բնորոշ անկյունային տեղաշարժ թիկնային բացվածքով: Այդպիսի կոտրվածքներ նկատվում են նաև միջային ֆալանգներում:

Եղնգային ֆալանգների կոտրվածքները հիմնականում լինում են բեկորային և ուղեկցվում են թաեղնգային հեմատոմայով: Որոշ դեպքերում առաջանում է մատի տարածիչ ջլի ցիցի խանգարում, եղնգային ֆալանգի հիմքից եռանկյունաձև ոսկրաբեկորի պոկման հետևանքով:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Տեղաշարժով կոտրվածքները բնորոշվում են մատի ձևախեղմամբ և կարճացմամբ: Զգալի այտուցը և արյունազեղումը հարթեցնում են դեֆորմացիան: Շոշափումը և առանցքային ծանրաբեռնումը առաջացնում են ցավ կոտրվածքի վայրում: Այդտեղ լինում է նաև ախտաբանական շարժում և ոսկրային կրեպիտացիա:

Կոտրվածքի ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ռենտգենյան-հետազոտությունը:

Բ ու ժ ու մ ը : Պետք է կատարել մանրակրկիտ համադրումը: Գիպսային կապով անշարժացումը կատարվում է մատի ծավված վիճակում կոնտրակտուրայից խուսափելու նպատակով: Անշարժացվում է միայն վնասված մատը 2-3 շաբաթով, հետագա վերականգնողական բուժմամբ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 2-4 շաբաթվա ընթացքում:

Հիմնային և միջային ֆալանգների կոտրվածքի դեպքում երբեմն կիրառվում է կմախքային ձգում եղնգային ֆալանգից:

Եթե համադրումը չի հաջողվում ցուցված է վիրահատական բուժում՝ ներոսկրային շյուղերի ներմղմամբ:

Ֆալանգների բաց կոտրվածքների ժամանակ կարող են օգտագործել նաև հատուկ կոմպրեսիոն դիստրակցիոն ապարատներ:

Գ լ ու խ 5

Վ Ե Բ Ի Ն Վ Ե Բ Զ Ո Ւ Յ Թ Ն Ե Բ Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Բ Ի

Ա Ռ Ա Ն Զ Ն Ա Հ Ա Տ Կ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Բ Ը Ե Բ Ե Խ Ա Ն Ե Բ Ի Մ Ո Տ

տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է կյանքի ուրբանիզացիայով, բնակչության արդյունաբերական գործունեության աճով, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային

Ա ն ա տ ո մ ի ա յ ի հ ի մ ու ն ք ն ե թ ը :

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի զ մ ը :

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը :

Բ ու ժ ու մ ը :

ԱԶԴՐՈՍԿՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածի կոտրվածքներ

Ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածը գտնվում է անատոմոֆիզիոլոգիական հատուկ պայմաններում՝

1. Ազդրոսկրի վզիկը ծածկված չէ վերնոսկրով, իսկ տամբիոնային հատվածում այն լավ է արտահայտված:
2. Կոնքազդրային հոդի պատիճը ազդրին է կպչում առջևից՝ վզիկի հիմային շրջանում միջտամբիոնային գծից պրոքսիմալ և հետևից՝ միջտամբիոնային կատարին: Այսպիսով, ոչ միայն ազդրոսկրի գլխիկը, այլև վզիկի զգալի հատվածը գտնվում են կոնքազդրային հոդի խոռոչում:

3. Ազդրոսկրի գլխիկն ու վզիկը արյունով մատակարարվում են ա) կլոր կապանի զարկերակով, որը մեծահասակների մոտ, որպես կանոն, լինում է օբլիտերացված (խցանված);

բ) պատիճի կպման տեղից վզիկ ներթափանցող զարկերակներով: Այդ անոթներից մի մասը անցնում են սինովիալ թաղանթի տակով անմիջապես ազդրոսկրի վզիկի վրայով և մտնում գլխիկի մեջ ոսկրային մասից աճառայինի անցման տեղում;

գ) միջտամբիոնային հատվածում ոսկր թափանցող զարկերակներով:

Այսպիսով, որքան պրոքսիմալ է լինում կոտրվածքը կոնքազդրային հոդի պատիճի կպման տեղից, այնքան ավելի վատ է ազդրոսկրի գլխիկի արյունամատակարարումը: Ազդրոսկրի տամբիոնների հատվածը բավականին լավ է սնուցվում մկաններից թափանցող զարկերակների հաշվին:

4. Վզիկ-դիաֆիզար անկյունը, որը կազմվում է վզիկի և դիաֆիզի առանցքներով, միջինում հավասար է 127° (115-135°): Որքան փոքր է լինում այդ անկյունը, այնքան մեծ է լինում ծանրաբեռնվածությունը ազդրոսկրի վզիկի վրա և այնքան ավելի հեշտ են առաջանում դրա կոտրվածքները: Ծերունական հասակում վզիկ-դիաֆիզար անկյան փոքրացումը հանդիսանում է ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքներին նախատրամադրող պայմաններից մեկը:

Կոնքազդրային հոդի պատիճի կպման վայրից պրոքսիմալ, տեղակայված կոտրվածքները կոչվում են *մեդիալ* կամ *վզիկային*: Կախված այն բանից, թե կոտրվածքի գիծը որ հատվածով է անցնում, տարբերում են կապիտալ (գլխիկի կոտրվածք), սուբկապիտալ (գլխիկի հիմի), տրանսցերվիկալ (միջվզիկային) և բազալ (վզիկի հիմքով) մեդիալ կոտրվածքներ: Դրանք բոլորը ներհոդային կոտրվածքներ են, սակայն պրոքսիմալ բեկորի արյան մատակարարման խանգարումը լինում է տարբեր: Այսպես, կապիտալ և սուբկապիտալ կոտրվածքների դեպքում գլխիկը, որպես կանոն, գտնվում է ավասկուլյար պայմաններում, այսինքն, արյունամատակարարումը լրիվ բացակայում է: Տրանսցերվիկալ կոտրվածքների դեպքում պրոքսիմալ հատվածի արյունամատակարարումը մասնակի պահպանված է, և որքան վզիկի հիմքին ավելի մոտ է կոտրվածքը, այնքան այն ավելի քիչ է լինում տուժած: Մեդիալ կոտրվածքի ժամանակ ըստ վզիկադիաֆիզար անկյան դեֆորմացիայի առանձնացնում են՝

1. Վալգուսային կոտրվածք: Այս դեպքում վզիկ-դիաֆիզար անկյունը մեծանում է: Որպես կանոն, այսպիսի կոտրվածքները լինում են ներմղված:

2. Վարուսային կոտրվածք: Այս դեպքում վզիկ-դիաֆիզար անկյունը փոքրանում է: Որպես կանոն, այս կոտրվածքները ներմղված չեն լինում:

Եթե կոտրվածքի գիծը անցնում է կոնքազորային հողի պատիճի կպման տեղից ավելի դիստալ, այդպիսի կոտրվածքները կոչվում են *լատերալ* կամ *տամբիոնային*: Այս կոտրվածքները կարող են լինել վերտամբիոնային, ներտամբիոնային և ենթատամբիոնային: Կոտրվածքների այս խմբին է դասվում նաև մեծ տամբիոնի մեկուսացված պոկումը: Ներտամբիոնային կոտրվածքները հաճախ լինում են բեկորային և ուղեկցվում փոքր տամբիոնի պոկմամբ: Այդ կոտրվածքները կարող են լինել ներմղված և ոչ ներմղված: Ինչպես մեղիալ, այնպես էլ տամբիոնային կոտրվածքները սովորաբար հանդիպում են մեծահասակների մոտ մեծ տամբիոնի հատվածի ծանրաբեռնման դեպքում (հիմնականում, վայր ընկնելիս): Այս կոտրվածքների դեպքում վնասող ուժը կարող է լինել ոչ մեծ, քանի որ կոտրվածքը տեղի է ունենում ծերունական օսթեոպորոզի ֆոնի վրա:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքների ժամանակ ցավը տեղակայվում է աճուկային շրջանում և հանգստի պայմաններում լինում է թույլ արտահայտված: Կոնքազորային հողում շարժման փորձի դեպքում ցավն ուժեղանում է: Աճուկային (մեղիալ կոտրվածքների դեպքում) կամ տամբիոնային շրջանում հեմատոմայի առաջանալը չի հանդիսանում վաղ նշան և սովորաբար ի հայտ է գալիս կոտրվածքից մի քանի օր անց:

Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքին բնորոշ են հետևյալ ախտանիշները.

1. *Ոտքի դրսային պտտում (ռոտացիա)*: Ոտնաթաթը և ծնկահողը գտնվում են հորիզոնական հարթության մեջ և դրսային մակերեսներով հենվում պատգարակին:
2. *Ոտքի ներսային ակտիվ պտտման* բացակայություն:
3. *Ցավոտություն մեծ տամբիոնի առանցքային ծանրաբեռնման դեպքում*: Տարածված ոտքի կրունկի կամ մեծ տամբիոնի շրջանի բախումը առաջացնում է ցավերի ուժեղացում աճուկային կամ տամբիոնների շրջանում:
4. *Վերջույթի կարճացում*: Վերջույթի բացարձակ երկարությունը չի փոփոխվում, իսկ հարաբերական կարճացումը 2-4 սմ սահմաններում նկատվում է վարուսային դեֆորմացիայով կոտրվածքների դեպքում:
5. *Գիրգռլավի ախտանիշ*: Այդպիսի կոտրվածքների դեպքում աճուկային կապանի տակ նկատվում է ազդրային զարկերակի պուլսացիայի ուժեղացում:
6. «Կպչուն կրունկի» ախտանիշ:

Հիվանդը ի վիճակի չի լինում ոտքը ոչ բարձրացնել, ոչ էլ պահել բարձրացված վիճակում, սակայն ի վիճակի է ծալել այն ծնկան և կոնքազորային հողերում միաժամանակ սահեցնելով կրունկը անկողնու վրայով:

Վարուսային դեֆորմացիայով ուղեկցվող կոտրվածքների ժամանակ մեծ տամբիոնը լինում է Ռոզեր-Նելատոնի՝ նստաթումբը առաջավերին փշի հետ միացնող գծից վեր: Մեղիալ և տամբիոնային տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում Շումախերի՝ մեծ տամբիոնի գագաթը զստոսկրի կատարի առաջավերին փշի հետ միացնող գիծը անցնում է պորտից ցած:

Ներմղված կոտրվածքների դեպքում նկարագրված ախտանիշներից մեծամասնությունը կարող են լինել թույլ արտահայտված կամ ընդհանրապես բացակայել: Այդպիսի հիվանդները երբեմն մի քանի օր քայլում են, մինչև որ տեղի չի ունենում կոտրվածքի «արտամղում»: Ներմղված կոտրվածքների առավել հաճախ հանդիպող նշան է հանդիսանում ցավը աճուկային և տամբիոնային շրջաններում, որն ուժեղանում է ոտքի և մեծ տամբիոնի ծանրաբեռնման ժամանակ: Երբեմն ցավը ճառագայթում է դեպի ծնկան հող:

Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքների ռենտգենաբանական հետազոտությունը պահանջում է որոշակի պայմանների պահպանում: Ռենտգենյան նկարները կատարում են առաջահետին և

կողմային պրոյեկցիաներով: Անհրաժեշտության դեպքում կոտրվածքի ներմղվածությունը որոշելու համար կատարում են լրացուցիչ նկարներ ազդրոսկրի մաքսիմալ զատումով և առբերումով:

Բ ու ժ ու մ ը: Վզիկային կամ տամբիոնային կոտրվածքով հիվանդներին ցույց տրվող **առաջին օգնությունը** կայանում է ցավազրկման (1 գ մորֆին կամ պրոմեդոլ ենթամաշկային); բեկակալներով անշարժացման մեջ: Կոտրվածքի տեղի անզգայացումը սովորաբար անց են կացնում ստացիոնարում: Ասեղը այդ դեպքում ներ են մտցնում աճուկային կապանից 1.5-2 սմ ցած և ազդրային զարկերակից 1.5-2 սմ դեպի դուրս: Եթե ասեղը ճիշտ է մտցված և գտնվում է հողի մեջ, ապա շարիցի մխոցը հետ քաշելիս սինովիալ հեղուկի հետ միասին ստանում են նաև արյուն: Այս դեպքում ներ են մուծում 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ:

Ազդրոսկրի վզիկի վարուսային չներմղված մեղիալ կոտրվածքների բուժումը ներկայացնում է մեծ դժվարություն: Մահացությունը ծերունական հասակի հիվանդների մոտ կոնսերվատիվ բուժման դեպքում հասնում է 20% և ավելի: Սերտաճման համար պայմանները, հատկապես սուբկապիտալ և կապիտալ կոտրվածքների դեպքում, անբարենպաստ են կապված տեղային անատոմիական առանձնահատկությունների և անշարժացման դժվարության հետ բարենպաստ պայմաններում կոտրվածքի ոսկրային սերտաճումը տեղի է ունենում 6-8 ամիս անց: Միաժամանակ անկողնային երկարատև ռեժիմը ծերերի մոտ բերում է կանգային թոքաբորբի, պառկելախոցերի, թրոմբոէմբոլիայի զարգացմանը, որոնք հանդիսանում են բարձր մահացության հիմնական պատճառ: Այդ պատճառով հիվանդի երկարատև անշարժացման հետ կապված բուժման եղանակները ծերունական հասակում ցանկալի չեն: Կմախքային ձգումը և գիպսային կոնքազդրային կապը որպես բուժման ինքնուրույն եղանակներ ներկայումս չեն կիրառվում:

Ազդրոսկրի վզիկի վարուսային կոտրվածքների դեպքում առավել նպատակահարմար է վիրաբուժական միջամտությունը: Սակայն այն դեպքերում, երբ վիրահատական եղանակը հակացուցված է (սիրտ-թոքային, երիկամային կամ այլ անբավարարություններ, ծանր քաղցկեղային ինտոքսիկացիա, ծերունական մարազմ և այլն) իրականացնում են հիվանդի վաղ մոբիլիզացիա: Եղանակի նպատակն է՝ հիվանդի կյանքի փրկելը:

Վաղ մոբիլիզացիայի եղանակ: Սուր ցավերի շրջանում առաջին (5-10 օր) կոտրվածքի տեղը անզգայացնելուց հետո դնում են կմախքային ձգում ոլոքի թմբկությունից ամրանում կամ վերջույթը ֆիքսում են Կեյֆերի եղանակով՝ (դեռոտացիոն փայտիկ, որը կարելի է ֆիքսել գիպսային լոնգետին կամ ոտնամանի կրունկին): Առաջին իսկ օրերից անց են կացնում շնչառական մարմնամարզություն: Արդեն վերջույթի անշարժացման շրջանում հիվանդներին թույլ են տալիս նստել անկողնում: Վերջույթի ֆիքսացիան հանելուց հետո հիվանդներին թույլ են տալիս պտտվել կողքի և մեջքի վրա, նստել ոտքերը կախելով անկողնուց: Կոտրվածքի տեղի անզգայացումը պարբերաբար կրկնում են: Անց են կացնում ընդհանուր բուժում: Սկսած 3-րդ շաբաթից հիվանդներին թույլ են տալիս քայլել հենակների վրա առանց վնասված վերջույթի վրա հենվելու: Որոշ դեպքերում կյանքի ցուցումներով, ելնելով հիվանդի ընդհանուր վիճակից, գիտակցաբար դիմում են կեղծ հողի առաջացմանը: Հիվանդները ստիպված են լինում ցմահ օգտվել հենակներից:

Վիրահատական բուժումը: Մինչև վիրահատությունը դնում են կմախքային ձգում ոլոքի թմբկությունից 6-8 կգ քաշով Բելերի ստանդարտ բեկակալի վրա:

Գոյություն ունեն ազդրոսկրի վզիկի մեղիալ կոտրվածքների օսթեոսինթեզի երկու եղանակ՝ 1) փակ (արտահոդային), 2) բաց (ներհոդային), որը կիրառվում է միայն փակ համադրման անհնարինության դեպքում (առավել հաճախ պատիճով ինտերպոզիցիայի և հնացած կոտրվածքների ժամանակ): Եթե վիրահատության ժամանակ անհնարին է լինում

նակրաբեկորների և ֆիքսատորի դիրքի ռենտգենաբանական վերահսկումը, նույնպես ցուցված է կատարել բաց օսթեոսինթեզ:

Փակ օսթեոսինթեզը անց են կացնում ողնուղեղային ցավազրկման կամ ընդ. անզգայացման տակ՝ օրթոպեդիկ սեղանի վրա կատարված միամումենտ համադրումից հետո: Վիրահատության ընթացքը վերահսկվում է էլ. օպտիկ փոխակերպիչով (ԷՕՓ):

Օսթեոսինթեզի համար անցյալում լայն կիրառություն ունեն Սմիթ-Պետերսենի եռաթև մեխը կամ դրա տիպի այլ սարքերը: Սակայն նրանց օգտագործումից հետո հաճախ զարգանում էին գլխիկի ասեպտիկ նեկրոզ և սերտաճման բացակայություն:

Վզիկի մեդիալ կոտրվածքների դեպքում կատարվում է օսթեոսինթեզ սպոնդիլոգ պտուտակներով, որոնք կարելի է անցկացնել նաև փակ եղանակով՝ միջնաշկային պերկուտանեալ ճանապարհով: Վզիկի միջոցով անցկացված 3 կոմպրեսիոն պտուտակները սկզբնական ծրջանում ապահովում են անհրաժեշտ կայունություն, սակայն մի քանի շաբաթ հետո նակրաբեկորների եզրային ռեգորբցիայի հետևանքով խիստ նվազում է բեկորների միջև եղած կոմպրեսիան, որն էլ կարող են բերել կեղծ հողի առաջացման:

Այս բարդությունից խուսափելու կամ նրա տոկոսը նվազեցնելու նպատակով այժմ ստեղծվել և կիրառվում են ավելի ժամանակակից մետաղական սարքեր՝ DHS-կոնստրուկցիաներ: Կոնստրուկցիան կազմված է կոմպրեսիոն մեծ պտուտակից և դիաֆիզար հարթակից, որոնք ամրանում են միմյանց մեկ այլ պտուտակի միջոցով: Նշված սարքի կառուցվածքը ապահովում է հաստատուն կոմպրեսիա դինամիկայում՝ սերտաճման ողջ պրոցեսի ընթացքում: Սակայն նույնիսկ նշված կոնստրուկցիաների օգտագործումը (առանձնապես սուբկապիտալ կոտրվածքի դեպքում) չի երաշխավորում կոտրվածքի 100% սերտաճում: Այդ պատճառով այժմ մեդիալ կոտրվածքների ժամանակ բուժման վիրահատական հիմնական եղանակը դա կոնքազդրային հողի առաջնային միակոմպոնենտ կամ տոտալ էնդոպրոթեզավորումն է:

Հետվիրահատական բուժումը: Փակ օստեոսինթեզից հետո գիպսային կապ չեն դնում: Ոտքի դեպի դուրս պտտումը կանխելու նպատակով դրա կողմերին դնում են ավազով լցված գլանիկներ: Վիրահատությունից հետո առաջին իսկ օրերից ցուցված են հիվանդի ակտիվ վարքը՝ շարժումներ անկողնում, շնչառական մարմնամարզություն: 3-րդ և 4-րդ շաբաթների ընթացքում հիվանդները սկսում են քայլել հենակներով առանց հիվանդ ոտքի վրա հենվելու: Ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ մեռուկը կանխելու նպատակով (հատկապես սուբկապիտալ կոտրվածքների ժամանակ) հիվանդ ոտքի ծանրաբեռնումը թույլ չեն տալիս մինչև 5-6 ամիս վիրահատությունից հետո: Մետաղական սարքերը հեռացնում են կոտրվածքի լրիվ սերտաճումից հետո՝ սովորաբար վիրահատությունից հետո մի քանի տարի անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 7-18 ամիս անց:

Առաջնային էնդոպրոթեզավորումից հետո հիվանդներին ոտքի են կանգնեցնում 4-6 օրից, իսկ վերջույթի աստիճանական ծանրաբեռնումը՝ սկսած 2-3 շաբաթից:

Ազդրոսկրի վզիկի մեդիալ ներմղված կոտրվածքների բուժումը: Ազդրոսկրի վզիկի ներմղված կոտրվածքները ավելի լավ են սերտաճում, քան ոչներմղվածները: Կոտրվածքի «ապաներիսումը» (նակրաբեկորների կցորդման խանգարումը) համարվում է բարդություն և պետք է կանխվի: Բուժման տակտիկական մեծամասամբ դեպքերում որոշվում է նակրաբեկորների ներիսվածության աստիճանով և կոտրվածքի հարթության ուղղությամբ: Ըստ կոտրվածքի գրի ուղղվածության տարբերում են երկու տեսակի ներմղված կոտրվածքներ՝ 1) ուղղաձիգ վալգուսային կոտրվածք, որի դեպքում դրա հարթությունը անցնում է ուղղաձիգ; 2) հորիզոնական վալգուսային կոտրվածք, որի ժամանակ դրա գիծը անցնում է հորիզոնական:

Ուղղաձիգ վալգուսային կոտրվածքը ունի »արտամղման« մեծ հակում, այդ պատճառով նպատակահարմար է անցկացնել վիրահատական բուժում՝ ազդրոսկրի վզիկի փակ օսթեոսինթեզ:

Հորիզոնական վալգուսային կոտրվածքը ունի »արտամղման« ավելի քիչ հակվածություն և բուժումը կարելի է անցկացնել ոչ միայն վիրահատական, այլև կոնսերվատիվ եղանակներով: Վերջինիս դեպքում իրականացնում են կոտրվածքի »արտամղման« և ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ մեռուկի կանխարգելում: Այդ նպատակով երիտասարդ տարիքի անձանց մոտ 3-4 ամիս ժամկետով դնում են կարճ (մինչև ծնկան հողը) գիպսային կոնքազդրային կապ: Հիվանդներին թույլ են տալիս քայլել հենակներով առանց վնասված ոտքի վրա հենվելու: Մեծահասակների մոտ անց են կացնում վերջույթի անշարժացում Բելերի բեկակալով: Դնում են կմախքային ձգում ոլոքի թմբկությունից օգտագործելով փոքր ծանրություն՝ 2-3 կգ: Մեծ ծանրության կիրառումը հակացուցված է, քանի որ այն կարող է բերել կոտրվածքի »արտամղմանը«: Առաջին իսկ օրերից կատարում են բուժական մարմնամարզություն: 1.5-2 ամիս անց ձգումը հանում են: Հիվանդներին թույլ են տալիս քայլել հենակների օգնությամբ առանց հիվանդ ոտքի վրա հենվելու: Ոտքի վրա չափավորված ծանրաբեռնումը թույլատրվում է վնասվածքից հետո 3-4 ամիս անց: Ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ մեռուկի կանխարգելման նպատակով լրիվ ծանրաբեռնումը թույլ չեն տալիս մինչև 6 ամիս: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 6-8 ամիս անց:

Ազդրոսկրի վզիկի մեղիալ կոտրվածքների ուշ բարդություն են հանդիսանում սերտաճման երկարատևությունը և ազդրոսկրի վզիկի կեղծ հողը, գլխիկի ասեպտիկ մեռուկը, կոնքազդրային հողի դեֆորմացնող արթրոզը:

Վզիկի կեղծ հողի դեպքում հիմնական վիրահատությունն է հանդիսանում թեք ենթատամբիոնային օստեոտոմիան ըստ Մակ-Մուրրեի:

Ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ մեռուկի ժամանակ, որն ուղեկցվում է դրա մասնակի կամ լրիվ ներծծմամբ, 65-70 տարուց բարձր հիվանդների մոտ առավել հաճախ ազդրոսկրի գլխիկն ու վզիկը փոխարինում են էնդոպրոթեզով: Կատարվում են նաև վերականգնողական վիրահատություններ կոնքազդրային հողի վրա:

Ազդրոսկրի վզիկի լատերալ կոտրվածքների բուժումը: Լատերալ կոտրվածքների ընթացքը շատ ավելի բարենպաստ է: Այդպիսի կոտրվածքների բուժման ժամանակ չկան այն դժվարությունները, որոնք տեղի են ունենում ազդրոսկրի վզիկի մեղիալ կոտրվածքների ժամանակ: Տամբիոնային կոտրվածքները լավ սերտաճում են 2.5 մինչև 3.5 ամիսների ընթացքում: Այս կոտրվածքներից հետո կեղծ հողեր, որպես կանոն, չեն առաջանում:

Լատերալ կոտրվածքների բուժումը կարող է լինել ինչպես կոնսերվատիվ, այնպես էլ վիրաբուժական: Առանց տեղաշարժման կոտրվածքի դեպքում բուժումը կարելի է անցկացնել կոնքսիտային գիպսային կապով, որը դնում են 2.5-3.5 ամիս ժամկետով: Ոտքի ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս 1.5-2 ամիս անց: Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում նպատակահարմար է կիրառել կմախքային ձգում ոլոքի թմբկությունից կամ, ավելի հազվադեպ, ազդրոսկրի կոճերից Բելերի բեկակալի վրա (ծանրությունը 6-10 կգ):

Կմախքային ձգման դեպքում հարկավոր է պահպանել հետևյալ կանոնը՝ որքան մեծ է լինում տամբիոնային կոտրվածքի շրջանի վարուսային դեֆորմացիան, այնքան ավելի մեծ զատում է հարկավոր տալ վերջույթին: Վարուսային դեֆորմացիայի բացակայության դեպքում վերջույթի ձգումը անց են կացնում առանց զատման: Կմախքային ձգումը դադարեցնում են 6-8 շաբաթ անց: Հիվանդների հետագա բուժումը լինում է երկակի՝ կարելի է դնել կոնքսիտային գիպսային կապ մինչև 2.5-3.5 ամիս ժամկետով և թույլ տալ ոտքի չափավոր ծանրաբեռնում, կամ անցկացնել ֆունկցիոնալ բուժում:

Ֆունկցիոնալ բուժումը իրականացնում են հատուկ ֆունկցիոնալ բեկակալի կամ Բելերի ստանդարտ բեկակալի վրա: Այդպիսի բեկակալի կիրառման դեպքում սրունքի տակ հորիզոնական մասում տեղադրում են հանովի գամակ: Ոտնաթաթին ֆիքսում են լար, որը անց է կացված բեկակալի ճախարակի միջով: Օրական մի քանի անգամ սրունքի տակ տեղադրված գամակը հանում են: Ձգելով և իջեցնելով լարը հիվանդը կատարում է պասիվ շարժումներ ծնկան հոդում: Աստիճանաբար ավելացվում են պասիվ շարժումները կոնքազորային հոդում, ապա և ակտիվ շարժումները երկու հոդերում: 2.5-3 ամիս անց թույլ են տալիս քայլել հենակների օգնությամբ: Ֆունկցիոնալ բուժման առավելությունը կայանում է նրանում, որ կոտրվածքի սերտաճման պահին շարժումները հոդերում լինում են վերականգնված լրիվ ծավալով, իսկ վերջույթի մկանների ատրոֆիան արտահայտված է լինում ավելի քիչ, քան գիպսային կապի կիրառման դեպքերում:

Այն հիվանդների մոտ, որոնք ծանր են տանում անկողնային երկարատև ռեժիմը կատարվում է, տամբիոնային կոտրվածքների վիրահատական բուժում: Օսթեոսինթեզի համար կիրառվում են տարբեր մետաղական կոնստրուկցիաներ՝ անկյունային մոնոլիտ թ-ձև հարթակներ, DHS-սարքեր, «գամմա» արգելափակվող մեխեր և այլն: Օստեոսինթեզը բոլոր կոնստրուկցիաներով շատ կայուն է, այդ պատճառով հետվիրահատական շրջանում կարիք չի լինում անշարժացման: Հիվանդներին կանգնեցնում են սկսած 2-3 օրվանից, իսկ վերջույթի ծանրաբեռնումը թույլատրվում է 2-3 շաբաթից: Մեծահասակ և ծերունական տարիքում ուղեկցող այլ ծանր պաթոլոգիաների ժամանակ, ցուցված են խնայող և ավելի քիչ տրավմատիկ վիրահատական եղանակներ՝ օսթեոսինթեզ էնդերի կամ Շտեյման ձողերով: Էնդերի ձողերը մտցվում են ոսկրածուծի խողոված ազդրի դիստալ հատվածից՝ կոճերի շրջանից, շատ փոքր (2-3սմ) կտրվածքից: Այնուհետև նրանք ներմղվում են դեպի տամբիոնների շրջանը և ֆիքսում կոտրվածքը: Շտեյմանի մի քանի ձողերը (3-4) անց են կացվում փակ, տրանսկուտալ եղանակով: Ձողերի ծայրերը կտրվում են և թողնվում մածկի տակ: Նշված 2 եղանակների ժամանակ արյան կորուստը շատ աննշան է: Մակայն բեկորների կայունության աստիճանը մեծ չէ: Այդ պատճառով վերջույթի ծանրաբեռնումը թույլատրվում է 4-6 շաբաթից:

Մեծ տամբիոնի մեկուսացված կոտրվածք

Վնասման մեխանիզմը, որպես կանոն, ուղղակի է: Որոշ դեպքերում հնարավոր են պոկված կոտրվածքներ պայմանավորված հետույքային մկանների կտրուկ կծկման հետ: Տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում հետույքային փոքր և միջին մկանների լարման հետևանքով տամբիոնը տեղաշարժվում է դեպի վեր, հետ և դրսայինի:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Մեծ տամբիոնի կոտրվածքով հիվանդները սովորաբար պահպանում են քայլելու ունակությունը: Ցավը, հաճախ չափավոր, տեղակայվում է մեծ տամբիոնի շրջանում: Օբյեկտիվ հայտնաբերում են այդ շրջանի ուռածություն և ցավոտություն: Ջատումը խիստ սահմանափակ է և ցավոտ: Պասիվ շարժումները, հատկապես պտույտային, առաջ են բերում կոտրվածքի շրջանի ցավերի կտրուկ ուժեղացում: Առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգենյան նկարների մեկնաբանությունը դժվարություն չի ներկայացնում:

Բ ու ժ ու մ ը : Առաջին օգնության ցուցաբերման ժամանակ կոտրվածքի ցավազրկման անհրաժեշտություն սովորաբար չի առաջանում: Հետագայում ցուցված է կոտրվածքի շրջան ներմուծել 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ և անշարժացում Բելերի ստանդարտ բեկակալով 2-3 շաբաթ ժամկետով:

Ավելի մեծ տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում դիմում են վիրահատական միջամտության: Տամբիոնը իր պոկված տեղին ամրացնում են 1-2 կոնսպրեսիոն պտուտակներով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5 ամսից:

Փոքր տամբիոնի մեկուսացված կոտրվածք

Իրենց մեխանիզմով դրանք պոկումնային կոտրվածքներ են, որոնք առաջանում են ազդրի կտրուկ տարածման կամ ծալման և զստոսկրագոտկային մկանի լարման դեպքում:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Հիվանդներին անհանգստացնում է ազդրի ներսային մակերեսին դրա վերին երրորդականի շրջանում տեղակայվող ցավը, որը երբեմն լինում է կտրուկ արտահայտված: Ցավը թուլանում է ազդրի մինչև ուղիղ անկյուն ծալման դիրքում: Փոքր տամբիոնի շրջանի շոշափումը ցավոտ է: Ռենտգեն նկարների վերլուծության ժամանակ կոտրվածքը անհրաժեշտ է տարբերակել փոքր տամբիոնի հիմքի մոտ գտնվող աճման գոտուց: Կասկածելի դեպքերում համեմատելու նպատակով կատարում են նաև առողջ ոտքի ռենտգեննկարում:

Բ ու ժ ու մ ը : Առաջին օգնությունը կայանում է հետևյալում: Ցավերը մեղմացնելու նպատակով ոտքը ծալում են ծնկան և կոնքազդրային հոդերում: Կտրուկ արտահայտված ցավային համախտանիշի և հիվանդի հետագա փոխադրման անհրաժեշտության դեպքում կոտրվածքի շրջանում ներ են մուծում 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ: Հիվանդներին տեղափոխում են պատգարակների վրա: Հետագայում կոտրվածքի շրջանում ներ են մուծում նովոկաինի 2 % լուծույթ: Ոտքը դնում են բեկակալի վրա կոնքազդրային և ծնկան հոդերում ոչ մեծ զատման և մինչև 90 ° ծալման դիրքում 10-12 օրով: 3-րդ շաբաթինոտքը աստիճանաբար տարածում են և հիվանդին թույլ տալիս քայլել:

Ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածք

Ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքները պատկանում են ծանր վնասվածքների շարքին: Նույնիսկ փակ կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են շոկով և կոտրվածքի շրջանում արյան զգալի կորստով (1-1.5 լ): Դիաֆիզար կոտրվածքների պրոքսիմալ սահման է հանդիսանում ենթատամբիոնային շրջանը (ենթատամբիոնային կոտրվածք), իսկ դիստալ՝ վերկոճային շրջանը (վերկոճային կոտրվածք):

Ինչպես և դիաֆիզար այլ կոտրվածքների դեպքում, այնպես էլ ազդրոսկրի դիաֆիզար վնասվածքների առաջացումը հնարավոր է վնասման ուղղակի և անուղղակի մեխանիզմով: Վնասող ազդակի ուղղությամբ և գործադրման կետով որոշվում են կոտրվածքի բնույթն ու մակարդակը:

Կոտրվածքի մակարդակին համապատասխան տարբերում են ազդրոսկրի վերին, միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածք:

Ազդրոսկրի վերին երրորդականի կոտրվածքներին բնորոշ է պրոքսիմալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժը դեպի առաջ և դուրս, և դիստալի տեղաշարժը՝ դեպի ներս և հետ: Որքան բարձր է անցնում կոտրվածքի գիծը, այնքան ավելի շատ է արտահայտված տիպիկ տեղաշարժը:

Ազդրոսկրի միջին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում հնարավոր են տեղաշարժման բազմազան տեսակներ: Այս վնասվածքի համար առավել բնորոշ է տեղաշարժը ըստ երկարության:

Դիաֆիզի ստորին երրորդականի կոտրվածքի համար բնորոշ է դիստալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժը դեպի հետ՝ ձկնամկանի կծկման հետևանքով: Այդ ժամանակ կարող է վնասվել ենթաձնկային զարկերակը: Պրոքսիմալ ոսկրաբեկորը առբերող մկանների ազդեցության տակ տեղաշարժվում է դեպի ներս:

Ա ի ս ո թ ո շ ու մ ը ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքի դեպքում բարդություն չի ներկայացնում: Բնորոշ են ֆունկցիայի կտրուկ խանգարումը և ցավը կոտրվածքի մակարդակին: Այսպես, վերին երրորդականի կոտրվածքի համար բնորոշ է »գալիֆե«-աձև դեֆորմացիան: Դիաֆիզի երկարությամբ հայտնաբերվում է շարժունություն: Այստեղ է երբեմն շոշափվում նաև ոսկրաբեկորներից մեկի ծայրը: Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում լինում է ազդրի բացարձակ կարճացում: Ոսկրային կրեպիտացիայի որոշելը, հատկապես մինչև կոտրվածքի ցավազրկումը, հակացուցված է: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել կոտրվածքի բնույթը:

Բ ու ժ ու մ ը : Գիպսային կապը ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքի բուժման ինքնուրույն եղանակ, որպես կանոն, չի կիրառվում: Երբեմն օգտագործվում է բուժում կմախքային ձգմամբ ոլորքի թմբկությունից կամ, հազվադեպ, ազդրի կոճերից Բելերի ստանդարտ բեկակալի վրա:

Ազդրոսկրի դիաֆիզի վերին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում ոտքին տալիս են զատման դիրք: Եթե միջին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում չի լինում պրոքսիմալ ոսկրաբեկորի դրսային տեղաշարժ, ապա վերջույթը չեն պատում:

Ազդրոսկրի ստորին երրորդականի կոտրվածքի կմախքային ձգման միջոցով բուժման առանձնահատկությունները կայանում են հետևյալում՝

1. Դիստալ ոսկրաբեկորը դեպի հետ տեղաշարժող ձկնամկանը թուլացնելու նպատակով բուժումը անց են կացնում ոտքը ծնկան հոդում մինչև 90 ° ծավալած դիրքում:

2. Ձգումը իրականացնում են ազդրոսկրի կոճերից սրունքի և ազդրոսկրի առանցքներով կազմված անկյան կիսորդի ուղղությամբ: Դա ստեղծում է նպաստավոր պայմաններ դիստալ ոսկրաբեկորի դեպի առաջ պտտման համար:

3. Դիստալ ոսկրաբեկորի տակ դնում են լայն բամբակաթանգիֆե գլանիկ:

Երբեմն ոսկրաբեկորների համադրման համար անհրաժեշտություն է առաջանում կիրառել լրացուցիչ կողմային կամ առաջահետին ձգում՝ փափուկ օղակով: 1.5-2 ամիս անց ձգումը հանում են և 3-3.5 ամսով դնում կոքսիտային գիպսային կապ: Կմախքային ձգումը հանելուց հետո հիվանդներին կարելի է բուժել նաև ֆունկցիոնալ եղանակով՝ առանց գիպսային կապով անշարժացնելու: Ֆունկցիոնալ բուժման մեթոդիկան նույնն է, ինչպես և տամբինային կոտրվածքների ժամանակ: Ֆունկցիոնալ բուժման դեպքում կոտրվածքից հետո 2-2.5 ամիս անց թույլ են տալիս քայլել հենակների օգնությամբ ոտքի թեթև ծանրաբեռնումով:

Ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքների բուժման հիմնական և առավել ժամանակակից եղանակ է վիրագիատական ձևը՝ օսթեոսինթեզը տարբեր մետաղական սարքերով: Կատարվում է ինտրամեդուլյար օսթեոսինթեզ ձողերով (ռետրոգրադ և անտերոգրադ), արտաոսկրային օսթեոսինթեզ կոմպրեսիոն ուղիղ կամ կոր հարթակներով և պտուտակներով: Դիաֆիզի վերին երրորդականի կամ ստորին երրորդականի կոտրվածքների ժամանակ կարող են օգտագործվել նաև անկյունային թ -47 հարթակներ: Նշված սարքերը կայուն կայուն անշարժացնում են կոտրվածքը, այդ պատճառով կարիք չկա հետվիրահատական գիպսային կապերի: Ածխատունակությունը վերականգնվում է 3.5-6 ամսից:

Բաց դիաֆիզար կոտրվածքների ժամանակ ցուցված է արտոջախային օսթեոսինթեզ շուղային կամ ձողային ապարատներով (Բլիզարովի, Վոլկով Հովհաննիսյանի, Հոֆմանի АО-ի և այլն):

Ծ Ն Կ Ա Ն Հ Ո Ղ Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Ծնկա հողը օրգանիզմի ամենախոշոր և բարդ հողերից է: Ազդրի հողավորումը ծնկոսկրի և ոլորի հետ ունի իր անատոմոֆիզիոլոգիական առանձնահատկությունները: Հողային մակերեսների անհամապատասխանությունը կոմպենսացվում է մահիկներով (մենիսկներով), որոնք կիսալուսնաձև են և ունեն սեպաձև կտրվածք: Լրիվ տարածման դիրքում ծնկան հողը պասիվ կերպով կայունացվում է պատիճի, խաչաձև և կողմային կապանների, ինչպես նաև սրունքի առանցքի նկատմամբ ազդրոսկրի առանցքի դեպի առաջ տեղաշարժման հաշվին: Այս դիրքում դինամիկ կայունությունը ապահովվում է նաև տարածիչ համակարգով: Սրունքը ծալելիս ծնկան հողում առաջանում է պտուտակային շարժումների հնարավորություն, որը նախապայմաններ է ստեղծում փափուկ հյուսվածքների վնասման համար:

Հեմարթրոզ

Հեմարթրոզը՝ հողի խոռոչի մեջ արյունահոսությունը, կարող է պայմանավորված լինել ներհողային կոտրվածքով կամ փափուկ հյուսվածքների վնասմամբ: Այն առաջանում է վնասվածքի ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով: Անհրաժեշտ է հիշել, որ հեմարթրոզը որպես հիմնական դիագնոզ կարող է դրվել միայն այն դեպքերում, երբ մանրազնին կատարված հետազոտությունից հետո չի հաջողվում բացահայտել հողի վնասվածքի բնույթը:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Հեմարթրոզի հայտնաբերումը չի ներկայացնում մեծ դժվարություն: Վնասվածքից անմիջապես հետո հողում առաջանում է ցավ և սահմանափակվում դրա ֆունկցիան: Հողը աստիճանաբար մեծանում է իր ծավալով, սահմանները հարթվում են: Սրունքի ծավալած դիրքում արտափքումը որոշվում է ծնկոսկրի սեփական կապանի կողմերից: Հողում հեղուկի (արյան) զգալի կուտակման դեպքում ծնկոսկրից վեր հայտնաբերվում է լոբաձև արտափքում, որն համապատասխանում է հողի վերին ոլորքին:

Սրունքը գտնվում է սահմանափակ ծավալան դիրքում, որում հողի խոռոչի ծավալը մաքսիմալ չափով է մեծանում: Ցավը պայմանավորված է լինում ոչ միայն վնասվածքով, այլև կուտակված արյունով հողի պատիճի ձգմամբ: Վերին ոլորքի մակարդակին որոշվում է ծփանք (ֆյուկտուացիա):

Ծնկան հողում հեղուկի կուտակմանը բնորոշ է »լողանի« կամ ծնկոսկրի »տատանման« ախտանիշը: Այն ստուգում են հիվանդի մեջքի վրա և ուղղված ոտքով դիրքում. մի ավիով ազդրը ֆիքսում են դրա ստորին երրորդականում, մոբիլիզացնելով հեղուկը վերին ոլորանից դեպի հողաճեղքը, իսկ մյուսով՝ ճնշում ծնկոսկրը առաջից հետ: Այդ ժամանակ ծնկոսկրը խորասուզվում է և նորից »հայտնվում« ճնշումը վերացնելուց հետո:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր է ոսկրերի կոտրվածքը բացառելու համար:

Ախտորոշիչ կարևոր գործողություն է հանդիսանում հողի պունկցիան: Պունկտատում արյան առկայությունը հանդիսանում է հեմարթրոզի ստույգ նշան: Պունկտատի հետազոտման ժամանակ կարելի է հայտնաբերել էքսուդատ, որը վկայում է երկրորդային հետվնասվածքային սինովիտի մասին: Պունկտատում ճարպի կաթիլների առկայությունը թույլ է տալիս կասկածել (նույնիսկ ռենտգենաբանական բացասական տվյալների դեպքում) ներհողային կոտրվածք:

Զգալի դժվարություններ են ներկայացնում հեմարթրոզի ժամանակ հոդի վնասվածքների բնույթի ախտորոշումը: Այս դեպքում առավել ինֆորմատիվ է արթրոսկոպիայի եղանակը: Արթրոսկոպը հոդի պունկցիայի ճանապարհով ներ են մտցնում նարկոզի կամ տեղային անզգայացման տակ: Արթրոսկոպի կամ լրացուցիչ մտցված ասեղի միջով հոդը լվանում են նովոկաինի լուծույթով կամ նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթով: Արթրոսկոպը տեղաշարժելով հոդի խոռոչի մեջ անց են կացնում դրա ստուգումը: Ախտորոշման ճշգրտությունը արթրոսկոպիայի դեպքում գերազանցում է 90 %:

Բ ու ժ ու մ ր : Հեմարթրոզի ժամանակ բուժումը սկսում են արդեն հետազոտման ընթացքում: Այսպես, հոդի ախտորոշիչ պունկցիան միաժամանակ հանդիսանում է նաև բուժիչ միջամտություն: Հոդում կուտակված արյան հեռացումը բերում է հոդապարկի գերձգմամբ պայմանավորված ցավերի նվազեցմանը: Դա միաժամանակ հանդիսանում է նաև հետվնասվածքային սինովիտի կանխարգելում: Բացի այդ հոդի խոռոչից արյան հեռացնելը կանխում է ֆիբրինի արտանկումը և ներհոդային կպումների առաջացումը:

Արթրոսկոպիան հանդիսանում է նաև բուժիչ միջամտություն: Բացի հոդի խոռոչից արյան դատարկումից, արթրոսկոպիայի ժամանակ երբեմն հաջողվում է դադարեցնել արյունահոսությունը լվացման համար օգտագործվող լուծույթի լրացուցիչ ներմուծմամբ 10-20 րոպեով ներհոդային ճնշման բարձրացման ճանապարհով: Եթե հայտնաբերվում է արյունահոսող անոթը, արյունահոսությունը կարելի է դադարեցնել արթրոսկոպի միջով իրականացվող էլեկտրակոագուլյացիայով: Այդ ժամանակ հեղուկի փոխարեն օգտագործում են անոթաթափու գազ:

Հոդից արյունը հեռացնելուց հետո ոտքի վրա դնում են հետին լոնգետ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հոդը հոդի շրջանին դրվող ճնշող կապով: Որպես ճնշող կապ կիրառում են պորոլոնե միջադիրներ, բամբակաթանգիֆե «օդարիթ» և այլն., որոնք վիրակապում են հոդի առաջային մակերեսին: Հեմոստատիկ լավագույն էֆեկտ են ստանում Սիլինի, Մուսալատովի, Մուրադովի և Բրովկինի եղանակով կատարվելիք չափավորված ճնշման միջոցով օդաճնշական (պնևմատիկ) կապը կիրառելիս: Օդաճնշական պարկը դնում են հոդի առաջային և կողմային մակերեսներին և ֆիքսում բինտի շրջանաձև փաթույթներով, որոնք անցնում են լոնգետի վրայով: Ապա պարկի մեջ ներ են մղում մինչև 4.-60 մմ ս. ս. ճնշման օդ և պահպանում այն մինչև արյունահոսության լրիվ դադարելը: Հեմարթրոզն ու հետվնասվածքային սինովիտը վերացնելուց հետո լոնգետի փոխարեն 1.5-3 շաբաթով (ելնելով հեմարթրոզի արտահայտվածության աստիճանից) դնում են շրջանաձև կապ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-4 շաբաթ անց:

Մահիկների վնասվածք

Մահիկների (մենիսկների) վնասվածքը ծնկա հոդի առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքներից և կարող է առաջանալ ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով: Վնասվածքի բնորոշ մեխանիզմ է հանդիսանում ծանրաբեռնված վերջույթի ծնկա հոդի ծալումը և պտտումը: Առավել հաճախ վնասվում է ներսային մենիսկը: Այն կապված է կողմային կապանի հետ, որը շարժումների դեպքում ապահովում է հոդի կայունությունը: Անատոմիական այդ առանձնահատկությունով է պայմանավորված նաև ներսային (ոլոքային) կողմային կապանի վնասման գուցակցումը: Անատոմիական այդ երկու գոյացությունների վնասումը բերում է հոդի առաջաներսային հատվածի ամրության կտրուկ նվազեցմանը: Այդ պատճառով էլ վնասող գործոնի շարունակվող ազդեցության դեպքում պատվում է նաև առաջային խաչաձև կապանը:

Ներսային մահիկի, ներսային (ոլոքային) կողմային և առաջային խաչաձև կապանների պատրվածքների գուգակցումը բնորոշ վնասվածք է և կոչվում է «դժբախտ եռյակ»:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը մահիկների վնասվածքների ժամանակ ներկայացնում է որոշակի դժվարություններ: Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում առավել բնորոշ են հետևյալ ախտանիշերը:

Վնասված մահիկի կողմի հողաճեղքի շրջանի ցավ: Այն ուժեղանում է շոշափման ժամանակ, հատկապես սրունքի դեպի հակառակ կողմը միաժամանակ պտտման դեպքում: Մահիկների հետին հատվածների պատրվածքի դեպքում ցավը կարող է տեղակայվել ծնկափոսի շրջանում:

Հոդի «Բլոկադայի» ախտանիշ: Ծնկահոդում շարժման դեպքում, հատկապես կապված սրունքի պտտման հետ, այն մնում է մոտ 130° անկյան տակ ֆիքսված ծալման դիրքում: Ոտքը ծալելու կամ տարածելու փորձի դեպքում առաջ են գալիս կտրուկ ցավեր: «Բլոկադայի» վիճակը պայմանավորված է մահիկի պատրված հատվածի ազդրոսկրի և ոլոքի հողային մակերեսների ներ խրումից: Բլոկադան երբեմն ուղեկցվում է խրթոցով բնորոշ:

Քառագույն մկանի ապաճում (ատրոֆիա) և Չակլինի ախտանիշ: Երբ հիվանդը բարձրացնում է ուղիղ ոտքը ապա հայտնաբերվում է դերձակային մկանի հաստացում և լարում: Ախտանիշի արտահայտվածությունը ուղիղ համեմատական է հիվանդության երկարատևությանը:

Բայկովի ախտանիշ («տարածման» ախտանիշ): 90° ծալված սրունքի պայմաններում հողաճեղքը դրսային և ներսային կողմերից սեղմում են I և II մատերով, ապա կատարելով պասիվ տարածում, որի ժամանակ պատրված մահիկի առկայության դեպքում ցավեր են առաջանում (եթե դրանք չկային) կամ ուժեղանում:

Չակլինի «խրթոցի» ախտանիշ: Ծնկահոդում շարժումների դեպքում դրսային մահիկի շրջանում զգացվում է յուրահատուկ «խրթոց»:

Հիվանդի «թուրքական» ձևով կքանստելու փորձի դեպքում ցավերի ուժեղացման ախտանիշ: Այս ախտանիշը բնորոշ է մահիկի հետին եղջուրի վնասվածքին: Հողաճեղքի գծով ցավոտ գլանիկի առաջանալը հաճախ նկատվում է մահիկի կրկնակի սեղմումների ժամանակ, երբ զարգանում է հողապարկի ռեակտիվ բորբոքում:

Պերելմանի «կրկնակոշիկի» ախտանիշ: Տեղային կետում ցավերի ուժեղացում վերջույթի կրկնակոշիկը հագնելը նմանակող շարժումների՝ սրունքով և ոտնաթաթով պտույտային շարժումների դեպքում:

Տուրների ախտանիշ: Ծնկան ներսային մակերեսի մաշկի գերզգայություն կամ անզգայություն:

Շտեյման-Բուխարդի ախտանիշ: Վնասված մահիկի շրջանում ցավերի առաջացում 90° անկյան տակ ծալված սրունքի դեպի դուրս կամ ներս պտտման դեպքում:

Մահիկների թարմ վնասվածքների դեպքում ախտորոշումը ներկայացնում է որոշակի դժվարություններ: Մահիկների վնասման կասկածի դեպքում պարտադիր է ծնկան հողի ռենտգենաբանական հետազոտությունը, որը թույլ է տալիս հայտնաբերել ոսկրերի փոփոխություններ և ռենտգեն կոնտրաստային ներհողային մարմնիկները: Աճառային մահիկները ռենտգենյան նկարի վրա չեն երևում: Ռենտգեն նկարների վրա դրանց հայտնաբերելու նպատակով կիրառում են կոնտրաստային արթրոգրաֆիա: Առավել ինֆորմատիվ է, ծնկահողի արթրոսկոպիան, որը թույլ է տալիս ոչ միայն բացահայտել մահիկի վնասվածքը, այլև որոշել դրա բնույթը, ինչպես նաև հողում տեղի ունեցող ուղեկցող փոփոխությունները:

Վերջերս մահիկների վնասման, ինչպես նաև ծնկահողի այլ վնասվածքների և հիվանդությունների ախտորոշման նպատակով լայնորեն կիրառվում են ժամանակակից ողանակներ՝ համակարգչային տոմոգրաֆիան, մագնիսամիջուկային ռեզոնանսային կամ ուլտրաձայնային հոտագոտման եղանակներ:

Մահիկների վնասվածքներին ախտանշաբանորեն մոտ է մենիսկոպատիան կամ մենիսկոզը: Դա մահիկի աճառում միկրովնասվածքների արդյունքում տեղի ունեցող դեգեներատիվ փոփոխություններն են: Մահիկի բուշտը (կիստան) հաճախ ախտահարում է դրսային մահիկը: Այն ավելի հազվադեպ է ենթարկվում պատռման, սակայն ավելի շատ տատապում միկրովնասվածքներից, որոնք բերում են մահիկի դեգեներատիվ լորձային վերափոխմանը՝ դրսային եզրին տեղակայվող բուշտային խոռոչների առաջացումով:

Բ ու ժ ու մ ը : Պատված մահիկները կոնսերվատիվ բուժումով չեն սերտաճում: Այդպիսի բուժումը ուղղված է հողի վնասվածքի և սինովիտի սուր երևույթները վերացնելուն: Բլոկադայի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել մահիկի ներուղղում:

Վիրաբուժական միջամտությունը կարող է ներառել պատված մահիկի կարում (հատկապես արդարացված է թարմ դեպքերում), մահիկի հատվածային հեռացում, պոկված հատվածի հեռացում և պարահողապարկային մենիսկեկտոմիա՝ ամբողջ մահիկի հեռացում թողնելով պարահողապարկային 2-3 մմ լայնությամբ երիզ: Պարահողապարկային մենիսկեկտոմիայից հետո առաջանում է իրեն ձևով մահիկ հիշեցնող ռեգեներատ: Նշված վիրահատությունները առաջ կատարում էին բաց եղանակով՝ պարապատեյար արթրոտոմիայի (կտրվածքի չափը 6-8 սմ) կիրառմամբ: Այժմ օգտագործվում է բուժման առավել պրոգրեսիվ և քիչ տրավմատիկ եղանակը՝ արթրոսկոպիան, որի ժամանակ հողաշապիկի վրա կտրված անցքերը շատ փոքր են: Այն հանրավորություն է տալիս ոչ միայն արդյունավետ կատարել վերը նշված բոլոր վիրահատությունները, այլ նաև հեռացնել փոփոխված սինովիալ թաղանթը, ազատ հողային ամրմինները, ներհողային օթեոսինթեզը և այլն: Արթրոսկոպիկ բուժումից հետո ծնկահողը անշարժացվում է շատ կարճ ժամանակով (մի քանի օր) այն դեպքում երբ բաց արթրոտոմիայից և մենիսկեկտոմիայից հետո արտաքին անշարժացումը տևում է մի քանի շաբաթ: սա ունի շատ կարևոր նշանակություն վաղ վերականգնողական միջոցառումների անցկացման առումով:

Ծնկահողի կողմային կապանների վնասվածքներ

Վնասման մեխանիզմը անուղղակի է՝ սրունքի կողմային թեքում և պտտում, որոնք կարող են ուղեկցվել ծնկան հողի ծալումով:

Կողմային կապանների մասնակի պատռվածք: Ներսային կողմային կապանի մասնակի պատռվածքը առավել հաճախ առաջանում է ներսային մահիկին կպչելու տեղում: Կապանի առանձին թելերի պատռվածքը չի բերում նրա երկարեցմանը անմիջապես վնասվածքից հետո:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Վնասվածքից անմիջապես հետո սահմանափակվում է հողի գործունեությունը, երբեմն լինում է հեմարթրոզ: Վնասված կապանից վեր կարող է նշվել փափուկ հյուսվածքների ուռածություն: Բնորոշ են վնասման գոտու շոշափման ժամանակ առաջացող ցավոտությունը: Սրունքի թեքումը (կողմային դեվիացիան) դեպի վնասված կապանի հակառակ կողմը առաջացնում է ցավերի ուժեղացում, սակայն կողմային ավելցուկային շարժունություն չի լինում:

Բ ու ժ ու մ ը : Կատարվում է հեմարթրոզի բուժում, դրվում գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հողը, նշանակում ֆիզիոթերապևտիկ գործողություններ, իզոմետրիկ մարմնամարզություն: Անշարժացման ժամկետը՝ 2 շաբաթ:

Կողմային կապանների լրիվ պատռվածք: Կողմային կապանի լրիվ պատռվածքը առաջացնում է ծնկահոդի անկայունություն ճակատային հարթությունում: Ծնկահոդի դրսային կողմային կապանը վնասվում է ավելի հազվադեպ, քան ներսայինը: Դրա համար անհրաժեշտ է որոշակի ուժ, որպեսզի առաջանա սրունքի վարուսային դիրք: Մեծ ուժի գործադրումը հաճախակի առաջ է բերում ծնկահոդի այլ գոյացությունների՝ խաչաձև կապանների, մահիկների, ինչպես նաև նրբոլորային նյարդի վնասում: Ներսային կողմային կապանի վնասվածքը, ինչպես արդեն նշվեց, հաճախ զուգակցվում է ներսային մահիկի պատռվածքի հետ:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Սուր շրջանում կողմային կապանի լրիվ պատռվածքը մասնակից տարբերվում է սրունքը թեքելու փորձի դեպքում ավելցուկային կողմային դնիացիայով դեպի վնասված կապանի հակառակ կողմը: Առավել հստակ այդ ախտանիշը արտահայտվում է ուշ շրջանում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը հաստատում է կողմային կապանի պատռվածքի առկայությունը: Եթե սրունքի կողմային թեքումը չի գերազանցում 10°, ապա համապատասխան կլինիկական պատկերի առկայության դեպքում խոսում են կողմային կապանի մասնակի պատռվածքի մասին: Եթե կողմային դնիացիան հավասար է 10-20° և ավելի, ապա առկա է կողմային կապանի լրիվ պատռվածք (Միրոնովայի ախտանիշ):

Բ ու ժ ու մ ը : Թարմ դեպքերում, մանավանդ երբ չի հաջողվում հստակ որոշել կապանների վնասվածության աստիճանը, կատարվում է կոնսերվատիվ բուժում՝ գիպսային անշարժացում սրունք-թաթային հոդից մինչև հետույքային ծալքը 4-6 ծաբաթ ժամկետով: Բուժման անարդյունավետության դեպքում, երբ ծնկահոդում հայտնաբերվում է անկայունություն կողմնային ուղղություններով՝ ցուցված է վիրահատական բուժում: Վիրահատություն տեսակը կախված է վնասվածքի ձևից, տեղայնությունից, վաղեմությունից, վնասվածության աստիճանից հիվանդի տարիքից և այլ գործոններից: Համեմատաբար վաղ դեպքերում (2-3 շաբաթ վաղեմության) կատարվում է կապանի ամբողջականության վերականգնում կարերով: Երբեմն այն լրացուցիչ ամրացվում է մոտակա մկանի փակեղով: Ավելի ուշացած դեպքերում կատարվում է կապանների աուտոպլաստիկա՝ սեփական ջրով, փակեղով կամ ալլոպլաստիկա: Վերջին դեպքում օգտագործվում են կապրոնից, լավսանից կամ այլ նյութերից պատրաստված ժապավեններ: Հետվիրահատական անշարժացման ժամկետը որոշվում է կապանի փոխարինման տեսակով՝ մինչև 4 շաբաթ: Գիպսային կապի պայմաններում և այն հանելուց հետո անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ, մկանների էլեկտրախթանում, իսկ ավելի ուշ՝ մերսում:

Պելլեգրինի-Շտիդի հիվանդություն: Իրենից ներկայացնում է հեմատոմայի ոսկրացում, որն առաջացել է ազդրոսկրից ներսային կողմային կապանի կպման տեղում վերնոսկրի պոկման հետևանքով: Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ ազդրոսկրի ներսային կոճի շրջանում հայտաբերվում է ոսկրային գերաճ կամ առանձին պառկած ոսկրային թիթեղիկ:

Ծնկահոդի խաչաձև կապանների վնասվածք

Առաջային խաչաձև կապանը վնասվում է շատ ավելի հաճախ, քան հետինը: Խաչաձև կապանների վնասվածքը բերում է հոդի առաջահետին անկայունության առաջացմանը:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Ծնկահոդի խաչաձև կապանների վնասվածքների ժամանակ հիմնական ախտանիշ է հանդիսանում »շարժական արկղի« ախտանիշը: Դրա ճիշտ որոշման համար անհրաժեշտ է ազդրի մկանների լրիվ թուլացում, որի համար սրունքը ծալում են ուղիղ անկյան տակ: Տվյալ ախտանիշը կարելի է ստուգել հիվանդի աթոռին նստած կամ անկողնում պառկած դիրքում: Հիվանդը վնասված ոտքի մատերի ծայրերով հենվում է բժշկի կոշիկին (եթե

նստած է աթոռին) կամ ազդրին (եթե պատկած է): Բժիշկը ձախ ձեռքով բռնում է հիվանդի վնասված ազդրի ստորին երրորդականից, աջով պահում նրա սրունքը, որից հետո իրականացնում սրունքի դուրսբերում դեպի առաջ (իր վրա): Եթե սրունքը ազդրոսկրի նկատմամբ տեղաշարժվում է առաջ, ապա գործ ունենք առաջային խաչաձև կապանի պատռվածքի հետ (դրական »առաջային շարժական արկղի« ախտանիշ): Եթե սրունքը տեղաշարժվում է դեպի հետ ապա առկա է խաչաձև կապանի պատռվածք՝ (դրական »հետին շարժական արկղի« ախտանիշ)

Երբեմն ծաչաձև և կողմնային կապանների վնասվածքները համակցվում են: Այդ դեպքում հայտնաբերվում է ծնկահոդի անկայունություն ֆրոնտալ և սաջիտալ հարթություններով:

Բ ու ժ ու մ ը : Խաչաձև կապանների մասնակի վնասման դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ազդրոսկրի վերին երրորդականը, որը հանում են 5 շաբաթ անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 6-7 շաբաթ անց: Վիրահատությունը ցուցված է այն դեպքում, երբ ախտորոշված է կապանի լրիվ պատռվածք: Հարկավոր է հիշել, որ առաջային խաչաձև կապանը հաճախ պատռվում է կողմային կապանի հետ: Վերականգնողական վիրահատությունները նպատակահարմար է անցկացնել վնասվածքից հետո առաջին 5 օրը, քանի որ արդեն 2 շաբաթ անց կապանային համակարգի առաջնային վերականգնումը լինում է բավականին դժվարեցած: Այդ պատճառով, եթե վիրահատությունը չի կատարվել վնասվածքից հետո առաջին օրերի ընթացքում, այն հարկավոր է հետաձգել 2 ամսով: Այդ ժամկետը համարվում է ամենաբարենպաստը, քանի որ հոդում դեռ չեն առաջացել դեգեներատիվ փոփոխություններ և, ազդրի մկանները դեռ չեն ապաճել: Խաչաձև կապանի լրիվ պատռվածքից հետո վաղ ժամկետներում (մինչև 5-րդ օրը) պատռված ծայրերը միջոսկրային կարով կարում են նրա կպման սովորական տեղին: Վիրահատությունից հետո մինչև ազդրոսկրի վերին երրորդականը 6-7 շաբաթ ժամկետով դնում են գիպսային կապ:

Ուշ ժամկետներում առաջային խաչաձև կապանի վերականգնման նպատակով կիրառում են ծնկոսկրի սեփական կապանի մի հատվածից վերցված աուտոտրանսպլանտատ կամ լավսանոպլաստիկա: Վերջինիս բարդությունը կայանում է ոսկրի վրա լավսանե ժապավենի երկու ծայրերի ամրակայման մեջ: Այդ առումով հաջող է հանդիսանում Միլինի վիրահատությունը՝ առաջային խաչաձև կապանի լավսանե պլաստիկան V-ձև կարով:

Խաչաձև կապանների կարելը առանց հոդի բացահատման արթրոսկոպի հսկողության տակ ունի մի շարք առավելություններ ավանդական եղանակների հետ համեմատած, սակայն ներկայումս տեխնիկական դժվարությունների պատճառով կիրառվում է շատ քիչ կլինիկաներում:

Հոդախախտ ծնկահոդում

Սրունքի հոդախախտ: Հոդախախտի ժամանակ սրունքը կարող է տեղաշարժվել ինչպես առաջահետին, այնպես էլ կողմային ուղղություններով: Հազվադեպ լինում է պտուտակային տեղաշարժ: Առավել հաճախ հանդիպում են սրունքի առաջային և դրսային հոդախախտեր: Սրունքի հոդախախտը անհնար է առանց կապանների և հոդապարկի պատռվածքների: Հնարավոր է երկու կողմային և խաչաձև կապանների, ծնկոսկրի սեփական կապանի և մահիկների միաժամանակյա վնասվածք: Հաճախ տեղի են ունենում անոթանյարդային խրձի ճնշում, սալջարդ կամ նույնիսկ պատռվածք:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Լրիվ հոդախախտի դեպքում ոտքը ուղղված է, կարճացած: Ծնկան հոդում լինում է սվինանման դեֆորմացիա: Ծնկան հոդի ակտիվ շարժումները բացակայում են: Պասիվ շարժումները, ծնկափոսի անոթների վնասման վտանգի պատճառով, ստուգել չի կարելի:

Սրունքի ենթահոդախախտի դեպքում այն գտնվում է թույլ ծավված դիրքում: Հոդը դեֆորմացված է, ակտիվ շարժումները բացակայում են, պասիվները՝ խիստ սահմանափակված և ցավոտ: Վերջույթի կարճացում չի նկատվում: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը: Հետազոտման ժամանակ անհրաժեշտ է ճիշտ գնահատել վերջույթի դիստալ հատվածի արյան շրջանառության և նյարդավորման խանգարման աստիճանը:

Բ ու ժ ու մ ը : Արյան շրջանառության խանգարումների խորացման վտանգի պատճառով ներուղղումը անհրաժեշտ է անցկացնել անհապաղ, ընդ. անզգայացման տակ: Քառագլուխ մկանք թուլացնելու նպատակով ուղիղ ոտքը ծալում են կոնքազդրային հոդում: Սրունքի առանցքով կատարում են ձգում, որի ժամանակ վիրաբույժը ճնշում է գործադրում ազդրի և ոլոքի դուրս ցցված կոճերի վրա, տեղաշարժելով դրանք դեպի վերջույթի առանցքը: Անկյունային շարժումները հակացուցված են անոթանյարդային խրճի վնասման վտանգի պատճառով: Դնում են խորը գիպսային լոնգետ մինչև հետույքային ծալքը: Անց են կացնում հեմարթրոզի բուժում: 2-3 շաբաթ անց թույլ են տալիս քայլել հենակների օգնությամբ, ոտքի մասնակի ծանրաբեռնելը՝ 6-8 շաբաթ անց: Անշարժացման տևողությունն է 2-2.5 ամիս: Բուժման հետագա տակտիկան կախված է ուղեկցող վնասվածքներից:

Ծնկոսկրի վնասվածքային հոդախախտ: Տարբերում են ծնկոսկրի վնասվածքային հոդախախտի երեք տեսակ:

1. Կողմային հոդախախտ, որի ժամանակ ծնկոսկրը տեղաշարժվում է դեպի դուրս: Ծնկոսկրի դրսային հոդախախտին նպաստում է ծնկան հոդում տեղի ունեցող վալգուսային դեֆորմացիան, ազդրոսկրի դրսային կոճի թերզարգացումը, ծնկոսկրի լատերալ դիրքը:

2. Տորսիոն կամ պտույտային հոդախախտ, որի ժամանակ ծնկոսկրը պտտվում է իր ուղղաձիգ առանցքի շուրջը: Ըստ ծնկոսկրի հոդային մակերեսի թեքվածության կողմի տարբերում են տորսիոն դրսային, ներսային և առաջային հոդախախտեր: Վերջինը հանդիպում է չափազանց հազվադեպ:

3. Ուղղաձիգ հոդախախտ հոդաձեղքի մեջ ներմղումով՝ հնարավոր է միայն քառագլուխ մկանի ջլային գերձգման կամ ծնկոսկրի սեփական կապանի լայնակի լրիվ պատռվածքի դեպքում: Այդ հոդախախտի դեպքում ծնկոսկրը պտտվում է հորիզոնական առանցքի շուրջը ազատ ծայրով դեպի հետ:

Ա խ տ ո ր ո շ ու մ ը : Ցավային համախտանիշը լինում է կտրուկ արտահայտված: Կողմային հոդախախտի ժամանակ ոտքը թեթևակի ծավված է ծնկան հոդում, տորսիոնի ժամանակ՝ ուղղված: Շարժումները բացակայում են կամ խիստ սահմանափակ են: Ծնկոսկրը տեղաշարժված է լինում դեպի կողմ կամ դրա ծայրը շոշափվում է հոդի առաջային մակերեսին: Քառագլուխ մկանը խիստ լարված է: Հոդը մեծացած է լայնակի (կողմային հոդախախտի դեպքում) կամ առաջահետին (տորսիոն հոդախախտի դեպքում) ուղղություններով:

Բ ու ժ ու մ ը : Ուղղաձիգ հոդաձեղքի մեջ ծնկոսկրի ներդրումով հոդախախտը բուժում են միայն վիրահատական եղանակով՝ իրականացնում են քառագլուխ մկանի ջլային համակարգի վերականգնում: Մնացած դեպքերում անց են կացնում ծնկոսկրի փակ ներուղղում ընդհանուր կամ տեղային անզգայացման տակ: Արտահայտված հեմարթրոզի դեպքում ծնկան հոդը նախօրոք ենթարկում են պունկցիայի: Քառագլուխ մկանը թուլացնելու նպատակով ուղիղ ոտքը ծալում են ծնկան հոդում: Սովորաբար ծնկոսկրը հեշտ են ներուղղում տեղաշարժելով այն դեպի միջին գիծը կամ պտտելով երկայնակի առանցքի շուրջը հոդային մակերեսով դեպի հոդը: Իսկ երբեմն էլ այն ուղղված է սպոնտան կերպով հիվանդի տեղափոխման կամ ռենտգենյան հետազոտման ժամանակ: Ներուղղումից հետո 3 շաբաթ ժամկետով դնում են գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հոդը:

Ծնկոսկրի կոտրվածք

Ծնկոսկրի վնասման մեխանիզմը բավականին բնորոշ է: Կոտրվածքը տեղի է ունենում առավել հաճախ ուղղակի վնասման՝ ծնկան վրա վայր ընկնելու կամ ծնկոսկրին հարվածելու արդյունքում, հազվադեպ՝ քառագլուխ մկանի գերձգվելու հետևանքով: Ծնկոսկրի կոտրվածքը կարող է լինել բազմաբնույթ՝ լայնակի, բեկորային, երկայնակի և այլն.:

Կոտրվածքի գիծը միշտ թափանցում է ծնկահոդի խոռոչի մեջ: Ծնկոսկրի կոտրվածքի ժամանակ սովորաբար այս կամ այն չափով տուժում է կապանային համակարգը: Կողմային համակարգի պատռվածքը բերում է ծնկոսկրի բեկորի դեպի վեր տեղաշարժին՝ քառագլուխ մկանի կծկման հետևանքով:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Ծնկոսկրի կոտրվածքի ախտորոշումը, հատկապես բեկորների տեղաշարժի դեպքում դժվար չէ: Գոյություն ունեն հինգ հիմնական ախտանիշեր, որոնք թույլ են տալիս հեշտությամբ որոշել ծնկոսկրի կոտրվածքը՝

1) ուղղված ոտքը բարձրացնելու անհնարինությունը, հատկապես արտաքին դիմադրության դեպքում;

2) հեմարթրոզ;

3) մատի սեղմումով որոշվող փափուկ հյուսվածքների ներանկում ոսկրաբեկորների միջև (երբեմն այն լինում է նույնիսկ տեսանելի աչքի համար);

4) մատերով ֆիքսված ծնկոսկրի երկու հատվածների միմյանց նկատմամբ կողմային թեթևակի տեղաշարժ (մեկը մյուսի նկատմամբ);

5) ծնկոսկրի կոտրված հատվածների տարանջատում, որն երբեմն հայտնաբերվում է շոշափման ժամանակ:

Դիագնոզը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը որոշելու համար անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենաբանական հետազոտություն երկու պրոյեկցիաներով: Հատկապես ինֆորմատիվ է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգենյան նկարը:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը ցուցված է ծնկոսկրի ոչ լրիվ առանց տեղաձարժի հազվադեպ հանդիպող կոտրվածքների դեպքում: Կատարվում է անշարժացում հետին գիպսային լանգետով՝ սրունքթաթային հողից մինչև հետույքային ծալքը: Անշարժացման ժամկետը 2-3 շաբաթ:

Տեղաշարժված կոտրվածքների դեպքում կիրառվում է բուժման վիրահատական եղանակը: Ընդ որում՝ վիրահատությունը կատարվում է շտապ կարգով՝ առաջին 1-2 օրվա ընթացքում: Ավելի տարածված է ոսկրաբեկորների օստեոսինթեզը օղակաձև կիսեթային պարապատեյար կարով: Որպես կարային նյութ օգտագործում են հաստ մետաքսյա թելեր: Վիրահատությունից հետո կատարվում է 4-5 շաբաթով գիպսային անշարժացում: Առավել կայուն 2 շուրջով և՛ քստենդին մետաղական ահնգույցով օսթեոսինթեզը ըստ Վերբերի, որից հետո վաղ հետվիրահատական շրջանում կատարվում են պասիվ շարժումներ հատուկ ապարատների վրա (ԸտտՈՐՈՑ տՈրրՌԶվոյ տՏրՑՏյվվոյ ՊՉՌԶպվՌո) Հետագայում անցնում են հողի ավելի ակտիվ վերականգնողական միջոցառումների: Պետք է նշել, որ անկախ օգտագործվող օստեոսինթեզի եղանակից, ամպայման վերականգնվում է պրեպատեյար փակեղը և կողմնային տարածիչ ապարատը (հանգույցային կարեր): ՇԱտ հազվագյուտ դեպքերում հնարավոր է ծնկոսկրի փշրված հատվածի մասնակի հեռացում՝ տարածիչ ապարատի անպայման վերականգնումով:

Ազդրոսկրի և ոլոքի կոճերի հերիոդային կոտրվածքներ

Ծնկահողի ծանր ներհողային վնասվածքներին են պատկանում ազդրոսկրի և ոլոքի կոճերի կոտրվածքները:

Կոճերի կոտրվածքների մեխանիզմը հիմնականում կարելի է բաժնել երեք տեսակ՝ 1) անմիջական հարված ամուր առարկայով ծնկահողի կողմային մակերեսին, 2) ծավված ծնկահողի վրա վայր ընկնելը, 3) ուղղված ոտքերի վրա բարձրությունից ընկնելը: Առավել հաճախ հանդիպում է վնասվածքի կոմբինացված մեխանիզմը:

Կոճերի կոտրվածքը կարող է լինել ինչպես առանց տեղաշարժի, այնպես էլ տեղաշարժով: Գործնականում կիրառում են Նովաչենկոյի դասակարգումը՝

1. Ոլոքի կոճերի կոտրվածք առանց հողային մակերեսների խախտման:
2. Մեկ կոճի կոտրվածք տեղաշարժով:
3. Երկու կոճերի (T- և V-ձև) կոտրվածք տեղաշարժով:
4. Երկու կամ մեկ կոճերի կոտրվածք սրունքի ենթահողախախտով:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Ազդրոսկրի և ոլոքի կոճերի վնասման ժամանակ կլինիկական ախտանիշերը հիմնականում բնորոշվում են ցավերով, որոնք առաջանում են վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո և կրում տեղային բնույթ: Դրսային կոճի կոտրվածքի դեպքում սրունքը թեքվում է դեպի դուրս (վալգուսային դիրք), իսկ ներսային կոճի կոտրվածքի դեպքում՝ դեպի ներս (վարուսային դիրք): Վերջույթի կարճացում կարող է նկատվել միայն երկու կոճերի բազմաբեկոր կոտրվածքի կամ կոճերի՝ սրունքի ենթահողախախտով կոտրվածքի դեպքում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը անհրաժեշտ է կատարել երկու պրոյեկցիաներով՝ կողմային և առաջահետին: Երբեմն, ախտորոշումը ճշտելու համար, կատարում են նկարներ թեք պրոյեկցիայով: Ներհողային աննշան ճեղքվածքների կամ միջկոճային բարձրության կոտրվածքի դեպքում սովորական ռենտգեն նկարները լրացնում են ռենտգենոստերեոգրամմաներով կամ տոմոգրաֆիայով:

Բ ու ժ ու մ ը : Տակտիկան պայմանավորվում է կոտրվածքի բնույթով: Կոճերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դրվում է պատուհանով գիպսային կապ՝ հետույքային ծալքից մինչև մատերի ծայրերը (ոլոքի կոտրվածքի դեպքում) և կոնքազդրային կապ՝ (ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում): Ոտքը 5-7° ծալում են ծնկահողում: 2-րդ օրվանից խորհուրդ են տալիս քառազլուխ մկանի վարժություններ («խաղ ծնկոսկրով»)՝ ոտքի բարձրացում գիպսային կապի մեջ: Մեկ շաբաթ անց հիվանդը սկսում է քայլել հենակներով: Ոլոքի կոճերի կոտրվածքի դեպքում գիպսային կապը հանում են 4-6 շաբաթ անց և, չծանրաբեռնելով վերջույթը՝ ակտիվ զբաղվում բուժական մարմնամարզությամբ: Ոտքը կարելի է ծանրաբեռնել 2-3 ամիս անց: Հակառակ դեպքում կարող է տեղի ունենալ կոտրված կոճի նստեցում և հողային մակերեսների համընկնման խախտում, որը կրերի ծնկահողի դեֆորմացնող արթորոզի:

Մեկ կոճի տեղաշարժով կոտրվածքի բուժումը կոնսերվատիվ (ավելի հաճախ) կամ վիրահատական է: Կոճի դեպի ցած (ոլոքի կոտրվածքի դեպքում) կամ դեպի վեր (ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում) տեղաշարժով կոտրվածքի բուժման ժամանակ այն տեղաշարժվում է մինչև հողային մակերեսի մակարդակը և ֆիքսվում ճիշտ դիրքում՝ սերտաճման համար անհրաժեշտ ժամկետով: Ներսային կոճի վնասման դեպքում սրունքը զատվում է դեպի դուրս, իսկ դրսային կոճի կոտրվածքի դեպքում՝ առբերվում դեպի ներս: 2-րդ օրվանից հիվանդը կատարում է քառազլուխ մկանի վարժություններ («խաղ ծնկոսկրով»): 4-րդ շաբաթից թույլ են տալիս կանգնել հենակների օգնությամբ՝ առանց ոտքը ծանրաբեռնելու: Գիպսային կապը հանում են կոտրվածքից հետո 8-10 շաբաթ անց, իսկ ոտքը ծանրաբեռնվում է միայն 2-3 ամիս անց:

Երբեմն, մեկ կոճի տեղաշարժով կոտրվածքները բուժում են կմախքային ձգման եղանակով: 4-5 շաբաթ անց կոճի հաջող կատարված համադրման դեպքում վերջույթի վրա դնում են գիպսային կապ: Հետագա բուժումը նույնն է, ինչպես կոճի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ:

Կոճի տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում վիրահատական միջամտությունը ցուցված է միայն կոնսերվատիվ անհաջող ներուղղումից հետո: Վիրահատությունը կատարում են վնասվածք ստանալուց հետո 3-5-րդ օրը: Օգտագործվում են 1-2 կոմպրեսիոն մեծ պտուտակներ: Հիվանդների հետագա բուժման տակտիկան նույնն է, ինչպես կոճի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ: Մետաղական սարքերը հեռացնում են օսթեոսինթեզից հետո՝ 6-8 ամիս անց: Այն դեպքերում, երբ չի հաջողվում վերականգնել կոտրված կոճի հողամակերեսը, կատարում են ոսկրային պատվաստ կամ տվյալ կոճի հեմիէնդոպրոթեզավորում:

Երկու կոճերի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում կատարվում է օսթեոսինթեզ տարբերի եղանակներով (կոմպրեսիոն հարթակներ, ուղիղ կամ անկյունային DHS-սարքեր և այլն): Մակայն բոլոր դեպքերում վիրահատական բուժման հիմնական սկզբունքներն են հողամակերեսների անատոմիական ճշգրիտ վերականգնումը և կայուն ֆիքսումը: Մահիկների վնասվածքի դեպքում օսթեոսինթեզի նշքված եղանակները զուգակցվում են մենիսկէկտոմիայի հետ: Կայուն օսթեոսինթեզի դեպքում ցուցված են վաղ ռեաբիլիտացիոն միջոցառումներ՝ առանց վերջույթի ծանրաբեռման: Ոչ կայուն օսթեոսինթեզի դեպքում (օրինակ՝ կոմպրեսիոն պտուտակների օգտագործում) կատարվում է ծնկահողի լրացուցիչ գիպսային անշարժացում 6-8 շաբաթ ժամկետով, վերջույթի հետագա ծանրաբեռմամբ:

կատարվում է ծնկահողի («հողային մկներ»): Հիմնականում նշում են «հողային մկան» առաջացման հետևյալ պատճառները՝ հողային աճառի հատվածի (հաճախ ոսկրի հետ միասին) պոկում, հեմարթրոզի ժամանակ ֆիբրինի խտացում, մահիկի հատվածի պոկում, Կենիգի հիվանդություն, ծնկան հողի օստեոարթրիտ ծնկոսկրից և կոճերից ծայրային օստեոֆիտի անջատումով, հողի խոնդրոմատոզ: Հիմնական ախտանիշներն են՝ հողի հաճախակի բլոկադաները, էքսուդատի և ցավի առաջանալը: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր է, քանի որ այն հաճախ պատասխանում է «հողային մկների» տեղադրման մասին հարցին: Հաշվի առնելով հողային մարմնի հողի խոռոչով արագ և անսպասելի միգրացիայի ունակությունը, որոշ դեպքերում, երբ հիվանդը շոշափում է «մուկը» մաշկի տակ, ինյեկցիոն բարակ ասեղով մաշկը և դրա տակ գտնվող հյուսվածքները ծակելով ֆիքսում են հողային մարմինը և անմիջապես այն հեռացնում: Մեկուսացված ազատ մարմինները հեռացնում են դրա տեղակայման շրջանում կատարված ոչ մեծ կտրվածքից կամ արթրոսկոպիայի ժամանակ կատարված պունկցիոն անցքից:

Գ Լ ու ի խ 8

Մ Ր Ո Ն Ն Ք Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Սրունքի ոսկրերի վնասվածքների մեջ հարկավոր է տարբերակել ոլոքի պրոքսիմալ հատվածի ներհողային կոտրվածքներ, դիաֆիզներից մեկի մեկուսացված կոտրվածք, երկու դիաֆիզների կոտրվածքներ և սրունքի ոսկրերի դիստալ հատվածի վնասվածքներ: Այս վնասվածքների ամեն մի խումբն ունի ախտորոշման և բուժման իր առանձնահատկությունները:

Մեծ ոլոքի առաջաներսային մակերեսը տեղակայված է ամիջականորեն մածկի տակ: Այդ պատճառով այստեղ հաճախ են հանդիպում առաջնային կամ երկրորդային բաց կոտրվածքներ:

Վերջիններս մեծամասամբ աջառանում են հիվանդների սխալ տեղափոխման ժամանակ՝ բեկորների երկրորդային տեղաձարժի հետևանքով: Այս տեսակետից կարևոր նշանակություն է ձեռք բերում հիվանդին ժամանակին և ճշգրիտ ցույց տված առաջին օգնությունը:

Առաջին օգնությունը: Կատարում են ցավազրկում և անշարժացում սանդղակավոր բեկակալով ոտնաթաթի մատերից մինչև ազդրի վերին երրորդականը, իսկ սրունք-թաթային հոդի կոտրվածքների դեպքում՝ մինչև ծունկը: Հնարավոր է կատարել անշարժացում իմպրովիզացված բեկակալներով: Հիվանդներին հարկավոր է տեղափոխել միայն պառկած դիրքով տրանսպորտային բեկակալը դնելուց հետո:

Նրբուլքի մեկուսացված վնասվածքներ

Նրբուլքի վնասվածքների մեջ հարկավոր է տարբերակել՝ 1) նրբուլքի գլխիկի հոդախախտ; 2) նրբուլքի դիաֆիզի կոտրվածք; 3) նրբուլքի վնասվածքներ սրունք-թաթային հոդի շրջանում:

Նրբուլքի գլխիկի հոդախախտ: Միջուլքային հոդավորման այս վնասվածքը կամ պատվածքը հազվադեպ հանդիպում է և կարող է առաջանալ վնասման ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմի արդյունքում: Այդ ժամանակ կարող է վնասվել նաև նրբուլքային նյարդը, որը անցնում է նրբուլքի վզիկի շրջանում:

Ախտորոշումը: Պրոքսիմալ միջուլքային հոդավորման շրջանում հայտնաբերվում է դեֆորմացիա: Նրբուլքի գլխիկը տեղաշարժված է դեպի առաջ կամ հետ, շաշափման ժամանակ հեշտությամբ ներ է ուղղվում և նորից տեղաշարժվում: Գլխիկի վրա սեղմելը կամ սրունքի ոսկրերը մոտեցնող ճնշումը առաջացնում է ցավերի ուժեղացում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը: Նրբուլքային նյարդի ուղեկցող վնասման դեպքում ոտնաթաթը կախված է, բացակայում է ակտիվ թիկնային տարածումը:

Բուժումը: Հոդախախտի կոնսերվատիվ բուժումը սովորաբար լինում է անարդյունավետ ներուղղված վիճակում գլխիկը պահելու դժվարության հետևանքով: Այդ պատճառով կիրառում են վիրաբուժական միջամտություն՝ գլխիկը միջոսկրային լավսանե կարերով կամ ոսկրային բույթով ֆիքսում են նրբուլքի կոճին: Վիրահատությունից հետո մինչև 4 շաբաթ ժամկետով դնում են գիպսային կապ մատերից մինչև ազդրի միջին երրորդականը: Ոտքը ծանրաբեռնելով քայլելը թույլ են տալիս վիրահատությունից հետո 2 շաբաթ անց: Գիպսային կապը հանելուց հետո անց են կացնում շարժումների վերականգնում, նշանակում ֆիզիոթերապիա:

Նրբուլքային նյարդի զուգակցված վնասվածքների դեպքում բուժումը կախված է դրա վնասման բնույթից (նեյրոռաֆիա, ներուլիզ, դեկոմպրեսիա և այլն):

Նրբուլքի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք: Վնասվածքը հանդիսանում է, որպես կանոն, վնասման ուղղակի մեխանիզմի՝ սրունքի արտաքին մակերեսին հարվածի արդյունք:

Ախտորոշումը: Նրբուլքի դիաֆիզի վնասվածքները դժվար է տարբերակել հետևյալ պատճառներից ելնելով: Նրբուլքը չի կրում մարմնի ծանրությունը, դրա վերին և ստորին ծայրերը ամուր ֆիքսված են ոլքին: Այդ պատճառով էլ ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժ տեղի չի ունենում և սրունքի հենարանային ունակությունը տուժում է աննշան: Մի շարք դեպքերում հիվանդները նույնիսկ կարող են քայլել նշելով, սակայն, ցավերի ուժեղացում կոտրվածքի վայրում: Վերջապես, նրբուլքը բոլոր կողմերից շրջապատված է մկաններով, այդ պատճառով բացակայում է սրունքի կոտրվածքով պայմանավորված դեֆորմացիան: Շոշափելի ոսկրաբեկորները և որոշել դրանց շարժունությունը չի հաջողվում: Մշտական ախտանիշեր են հանդիսանում ցավը կոտրվածքի շրջանում և տեղային ցավոտությունը շոշափման ժամանակ: Սրունքի երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս դնել ճիշտ ախտորոշում:

Բ ու ժ ու մ ը նրբուլոքի մեկուսացված կոտրվածքների ժամանակ չի ներկայացնում բարդություն և այն կարելի է անցկացնել ամբողջատոր պայմաններում: Դնում են հետին գիպսային լոնգետ մինչև ազդրոսկրի կեսը 3-4 շաբաթ ժամկետով: 10 օր անց թույլ են տալիս քայլել օգտվելով ձեռնափայտից: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-6 շաբաթ անց:

Նրբուլոքի կոտրվածքները դրա վզիկի շրջանում կարող են զուգակցվել նրբուլոքային նյարդի կամ ծնկան հողի կապանային համակարգի վնասվածքներով: Այդ դեպքերում բուժման բնույթը որոշվում է ելնելով զուգակցող վնասվածքներից:

Նրբուլոքի վնասվածքները սրունք-թաթային հողի շրջանում կքքնարկվեն 9-րդ գլխի «Պձեղների կոտրվածք» բաժնում:

Ուլոքի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք

Ուլոքի մեկուսացված վնասվածքները հանդիպում են ավելի հաճախ և բերում ֆունկցիոնալ ավելի մեծ խանգարումների: Վնասման մեխանիզմը սովորաբար լինում է ուղղակի, սակայն կարող է լինել և անուղղակի: Միջուլոքային սինդեսմոզների պահպանվածության դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժ ըստ երկայնքի չի լինում նրբուլոքի «բեկակալիչ» ազդեցության հետևանքով: Հանդիպում են տեղաշարժ ըստ լայնության և անկյունային տեղաշարժ: Վերջինիս դեպքում անկյունը կարող է բացվել դեպի ներս, դեպի առաջ կամ դեպի հետ: Թեք և պտուտակաձև կոտրվածքների ըստ լայնության տեղաշարժի դեպքում հնարավոր է մկանային ինտերպոզիցիա:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Ուլոքի մաշկին մոտ գտնվելու պատճառով այս կոտրվածքների ախտորոշումը սովորաբար դժվարություն չի ներկայացնում: Երբեմն աչքով տեսանելի են լինում սրունքի դեֆորմացիան և առանցքի ծովածությունը: Ուլոքի կատարով շոշափման ժամանակ կոտրվածքի շրջանում հայտնաբերվում է սանդղաձև դեֆորմացիա, ցավոտություն, որը հայտնաբերվում է նաև առանցքային ծանրաբեռնման ժամանակ: Ոսկրաբեկորների շարժունությունը հստակ արտահայտված չէ: Վերջույթի հենարանային ֆունկցիան խախտված է: Ախտորոշման որոշակի դժվարություն է ներկայացնում ուլոքի մեկուսացված առանց տեղաշարժի կոտրվածքը: Սակայն կոտրվածքից շրջանի հեմատոման, սրունքային ոսկրերի շոշափման, առանցքային և մոտեցնող ծանրաբեռնման ժամանակ ի հայտ եկող ցավոտությունը, ոտքի հենարանային ֆունկցիայի խախտումը թույլ են տալիս դնել դիագնոզը դեռ ռենտգենաբանական հետազոտությունից առաջ: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենյան նկարները թույլ են տալիս ճշտել կոտրվածքի բնույթը, ոսկրաբեկորների առկայությունը և տեղաշարժման տեսակը:

Բ ու ժ ու մ ը : Ուլոքի մեկուսացված առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դնում են խուլ գիպսային կապ մատերի ծայրերից մինչև ազդրի կեսը 2 ամիս ժամկետով: Եթե կոտրվածքի շրջանում այտուցը լինում է արտահայտված, սկզբից դնում են կտրվող գիպսային կապ: Այտուցը իջնելուց հետո վիրակապը դարձնում են խուլ:

Տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում բուժման հիմնական եղանակը վիրահատականն է: ԿԱտարվում է ներոսկրածուծային օպթոսինթեզ ձողով կամ արտաոսկրային հարթակով և պտուտակներով: Այս վիրահատություններից հետո ցուցված են վաղ ռեաբիլիտացիոն միջոցառումներ:

ՀԱզվագյուտ դեպքերում (սոմատիկ ծանր հիվանդություններ, հիվանդի վիրահատությունից հրաժարում և այլն) կատարվում է կոնսերվատիվ բուժում՝ գիպսային կապերով վերը նշված եղանակներով:

Սրունքի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածք

Սրունքի երկու դիաֆիզների կոտրվածքը հանդիպում է զգալիորեն ավելի հաճախ, քան մեկուսացված կոտրվածքները: Վնասման մեխանիզմը կարող է լինել ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի: Ուղղակի մեխանիզմը առավել հաճախ կապված է լինում հրելու տիպի ուժի գործադրման հետ և բերում է լայնակի կոտրվածքի առաջացմանը: Այդ նույն, բայց ավելի մեծ ուժի մեխանիզմով են բացատրվում բազմաբեկոր կոտրվածքների մեծ մասը: Օրինակ, այսպես կոչված «բամպերային» կոտրվածքը՝ դիաֆիզների վերին և միջին երրորդականների բազմաբեկորային կոտրվածքը սրունքին մեքենայի բամպերի հարվածի արդյունքն է: Կոտրվածքի անուղղակի մեխանիզմը հանդիպում է ծալման կամ պտտման ձևով: Վնասող ուժի ծալիչ ազդեցության դեպքում ծովածքի ներսային հատվածում կարող է առաջանալ եռանկյունաձև բեկորով կոտրվածք: Վնասման պտույտային մեխանիզմի համար բնորոշ է պտույտային կոտրվածքը: Այդ ժամանակ ոլոքային ոսկրերի կոտրվածքները տեղակայվում են սրունքի հակադիր ծայրերին: Այսպես, եթե ոլոքի պտույտային կոտրվածքը տեղակայվում է դիաֆիզի ստորին երրորդականում, ապա նրբուլոքը կոտրվում է վերին երրորդականում և հակառակը: Այդ օրինաչափության մասին հարկավոր է հիշել հիվանդին հետազոտելիս և համապատասխան դեպքերում կատարել ողջ սրունքի ռենտգենաբանական հետազոտություն:

Ի տարբերություն ազդրոսկրի և բազկոսկրի կոտրվածքների սրունքի ոսկրերի բեկորների լայնակի և անկյունային տեղաշարժման բնույթը պայմանավորված է ոչ այնքան մկանների տրակցիայից, որքան վնասող գործոնի ազդեցության ուղղվածությունից: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը ըստ երկարության սովորաբար զգալի չի լինում:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Վնասվածքների այս խմբի ախտանշանությունը, որպես կանոն, բավականին հստակ է և կազմվում է դիաֆիզար բոլոր կոտրվածքներին բնորոշ նշաններով: Չնման ժամանակ հայտնաբերվում է դեֆորմացիա և մաշկային ծածկույթների փոփոխություններ: Սրունքի դիստալ հատվածը ոտնաթաթի ծանրության տակ սովորաբար լինում է պտտված դեպի դուրս: Երբեմն դա այնքան զգալի է արտահայտված, որ ոտնաթաթի արտաքին հատվածը կայքում է հենարանին:

Ի տարբերություն ազդրոսկրի կոտրվածքների ոլոքային ոսկրերի դիաֆիզի կոտրվածքի դեպքերում վերջույթը պտտված է լինում միայն սրունքի սահմաններում՝ առանց ընդգրկելու ծնկահոդի շրջանը: Կոտրվածքի մակարդակին կարելի է հայտնաբերել սրունքի առանցքի կողմային կամ առաջահետին դեֆորմացիա:

Ոլոքի մաշկին մոտ տեղակայման շնորհիվ հնարավոր է շոշափել բեկորների ծայրը հաճախ կենտրոնական: Մաշկը նրա վրա լինում է ձգված, գունատ: Մի քանի ժամ անց կոտրվածքի շրջանում առաջանում է սրունքի այտուց, հաճախ՝ էպիդերմալ բշտեր:

Կտրուկ ցավոտության պատճառով կոտրվածքի շրջանի շոշափումը հարկավոր է անցկանել զգույշ՝ մեկ մատով: Շոշափումը սկսում են ոլոքի կատարից՝ վերնից ցած: Կոտրվածքի մակարդակին կարելի է հայտնաբերել սանդղաձև դեֆորմացիա և կատարի տեղաշարժ դեպի կողմ: Այստեղ նշվում են նաև մաքսիմալ ցավոտություն և ոսկրաբեկորների ախտամանական շարժունություն: Մեծամասամբ դեպքերում շոշափման ժամանակ հաջողվում է ոչ միայն ախտորոշել կոտրվածքը, այլև պատկերացում կազմել կոտրվածքի բնույթի և դրա մակարդակի մասին:

Ոլոքի շոշափման ժամանակ ավելի հաճախ, քան այլ տեղակայում ունեցող կոտրվածքների դեպքում, կոտրվածքի վայրից վեր հայտնաբերվում է մաշկի ձագարաձև ներքաշվելու ախտանիշ: Այն կախված է մաշկին մոտ գտնվող փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիայից և որոշվում է հետևյալ կերպ: Կոտրվածքի վայրից հեռու սեղմում են դեպի առաջ ցցված բեկորի վրա: Բեկորի

դեպի հետ տեղաշարժման հետ զուգընթաց ոսկրաբեկորների միջև սեղմված փափուկ հյուսվածքները ներ են քաշվում, իսկ մաշկի վրա առաջանում է ձագարաձև փոսություն:

Նրբուլքի շոշափման ժամանակ հարկավոր է հիշել, որ պտուտաձև կոտրվածքի դեպքում այն կոտրվում է սրունքի հակառակ ծայրին: Ոսկրային կրեպիտացիան որոշել հարկավոր չէ: Սրունքի առանցքային ծանրաբեռնումը կրունկին թեթևակի բախելով և ոլոքային ոսկրերի մոտեցնող ճնշումը առաջացնում են կոտրվածքի շրջանի ցավերի ուժեղացում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը անց են կացնում երկու ստանդարտ պրոյեկցիաներով՝ առաջահետին և կողմային:

Բ ու ժ ու մ ը : Հաշվի առնելով, որ նրբուլքի դիաֆիզը հանդիսանում է միայն հենք մկանները կաշելու համար և չի կրում ստատիկ ծանրաբեռնում, սրունքի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքների բուժման ժամանակ հարկավոր է ուշադրություն դարձնել ոլոքի համադրման և սերտաճման համար պայմաններ ստեղծելուն: Սրունքի երկու դիաֆիզների փակ կոտրվածքի բուժման այս կամ այն մեթոդի ցուցումները հեշտ որոշելու համար հարկավոր է բոլոր կոտրվածքները ստորաբաժանել ըստ ոլոքի ոսկրաբեկորների համադրման և այդ դիրքում պահելու հնարավորության: Առանձնացնում են հետևյալ խմբեր՝ 1) ոլոքի առանց տեղաշարժի կոտրվածքներ; 2) համադրվող և այդ դիրքում հեշտությամբ պահվող կոտրվածքներ (օրինակ, ոլոքի լայնակի գծով կոտրվածք); 3) համադրվող կոտրվածքներ, որոնք սակայն չեն մնում այդ դիրքում առանց լրացուցիչ անցկացված ձգման (սովորաբար դրանք պտույտային գծով կոտրվածքներ են); 4) չհամադրվող կոտրվածքներ (որպես կանոն, ոսկրաբեկորների միջև ոսկրային կամ փափուկ հյուսվածքային ինտերպոզիցիա):

Գիպսային կապով բուժում են առանց տեղաշարժի, հազվադեպ՝ համադրվող և համադրման դիրքում հեշտ պահվող կոտրվածքների դեպքում: Բուժման դասական եղանակի դեպքում գիպսային կապը դրվում է ոտնաթաթի մատերից: Սրունքի միջին կամ ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում գիպսային կապը հասնում է մինչև ազդրի կեսը, իսկ սրունքի վերին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում՝ մինչև հետույքային ծալքը: Այտուցի առկայության դեպքում դնում են կտրվող գիպսային կապ, որը փոխում են խուլի՝ այտուցը անցնելուց հետո: Եթե այտուցը արտահայտված չէ, միանգամից դնում են խուլ գիպսային կապ:

Ծանրաբեռնման ժամկետները որոշվում են կոտրվածքի գծի բնույթով: Այսպես, լայնակի գծի դեպքում ոտքի լրիվ ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս այտուցը իջնելուց և գիպսային կապը չորանալուց հետո: Մնացած դեպքերում ոտքի ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս ավելի ուշ: Հարկավոր է հիշել, որ սերտաճման և, հետևաբար, անշարժացման ժամկետները պայմանավորվում են կոտրվածքի մակարդակով և բնույթով: Այսպես, ոլոքի ստորին երրորդականի կոտրվածքները սերտաճում են ավելի դանդաղ, քան վերին և միջին երրորդականների կոտրվածքները: Թեք և բազմաբեկոր առանց տեղաշարժի կոտրվածքները սերտաճում են ավելի արագ: Կոտրվածքների անշարժացման միջին ժամկետը 3-4 ամիս է:

Սրունքի ոսկրերի դիաֆիզար թեք, պտույտային կամ բեկորային կոտրվածքների ժամանակ երբեմն կիրառվում է բուժում կմախքային ձգումով:

Այդ նպատակով շուղը անց է կացվում կրունկոսկրից կամ, հազվադեպ, վերաճեղային հատվածից: Ոտքը տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա այնպես, ծնկահոդի ճեղքը համապատասխանի բեկակալի ծալքին: Բեկակալի գամակը, որի վրա պառկած է սրունքը, հարկավոր է չէ ամուր ձգել: Այն պետք է կախվի կրկնելով ձկնամկանի կորությունը: Եթե այդ պայմանը չի պահպանվում, ապա սրունքի նշված մկանների խումբը սեղմվում է և խանգարում կոտրվածքի համադրմանը առաջահետին ուղղությամբ: Բացի այդ, խախտվում է երակային հետհոսքը վերջույթի դիստալ հատվածից: Որպեսզի կրունկի վրա չառաջանա պառկելախոց, դրա տակ կարելի է դնել բամբակաթանգիֆե »օղաբլիթ«: Մակայն ավելի լավ է ոտնաթաթը շուղից

կախել բեկակալի վերին հենոցին: Սկզբում կիրառում են ձգում 7-10 կգ ծանրությունով: Ըստ երկարության տեղաշարժը վերացնելուց հետո ծանրությունը քչացնում են մինչև 5-7 կգ: Ոսկրաբեկորների կողմային տեղաշարժը վերացնում են լրացուցիչ կողմային ձգումով՝ պելոտների օգնությամբ: Որպեսզի ձգման ծանրությունը սահուն փոխանցվի վերջույթի վրա, յուրաքանչյուր քարշուծի մեջ հարկավոր է ավելացնել ամորտիզացնող զսպանակներ՝ դեմպֆերային կմախքային ձգում ըստ Միտյունինի-Կլուչևսկու: Կմախքային ձգման ժամկետը տատանվում է 3-6 շաբաթ: Հետո դնում են խուլ գիպսային կապ մինչև ազդրի կեսը կամ հետույքային ծալքը: Մինչև հիվանդի կանգնելը հենակների օգնությամբ՝ զբաղվում են երակների մարզումով («երակային մարզում»)՝ հիվանդը մահճակալի վրա պարբերաբար ծալում և տարածում սրունքը: Անշարժացման ընդհանուր ժամկետն է 3-4 ամիս:

Ստորին վերջույթի հոդերի երկարատև (3-4 ամիս) անշարժացումը գիպսային կապերով հաճախ բերում է հետիմմոբիլիզացիոն կոնստրակտուրաների, օսթեոարթրոզի և անցանկալի բարդությունների: Բացի այդ, գիպսային կապը նաեւուց հետո գրեթե միշտ անհրաժեշտություն է առաջանում երկարատև ռեաբիլիտացիայի՝ նշված հոդերում շարժումների ծավալը և մկանային ուժը վերականգնելու համար: Այդ պատճառով, սրունքի ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքների ժամանակ, առավել նպատակահարմար և ժամանակակից են վիրահատաակն բուժման կայուն եղանակները: Օգտագործվող մետաղական սարքի ընտրությունը կախված է կոտրվածքի մակարդակից, նրա գծի բնույթից, բեկորների տեղաշարժերի ձևից, հիվանդի տարիքից և այլ գործոններից:

Օգտագործվում են օսթեոսինթեզի ներոսկրածուծային (մետաղական ձողեր, մեխեր) և արտաոսկրային (կոմպրեսիոն հարթակներ պտուտակներով) ձևերը:

Ներոսկրածուծային օսթեոսինթեզի դեպքում ձողը խփվում է ոսկրածուծի խողոված միմիայն անտերոգրադ եղանակով: Կատարվում է փոքրիկ (3-4 սմ) կտրվածք ոլոքի թմբկության շրջանում: Նրանից մի փոքր վեր՝ հատուկ շաղափով անցք է արվում դեպի ոսկրածուծի խողոված, որտեղից դիստալ բեկորի մեջ մտցվում է ուղղորդող շյուղը: Էլեկտրոնային օպտիկական փոխակերպիչի կոնտրոլի տակ կատարվում է կոտրվածքի փակ համադրում, ուղղորդող շյուղը անց է կացվում դիստալ բեկորի մեջ և խփվում մինչև ոսկրածուծի խողովակի վերջը (2-3 սմ հողաճեղքից վեր): Կատարվում է ոսկրածուծի խողովակի շաղափում, այնուհետև նույն ուղղորդիչի շնորհիվ սկզբում պրոքսիմալ, դիստալ բեկորի մեջ ներ է խրվում մետաղյան ձողը: Ուղղորդիչ շյուղը հեռացնելուց հետո ոլոքի թմբկության շրջանի վերքը կարվում է խուլ կերպով: Եթե օսթեոսինթեզից հետո առկա է ռոտացիոն անկայունություն, ապա այն լրացնում են արգելափակող պտուտակներով:

Արտաոսկրային օսթեոսինթեզի ժամանակ օգտագործվում են կոմպրեսիոն հարթակներ և պտուտակներ: Այս եղանակի ժամանակ բացվում է կոտրվածքի շրջանը: ԿԱխված կոտրվածքի մակարդակից՝ հարթակը տեղակայում են ոլոքի ինչպես առաջաներսային, այնպես էլ առաջադրսային մակերեսին:

Նշված եսանակների (ինչպես ինտրամեդուլյար, այնպես էլ էքստրամեդուլյար) կիրառումից հետո բեկորների կայունության աստիճանը շատ բարձր է, այդ պատճառով հետվիրահատական անշարժացման կարիք հիմնականում չի լինում: Կատարվում է վաղ ռեաբիլիտացիա՝ բուժական ֆիզկուլտուրան այլ միջոցառումներ: Հիվանդը կարող է քայլել հենակներով՝ սկսած 2-3 օրվանից, իսկ վերջույթը աստիճանաբար ծանրաբեռնել սկսած 2-3 շաբաթից:

Բաց կամ հրազենային կոտրվածքների դեպքում կատարվում է արտաօջախային օսթեոսինթեզ շուղային կամ ձողային ապարատների միջոցով: Այս դեպքում, նույնպես ցուցված է վաղ վերականգնում՝ ակտիվ շարժումներ վիրահատված վերջույթում, բուժական քայքայ հենակներով և այլն:

Սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների բուժումը ֆունկցիոնալ վաղ ծանրաբեռնման եղանակով կարճացված գիպսային կապի մեջ

Վերջին տարիներին մեծ տարածում է ստանում սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների բուժումը մինչև ծունկը կարճացված գիպսային կապով՝ վերջույթի առանցքային պարտադիր բեռնաթափումով:

Նշված եղանակը ցուցված է սրունքի ոսկրերի միջին և ստորին երրորդականներում տեղակայվող կոտրվածքների ժամանակ՝ անկախ դրա հարթության տարբերակից:

Կարճացված գիպսային կապը դնելուց առաջ հիվանդների բուժումը որոշվում է ոսկրաբեկորների դիրքի ճիշտ լինելով: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում և տեղաշարժը միամոմենտ համադրումով վերացնելուց հետո 10-12-րդ օրը մինչև այտուցի պակասելը դնում են գիպսային լոնգետ «ոտնաթաթով» ազդրոսկրի միջին երրորդականից:

Կմախքային ձգումով կոտրվածքը համադրելու անհրաժեշտության դեպքում այն անց են կացնում տվյալ գլխում նկարագրված ցուցումներով և եղանակով 3 շաբաթվա ընթացքում: Այնուհետև դնում են կարճացված գիպսային կապ առաջարկված որևէ եղանակով: «Ոտնաթաթով» գիպսային կապ դնելիս դրա վերին եզրը վերջանում է առջևից, ծնկոսկրի ստորին բևեռի մակարդակին և իջնում դեպի հետ այնպես, որ ծնկափոսը մնա ազատ: Դա թույլ է տալիս ծալել սրունքը մինչև ուղիղ անկյան տակ: Ներբանի հետին և միջին երրորդականի սահմանին ամրացնում են գիպսային ներբան (կրունկ) կամ «ասպանդակ»: Առանց «ոտնաթաթի» գիպսային կապ դնելիս դրա վերին եզրին տալիս են «հեծյալի երկարաճիտք կոշիկի» տեսք, որը առջևից և կողմերից ավարտվում է ծնկափոսի վերին բևեռի մակարդակին: Հետևից գիպսային կապը ազատ է թողնում ծնկափոսի շրջանը: Գիպսային կապի ստորին հատվածը հատում են այնպես, որ հնարավոր լինի ոտնաթաթի թիկնային ծալումը: Ներգիպսային տեղադրում են, օրինակ, մոտ 90 սմ երկարություն և 7-9 սմ լայնություն ունեցող երկգոտի պայտ: 2-3 օր անց, գիպսային կապը չորանալուց հետո հիվանդներին թույլ են տալիս քայլել հենակների վրա վերջույթը չափավոր ծանրաբեռնելով: Ծանրաբեռնման աստիճանը որոշում են կոտրվածքի շրջանում ցավերի առաջանալով: Ցավերի բացակայության պայմաններում լրիվ ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս 2-3 շաբաթ անց:

Պարբերաբար անց են կացնում գիպսային կապի վիճակի և ոսկրաբեկորների դիրքի կլինիկական և ռենտգենաբանական վերահսկում: Անշարժացման ժամկետը՝ մինչև 3 ամիս: Կոտրվածքը սերտաճում է շուրջոսկրային կոշտուկի առաջացումով:

Գիպսային կապը հանելուց հետո մկանների ատրոֆիան և ֆունկցիայի սահմանափակումը լինում են ավելի քիչ արտահայտված, քան անշարժացումով բուժման այլ եղանակների կիրառման ժամանակ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է մոտ 3-5 ամիս անց:

Գ Լ ու ի խ 9

Ս Ր Ո Ն Լ Ք Ա Թ Ա Թ Ա Յ Ի Ն Հ Ո Դ Ի Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Այս վնասվածքները առավել հաճախ հանդիպողներից են: Նրանց տեսակարար կշիռը հատկապես բարձր է ձմռան ամիսներին մերկասառույցի պայմաններում: Տարբերում ենք սրունքթաթային հողի փափուկ հյուսվածքների (կապաններ, դիստալ միջուլոքային համակցում և այլն): Վնասվածքներ, ոսկրերի կոտրվածքներ, լրիվ կամ ենթահողախախտեր: Նշված

վնասվածքները հանդիպում են մեկուսացված՝ բայց ավելի հաճախ՝ զուգակցված ձևերով: Վնասվածքի մեխանիզմը, որպես կանոն, լինում է անուղղակի՝ ոտնաթաթի պտույտը առանցքային ծանրաբեռնման ժամանակ: Երբեմն վնասվածքը կարող է առաջանալ նաև ուղղակի մեխանիզմով:

Առաջին օգնությունը սրունք-թաթային հոդի շրջանի վնասվածքների ժամանակ ներառում է ասեպտիկ վիրակապություն (վերքի առկայության պարագայում) և երկու սանդղաձև՝ Մ-ձև և հետին մինչև ծնկան հոդ բեկակալների տեղադրում: Ցավազրկմանը հասնում են ընդհանուր կանոններով՝ ցավազրկող և հոգեմետ դեղորայք ներմուծելով: Հիվանդներին տեղափոխում են առանց վերջույթը ծանրաբեռնելու՝ պառկած վիճակում:

Սրունք-թաթային հոդի կապանների վնասվածք

Կապանային համակարգի վնասումը սրունք-թաթային հոդի շրջանում առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքն է: Սովորաբար այն տեղի է ունենում ոտնաթաթի դեպի ներս ոլորման դեպքում, այսինքն, գերլարված վերհակման և առբերման ժամանակ: Այդ դեպքում տեղի է ունենում սրունք-թաթային հոդի արտաքին կողմային կապանների թելիկների մասնակի կամ ամբողջական պատռվածք: Առաջին հերթին տուժում է վեզանբոլոքային կապանը:

Ա ի ս ո ռ ը ը ը ը ը ը ը ը : Առաջանում է ցավ սրունք-թաթային հոդում, հատկապես դրսային պճեղի շրջանում, որը սաստկանում է շարժումների, հիմնականում ոտնաթաթի առբերման և վերհակման ժամանակ: Հոդի շրջանում նկատվում է այտուց, ավելի շատ արտահայտված դրսային պճեղի մոտ:

Շոշափման ժամանակ ցավոտությունը առավելագույն է լինում դրսային պճեղի ստորին հատվածում և դրա առջևում: Դրա հետ մեկտեղ պճեղի զագաթից 1-1.5 սմ վեր և դրա հետին եզրով շոշափումը լինում է քիչ ցավոտ: Այս ախտանիշը օգնում է տարբերակիչ ախտորոշման ժամանակ, թույլ տալով բացառել դրսային պճեղի կոտրվածքը:

Պասիվ շարժումները առավել ցավոտություն են առաջացնում ոտնաթաթի վերհակման ժամանակ: Վեզոսկրի տեղաշարժը դեպի առաջ և ներս ոտնաթաթի պասիվ վերհակման ժամանակ (ոտնաթաթի ենթահոդախախտի ախտանիշ) վկայում է, որ ամբողջովին պատռվել է արտաքին կողմային կապանը (կամ վեզանբոլոքային կապանը): Այս ախտանիշը ավելի ճշգրիտ որոշվում է հեմատոմայի մեջ նովոկաինի 2% լուծույթ ներմուծելուց հետո: Կապանների թելիկների մասնակի վնասման դեպքում ոտնաթաթի ենթահոդախախտի ախտանիշը բացակայում է:

Սրունք-թաթային հոդի երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս բացառել ոսկրերի կոտրվածքը: Ֆունկցիոնալ ռենտգենյան նկարների վրա առաջահետին պրոյեկցիայով (ոտնաթաթի գերլարված վերհակման ժամանակ) հայտնաբերում են ոտնաթաթի ենթահոդախախտ, որը վկայում է վեզանբոլոքային կապանի ամբողջովին պատռման մասին: Արտաքին կողմային բոլոր կապանների պատռման դեպքում վեզոսկրի տեղաշարժը դեպի ներս կարող է հասնել 40 °:

Եթե կողմային կապանների ամբողջովին պատռվածքը ժամանակին չի ախտորոշվել կամ տարվել է ոչ ճիշտ բուժում, ապա զարգանում է ոտնաթաթի սովորույթային ենթահոդախախտ: Հիվանդները զանգատվում են անկայունության զգացումից սրունք-թաթային հոդում, ոտնաթաթի հաճախակի ոլորումից, հատկապես անհարթ մակերեսի վրա քայլելիս: Կլինիկորեն և ֆունկցիոնալ ռենտգենյան նկարների վրա հայտնաբերում են վեզանբոլոքային կապանի թուլություն:

Բ ու ժ ու մ ը : Սրունք-թաթային հողի կապանների թելիկների մասնակի վնասման դեպքում բուժումը իրականացնում են հողը անշարժացնելով: Հողը անշարժացնում են 5-14 օր ութաձև կապով կամ էլաստիկ բինտով: Անշարժացնելուց առաջ մինչև վիրակապ դնելը նպատակահարմար է հեմատոմայի մեջ ներմուծել նովոկաինի 1% լուծույթ: Ավելի լավ է անշարժացնող կապը դնել թաց բինտով միաժամանակ բարձրացնելով ոտնաթաթի դրսային եզրը (պրոնացիոն դիրք): Չորանալով՝ բինտը սեղմվում է, դրանով իսկ լավացնելով ոտնաթաթի անշարժացումը: 3-4-րդ օրվանից նշանակում են տաքացնող (ներծծող) միջոցառումներ:

Կողմային կապանների լրիվ պատռվածքի դեպքում դնում են գիպսային լոնգետ մատերից մինչև սրունքի վերին երրորդականը՝ 4-6 շաբաթ ժամկետով: Այտուցը ներծծվելուց հետո լոնգետը վեր են ածում խուլ գիպսային կապի, որը հեռացնելուց հետո խորհուրդ են տալիս մեկ տարվա ընթացքում կրել բարձրաքուղ կոշիկ և վերհակիչներ:

Ոտնաթաթի սովորույթային հողախախտի դեպքում բուժումը նույնն է ինչ կողմային կապանների թարմ պատռվածքի ժամանակ: Ծանր դեպքերում նշանակում են օրթոպեդիկ կոշիկների մշտական կրում, կամ կատարում է վեզանրբուլոքային կապանի վիրաբուժական վերականգնում:

Պճեղների կոտրվածքներ

Պճեղների կոտրվածքները կազմում են սրունքի կոտրվածքների մինչև 60%: Վնասվածքի այս տեսակը հազվադեպ է հանդիպում ուղղակի մեխանիզմով: Արտաքին ազդակի անմիջական ազդեցությունը սովորաբար բերում է հողի չափազանց ծանր վնասմանը կամ մեկ պճեղի կոտրվածքի: Վնասվածքի անուղղակի մեխանիզմի դեպքում հողի վնասումը առաջանում է ոտնաթաթի գեր պտույտի, դրա առբերման կամ զատման և ուղղահայաց ծանրաբեռնման արդյունքում:

Ամենից հաճախ պճեղների կոտրվածք առաջանում է ոտնաթաթի դեպի դուրս »ոլորման« ժամանակ: Այդ դեպքում ոտնաթաթը գտնվում է վարհակման (պրոնացիայի՝ ոտնաթաթի դարձ ներբանով դեպի դուրս), զատման (աբդուկցիայի) և ներբանային ծալման (էկվինուսի) դիրքում: Սակայն հիմնական տարրը հանդիսանում է վարհակումը: Այդ իսկ պատճառով այս տիպի վնասվածքները անվանում են *պրոնացիոն կոտրվածքներ*: Վարհակիչ կոտրվածքի ժամանակ նկատվում է ոտնաթաթի դեպի դուրս ենթահողախախտի կամ հողախախտի միտում: Ոտնաթաթի վերին հատվածի վարհակումը բերում է դելտայաձև կապանի գերլարմանը և ներսային պճեղի պոկմանը հիմքից կամ կապանի կպման տեղից: Ներսային պճեղի կոտրվածքի գիծն անցնում է միջաձիգ ուղղությամբ: Ներսային պճեղի կոտրվածքի փոխարեն կարող է առաջանալ դելտայաձև կապանի պատռվածք: Վեզոսկրի հետագա դեպի դուրս տեղաշարժվելու դեպքում առաջանում է նրբուլքի կոտրվածք, որը հնարավոր է ցանկացած մակարդակի վրա, սակայն ամենից հաճախ լինում է հողաճեղքից վեր, որտեղ նրբուլքը բարակած է լինում: Նրբուլքի կոտրվածքի գիծն անցնում է կամ թեք, կամ միջաձիգ ուղղությամբ, իսկ վնասման մեխանիզմի պտույտային կոմպոնենտի առկայության դեպքում՝ պարուրաձև ուղղությամբ: Եթե շարունակվում է վնասող ուժի ազդեցությունը, պատռվում է միջուլքային կապաններից որևէ մեկը՝ հաճախ առաջայինը: Դա միջուլքային դիստալ սինդեսմոզի մասնակի պատռվածք է: Նրբուլքի դեպի դուրս շարունակվող տեղաշարժը բերում է միջոսկրային թաղանթի դիստալ հատվածի պատռվածքին, որի ժամանակ վեզոսկրը կարող է ներխրվել ոլքի և նրբուլքի միջև:

Վարհակիչ կոտրվածքը, որը իր մեջ ներառում է բոլոր հիմնական տարրերը՝ 1) ներսային պճեղի կոտրվածք կամ դելտայաձև կապանի պատռվածք; 2) դրսային պճեղի կամ նրբուլքի ստորին երրորդականի կոտրվածք; 3) դիստալ միջուլքային սինդեսմոզի պատռվածք; 4)

նունաթաթի դեպի դուրս ենթահոդախախտ կամ հոդախախտ – կոչվում է *Ռյուպյուիտրենի դասական «կայացած» կոտրվածք*: Եթե վարհակիչ կոտրվածքը չի պարունակում վերը թվահատվածներին բոլոր տարրերը, այն կոչվում է *Ռյուպյուիտրենի կոտրվածքի տիպի կոտրվածք* կամ *վարհակիչ «չկայացած» կոտրվածք*: Վարհակիչ վնասման տարատեսակ է հանդիսանում միջոլոքային սինդեսմոզի և դելտայաձև կապանի պատռվածքը: Հարկավոր է հիշել, որ այս մեխանիզմի դեպքում սինդեսմոզի պատռվածք առանց ներսային պճեղի կոտրվածքի կամ դելտայաձև կապանի պատռվածքի հնարավոր չէ:

Վարհակիչ կոտրվածքի հակառակ մեխանիզմով՝ նունաթաթի ներքանով դեպի ներս գերլարված ոլորումը բերում է այսպես կոչված *վերհակիչ (սուպինացիոն) կոտրվածքի*: Ոսնաթաթի հետին հատվածի կտրուկ վերհակումը բերում է կրունկանրբոլոքային կապանի գերլարմանը, դրա պատռվածքին կամ դրսային պճեղի պոկումով կոտրվածքին: Կոտրվածքի գիծն անցնում է միջաձիգ ուղղությամբ: Վնասող ուժի հետագա ազդեցությունն առաջացնում է ներսային պճեղի և ոլոքի թեք-ուղղահայաց կոտրվածք՝ պայմանավորված վեգոսկրով ճնշման հետ: Ոսնաթաթը տեղաշարժվում է դեպի ներս, տեղի է ունենում ենթահոդախախտ կամ հոդախախտ դեպի ներս:

«Կայացած» վերհակիչ կոտրվածքն իր մեջ ընդգրկում է՝

1. Դրսային պճեղի պոկումով կոտրվածք կամ դրա համարժեքը՝ սրունք-թաթային հոդի դրսային կողմային կապանների պատռվածք;

2. Ներսային պճեղի կամ ոլոքի ներսային եզրի թեք կոտրվածք;

3. Ոսնաթաթի դեպի ներս ենթահոդախախտ կամ հոդախախտ:

Քանի որ պրոնացիոն կամ սուպինացիոն վնասվածքների ժամանակ հիմնականում առկա է 2 պճեղի կոտրվածք, գործնականում նրանց անվանում են երկպճեղ կոտրվածքներ:

Եթե ոսնաթաթի վերհակումը կամ վարհակումը զուգակցվում է դրա թիկնային կամ ներքանային գերլարված ծալումով, տեղի է ունենում լրացուցիչ վնասվածք՝ ոլոքի հետին կամ առաջային եզրի կոտրվածք՝ *Պոտտ-Ֆեստոյի կոտրվածք*, որը կարող է ուղեկցվել ոսնաթաթի առաջային կամ հետին ենթահոդախախտով կամ հոդախախտով: Այսպիսի վնասվածքները երբեմն անվանում են եռապճեղ կոտրվածք, որը սաակյն անատոմիորեն սխալ ախտորոշում է: Ավելի ճիշտ է նրանց անվանել երկպճեղ կոտրվածք ոլոքի առաջային կամ հետին եզրի պոկումով:

Ուղղահայաց գերծանրաբեռնումը կարող է բերել ոլոքի դիստալ մետաեպիֆիզի բեկորային և նրբոլոքի ստորին երրորդականի կոտրվածքի:

Ոսնաթաթի ենթահոդախախտով կամ հոդախախտով ուղեկցվող պճեղների կոտրվածքները կոչվում են *կոտրվածք-հոդախախտեր*:

Այսպիսով, վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքում հնարավոր են պճեղների ինչպես մեկուսացված, այնպես էլ սրունք-թաթային հոդում կոտրվածքների և կոտրվածք-հոդախախտերի տարբեր զուգակցումներ: Կոտրվածքի գծի ուղղությամբ և ոսնաթաթի տեղաշարժով կարելի է ենթադրել վնասման մեխանիզմի մասին:

Ա ի տ ո ռ ո շ ու մ ը պճեղների կոտրվածքների դեպքում սովորաբար դժվարություն չի ներկայացնում: Հիվանդներին անհանգստացնում է ցավը սրունք-թաթային հոդի շրջանում: Ոսնաթաթի վրա հենվելը կոտրվածք-հոդախախտի դեպքում անհնարին է, սակայն մեկ, երբեմն նույնիսկ երկու պճեղների կոտրվածքների դեպքում հնարավոր է, որ պահպանված լինի: Սրունք-թաթային հոդի շրջանը այտուցված է: Վարհակիչ կոտրվածք-հոդախախտի ժամանակ ոսնաթաթը լինում է թեքված դեպի դուրս և գտնվում է դրսադարձ (վալգուսային) վիճակում: Մաշկը սրունքի դիստալ հատվածում, ոլոքի պրոյեկցիայով ձգված է: Դրա տակ շոշափվում է ոլոքի ոսկրաբեկորի սուր ծայրը: Վերհակիչ կոտրվածք-հոդախախտի ժամանակ ոսնաթաթը տեղաշարժվում է դեպի ներս և գտնվում վարուսային վիճակում: Ոլոքի հետին եզրի կոտրվածքով

Պոտտ-Դեստոյի տիպի կոտրվածք-հողախախտի համար բնորոշ է ոտնաթաթի ներբանային ծալումով դիրքը, ոտնաթաթի առաջային հատվածը կարճացած է: Սրունք-թաթային հողի շրջանում հեշտությամբ շոշափվում է ոլոքի առաջային ազատ եզրը: Ոլոքի առաջային եզրի կոտրվածքի և ոտնաթաթի դեպի առաջ հողախախտի ժամանակ նկատվում է ոտնաթաթի առաջային հատվածի երկարացում: Սրունք-թաթային հողի շրջանում ոլոքի առաջային եզրի շոշափման ժամանակ առաջանում է սուր ցավ: Ոտնաթաթը գտնվում է թիկնային ծալման դիրքում: Ոտնաթաթի դեպի դուրս կամ դեպի ներս հողախախտի զուգակցումը դեպի հետ կամ դեպի առաջ հողախախտի հետ բերում է սրունք-թաթային հողի շրջանի համապատասխան դեֆորմացիայի:

Ոտնաթաթի հողախախտի բացակայության դեպքում ախտորոշումը դժվարանում է: Սակայն այդ դեպքում էլ առավելագույն ցավոտությունը ի հայտ է գալիս պճեղների գագաթներից դեպի վեր, կոտրվածքի տեղին համապատասխան, իսկ դիստալ միջոլոքային սինդեսմոզի պատռվածքի դեպքում՝ առջևից ոլոքների միջև հողաճեղքից վեր: Կողմային շարժումները սրունք-թաթային հողում ավելի ցավոտ են, քան առանցքային ճնշման ժամանակ: Սրունքի շրջանում ոլոքները մոտեցնող ճնշումը առաջացնում է կոտրվածքի շրջան ճառագայթող ցավ: Այդ դեպքում դիստալ միջոլոքային սինդեսմոզի լրիվ պատռվածքի ժամանակ առաջ է գալիս զապանակային դիմադրության զգացում:

Առավել ինֆորմատիվ է ռենտգենաբանական հետազոտությունը, որը պարտադիր հարկավոր է կատարել երկու ստանդարտ դիրքերով՝ առաջահետին և կողմային պրոյեկցիաներով: Որոշակի դժվարություն է ներկայացնում միջոլոքային սինդեսմոզի վնասման ռենտգենաբանական մեկնաբանությունը: Նորմայում առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա նրբոլոքը սինդեսմոզի մակարդակին 2/3 կամ 1/2-ով ծածկված է լինում ոլոքի ստվերով: Եթե նրբոլոքը ազատ է լինում ոլոքի ստվերից ավելի մեծ տարածության վրա, խոսում են սինդեսմոզի մասնակի վնասման մասին: Եթե սրունքի ոսկրերի ստվերները ընդհանրապես չեն ծածկում միմյանց, առկա է միջոլոքային համադրման լրիվ պատռվածք: Առավել հստակ տեղեկություն կարելի է ստանալ սրունքի 20-30° դեպի ներս պտտումով՝ թեք պրոյեկցիայով կատարված ռենտգենյան նկարից: Համեմատության համար կատարվում է նաև առողջ կողմի ռենտգենոգրաֆիա:

Բ ու ժ ու մ ը : Մեկ և նույնիսկ երկու պճեղների առանց տեղաշարժի կոտրվածքով հիվանդներին սովորաբար բուժում են ամբուլատոր պայմաններում: Տեղաշարժված անկայուն կոտրվածքներով հիվանդները ստացիոնար բուժման կարիք ունեն:

Միամուկենտ համադրումը և այնուհետև գիպսային կապ դնելը հանդիսանում է պճեղների տեղաշարժով կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժման հիմնական տեսակ: Սրունք-թաթային հողի շրջանի բարդ կոտրվածքների փակ համադրումը, հիմնականում կատարում են ընդհանուր անզգայացման տակ: Տեղային ցավազրկման դեպքում 10-15 մլ նովոկաինի 1-2% լուծույթը ներ են մուծում հողախոռոչ առաջային մուտքից, ոլոքի ստորին եզրով:

Համադրումը կատարվում է հիվանդի մեջքի վրա պառկած դիրքում: Ձկնամկանը թուլացնելու նպատակով ոտքը ծնկան հողում ծալում են մինչև 90°: Վիրաբույժը բռնում է ոտնաթաթը երկու ձեռքով և կատարում ձգում սրունքի առանցքով: Այնուհետև իրականացնում է հողախախտի ներուղղումը, որի համար վարիակիչ կոտրվածքի դեպքում ոտնաթաթի հետին հատվածին տալիս է վերհակման դիրք, իսկ վերհակիչ կոտրվածքի դեպքում՝ վարիակման դիրք: Որից հետո նրբոլոքը մինչև 100° ծալելով՝ ոտնաթաթը բերում են միջին դիրքի: Ոսկրաբեկորների դիրքը շտկվում է պճեղների վրա մատերով ճնշման միջոցով: Ոլոքների մոտեցմանը միմյանց հասնում են սրունք-թաթային հողի շրջանի կողմային մակերեսին ճնշելով: Ոտնաթաթի դեպի

հետ հողախախտի կամ ենթահողախախտի ներուղումը և ոլոքի հետին եզրի համադրումը կատարում են ոտնաթաթը դեպի առաջ բերելով և նրան մինչև 75-80° անկյան տակ թիկնային ծալման դիրք տալով: Ոլոքի առաջային եզրի կոտրվածքի ժամանակ, երբ ոտնաթաթը տեղաշարժված է դեպի առաջ, կատարում են ոտնաթաթի հետ բերում և դրան տալիս ներքանային ծալման դիրք: Գիպսային կապը դնելիս ձեռք բերված դիրքը ֆիքսում են ձեռքերով: Միջոլոքային սինդեսմոզի պատռվածքի դեպքում հատկապես կարևոր է գիպսային կապի մեջ սրունքային ոսկրերը իրար մոտեցնող ճնշումը սրունք-թաթային հողի կողմերից մինչև գիպսի ամրանալը:

Եթե սրունք-թաթային հողի շրջանում է այտուցը արտահայտված է, համդրումից հետո դնում են Ս-ձև գիպսային լոնգետ նրբոլոքի գլխիկից ներքանի տակով, սրունքի միջային մակերեսով մինչև ծնկան հողը: Ոլոքի հետին կամ առաջային եզրի կոտրվածքի դեպքում դնում են նաև հետին գիպսային լոնգետ: Լոնգետները կապում են իրար փափուկ բինտով: Ոտքին տալիս են բարձր դիրք: Այտուցի ներծծման ընթացքում գիպսային լոնգետի թուլացող եզրերը մոտեցնում են՝ սրունքին բինտային կապերը թարմացնելու միջոցով: Պնդացնելով բինտային կապը կանխում են գիպսային լոնգետի մեջ ոսկրաբեկորների հնարավոր երկրորդային տեղաշարժը: Այտուցը լրիվ ներծծվելուց հետո դնում են խուլ գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը (երկարաճիտ կոշիկի տեսքով): Եթե այտուց չկա կամ այն արտահայտված չէ, խուլ գիպսային կապը կարելի է դնել համադրումից անմիջապես հետո: Այս դեպքում խիստ անհրաժեշտ է գիպսային կապի հետագա հսկողությունը: Վերջույթի անգամ թեթևակի ճնշման նշանների առկայության դեպքում հարկավոր է հատել գիպսային կապը ամբողջ երկարությամբ և ամրացնել փափուկ բինտով: Գիպսային կապը դնելուց կամ այն փոխելուց հետո անհրաժեշտ է ռենտգենաբանական վերահսկում: Անհաջող համադրման դեպքում այն կարելի է կրկնել այտուցը ներծծվելուց հետո ընդհանուր անզգայացման տակ:

Համադրումից 1-2 շաբաթ անց թույլ են տալիս քայլել հենակներով: Ոտքը կարելի է թեթևակի ծանրաբեռնել 5-6 շաբաթ անց, գիպսային կապին ասպանդակ կամ կրունկ ամրացնելուց հետո: Գիպսային կապը հանում են 2-3 ամիս անց ելնելով կոտրվածքի ծանրության աստիճանից, սակայն մեկ տարվա ընթացքում անհրաժեշտ է լինում օգտվել սուպինատորներից (վերհակիչներից): Աշխատունակությունը վերականգնվում է 2.5-4.5 ամսից:

Մեկ կամ երկու պճեղների առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ դնում են Ս-ձև գիպսային լոնգետ, որը այտուցը ներծծվելուց հետո վեր են ածում խուլ գիպսային կապի մինչև ծնկան հողը: 1 շաբաթվա վերջին թույլ են տալիս ոտքը թեթևակի ծանրաբեռնել: Միապճեղ առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում անշարժացման տևողությունը 4 շաբաթ է, երկպճեղի դեպքում՝ 6 շաբաթ, իսկ Դեստոյի առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում՝ 7-8 շաբաթ հետագայում հարթաթաթությունը կանխելու նպատակով սուպինատորներ կրելով:

Կմախքային ձգումը այս կոտրվածքների ժամանակ, հազվադեպ է կիրառվում, որից հետո դնում են գիպսային կապ: Այն ցուցված է նաև ոլոքի դիստալ մետաֆիզի կամ մետաէպիֆիզի տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ: Շուրջ անց են կացնում կրունկոսկրից: Ձգման քաշը սրունքի առանցքով՝ 5-7 կգ: 4 շաբաթ անց կմախքային ձգում փոխարինում են գիպսային կապով մինչև ազդրոսկրի միջին երրորդականը կոտրվածքի պահից 3-4 ամիս ժամկետով:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է սրունք-թաթային հողի անակյուն տեղաշարժով, ենթա կամ լրիվ հողախատերով ուղեկցվող կոտրվածքների, հատկապես այն դեպքերում, երբ առկա է դիստալ միջոլոքային համակցման վնասվածք: Օսթեոսինթեզը կատարվում է նաև այն դեպքում, երբ կա ոլոքի հողամակերեսի անհամապատասխանություն նրա առաջային կամ հետին եզրի պոկումի հետևանքով:

Ներսային պճեղը ֆիքսելու համար օգտագործվում են 1-2 կոմպրեսիոն սպունջիոզ պտուտակներ: Դրսային պճեղը կամ նրբոլոքի ստորին երրորդականը կարելի է ֆիքսել ներոսկրածուծային եղանակով՝ շուղերով կամ Շտեյմանի բարակ ձողով: Մակայն ավելի ցանկալի է արտաոսկրային եղանակը՝ հարթակով և փոքրիկ պտուտակներով: Միջոլոքային սինդեամոզը վերականգնվում է մետաղյա բոլտով կամ սպունգիոզ երկար պտուտակով: Ոլոքի հետին կամ առաջնային եզրի օսթեոսինթեզը իրականացվում է պտուտակներով: Բնական է, որ նշված եղանակները հիմնականում զուգակվում են մի քանի վիրահատական մուտքեից:

Երբեմն օգտագործվում է վիրահատական բուժման քիչ ինվազիվ փակ եղանակը, որի ժամանակ ԷՕՓ-ի կոնտրոլի տակ կատարվում է կոտրվածք-հոդախախտի փակ համադրում, սրունք-թաթային հոդի տրանսարտիկուլյար ֆիքսում, իսկ երբեմն էլ՝ ներսային կամ դրսային պճեղների տրանսկուտալ ամրացում մետաղական շուղերով:

Վիրահատությունից հետո դնում են կոտրվածքով գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը, որը կարերը հանելուց և այտուցը ներծծվելուց հետո փոխարինում են խուլ գիպսային կապի: Հիվանդների հետագա բուժումը նույնն է, ինչ կոնսերվատիվ բուժման ժամանակ: Պերկուտանեալ մտցված շուղերը, որոնք մնացել են մաշկից դուրս, հեռացնում են 3-4 շաբաթ անց: Բաց կոտրվածքների դեպքում հնարավոր է նաև արտաօջախային կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն ապարատների կիրառումը (Իլիզարովի կամ մյուսների):

Գ Լ ու ի խ 10

ՈՏՆԱԹԱԹԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀՈԴԱԽԱԽՏԵՐ

Ոտնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքները ավելի հաճախ են հանդիպում, քան այդ շրջանի հոդախախտերը: Դա բացատրվում է ոտնաթաթի հոդերի անատոմիական առանձնահատկություններով:

Առաջին օգնությունը ոտնաթաթի վնասվածքի դեպքում պետք է ընդգրկի ցավազրկում և տրանսպորտային անշարժացում: Վերջինը իրականացնում են մինչև ծնկան հոդը դրվող բեկակալների միջոցով: Անշարժացման համար կարելի է օգտագործել սանդղակավոր, պլաստմասայե, ինչպես նաև պլնմատիկ բեկակալներ: Ստանդարտ բեկակալների բացակայության դեպքում անշարժացումը հարկավոր է իրականացնել ձեռքի տակ եղած միջոցներով: Բաց վնասվածքի դեպքում վերքի շրջանը ծածկում են պաշտպանիչ ասեպտիկ վիրակապով:

Ոտնաթաթի կոտրվածքների և հոդախախտերի բուժման ժամանակ գիպսային կապ դնելիս հարկավոր է մեծ ուշադրություն դարձնել ոտնաթաթի կամարի վերականգնմանը: Ֆիզիոթերապևտիկ բուժում նշանակում են դեռևս վերջույթը գիպսային կապի մեջ գտնվելիս: Այն հանելուց հետո մեխանոթերապիայի, մերսման, բուժական մարմնամարզության և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումների գլխավոր խնդիրը հանդիսանում է ոտնաթաթի հոդերում շարժումների վերականգնումը և դրա կամարի ձևավորելը: Հետվնասվածքային հարթաթաթության կանխարգելման նպատակով ոտնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքներից և հոդախախտերից հետո, բացի մատերի վնասվածքներից, նշանակում են սուպինատորների կրում մինչև մեկ տարի ժամկետով:

Վեզուկրի կոտրվածք և հոդախախտ

Տարբերում են վեգոսկրի վզիկի, մարմնի և հետին ելունի կոտրվածքներ: Վնասման մեխանիզմը, որպես կանոն, անուղղակի է՝ բարձրությունից ոտքերի վրա ընկնելը, ավտոմեքենայի կտրուկ արգելակման ժամանակ ոտնաթաթի առաջամասով դրա հատակին կամ դեկավարման լծակներին ուժեղ հենվելը և այլն.: Այդ դեպքում տեղի է ունենում վեգոսկրի ճգնում ոլոքի և կրունկոսկրի միջև, նույնը տեղի է ունենում ոտքի վրա առանցքային ճնշման ժամանակ:

Ոտնաթաթի թիկնային կտրուկ ծավելը առաջացնում է վեգոսկրի վզիկի կոտրվածք: Այդ կոտրվածքը կարող է լինել առանց տեղաշարժի, վեգոսկրի գլխիկի թիկնային տեղաշարժով, ինչպես նաև այդ ոսկրի մարմնի դեպի հետ հոդախախտով:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Սրունք-թաթային հոդը իր ծավալով մեծացած է, ակտիվ շարժումները, սուր ցավերի պատճառով, խիստ սահմանափակ կամ անհնարին են: Հնարավոր է սրունք-թաթային հոդի և ոտնաթաթի վերին հատվածի դեֆորմացիա: Դեֆորմացիայի բնույթը կախված է կոտրվածքի հարթությունից և ոսկրաբեկորների տեղաշարժից: Սրունք-թաթային հոդի շոշափումը ցավոտ է: Առավելագույն ցավոտություն է նշվում կոտրվածքի շրջանում: Կրունկի բախումը առաջ է բերում ցավերի սաստկացում:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը կատարում են երկու պրոյեկցիաներով, որոնցից առավել ինֆորմատիվ է կողմայինը: Վեգոսկրի վզիկի կոտրվածքով հիվանդների ռենտգեն նկարները վերլուծելիս հատուկ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել վեգակրունկային հոդավորման հետին հատվածի հոդամակերեսների հարաբերակցության վրա:

Վեգոսկրի հետին ելունի կոտրվածքը անհրաժեշտ է տարբերակել լրացուցիչ ոսկրի առկայությունից: Կասկածելի դեպքերում կատարում են առողջ ոտնաթաթի համեմատական ռենտգենաբանական հետազոտություն:

Բ ու ժ ու մ ը : Վեգոսկրի վզիկի առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում 7-8 շաբաթով դնում են գիպսային կապ մատերի ծայրից մինչև ծնկահոդը: Տեղաշարժով կոտրվածքի համադրումը նպատակահարմար է կատարել ընդհանուր անզգայացման տակ: Թիկնային կողմ տեղաշարժված կոտրվածքների ժամանակ այն համադրում են ոտնաթաթին տալով ներբանային ծայրագույն ծալման դիրք (էկվինուս), մշտապես ձգելով կրունկոսկրից: Այդ դիրքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը: 4-6 շաբաթ անց ոտնաթաթին տալիս են 90° անկյան տակ ծալման դիրք և կրկին դնում գիպսային կապ վնասվածքի պահից 3 ամիս ժամկետով:

Վեգոսկրի մարմնի հոդախախտի ուղղումը հարկավոր է կատարել անհետաձգելի ցուցումներով: Հակառակ դեպքում առաջանում են պատկելախոցեր ոսկրաբեկորների ճնշման տակ: Վեգոսկրի կոտրվածքի փակ համադրումը առավել դժվար է և հաճախ չի հաջողվում: Նման դեպքերում կատարում են բաց համադրում և օստեոսինթեզ մեղաշուղեքով: Վիրահատությունից հետո դնում են գիպսային կապ 3-3.5 ամիս ժամկետով:

Վեգոսկրի մարմնի կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկահոդը, որը հանում են 2-3 ամիս անց կապված ոսկրաբեկորների տեղաշարժի աստիճանից: Որոշ հեղինակներ առաջարկում են գիպսային կապը հանել 2-3 շաբաթ անց և վաղաժամկետ բուժական մարմնամարզություն առանց ոտքի վրա հենվելու: Սակայն երկու դեպքում էլ ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժի դեպքում զարգանում է դեֆորմացնող արթրոզ սրունք-թաթային հոդում:

Հետին ելունի կոտրվածքները բուժում են 2-3 շաբաթ գիպսային կապ դնելով և պիրկ բինտավորումով: Աշխատունակությունը հետին ելունի կոտրվածքների ժամանակ վերականգնվում է մոտ 1 ամսից, իսկ վեգոսկրի վզիկի և մարմնի կոտրվածքի դեպքում՝ վնասվածքից հետո 2.5-4.5 ամիս անց: Կոտրվածքից հետո մեկ տարվա ընթացքում խորհուրդ են տալիս կրել սուպինատորներ:

Վեգոսկրի վզիկի և մարմնի կոտրվածքից հետո հաճախ զարգանում է ասեպտիկ մեռուկացում: Այս երևույթի հետ կապված հատուկ նշանակություն է ձեռք բերում վերջույթի երկարատև բեռնաթափելը: Դրա ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս 3 ամիս անց, իսկ վեգոսկրի մարմնի տեղաշարժով կոտրվածքի կամ դրա դեպի հետ հողախախտի դեպքում՝ վնասվածքից 4 ամիս անց: Կտրուկ արտահայտված ասեպտիկ մեռուկացման և դեֆորմացնող արթրոզի դեպքում ցուցված է կատարել սրունք-թաթային, իսկ երբեմն էլ ենթավեզային հողի արթրոդեզ:

Ոտնաթաթի ենթավեգոսկրային հողախախտ

Վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքերում հողախախտը տեղի է ունենում վեզակրունկային և վեզնավակաձև հողերում: Ենթավեգոսկրային հողախախտի ժամանակ ոտնաթաթը ամենից հաճախ տեղաշարժվում է դեպի ներս կամ դեպի հետ և ներս՝ ներսային և հետին ներսային հողախախտ:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Ենթավեգոսկրային շրջանը դեֆորմացված է: Ոտնաթաթը կտրուկ տեղաշարժված է դեպի ներս, գտնվում է էկվինուսի, վերհակման և ներսադարձ դիրքում: Ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին հստակ շոշափվում է վեգոսկրի գլխիկը: Դրանից դեպի ներս շոշափվում է տեղաշարժված նավակոսկրը: Հետին ներսային հողախախտի ժամանակ, առկա է ոտնաթաթի առաջային հատվածի կարճացում և կրունկի երկարացում: Շոշափելիս հիվանդը նշում է տարածուն ցավոտություն: Ոտնաթաթի ֆունկցիան խիստ խանգարված է: Ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում:

Բ ու ժ ու մ ը : Ենթավեգոսկրային հողախախտի ժամանակ ուղղումը ձեռնարկում են հնարավորինս շուտ ժամկետներում, ընդհանուր անզգայացման տակ: Անշարժացնում են մինչև ծնկան հողը դրվող գիպսային կապով 3-4 շաբաթ ժամանակով, այնուհետև անցկացնում ֆունկցիոնալ բուժում: Հետին ներսային հողախախտի դեպքում ներուղղումն իրականացնում են հետևյալ կերպ՝ սրունքը ծալում են ծնկան հողում 90 ° անկյան տակ: Ոտնաթաթը բռնում են կրունկից և ոտնաթաթի առաջային հատվածից տալով դրան ծայրաստիճան առբերման, վերհակման և էկվինուսի դիրք: Այնուհետև կատարում են ձգում և ոտնաթաթի վարիակում, զատում և ուղղակի ճնշում ներսից դեպի դուրս: Օգնականը, ֆիքսելով սրունքի ստորին հատվածը, գործադրում է հակաճնշում: Հողախախտի փակ ներուղղման անհաջողության դեպքում ցուցված է շտապ վիրաբուժական ներուղղում: Ոտքի լրիվ ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս 6-8 շաբաթ անց:

Կրունկոսկրի կոտրվածք

Որպես կանոն, կրունկոսկրի կոտրվածքի մեխանիզմը ուղղակի է: Ամենից հաճախ այն տեղի է ունենում բարձրությունից կրունկների վրա ընկնելիս: Հնարավոր է նաև երկու կրունկոսկրերի կոտրվածք:

Կրունկոսկրի կոտրվածքների տարատեսակները աչքի են ընկնում բազմատեսակությամբ, սակայն ամենից հաճախ հանդիպող և ծանր կոտրվածքները՝ կրունկոսկրի կոմպրեսիոն կոտրվածքներն են: Այդ կոտրվածքի ժամանակ կրունկոսկրը ճնշվելով վեգոսկրի և վնասող ազդակի միջև փշրվում է, վերածվելով մի քանի բեկորների: Կրունկոսկրի կոմպրեսիոն տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում հարթվում է ոտնաթաթի կամարը, խանգարվում կրունկավեզային և կրունկախորանարդաձև համակցումների հողամակերեսների փոխհարաբերությունը: Կոմպրեսիոն կոտրվածքից բացի հնարավոր են եզրային և կրունկոսկրի

առանձին մասերի մեկուսացված կոտրվածքներ: Նշված կոտրվածքները նվազ ծանր են և պրոգնոստիկ տեսակետից՝ ավելի բարենպաստ:

Ա ի ս տ ո թ ո շ ու մ ը : Կոմպրեսիոն կոտրվածքի ժամանակ հիվանդները չեն կարողանում քայլել խիստ ցավերի պատճառով: Կրունկային հատվածը լինում է լայնացած: Հեմատոմա և առավելագույն այտուց նկատվում է ենթապճեղային շրջաններում: Ոտնաթաթի երկայնակի կամարը հարթված է, իսկ մեծ տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում՝ ընդհանրապես բացակայում է: Ձկնամկանի լարվածությունը առաջացնում է ցավերի սաստկացում: Կրունկային շրջանի շոշափումը ցավոտ է: Եզրային կամ մեկուսացված կոտրվածքների կլինիկական պատկերը ավելի աղքատիկ է: Երբեմն հիվանդները կարող են քայլել նույնիսկ հենվելով կրունկների վրա: Առավել հաստատուն ախտանիշ է ցավը կրունկային շրջանում՝ կոտրվածքի մակարդակին:

Կողմային և թիկունքաներբանային (աքսիլյար) պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս ճշտել դիագնոզը:

Բ ու ժ ու մ ը եզրային և մեկուսացված կոտրվածքների ժամանակ սովորաբար առանձնակի դժվարություն չի ներկայացնում: Կոտրվածքի համադրումը իրականացնում են տեղային կամ ընդհանուր անզգայացման տակ տեղաշարժված ոսկրաբեկորների վրա մատային կամ սարքային, ինչպես նաև որոշ այլ հարմարանքներով ճնշման տակ: Կրունկոսկրի «բադի կտուց» տեսակի հորիզոնական կոտրվածքը բուժում են Յուսաշև-Սիլինի եղանակով: Դեպի վեր տեղաշարժված ոսկրաբեկորից անմիջապես վերև անց են կացնում Կիրշների շուղը, որը ամրացնում են կմախքային ձգման պայտի վրա: Վերջույթը ծնկան հոդում ծալում են 60-80 ° անկյան տակ, իսկ կրունկի տակ դնում պինդ (ցանկալի է՝ փայտյա) հենման բարձիկ: Վնասվածքաբանը երկու ձեռքով բռնում է պայտի հիմքից և սեղմում կրունկային թմբկությամբ: Այդ նույն ժամանակ ոտնաթաթին տալիս են ներբանային չափավոր ծալում: Չթուլացնելով ճնշումը կրունկոսկրին, դնում են գիպսային կապ: Այս եղանակի կիրառման դեպքում ուշադրություն են դարձնում, որ գիպսային կապը սերտորեն նստի շուղի վրա, սահմանափակելով դրա տեղաշարժը պրոքսիմալ ուղղությամբ: Կրունկի շրջանում գիպս չեն դնում: Պայտը ֆիքսում են գիպսային կապի մեջ: Կատարում են հսկող ռենտգենաբանական հետազոտություն: 3 շաբաթ անց շուղը հեռացնում են և ևս 2 շաբաթ անց հանում գիպսային կապը: Նույն եղանակով կարելի է համադրել կրունկային թմբի ուղղահայաց կոտրվածքը, միայն այն տարբերությամբ, որ հենման բարձիկը տեղադրում են ոչ թե կրունկի տակ, այլ դրանից առաջ: Կիրշների շուղի կիրառումը այս դեպքերում թույլ է տալիս խուսափել ոսկրաբեկորների երկրորդային տեղաշարժից:

Մի շարք դեպքերում դիմում են վիրաբուժական միջամտության՝ ոսկրաբեկորների բաց համադմանը և շուղով կամ պտուտակով դրանց ֆիքսմանը: Համադրունից հետո դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը 1-1.5 ամիս ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-3 ամիս անց:

Կրունկոսկրի կոմպրեսիոն կոտրվածքների բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է ձգտել ոսկրաբեկորների լավագույն համադրմանը և հոդամակերեսների նորմալ փոխհարաբերությանը վեգակրունկային և կրունկախորանարդաձև հոդերում: Սակայն նման վնասվածքներով հիվանդների բուժման հիմնական խնդիրը ոտնաթաթի երկայնակի կամարի վերականգնումն է:

Առանց ոտնաթաթի կամապի հարթեցման կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը 1.5-2 ամիս ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 2-4 ամիս անց: Եթե առկա է կրունկի լայնացում, կատարում են ձեռքային կամ սարքի միջոցով ճնշում կրունկոսկրի վրա երկու կողմերից:

Ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոմպրեսիոն կոտրվածքի դեպքում կրունկոսկրերի թմբիկը վնասող ազդակի ազդեցության և ձկնամկանի լարվածության տակ տեղաշարժվում է դեպի վեր: Բացի այդ, ներբանային մկանների ազդեցության տակ տեղի է ունենում նրա տեղաշարժ դեպի առաջ: Այդ դեպքում իրականացնում են կողմային ձգում ըստ Կապլանի: Ձգման համար շուղը անց են կացնում կրունկոսկրի դիստալ բեկորով: Շուղի անցկացման տեղը նշում են ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ: Դնում են ձգում սրունքի առանցքով 8 կգ քաշով: 3-4-րդ օրը քաշը թեթևացնում են մինչև 6 կգ և նույն շուղից սրունքի առանցքին ուղղահայաց կախում 4-8 կգ ծանրություն: 5 օր անց երկու ծանրություններն էլ նվազեցնում են մինչև 4 կգ:

Կրունկոսկրի տեղաշարժված ոսկրաբեկորների համադրումը կարելի է իրականացնել Յումաշևի եղանակով: Շուղը անց են կացնում ոչ թե կրունկոսկրի ոսկրաբեկորով, այլ կրունկոսկրից անմիջապես վեր, աքիլեյան ջլի կպման տեղից առաջ: Ոտնաթաթը կախում են ծապավենով, որոնք կապված են շուղից և Բելերի բեկակալի վերին շրջանակից: Դնում են ձգում սրունքի առանցքով 6-7 կգ քաշով:

Քանի որ ձգման ուժի կետը աքիլեյան ջլի նկատմամբ էտ է տեղաշարժված, ոտնաթաթը ստանում է թիկնային ծալման դիրք և ձգման ուղղությունը մոտենում է կրունկոսկրի թմբի առանցքին:

Բուժման այս եղանակը ունի մի շարք առավելություններ: Նախ, շուղը կրունկոսկրից վեր անցկացնելը ավելի հեշտ է, քան ոսկրաբեկորով, հատկապես բազմաբեկոր կոտրվածքի ժամանակ: Վերջինիս դեպքում շուղը կարող է անցնել ոսկրաբեկորների արանքով և ձգման տակ կտրել փափուկ հյուսվածքները: Երկրորդ, շուղը ոսկրից դուրս (ոչ ոսկրի միջով) անցկացնելով խիստ նվազում է այնպիսի վտանգավոր բարդություն, ինչպիսին է կրունկոսկրի օսթեոմիելիտը: Եվ վերջապես՝ վերանում է լրացուցիչ ձգման անհրաժեշտությունը:

Յումաշևի և համահեղինակների կամ Կապլանի եղանակով բուժման 7-10-րդ օրը մամլիչով սեղմում են կրունկոսկրը և դնում լոնգետով գիպսային խուլ կապ, առանց կմախքային ձգումը հանելու: 30-40-րդ օրը հանում են կմախքային ձգումը և դնում գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը վնասվածքից հետո 2.5-3 ամիս ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-5 ամիս անց:

Գարշապարի առաջային հատվածի ոսկրերի կոտրվածք

Նավակաձև, խորանարդաձև և սեպաձև ոսկրերի կոտրվածքներ, որպես կանոն, առաջանում են վնասման ուղղակի մեխանիզմի ժամանակ: Ամենից հաճախ դա ծանր առարկայի ընկնելն է ոտնաթաթի թիկնային մակերեսի վրա: Միայն նավակաձև ոսկրի որոշ կոտրվածքներ հնարավոր են վնասման անուղղակի մեխանիզմով: Կոտրվածքների այս խմբի համար ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժը բնորոշ չէ: Այնուամենայնիվ գարշապարի առաջային հատվածի ոսկրերի կոտրվածքների ժամանակ զգալիորեն խանգարվում է ոթնաթաթի երկայնակի կամարի ամրությունը, որը անհրաժեշտ է նկատի ունենալ բուժման, ինչպես նաև անշարժացման տեսակի և ժամկետների որոշման ժամանակ:

Ա ի տ ո ռ ո շ ու մ ը : Բնորոշ է անամնեզը՝ ծանրության ընկնելը ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին: Հիվանդները կարող են քայլել հենվելով միայն կրունկին: Ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին նկատվում է ուռածություն: Առավել ցավոտություն նշվում է կոտրված ոսկրի վրա: Ոտնաթաթի, հատկապես կողմային և պտույտային շարժումները նույնպես ցավոտ են: Նախագարշապարային ոսկրերի առանցքի ուղղությամբ ճնշումը, կոտրված ոսկրի ուրվագծով,

առաջ է բերում ցավերի սաստկացում: Վերջնական ախտորոշումը ճշտվում է երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո:

Բ ու ժ ու մ ը : Առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը: Քանի որ ոտնաթաթի կամարի ձևավորելը ուղեկցվում է ցավերի կտրուկ սաստկացմամբ, անհրաժեշտ է կատարել կոտրվածքի ցավազրկում նովոկաինի 1-2 % լուծույթով: Գիպսային կապը հանում են 1-2 ամիս անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-3 ամսից:

Հոդախախտ Լիսֆրանկի հոդում

Հոդախախտն առաջանում է նախագարշապարային ոսկրերի հետ գարշապարի դիստալ շարքի ոսկրերի համակցման շրջանում: Հոդախախտը կոչվում է լրիվ, երբ հոդախախտվում են նախագարշապարային բոլոր ոսկրերը: Այն սովորաբար ուղեկցվում է հոդը կազմող ոսկրերի կոտրվածքով:

Բ ու ժ ու մ ը : Ներուղղումը կատարում են ընդհանուր անզգայացման տակ: Երբեմն ներուղղմանը հասնում են փակ եղանակով՝ համապատասխան մատից ձգելով և տեղաշարժված ոսկրահատվածի վրա ճնշելով: Սակայն հաճախ, անհետաձգելի ցուցումներով, ստիպված են լինում կատարել հոդախախտի բաց ներուղղումը և շուղով տրանսարտիկուլյար ֆիքսում: Հոդախախտը ներուղղելուց հետո դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը 4 շաբաթ ժամկետով: Վերջույթի վրա աստիճանաբար ավելացվող ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս առաջին ամսվա վերջից: Հնացած հոդախախտի դեպքում ցուցված է կրել օրթոպեդիկ կոշիկ: Ուշ ժամկետներում վիրաբուժական միջամտությունը կարող է լինել անարդյունք:

Նախագարշապարային ոսկրերի և մատերի ֆալանգների կոտրվածք

Այս կոտրվածքները առաջանում են հիմնականում վնասման ուղղակի մեխանիզմի դեպքում: Հաճախակի են բաց և բազմակի վնասվածքները: Նախագարշապարային ոսկրերի մեկուսացված կոտրվածքների համար ոսկրաբեկորների մեծ տեղաշարժեր բնորոշ չեն, սակայն զուգակցված կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են զգալի տեղաշարժով:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Վնասվածքի մեխանիզմը, տեղային ուռածությունը, ցավն ու ցավոտության սաստկացումը առանցքային ճնշման կամ համապատասխան մատը ձգելու ժամանակ, երբեմն ախտաբանական շարժումն ու ոսկրային կրեպիտացիան թույլ են տալիս ենթադրել կոտրվածք: Նախագարշապարային ոսկրերի կոտրվածքին բնորոշ է Յակոբսոնի ախտանիշը՝ նախագարշապարային ոսկրի գլխիկին սեղմելիս ցավի սաստկացում կոտրվածքի շրջանում: Դիագնոզը ճշտվում է ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո:

Բ ու ժ ու մ ը : Նախագարշապարային ոսկրերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հոդը 4-6 շաբաթ ժամկետով: Այն դնելուց առաջ կատարում են կոտրվածքի անզգայացում նովոկաինի 1-2 % լուծույթով: Ոտնաթաթի երկայնակի և լայնակի կամարների ձևավորման համար համապատասխան տեղերում ամրացնում են թանգիֆե պելոտներ:

Մատերի ֆալանգների առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ բավական է համապատասխան մատը 1-2 շաբաթով անշարժացնել կաչող սպեղանու մի քանի շրջանաձև շերտերով:

Մատերի ֆալանգների և նախագարշապարային ոսկրերի տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում դնում են կմախքային ձգում կամ կատարում ձեռքային համադրում: Առանձնահատուկ

ուշադրություն է հարկավոր դարձնել անկյունային տեղաշարժով ոսկրաբեկորների համադրմանը, երբ անկյունը բացված է դեպի թիկնային կողմ: Նույնը վերաբերվում է նախագարշապարային ոսկրերի վզիկների կոտրվածքին: Ձեռքային համադրումը կատարում են մատի առանցքով ձգելու ժամանակ տեղաշարժված բեկորի վրա ճնշում գործադրելու կամ սեղմելու միջոցով: Գիպսային կապը դնում են մինչև ծնկան հողը: Եթե միամուկնետ համադրումը չի հաջողվում կամ կոտրվածքը գիպսային կապի մեջ ունի տեղաշարժման միտում, դնում են կմախքային ձգում փափուկ հյուսվածքներից՝ ըստ Կապլանի կամ ծայրային ֆալանգներից Չերկես-Ջադեի սարքի վրա: Կմախքային ձգման սարքի շրջանակի թևերը ամրացնում են գիպսային կապի մեջ, որը դրված է սրունքի ու ոտնաթաթի վրա: Ձգումը հանում են 3-4 շաբաթ անց: Գիպսային կապով անշարժացման ժամկետը նախագարշապարային ոսկրերի տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ կազմում է 7 շաբաթ, մատերի ֆալանգների կոտրվածքների դեպքում՝ 3 շաբաթ:

Վիրահատական բուժմանը դիմում են անարդյունավետ փակ համադրման և բաց կոտրվածքների դեպքում: Օստեոսինթեզի համար կիրառում են մետաղաշուղեր կամ Բոգդանովի մետաղաձողեր:

Վնասվածքի բնույթից կախված, նախագարշապարային ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-4 ամիսների ընթացքում: Մատերի ֆալանգների առանց տեղաշարժի և տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում աշխատունակությունը վերականգնվում է համապատասխանաբար 2-3 շաբաթ և 1.5-2 ամիս անց:

Ոտնաթաթի մատերի հոդախախտ

Ամենից հաճախ հանդիպում է I մատի հոդախախտ դեպի թիկնային կողմը: Հոդախախտված մատը կարճացած է, դրա երկայնական առանցքը, կախված կողմային տեղաշարժերից, լինում է դեֆորմացված: Շոշափումը ցավոտ է և զգացվում է հոդախախտված հատվածի արտահայտված ծայրը: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է վնասվածքի բնույթը:

Բ ու ժ ու մ ը: Հոդախախտի ներուղղումը կատարում են ընդհանուր կամ տեղային անզգայացման տակ: Դեպի թիկնային կողմ հոդախախտված հատվածի ներուղղման ժամանակ հարկավոր է մի քիչ մեծացնել շեղումը ավելացնելով թիկնային ծալումը և սեղմելով հոդախախտված հատվածի հիմքի վրա, տեղաշարժել այն դիստալ ուղղությամբ և ծալել դեպի ներքանային կողմ: Փակ ներուղղման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է վիրաբուժական միջամտություն՝ ներուղղումը և տրանսարտիկուլյար ֆիքսացիան մետաղաշուղով: Գիպսային կապը դնում են մինչև սրունքի ստորին երրորդականը 2 շաբաթ ժամկետով:

Գ լ ու ի ս 1 1

Ո Ղ Ն Ա Շ Ա Ր Ի Չ Բ Ա Ր Դ Ա Ց Ա Ծ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Ողնաշարի վնասվածքները դասվում են առավել ծանր վնասվածքների թվին: Ողնաշարի վնասվածքով տուժածները կազմում են ստացիոնար վնասվածքաբանական հիվանդների 17.7 %: Ողնաշարի վնասումներ գոտկային հատվածում ախտորոշվում են 45-50 %, կրծքային հատվածում՝ 40-45 %, պարանոցային հատվածում՝ մոտ 24 % դեպքերում: Ողնաշարի

պարանոցային հատվածում առավել հաճախ վնասվում է IV պարանոցային ողր, կրծքայինում՝ XII և գոտկայինում՝ I ողր:

Չբարդացած են կոչվում ողնաշարի այնպիսի վնասվածքները, որոնք չեն ուղեկցվում ողնուղեղի և արմատիկների վնասումով: Դրանց շարքում պրոգնոստիկորեն առավել անբարենպաստ են հանդիսանում ողերի հոդախախտը և կոտրվածքը: Այս վնասվածքների ուշացած ախտորոշումը կարող է դառնալ ինչպես ողերի, այնպես էլ դուրալ պարկի պարունակության՝ ողնուղեղի և արմատիկների երկրորդային վնասման պատճառ: Հարկավոր է հիշել, որ մեջքի սալջարդի, կապանների վնասման այլն վնասվածքների ախտորոշումը կարելի է դնել միայն այն դեպքում, երբ լիովին բացառվում է ողերի վնասման դիագնոզը:

Ողերի մարմինների հոդախախտ և կոտրվածք

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի գ մ ը : Ողերի մարմինների վնասվածքները հաճախ առաջանում են վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքում՝ առանցքային ծանրաբեռնում ողնաշարի վրա, կտրուկ կամ չափազանց ծալումով կամ (հազվադեպ) տարածումով: Երբեմն կարող են զուգակցվել ծանրաբեռնման երկու և, նույնիսկ, երեք ձև: Օրինակ՝ վնասման այսպես կոչված մտրակային մեխանիզմի՝ մեքենայի վրաերթի, կտրուկ արգելակման դեպքում և այլն., զուգակցվում են ողնաշարի պարանոցային հատվածի կտրուկ ծալումը և տարածումը:

Մեծահասակների մոտ հաճախ վնասվում են ֆիզիոլոգիական մեկ ծովածքից մյուսին անցման, այսինքն ստորին պարանոցային և վերին կրծքային, ստորին կրծքային և վերին գոտկային շրջանի որերը:

Հոդախախտը հաճախ հանդիպում է պարանոցային հատվածում, այն ժամանակ երբ կրծքային և գոտկային հատվածներում գերակշռում են կոտրվածքները և կոտրվածք-հոդախախտերը:

Ողնաշարի վնասման կայունությունը որոշվում է հետին կապանային համակարգի ամբողջականությամբ, որի մեջ մտնում են միջփշային, վերփշային և դեղին կապանները, ինչպես նաև միջողային հոդերը: Հետին կապանային համակարգի լրիվ խախտումով ուղեկցվող վնասվածքները կոչվում են անկայուն, մնացածները՝ կայուն: Անկայուն վնասվածքների դեպքում կա ողերի առաջահետին տեղաշարժման հակում՝ դուրալ պարկի պարունակության ճնշման սպառնալիքով: Կայուն կոտրվածքի դեպքում այդպիսի հակում չկա: *Անկայուն վնասվածքներին* են պատկանում ողերի հոդախախտը և կոտրվածք-հոդախախտը, ողի մարմնի առաջային հատվածի կոտրվածքը դրա բարձրության կեսով և ավելի սեպաձև կոմպրեսիայով, ինչպես նաև ֆլեքսիոն-ռոտացիոն կոտրվածքը: *Ողերի մարմինների կայուն կոտրվածքներն են՝* եզրային պոկումը, ողի մարմնի բարձրության կեսից պակաս սեպաձև կոմպրեսիան, ինչպես նաև այսպես կոչված պայթյունային կոտրվածքները: »Պայթյունային« կոտրվածքը առաջանում է առանցքային ծանրաբեռնման դեպքում առանց ողնաշարի կորացումով և ուղղումով: Այս դեպքում կոտրվում են ողի փակողական թիթեղը: Հարակից ողերի դոնդողանման միջուկները ներդրվում են ողի մարմնի մեջ և հիդրավլիկական հարվածի սկզբունքով ճեղքում այն ներսից մի քանի հատվածի: Կայուն վնասվածքները հանդիպում են ավելի հաճախ, քան անկայունները:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Վնասման վաղ ժամկետներում հիվանդների առավել տարածված գանգատն է հանդիսանում ցավը ողնաշարի վնասված հատվածում: Ցավերի ինտենսիվությունը կախված է ոչ միայն ոսկրային վնասվածքների ծանրությունից, այլ նաև փափուկ հյուսվածքների վնասումից, հիվանդի ընդհանուր վիճակից, զգայունության անհատական շեմքից և այլն.: Այն դեպքերում, երբ ողնաշարի վնասումը ուղեկցվում է այլ օրգանների վնասվածքով, հիվանդը կարող է չհրավիրել բժշկի ուշադրությունը ողնաշարի ցավերի վրա և վնասվածքը մնա աննկատ:

Այդ դեպքում ճիշտ դիագնոզին նպաստում են մանրամասն անամնեզի հավաքելը և կլինիկական մանրագնին հետազոտությունը:

Հիվանդի մարմնի վրա կատարելի և քերտվածքի առկայությունը հնարավորություն են տալիս ճշտել վնասող ուժի ներդրման կետը և վնասման մեխանիզմը: Ողնաշարի կոտրվածքի դեպքում հիվանդները սովորաբար գտնվում են հարկադրական դիրքում, որը հատկապես նկատելի է պարանոցային ողերի կոտրվածքների և հոդախախտների ժամանակ: Մեջքի զննման ժամանակ առաջին հերթին հարկավոր է ուշադրություն դարձնել ողնաշարի ֆիզիոլոգիական ծովածքների փոփոխության վրա: Իրական կուր նկատվում է հազվադեպ, սակայն գոտկային լորդոզի հարթածություն կամ կրծքային արտահայտված կիֆոզ նկատվում են բավականին հաճախ: Մի շարք դեպքերում հնարավոր է նաև կողմային (սկոլիոտիկ) դեֆորմացիա: Լավ զարգացած մկանունքով անձանց մոտ արտահայտված է լինում «սանձերի» ախտանիշը՝ վնասված ողերի փուշելուններ երկու կողմերից մեջքի երկար մկանների լարումը գլանակների ձևով: Պարանոցային ողերի վնասման դեպքում պարանոցի մկանների սպաստիկ կծկումը հանդիսանում է մշտական ախտանիշ: Վնասված շրջանի փուշելունների շոշափումը ցավոտ է: Բացի ցավոտությունից կարող է նշվել կոտրված ողի փուշելունի ցցում դեպի հետ և վնասվածքի շրջանում միջփշային տարածության մեծացում:

Գոտկային ողերի կոտրվածքի դեպքում հնարավոր են ցավեր որովայնում և առաջային պատի մկանների որոշակի լարում: Դա բացատրվում է կոտրվածքը ուղեկցող հետորովայնամզային հեմատոմայի առկայությամբ: Հետորովայնամզային հեմատոման, արևային հյուսակի և սիմպաթիկ սահմանային ցողունի զրգռումը կամ վնասումը բերում են կեղծ որովայնային կեղծ սուր որովայնի կլինիկայի առաջացմանը, որը կարող է լինել այնքան արտահայտված, որ երբեմն ստիպված են լինում դիմել ախտորոշիչ լապարոսկոպիայի և նույնիսկ լապարոտոմիայի:

Որպեսզի տարբերակել գոտկային կամ ստորին կրծքային ողի մարմնի կոտրվածքը մեջքի փափուկ հյուսվածքների վնասումից և լայնակի ելունների կոտրվածքից, հարկավոր է կատարել փուշելունների շոշափում մեջքի վրա պառկած դիրքից ուղղված ոտքերը բարձրացնելու ժամանակ՝ Միլինի ախտանիշ: Սալջարդի, կապանների ձգման կամ լայնակի ելունների կոտրվածքների դեպքում ցավերը չեն ուժեղանում, այն դեպքում երբ ողերի մարմինների, փուշելունների կամ փոքր աղեղների կոտրվածքի դեպքում ցավերը կտրուկ ուժեղանում են: Նշված ախտանիշը հատկապես մեծ նշանակություն ունի վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում ողերի կոտրվածքների ախտորոշման ժամանակ, երբ մնացած բոլոր ախտանիշերը լինում են ոչ հստակ:

Ողնաշարի վրա առանցքային ծանրաբեռնումը կրունկների վրա թեթևակի թակման կամ գլխին սեղման ձևով թույլատրելի է միայն հիվանդի պառկած դիրքում: Ողնաշարի վրա կոպիտ առանցքային ծանրաբեռնումը և շարժումների ծավալի որոշումը, հատկապես ուղղահայաց դիրքում, անթույլատրելի են:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը սկսում են երկու՝ առաջահետին և կողմային պրոյեկցիաներով կատարված ամփոփիչ ռենտգեն նկարներից: Հետագայում, անհրաժեշտության դեպքում կատարում են նշանային նկարներ, ողնաշարի տոմոգրամմաներ և ռենտգենոգրամմաներ թեք պրոյեկցիայով, որոնք թույլ են տալիս ավելի մանրամասնորեն պարզել ինչպես ողի մարմնի, այնպես էլ նրա հետին հատվածների՝ փոքր աղեղների, հոդային և փուշ ելունների պաթոլոգիական փոփոխությունները: Ողի մարմնի կոտրվածքի առավել մշտական ախտանիշ է հանդիսանում նրա սեպաձև դեֆորմացիան, որը տեսանելի է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա:

Ս տ ո թ ի ն կ ր ծ ք ա յ ի ն և գ ո տ կ ա յ ի ն ո ղ ե թ ի կ ո տ ր վ ա ծ ք ի բ ու ժ ու մ ը : Ողնաշարի կոտրվածքի կասկածով տուժածին առաջին օգնություն ցույց տալիս հարկավոր է հիշել, որ ողնաշարի շարժումը, հատկապես դրա կորացումը, կարող են բերել ողնաշարի և ողնուղեղի էլ ավելի մեծ վնասմանը: Այդպիսի հիվանդները պետք է տեղափոխվեն վահանակով հատուկ պատգարակների կամ ձեռքի տակ եղած կոնստրուկցիաների վրա, որոնք բացառում են ողնաշարի կորացումը:

Ողերի կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժման բազմաթիվ եղանակներից առավել տարածում են գտել միամումենտ համադրումը կորսելի հետագա դնումով, ֆունկցիոնալ եղանակը և աստիճանական համադրումը կորսետի հետագա դնումով:

Մ ի ա մ ո մ է ն տ հ ա մ ա դ թ ու մ ը և կորսետի հետագա դնելը ցուցված է ողի մարմնի բարձրության զգալի՝ (մոտ կեսի և ավելի) սեպաձև կոմպրեսիայի դեպքում:

Եղանակի էությունը կայանում է ողնաշարի ուժային ուղղման միջոցով կոտրված ողը համադրելու և մինչև կոտրվածքի սերտաճելը՝ էքստենզիոն կորսել դնելու մեջ: Միամումենտ համադրումը անց են կացնում նարկոզի կամ տեղային անզգայացման տակ: Առավել հասարակ է հանդիսանում անզգայացման եղանակը ըստ Բելերի, երբ կոտրված ողից վեր միջփշային տարածության մեջ 2-4սմ խորության վրա ներմուծում են 20մլ նովոկաինի 0.5% լուծույթ: Տեղային անզգայացումը լրացվում է ցավազրկող միջոցների ենթամաշկային ներմուծումով:

Համադրումը կարելի է իրականացնել տարբեր բարձրության սեղանների վրա ողնաշարի ուղղումով ըստ Ուոտսոն-Ջոնս-Բելերի կամ ըստ Դեյսի եղանակի վեր բարձրացնելով դեմքով ցած պառկած հիվանդի ոտքերը: Մակայն առավել նպատակահարմար է համադրումը կատարել օրթոպեդիկ ունիվերսալ սեղանի վրա: Այս դեպքում ողնաշարի էքստենզիան ապահովում է սեղանի ուղեայունների մոտեցման ժամանակ առաջացող զսպանակային ժապավենների կորության փոփոխումով:

Կորսետը դնում են ողնաշարի ուղղման դիրքում միամումենտ համադրումից և ռենտգենաբանական վերահսկումից անմիջապես հետո: Այդ դեպքում հարկավոր չէ փոխել հիվանդի դիրքը: Ողնաշարի կոմպրեսիոն կոտրվածքի դեպքում գիպսային կորսեթը ունի որոշակի առանձնահատկություններ: Դրա հիմնական նպատակն է խոչընդոտել ուղղման դիրքում գտնվող ողնաշարի կորացումը: Այդ պատճառով այսպիսի կորսեթը կոչվում է էքստենզիոն: Կորսեթը պետք է ունենա հենման երեք կետ՝ կրծոսկր, սիմֆիզ և ողնաշարի գոտկային հատվածը մաքսիմալ լորդոզի շրջանում: Անհրաժեշտ է ձգտել, որ մեջքը մնա հնարավորին չափ բաց: Դա հետագայում կհեշտացնի ֆիզիոթերապևտիկ և հիգիենիկ պրոցեդուրաների իրականացումը մեջքի շրջանում, հնարավոր կդարձնի մեջքի մկանների մերսումը: Կորսեթը դնում են Յուսմաշի, Սիլինի և Տալամբումի եղանակով: Այդ կորսեթը տարբերվում է նմանօրինակ կորսեթներից նրանով, որ գիպսային բինտի դարձապտույտները կորսելի վրա անց են կացնում ուժային ծանրաբեռնման գծերով: Դրանով ապահովում է նյութերի մինիմալ ծախսը, բաց է մնում մարմնի զգալի մասը, նվազում կորսելի քաշը:

Առաջին իսկ օրերից անց են կացնում ֆիզիոթերապիա, մերսում, բուժական մարմնամարզություն: Կորսեթով քայլել թույլ են տալիս համադրումից 3-4 շաբաթ հետո: Կորսեթը հանում են 4-6 ամիս անց: Հետագայում զգալի կոմպրեսիայի դեպքերում կարելի է խորհուրդ տալ կրել օրթոպեդիկ հանովի կորսեթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է կոտրվածքից հետո 1 տարի անց:

Ֆ ու կ ց ի ո ն ա լ ե ղ ա ն ա կ ը ցուցված է թեթև աստիճանի՝ ողի մարմնի բարձրության 1/3 ոչ ավելի կոմպրեսիայի և ողնուղեղային խողովակի պարունակության ճնշման բացակայության դեպքում:

Եղանակի էությունը կայանում է անկողնային ռեժիմի և ողնաշարի երկայնակի ձգման միջոցով կոտրվածքի անշարժացման և լիարժեք »մկանային կորսեթի« ստեղծմանը ուղղված բուժական մարմնամարզության վաղ նշանակման մեջ: Այս դեպքում կոտրված ողի ուղղում չեն կատարում: Ողնաշարի դեֆորմացիան հետագայում շտկում են դրա հարակից հաստվածների կոմպենսատոր ծոման հաշվին: Տիպիկ դեպքերում կորսեթ չեն դնում: Այս եղանակը մանրամասնորեն մշակվել է Վ. Վ. Գորինսկայայի և Ե. Ֆ. Դրնինգի կողմից և ստացել լայն տարածում:

Առանցքային ծանրաբեռնման համար կիրառում են թեք վահանի վրա երկայնակի ձգում անթափոսերից: Ֆիզիոլոգիական լորդոզների տակ դնում են գլանակներ, որպեսզի ապահով են ողնաշարի մաքսիմալ բեռնաթափումը: Գլանիկները պետք է լինեն այնպիսի բարձրության, որ լրացնեն եղած լորդոզը, բայց չավելացնեն ողնաշարի ուղղումը: Հիվանդը առաջին իսկ օրերից պետք է զբաղվի բուժական մարմնամարզությունով: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը՝ 1.5-2 ամիս: 4-6 ամիս անց որոշվում է աշխատունակության վերականգնման հարցը: Սակայն ֆիզիկական ծանր ծանրաբեռնվածության հետ կապված աշխատանքը վնասվածքից հետո մեկ տարվա ընթացքում պետք է բացառել:

Ա ս տ ի ճ ա ն ա կ ա ն հ ա մ ա դ ր մ ա ն ե դ ա ն ա կ ը ու ն ի ն ույն ց ուց ու մ ն եր ը, ի ն չ որ մ ի ա մ ո մ ե ն ս հ ա մ ա դ ր ու մ ը:

Եղանակի էությունը: Համադրումը կատարում են ողնաշարի տարածման էտապային՝ 1-2 շաբաթների ընթացքում մեծացման և հետագայում էքստենզիոն կորսեթ դնելու միջոցով: Համադրումը իրականացնում են վահանակով մահճակալի վրա՝ գոտկային հաստվածի տակ դնելով լայն գլանակներ: 2-3 օր անց գլանակների բարձրությունը ավելացնում են և 7-10-րդ օրերին հասցնում այն մինչև 10-12 սմ: Աստիճանական համադրումը կարելի է իրականացնել հատուկ կոնստրուկցիաների օգնությամբ, որոնք ապահովվում են ողնաշարի աստիճանական ուղղորդումը:

Աստիճանական համադրման հետ միաժամանակ անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, մերսում և ֆիզիոթերապիա: 15-20-րդ օրը դրվում է էքստենզիոն կորսեթ մեջքի վրա պառկած դիրքում: Հետագա բուժումը նույնն է, ինչ որ միամոմենտ համադրումից հետո:

Ո ղ ն ա շ ա ր ի վ ի ր ա հ ա տ ա կ ա ն հ ե տ ի ն ֆ ի ք ս ա ց ի ա ն ց ուց վ ա ծ է ողի մարմինների չբարդացած ֆլեքսիոն կոտրվածքների դեպքում:

Եղանակի էությունը: Կոտրվածքը համադրելուց հետո ֆիքսում են ողնաշարի վնասված հաստվածի փուշելունները, փոքր աղեղները կամ լայնակի ելունները: Դրանով ծանրաբեռնումը տեղաշարժվում է ողնաշարի հետին չվնասված հաստվածի վրա և ողի վնասված մարմինը բեռնաթափվում է կոտրվածքի լավացման ամբողջ շրջանի ընթացքում: Ողնաշարի արտաքին անշարժացում չեն կիրառում:

Կոտրված ողի ուղղումը իրականացնում են նախավիրահատական շրջանում միամոմենտ կամ աստիճանական համադրման եղանակով:

Ողերի կայուն առանց ողնուղեղային խողովակի առաջային պատի վնասման կոտրվածքը կարելի է ֆիքսել Ցիվյանի և Ռամիխի մետաղական առձգիչով, Վեյսֆլոգի կոնստրակտորով կամ իրականացնել ալոպլաստիկ ֆիքսում առանց մեջքի մկանների վնասման ըստ Յումաշև-Միլինի: Այս եղանակով վիրահատության դեպքում ֆիքսում են վնասվածքից վեր և ցած գտնվող մեկական ողերի փուշելունները:

Անկայուն վնասվածքների և ողնուղեղային խողովակի առաջային պատի ամբողջականության խախտումով ողերի մարմինների կոտրվածքի դեպքում ցուցված է կատարել

Ֆիքսում մետաղական հարթակներով, ընդ որում ֆիքսում են վնասվածքից վեր և ցած գտնվող երկուական ողեր:

Հետվիրահատական շրջանում մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել մեջքի մկանների ամրացմանը ուղղված բուժական մարմնամարզության և մերսման վրա:

Անկողնային ռեժիմի ժամկետը որոշվում է ողնաշարի կոտրվածքի բնույթով և վիրահատության ժամանակ մեջքի մկանների վնասման ծավալով: Այսպես, Յուրաշ-Սիլինի եղանակով ողնաշարի ֆիքսման դեպքում հիվանդներին ոտքի են կանգնեցնում 4-6 օր հետո, Ցիվյանի և Ռամիխի կոնտրակտորով ֆիքսացիայից հետո՝ 14-16 օր հետո, իսկ հարթակներով ֆիքսացիայից հետո, երբ ավելի շատ են վնասվում մեջքի մկանները, անկողնային ռեժիմի ժամկետը երկարացնում են մինչև 3 շաբաթ: 2-3 ամիս անց որոշում են աշխատունակության վերականգնման հարցը:

«Պայթյունային» կոտրվածքների դեպքում, երբ սկավառակի դոնդողանման միջուկը ներդրվում է կոտրված ողի հատվածների միջև (ինտերպոզիցիա սկավառակով) և խանգարվում է կոտրվածքի լավացումը, նպատակահարմար է կատարել ոսկրաբեկորների վիրահատական հեռացում և ողի մարմնի փոխարինում ոսկրային փոխպատվաստուկով:

Միջին և վերին կրծքային ողերի կոտրվածքների բուժումը: Ողնաշարի միջին և վերին կրծքային հատվածները լավ ֆիքսված են կրծքավանդակով, այդ պատճառով այդպիսի տեղակայում ունեցող կոտրվածքը սովորաբար չի բերում զգալի կոմպրեսիայի և հազվադեպ է ուղեկցվում ողի հոդախախտով: Այդ պատճառով էլ չի հաջողվում նաև հասնել կոտրված ողի զգալի համադրման:

Վերին և միջին կրծքային ողերի կոտրվածքները բուժում են ֆունկցիոնալ եղանակով ըստ Գորինսկայայի և Դրևինգի: Վերին կրծքային (մինչև Th_V) ողերի կոտրվածքի դեպքում ձգումը իրականացնում են ոչ թե անութափոսերից, այլ պարանոցից Գլխոնի հանգույցով:

Պարանոցային ողերի կոտրվածքի և հոդախախտի բուժումը: Կոտրվածքի և հատկապես հոդախախտի ձեռքային միամումենտ համադրումը կարող է բերել ողնուղեղի վնասման և պետք է իրականացվի միայն փորձառու մասնագետի կողմից: Մեծ տարածում է գտել ձգման եղանակը Գլխոնի հանգույցով, իսկ վերին երեք ողերի վնասվածքների դեպքում՝ կմախքային ձգումը գազաթային թմբիկներից կամ այտոսկրային աղեղներից թեք վահանի վրա: Ձգմանը հասնում են կախելով 6-7 կգ-ից մինչև 15 կգ ծանրություն կոտրվածքի դեպքում և ավել՝ հոդախախտի դեպքում կամ բարձրացնելով մահճակալի գլխային ծայրը 50-60 սմ:

Դեպի առաջ բացվող անկյունի առաջացումով ֆլեքսիոն կոտրվածքի դեպքում մեջքի տակ մինչև պարանոցի հիմքը դնում են գլանակ: Ձգման ուժը հիվանդի նկատմամբ ուղղված է վեր և հետ: Դեպի հետ բացվող դեֆորմացիայի անկյան առաջացումով էքստենզիոն կոտրվածքի դեպքում գլանակը դնում են գլխի տակ և ձգման ուժը ուղղված է վեր և առաջ: Կոտրվածքը համադրելուց հետո ծանրության քաշը պակասեցնում են մինչև 3-4 կգ: Եթե ձգմանը հասնում էին մարմնի զանգվածի հաշվին, ապա մահճակալի գազաթային ծայրը իջեցնում են մինչև 25-30 սմ: Բուժման հետագա վարումը կարող է լինել երկակի:

1. Համադրումից հետո 5-7 օրից ոչ շուտ ձգումը փոխարինում են պարանոցային հատվածի ուղղման դիրքում դրվող վզնոց կորսեթով: Կիսակորսեթը պետք է հենվի ուսերի, կրծոսկրի և ողնաշարի վերին հատվածի վրա, իսկ վերին մասով պահի գլուխը՝ հենվելով կզակի և ծոծրակային թմբի վրա: Վզնոց կորսեթի միջոցով անշարժացման ժամկետը կազմում է 2-3 ամիս:

2. Կայուն կոտրվածքի դեպքում հետագա վարումը կարող է լինել ֆունկցիոնալ՝ անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա և մերսում: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը՝ 1.5-2 ամիս:

Եթե հողախախտի կոնսերվատիվ ուղղումը չի հաջողվում, ինչպես նաև եթե նախօրոք չի ձեռնարկվել փակ ներուղղման փորձ, նյարդաբանական ցուցումների կամ բարդությունների առկայության դեպքում կարելի է իրականացնել վիրահատական ներուղղում, դիսկէկտոմիա և առաջնային սպոնդիլոդեզ կամ դեպի հետ ցցվող ողի մարմնի հատում նրա փոխարինումով ոսկրային փոխպատվաստուկով: Ողնաշարի պարանոցային հատվածի հետին վիրահատական ֆիքսացիան մեծ տարածում չի ստացել:

Ողերի սենիլ կոտրվածք

Սենիլ են կոչվում մեծահասակ և ծերունական տարիքում բնորոշ օսթեոպորոզի ֆոնի վրա առաջացող ողերի մարմինների կոտրվածքները: Վնասվածքը առաջանում է կրծքային կամ գոտկային հատվածներում ողնաշարի առանցքային ծանրաբեռնման կամ կորացման դեպքում աննշան ուժ գործադրելիս: Դրա ժամանակ տեղի է ունենում ողի մարմնի սեպաձև կոմպրեսիա կամ դրա առաջային անկյան պոկում: Սենիլ կոտրվածքը դասվում է կայուն կոտրվածքների խմբին:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է վնասման շրջանում առաջացող անհստակ ցավերով: Հաճախ ցավերը տեղակայվում են կոտրվածքից կողմնայնորեն: Դա պայմանավորված է ողնաշարի դեգեներացված միջողային սկավառակների և կապանային համակարգի ուղեկցող վնասումներով: Այնուամենայնիվ մանրագնին հետազոտման դեպքում կարելի է բացահայտել գոտկային և կրծքային հատվածների ողերի մարմինների կոտրվածքի բնորոշ ախտանիշերը:

Ռենտգենաբանորեն հետազոտում են ոչ միայն ցավային գոտին, այլ և կոտրվածքի տիպիկ տեղակայման տեղը՝ Th_{IX}-ից մինչև L_{III}: Ռադիկուլյար ցավերի ի հայտ գալը վկայում է արմատիկների ճնշման մասին պայմանավորված միջողային սկավառակի ճողվածքով և շրջակա հյուսվածքների այտուցով:

Բ ու ժ ու մ ը : Սենիլ կոտրվածքի դեպքում կոտրված ողի ուղղում չեն կատարում: Բուժումը իրականացնում են ֆունկցիոնալ եղանակով հորիզոնական մահճակալի վրա, որն ունի վահանակ: Սահմանափակում են միայն հիվանդի ողնաշարի կորացման հետ կապ ունեցող շարժումները: Առաջին իսկ օրերից անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն հաշվի առնելով տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունները, օսթեոպորոզի դեղորայքային բուժում, մեջքի և ոտքերի մերսում: 3-5 շաբաթից թույլատրվում է հիվանդի ուղղահայաց դիրքը մինչև 3 ամիս ժամկետով թեթևացված փափուկ կորսեթի կամ մեջքաբռնիչի կրումով:

Ողերի լայնակի ելունների կոտրվածք

Ողերի լայնակի ելունների կոտրվածքը, որպես կանոն, տեղի է ունենում գոտկային հատվածում: Սովորաբար այն լինում է վնասման անուղղակի մեխանիզմի հետևանք ելուններին կաշող քառակուսի և մեծ կլոր գոտկային մկանների կտրուկ լարման դեպքում:

Ուղղակի վնասման լայնակի ելունների շրջանում հարվածի արդյունքում առաջացող կոտրվածքները հանդիպում են ավելի հազվադեպ: Մկանները լարելու դեպքում կոտրված ելունները տեղաշարժվում են ցած և դուրս:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Լայնակի ելունների կոտրվածքի դեպքում ցավային համախտանիշը սովորաբար լինում է կտրուկ արտահայտված: Ցավը ուժեղանում է, երբ հիվանդը մեջքի վրա պառկած դիրքում փորձում է բարձրացնել ուղղված ոտքերը: Այդ դեպքում կարող է դրական լինել

»կպչուն կրունկի« ախտանիշը, երբ անհնար է բարձրացնել կրունկը հենարանից: Ողնաշարի շարժումները սահմանափակված են ցավերի պատճառով: Հարողնաշարային շրջանի շոշափման ժամանակ վնասման մակարդակին նշվում է ցավոտություն:

Ռենտգենաբանական ախտորոշումը սովորաբար պարզ է՝ կոտրվածքը հայտնաբերվում է առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա: Կոտրվածքի գիծը անհարթ է և անցնում է լայնակի, թեք կամ, շատ հազվադեպ, հորիզոնական ուղղությամբ:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոտրվածքի շրջանը 10 մլ նովոկաինի 0.5 % լուծույթով ցավազրկելուց հետո հիվանդին պատկեցնում են վահանակով մահճակալի վրա: Գոտկային մկանները թուլացնելու նպատակով կարելի է տալ »գորտի դիրք«՝ ազդրերը տարածում են, կրունկները միացնում իրար, ծնկերի տակ դնում զլանակ: Անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա, մերսուս: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը՝ 2-3 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-6 շաբաթից:

Ողերի փուշելունների կոտրվածք

Փուշելունները կարող են կոտրվել վնասման ինչպես ուղղակի (հարված էլունի շրջանում), այնպես էլ անուղղակի (գերտարածում կամ կտրուկ ծալում) մեխանիզմի դեպքում: Հնարավոր է միաժամանակ մի քանի փուշելունների կոտրվածք:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Անհանգստացնում է տեղային ցավը կոտրված էլունի շրջանում, որը ուժեղանում է ողնաշարի տարածման և ծալման դեպքում: Շոշափման ժամանակ վնասված փուշելունի վրա նշվում է ուռածություն, կտրուկ ցավոտություն: Երբեմն հայտնաբերվում է փուշելունների միջև եղած տարածության փոփոխություն, վնասված էլունի շարժունություն և տեղաշարժ՝ միջին գծից կողմնայնորեն: Կոտրվածքի գիծը երևում է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգենյան նկարի վրա:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոտրվածքի տեղում ներմուծում են 5 մլ նովոկաինի 0.5-1 % լուծույթ: Ցավերի դեպքում անզգայացումը ստիպված են լինում կրկնել 2-3 օր անց: Անկողնային ռեժիմը պահպանում են 2-3 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-5 շաբաթ անց:

Վերփշային և միջփշային կապանների վնասվածքներ

Վերփշային և միջփշային կապանների վնասվածքները հաճախ նկատվում են պարանոցային և գոտկային հատվածներում: Վնասման մեխանիզմը անուղղակի է: Կապանները կարող են պատռվել ողնաշարի կտրուկ ծալման կամ տարածման դեպքում:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Հետին կապանների թարմ մեկուսացված վնասվածքների դեպքում հիվանդներին անհանգստացնում է տեղային ցավը մեջքում: Ողնաշարի շարժումները ցավոտ են: Հատկապես խանգարված է տարածումը, որը լինում է տանջալի ցավոտ, պայմանավորված ուղղման ժամանակ փուշելուններով վնասված կապանների ճնշման հետ: Մեջքի գնման ժամանակ վնասված կապանների շրջանում կարելի է հայտնաբերել հեմատոմայով պայմանավորված ուռածություն: Միջփշային տարածությունների շոշափումը ցավոտ է: Միջփշային կապանների վնասման դեպքում կտրուկ ցավեր են առաջանում, երբ սեղմում են միջփշային տարածության վրա ոչ թե միջին գծով, այլ քիչ դրանից կողմնայնորեն: Շոշափման ժամանակ կարելի է հայտնաբերել վնասված կապանների որոշակի դեֆեկտ, իսկ դրանց լրիվ պատռման դեպքում մատը համարյա ազատ անցնում է փուշելունների միջև: Կապանների թարմ մեկուսացված պատռվածքների դեպքում փուշելունների հեռացում միմյանցից, որպես կանոն, չի

լինում: Սովորական սպոնդիլոզամաները փոփոխություններ ցույց չեն տալիս: Սակայն ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր է ոսկրային վնասվածքը բացառելու համար:

Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում վերփշային և միջփշային կապանների վնասմանը բնորոշ են լյումբագոյի տիպի համառ ցավերը վնասման շրջանում: Հիվանդները նշում են մեջքի մկանների արագ հոգնածություն: Հետագայում կարող են առաջանալ և արմատիկային ցավեր, որոնք հաճախ կապված են լինում վնասվածքի մակարդակին միջոդային սկավառակի երկրորդային դեգեներատիվ փոփոխությունների հետ սկավառակի հետին և հետին կողմային ճողվածքի առաջացումով: Ողնաշարի շարժունակությունը սահմանափակված է, հատկապես խանգարված է տարածումը: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվող առավել մշտական ախտանիշերն են՝ միջփշային տարածության ցավոտությունը և լայնացումը, միջփշային կապանների թուլությունը:

Վերփշային և միջփշային կապանների վնասման դեպքում վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում կլինիկական պատկերը նման է մի շարք այլ պաթոլոգիական վիճակներին, օրինակ՝ ողնաշարի օսթեոխոնդրոզին: Այդ պատճառով վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում միջփշային կապանների վնասումը ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է կիրառել հետազոտման հատուկ եղանակներ: Դրանցից առավել պարզ է հանդիսանում վնասված կապանների ցավերի անզգայացման միջոցով ժամանակավոր պաշարման փորձը: Միջփշային տարածություն են ներմուծում 3-5 նլ նովոկաինի 2 % լուծույթ: Եթե հիվանդի մոտ իսկապես կա կապանների վնասում, ապա անզգայացումից հետո մեջքի ցավը ժամանակավորապես անցնում է: Անցավ է դառնում նույնիսկ ողնաշարի տարածումը (անզգայացումով դրական փորձ): Երբ կապանների վնասումը զուգակցված է լինում միջոդային սկավառակների դեգեներատիվ փոփոխությունների հետ, անզգայացումով փորձի արդյունքը կարող է լինել բացասական, քանի որ ցավային համախտանիշը պայմանավորված կլինի ոչ միայն կապանների, այլև սկավառակների փոփոխություններով: Այդ դեպքում կարող է սխալ կարծիք ստեղծվել միջփշային կապանների լիարժեքության մասին: Այսպիսով, եթե միջփշային տարածության անզգայացումով դրական փորձը վկայում է միջփշային կապանների պատվածքի մասին, ապա բացասական փորձը դեռևս չի բացառում այն: Կասկածելի դեպքերում ցուցված է կատարել կոնտրաստային ռենտգենաբանական հետազոտություն՝ լիզամենտոգրաֆիա: Փուշելունների երկու կողմերից ներմուծում են կոնտրաստ նյութի լուծույթ: Եթե միջփշային կապաններում կան դեֆեկտներ, կոնտրաստ նյութը լցնում է դրանք և առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարների վրա միջփշային կապանների լուսավորումների ֆոնի վրա երևում են կոնտրաստ նյութի ստվերներ:

Բ ու ժ ու մ ը : Կապանների վնասումից հետո վաղ ժամկետներում ցուցված է անցկացնել կոնսերվատիվ ֆունկցիոնալ բուժում: Ստացիոնար ընդունվելիս իրականացնում են վնասված կապանների անզգայացում: Հետագայում անզգայացումը կրկնում են 3-4 օր ընդմիջումներով: Հիվանդին պատկացնում են մեջքի վրա՝ վահանակով կոշտ մահճակալին: Անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն: Երկրորդ շաբաթից սկսած թույլ են տալիս շրջվել որովայնի վրա: Այդ ժամանակից էլ ցուցված է մեջքի մերսումը: Անկողնային ռեժիմի ընդհանուր ժամկետը՝ 3-6 շաբաթ:

Սակայն ավելի լավ արդյունքների են հասնում կորսեթի կիրառման դեպքում: Բուժման այդ եղանակի էությունը կայանում է նրանում, որ լավացման ամբողջ ժամանակաշրջանում ապահովում է պատված կապանների մաքսիմալ մոտեցումը և անշարժացումը: Միջփշային տարածությունները անզգայացնելուց հետո ողնաշարի ուղղման դիրքում դրվում է էքստենզիոն կորսեթ: Դրանով իրականացվում է փուշելունների և դրանց կաչող կապանների մաքսիմալ

մոտեցումը միմյանց: Կորսեթով հիվանդների հետ անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա: Կորսեթը կրելու ժամկետը՝ 4-6 շաբաթ:

Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում կոնսերվատիվ բուժումը քիչ արդյունավետ է: Եթե կապանների պատռվածքից հետո մեկ տարվա ընթացքում չի հաջողվում կոնսերվատիվ միջոցառումների օգնությամբ հասնել լավացման, ապա անհրաժեշտ է վիրահատական միջամտություն՝ միջփշային կապանների պլաստիկա լավսանե ժապավենով ըստ Յումաշևի, Սիլինի և Դմիտրիևի: Վիրահատությունից հետո ցուցված է անկողնային ռեժիմը կոշտ մահճակալի վրա 2 շաբաթ ժամկետով: Հիվանդի շրջվելու շարժումները մահճակալի վրա չեն սահմանափակվում: Վիրահատությունից հետո առաջին իսկ օրերից նշանակում են բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապիա: Հիվանդին ոտքի վրա կանգնեցնելուց հետո ողնաշարի արտաքին անշարժացում չեն կիրառում: Մարմնի թեքվելը առաջ սահմանափակում են 8-10 շաբաթ ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 11-12 շաբաթ անց:

Գ Լ ու ի 12

Ո Ղ Ն Ա Շ Ա Ր Ի Բ Ա Ր Դ Ա Ց Ա Ծ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է կյանքի ուրբանիզացիայով, բնակչության արդյունաբերական գործունեության աճով, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային

%% °

% % % % °

Ա ն ա տ ո մ ի ա յ ի հ ի մ ու ն ք ն ե ռ ը :

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի զ մ ը :

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը :

Բ ու ժ ու մ ը :

ԿՈՆՔԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ

ՆԵՐԿՈՆՔԱՅԻՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՈՒՄՆԵՐ

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները կազմում են կմախքի բոլոր վնասվածքների 4-7 % և ուղեկցող վնասվածքների ու մահացության թվով զիջում միայն զանգի ոսկրերի կոտրվածքներին: Ռեֆլեքսոգեն հարուստ գոտիների առակայությունը և ոսկրային զանգվածային արյունահոսությունը (ավելի քան 2 մլ) կոնքի վնասվածքների ժամանակ պատճառ է հանդիսանում շոկի զարգացման համար: Մահացությունը կազմում է 5-20 %:

Ցայլոսկրի կոտրվածքները կազմում են կոնքի բոլոր կոտրվածքների 70 %: Կոնքի մյուս ոսկրերի կոտրվածքների հաճախականությունը ըստ նվազման կարգի հետևյալն է՝ աջ զստոսկր, ձախ զստոսկր, նստոսկր, ձախ քացախափոս և աջ քացախափոս: Սրբոսկրագտային կոտրվածքները ուղեկցվում են առավել զգալի արյունահոսությամբ:

Կոնքի օղի տեղաշարժը խոսում է այլ կոտրվածքով կամ հոդախախտով զուգակցված վնասվածքի առկայության մասին: Հոդախախտ առավել հաճախ լինում է սրբոսկրագտային համակցում:

Հետանցքը, ուղիղ, սիզմայաձև և վայրէջ հաստ աղին տեղակայված են կոնքի խոռոչում կոտրվածքների ժամանակ: Այս գոյացությունները կարող են վնասվել, սակայն ավելի հաճախ դա տեղի է ունենում կոնքի թափանցող վիրավորումների դեպքում: Կոնքի կոտրվածքների ժամանակ հաճախակի վնասվում է անմիջապես ցայլային սիմֆիզի հետևում գտնվող միզապարկը: Միզապարկի պատռվածքը կարող է տեղի ունենալ երկու տեղերում՝ կախված ազդող ուժի տեսակից և վնասման ժամանակ միզապարկի լցվածության աստիճանից:

Դ ա ս ա կ ա ր գ ու մ ը : Կախված կոտրվածքի նկատմամբ կոնքի օղի և քացախափոսի հարաբերակցությունից՝ տարբերում ենք կոնքի վնասվածքների հետևյալ խմբերը՝

1. **Եզրային կոտրվածքներ:** Կոնքի օղի կազմի մեջ չմտնող կոնքոսկրերի կոտրվածք՝ փշերի, նստաթմբերի, պոչուկի, սրբոսկրի լայնակի կոտրվածք (սրբոսկրագտային համակցումից ցած), զստոսկրի կոտրվածք:

2. **Կոնքի օղի կոտրվածք առանց անընդհատության խախտման:** Սրանք կոնքի օղը կազմող ոսկրերի կոտրվածքներ են: Կոնքի օղի ամրությունն իջնում է, բայց պահպանվում է հենարանային ֆունկցիան, քանի որ կոնքի երկու կեսերն էլ ինչպես անմիջականորեն, այնպես էլ մյուս կեսի միջոցով կապված են մնում սրբոսկրի հետ: Այդպիսի վնասվածքներից են՝ 1) ցայլոսկրի միևնույն ճյուղի մեկ կամ երկկողմանի կոտրվածք; 2) նստոսկրերի միա- կամ երկկողմանի կոտրվածք; 3) ցայլոսկրի ճյուղերից մեկի միակողմանի և հակառակ նստոսկրի:

3. **Կոնքի օղի անընդհատության խախտումով ուղեկցվող վնասվածքներ:** Այսպիսի վնասվածքների դեպքում կոնքի ամեն մի կեսը կապված է լինում սրբոսկրի հետ միայն մեկ կողմից: Կտրուկ խանգարվում է կոնքի հենարանային ֆունկցիան: Այդպիսի վնասվածքներից են՝ 1) սրբոսկրի ուղղահայաց կոտրվածք կամ սրբոսկրի կողմային զանգվածի կոտրվածք; 2) սրբոսկրագտային համակցման պատռվածք; 3) զստոսկրի ուղղահայաց կոտրվածք; 4) ցայլոսկրի երկու ճյուղերի կոտրվածք մեկ կամ երկու կողմերից; 5) ցայլոսկրի և նստոսկրի կոտրվածք մեկ կամ երկու կողմերից («թիթեռի» տիպի կոտրվածք); 6) սիմֆիզի պատռվածք:

4. **Առաջային և հետին կիսաօղերի անընդհատության միաժամանակյա խախտումով՝ Մալգենի տիպի վնասվածքներ:** Այսպիսի վնասվածքների դեպքում լրիվ կորձում է կոնքի կեսի կապը սրբոսկրի հետ: Կոնքի հենարանային ֆունկցիան բացակայում է: Ողնաշարի՝ (սրբոսկրի)

հետ կապը կորցրած կոնքի կեսը՝ մեջքի և որովայնի մկանների ձգման ուժի ազդեցության տակ, տեղաշարժվում է դեպի վեր: Տարբերում են՝ 1) Մալգենի տիպի երկկողմանի կոտրվածք, երբ առաջային և հետին կիսաօղերը վնասվում են երկու կողմերից; 2) Մալգենի տիպի միակողմանի կամ ուղղահայաց կոտրվածք՝ առաջային և հետին կիսաօղերի միակողմանի կոտրվածք; 3) Մալգենի տիպի թեք կամ անկյունագծային կոտրվածք, երբ առաջային կիսաօղը կոտրվում է մի կողմից, իսկ հետինը՝ մյուսից; 4) կոնքոսկրի հողախախտ՝ սրբոսկրագստային հողավորման և սիմֆիզի պատռվածք; 5) սիմֆիզի պատռման զուգակցում հետին կիսաօղի կոտրվածքի հետ կամ սրբոսկրագստային հողավորման պատռման զուգակցում կոնքի առաջային կիսաօղի կոտրվածքի հետ:

5. Քացախափոսի կոտրվածք: Տարբերում են՝ 1) քացախափոսի եզրի (տանիքի) կոտրվածք, որը կարող է ուղեկցվել ազդրի, հաճախ հետին վերին հողախախտով; 2) քացախափոսի հատակի կոտրվածք, որը կարող է ուղեկցվել ազդրի կենտրոնական հողախախտով՝ ազդրոսկրի գլխիկի տեղաշարժով դեպի կոնքի խոռոչ:

Ա ի տ ո ր ո շ ու մ ր : Բազմակի վնասվածքներ ունեցող և անգիտակից վիճակում գտնվող բոլոր հիվանդների մոտ հարկավոր է կասկածել կոնքոսկրերի կոտրվածքի, եթե ապացուցված չէ հակառակը: Կոնքի կոտրվածքները կարող են բերել արյան կորստի, ուստի հարկավոր է անմիջապես սկսել ինֆուզիոն թերապիա: Այսպիսի հիվանդներին պետք է քիչ շարժել և իրականացնել դադարեցնող միջոցառումներ հետագա բարդություններից խուսափելու նպատակով: Ի տարբերություն մի շարք այլ կոտրվածքների, կոնքի կոտրվածքների բուժման ժամանակ հիմնական ուշադրությունը հարկավոր է ուղղել ոչ թե կոտրվածքներին, այլ ուղեկցող վնասվածքների ախտորոշմանն ու բուժմանը:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների ժամանակ հաճախ տուժում է միզասեռական համակարգը, և այդ պատճառով անհրաժեշտ է պարզել միզելու ցանկության, միզարձակման անկարողության, վերջին մենստրուացիայի ժամկետի, վազինալ արյունահոսության մասին հարցերը: Կոնքի կոտրվածքների կասկածի դեպքում հետազոտումը պետք է իր մեջ ներառի ամբողջ օղի ուղղակի շոշափումը հատուկ ուշադրություն դարձնելով ցայլային սիմֆիզի, սրբոսկրագստային համակցման և սրբոսկրի վրա: Մեղիալ ուղղությամբ զստոսկրի երկու թևերի վրա միաժամանակյա սեղմումը կարող է ուժեղացնել ցավը կոնքի օղի կոտրվածքի շրջանում: Քացախափոսի վնասվածքը ժխտելու համար անհրաժեշտ է հետազոտել երկու կոնքազդրային հողերը որոշելով շարժումների ծավալը: Բացի այդ, կոնքի կոտրվածքների դեպքում անհրաժեշտ է կատարել շագանակագեղձի ուղիղաղիքային մատային հետազոտում որոշելով դրա դիրքը: Շագանակագեղձի տեղաշարժը վկայում է միզուկի թաղանթային հատվածի հնարավոր պատռվածքի մասին:

Կոնքի հնարավոր կոտրվածքների երկրորդային ախտանիշներն են՝

1) Դեստոյի ախտանիշը՝ մակերեսային հեմատոմա աճուկային կապանից վեր կամ ամորձապարկում;

2) Ռուի ախտանիշը՝ տամբինից մինչև ցայլային փուլը ընկած տարածության միակողմանի կարճացում, որը կարող է լինել տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում:

3) Էռլի ախտանիշ՝ ուղիղաղիքային մատային հետազոտման դեպքում հայտնաբերվում է հեմատոմա, ոսկրային պաթոլոգիական ցցվածություն կամ շոշափման դեպքում կոտրվածքի ցավոտ գիծ:

Կոնքի կոտրվածքի կասկածի դեպքում ռենտգենաբանական հետազոտությունը հարկավոր է սկսել առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված նկարների գնահատումով: Կոտրվածքի բացահայտ գծերը սովորաբար հեշտ են ախտորոշվում: Բացի այդ, կարելի է առանձնացնել կասկածելի դաշտեր և կատարել համապատասխան նկարներ թեք պրոյեկցիաներով: Կասկածելի

կոտրվածքների հստակ ախտորոշման համար կարող են պահանջվել կողմային, աքսիալ և առաջահետին պրոյեկցիաներ՝ սեղանի գլխային մասի 35° թեքումով:

Կոնքի կոտրվածքների ժամանակ մահացության բարձր տոկոսը կապված է արյունահոսությունների, շոկի և ներքին օրգանների վնասումների հաճախության հետ: Այդ դեպքերում մահվան հիմնական պատճառ է հանդիսանում հեմոռագիկ շոկը: Կոնքի հետին կոտրվածքների դեպքում արյունահոսությունը ավելի ուժեղ է, քան առաջայինների դեպքում: Անոթային վնասումները մեծամասամբ տեղի են ունենում զստային երակներում և զարկերակներում, որտեղից արյունահոսությունը սովորաբար լինում է աննկատ: Լայնածավալ հետորովայնամզային հեմատոման տարածվում է մինչև հարերիկամային բջջանքը և կարող է պայմանավորել որովայնի մկանների լարվածությունն ու որովայնամզի գրգռման ախտանիշը: Երբեմն սուր որովայնի կլինիկան լինում է այնքան արտահայտված, որ ստիպված են լինում դիմել ախտորոշիչ լապարոցենտեզի կամ լապարոսկոպիայի, իսկ երբեմն էլ ախտորոշիչ լապարոտոմիայի:

Կոնքի վնասվածքները 30% դեպքերում ուղեկցվում են շոկով: Հատկապես ծանր է ընթանում շոկը առաջային և հետին կիսաօղերի անընդհատության միաժամանակյա խախտման դեպքում, երբ կա սպունգանման ոսկրի լայնածավալ վնասում: Այդ դեպքում շոկի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ բացի ռեֆլեքսոգեն հարուստ գոտու գրգռմամբ պայմանավորված ցավային կոմպոնենտից, միշտ կա նաև զգալի արյունազեղում՝ ներկոնքային բջջանքի մեջ: Հիվանդի տեղաշարժը կամ անզգույշ տեղափոխումը կարող է բերել ոսկրաբեկորների երկրորդային տեղաշարժմանը, արյունահոսության ուժեղացմանը, շոկի խորացմանը, ինչպես նաև ճարպային կամ թրոմբոէմբոլիաների առաջացմանը: Շոկային վիճակում գտնվող հիվանդին մինչ ստացիոնար տեղափոխելը, (եթե պայմանները թույլ են տալիս), ցանկալի է կատարել կոտրվածքի անզգայացում և կարգավորել հակաշոկային արյան փոխարինիչների ներարկում: Կոնքի կոտրվածքների ցավազրկման համար սովորաբար կատարում են ներկոնքային անզգայացում ըստ Շելոնիկով-Մելիվանովի: *Ներկոնքային անզգայացման տեխնիկան:* Հիվանդի մեջքի վրա պառկած դիրքում մաշկը անզգայացնելուց հետո զստոսկրի առաջային փշից 1 սմ դեպի ներս ներ են մտցնում 14-15 սմ երկարությամբ ասեղ: Ասեղի շարժմանը նախորդում են նովոկաինի 0.25 % լուծույթի ներմուծումը: Ասեղը շարժում են առջևից դեպի հետ: Այդ ժամանակ ասեղի կոտրվածքը պետք է սահի զստոսկրի ներքին մակերեսով: 12-14 սմ խորության վրա ասեղի ծայրը հայտնվում է զստափոսում, որտեղ և ներ են մուծում 250-300 մլ նովոկաինի 0.25 % լուծույթ: Երկկողմանի կոտրվածքի դեպքում ներկոնքային անզգայացումը կատարում են երկու կողմից:

Սրբոսկրի, պոչուկի մեկուսացված կոտրվածքների և սիմֆիզի պատոման դեպքում առավել նպատակահարմար է տեղային ցավազրկումը, անզգայացնող միջոցը ներմուծելով անմիջապես վնասման տեղում:

Ներքին օրգանների վնասումները զուգակցված կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների հետ բերում են բարձր մահացության: Առավել հաճախ հանդիպում է ստորին միզուղիների վնասումը, այդ թվում և միզապարկի ու միզուկի վնասումները: Միզուկը վնասվում է երկու անգամ ավելի հաճախ, քան միզապարկը: Առաջային միզուկի վնասումները նկատվում են ավելի հաճախ, քան հետին: Այդ վնասումները, որպես կանոն, հանդիպում են ցայլոսկրերի ճյուղերի երկկողմանի երկակի կոտրվածքի դեպքում: Հետին միզուկի պատռվածքի դեպքում հաճախ վնասվում է ոչ թե շագանակային, այլ թաղանթային հատվածը: Ցայլոսկրերի ճյուղերի կոտրվածքների դեպքում այդպիսի վնասումը նկատվում է 10 % դեպքերում:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում միզապարկի վնասումները հանդիպում են 6 % դեպքերում: Միզապարկի արտաորովայնամզային պատռվածք սովորաբար լինում է լցված

միզապարկի դեպքում: Որովայնի խոռոչի ստորին հատվածի ցավերի, միզարձակման անկարողության կամ միզուկից արյունահոսության հետ զուգակցվող շոկը կարող է հանդիսանալ միզապարկի վնասման վաղ նշան: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներով և ստորին միզուղիների վնասման կասկածով հիվանդ պատք է առաջարկել միզել: Միզապարկի պատվածքի դեպքում դա անհնար է: Եթե հաջողվում է ստանալ մեզ, այն հարկավոր է հետագոտել էրիթրոցիտներ հայտնաբերելու համար: Հարկավոր է զննել հիվանդի շեքը՝ կետային արյունազեղումներ՝ էկիմոզներ կամ արյունահոսություն հայտնաբերելու նպատակով, կատարել ուղիղաղիքային հետազոտում շագանակագեղձի դիրքը պարզելու համար: Եթե առկա պոկումային կոտրվածքի կամ առանց կոնքի օղի անունդհատության խախտման կոտրվածքի դեպքում չկա արյունամիզություն կամ զննման ժամանակ չեն հայտնաբերվել միզուղիների վնասման այլ ախտանիշեր, հետագա ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր չէ:

Կոնքի օղի անընդհատության խախտումով կոտրվածքի դեպքում պարտադիր է կատարել ցիստոուրետրոգրաֆիա: Ուրետրոգրամա կարելի է ստանալ միզուկի մեջ զգուշությամբ ներմուծելով 20 մլ կոնտրաստ նյութ հետագա ռենտգենոգրաֆիայով:

Եթե հիվանդը չի կարողանում միզել, խորհուրդ են տալիս փորձել զգուշությամբ մտցնել միզային կաթետր: Անհաջող փորձի դեպքում հարկավոր է կատարել ուրետրոգրաֆիա և ելնելով ստացված արդյունքներից որոշել ակցանով կաթետերի մտցնելու կամ վերցայլքային ցիստոստոմիայի անհրաժեշտություն:

Ռետրոգրադ ցիստոգրաֆիան անց են կացնում կաթիլային եղանակով միզապարկի մեջ 250 մլ կոնտրաստ նյութ (յոդոլիպոլ և այլն.) ներմուծելու ճանապարհով: Լցված միզապարկի պայմաններում, ինչպես նաև միզարձակումից հետո կատարված նկարները հարկավոր է մանրամասն հետազոտել: Ստորին միզուղիների վնասումները սովորաբար բուժում են վիրահատական ճանապարհով: Առաջային միզուկի փոքր չափերի պատվածքները սովորաբար չեն պահանջում վիրաբուժական վերականգնում, քանի որ լավ բուժվում են Ֆոլեի կաթետերի վրա: Միզապարկի և հետին միզուկի պատվածքները նպատակահարմար է բուժել միրահատության միջոցով: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները կարող են ուղեկցվել գինեկոլոգիական վնասումներով: Կարևոր է պարզել, եղել է արդյոք հիվանդի մոտ մենստրուացիա վնասման պահին, քանի որ արյունահոսությունը հեշտոցից կարող է խոսել հեշտոցի կամ արգանդի պատռման մասին:

Սրբոսկրի կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են նյարդերի վնասումով: Որպես կանոն, գերձգման, մանր ոսկրաբեկորների անջատման կամ հեմատոմայի առաջացման արդյունքում տուժում են I և II միջոդային անցքերը և համապատասխան նյարդերը: Այդպիսի վնասումները սովորաբար հայտնաբերվում են նյարդաբանական մանրակրկիտ հետազոտման ժամանակ: I և II միջոդային անցքերի վնասման դեպքում, որպես կանոն, նշվում է ոտնաթաթի դեպի հետ ծալման թուլացում, հետույքային մկանների և ազդրի ծալիչ, ինչպես նաև սրունքի մկանների թուլություն: Սրբոսկրագետային համակցման վնասման դեպքում կարող է տուժել նստանյարդը: Այդ դեպքում նյարդաբանական հետազոտությունը կրացահայտի ոտնաթաթի մեծ մատի հիմքի զգայունության իջեցում և սրունքի առաջային խմբի մկանների թուլություն:

Կոտրվածքների հետ զուգակցված աղեստամոքսային տրակտի վնասումները հանդիպում են, որպես կանոն, միայն թափանցող վիրավորումների դեպքում: Աղեստամոքսային տրակտի ստորին հատվածի վնասման կասկածի դեպքում հարկավոր է կատարել հոգնա ջրալուծ կոնտրաստ նյութով:

Կոնքի վնասվածքներով հիվանդին տեղափոխում են պատգարակի վրա, ծնկների տակ դրված գլանիկով և ոտքերը կապած դիրքում:

Եզրային կոտրվածք

Եզրային կոտրվածքները, որպես կանոն, առաջանում են վնասման ուղղակի մեխանիզմով, երբ վնասող գործոնի ուժը անմիջականորեն ուղղվում է դեպի ոսկրի այս կամ այն հատվածը: Բացի այդ, գստոսկրի թևի կոտրվածքի առաջացումը հնարավոր է կոնքի կարճատև ճնշման դեպքում: Առաջային վերին փշի կոտրվածքը կարող է լինել պոկումային մկանների կտրուկ լարման դեպքում՝ վազքի ժամանակ, ֆուտբոլ խաղալիս և այլն.: Սրբոսկրագստային համակցումից և պոչուկից ցած սրբոսկրի կոտրվածքը հաճախ առաջանում է հետույքի վրա վայր ընկնելիս: Այդպիսի վնասվածքները համարվում են թեթև վնասվածքներ և հազվադեպ են ուղեկցվում շոկով: Հիվանդները նույնիսկ կարող են ինքնուրույն ոտքով գալ բժշկի մոտ:

Զստոսկրի առաջային վերին փշի պոկում: Նշվում է ցավոտություն պոկման շրջանում և տեղային ուռածություն: Դերձականման և ազդրի լայն փակեղը լարող մկանների ազդեցության տակ ոսկրաբեկորները տեղաշարժվում են դեպի ցած և դուրս, որի հետևանքով ստեղծվում է վերջույթի կարճացման կեղծ պատկերացում: Մի շարք դեպք կարող է արտահայտված լինել Լոզինսկու «հետընթացքի» ախտանիշը՝ դեպի առաջ քայլելիս ազդրը ծալելու փորձի դեպքում կոտրվածքի շրջանում փշին կաչող մկանների լարման հետևանքով առաջանում է կտրուկ ցավ, իսկ ոտքի շարժումը դեպի հետ առաջացնում է ավելի թույլ ցավ: Այդ պատճառով էլ հիվանդը նախընտրում է քայլել մեջքով դեպի առաջ:

Բ ու ժ ու մ ը : Առաջային վերին փշի կոտրվածքի և պոկման դեպքում ցավազրկում են կոտրվածքի տեղը հեմատոմայի շրջանում ներմուծելով 20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ և 2 շաբաթ բեռնաթափում վերջույթը: Փշին կաչող մկանների թուլացման համար ոտքը թեթևակի գատման դիրքում տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա: Հազվադեպ՝ երբ չի հաջողվում վերացնել ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժը, դիմում են պտուտակով կամ հատուկ հարթակներով վիրահատական ֆիքսմանը:

Զստոսկրի կոտրվածք քացախափոսի վերին հատվածի Դյուվերնեի տիպի վնասվածքով: Առաջանում է ցավ գստոսկրի թևի շրջանում, որը ուժեղանում է որովայնի թեք մկանների լարման դեպքում: Վնասվածքի կողմում սահմանափակվում են կոնքազդրային հողի շարժումները: Զստոսկրի թևի վրա սեղմումը ուղեկցվում է զգալի ցավոտությամբ: Երբեմն նշվում են շարժունություն և ոսկրային կրեպիտացիա: Մկանների ձգման ուժի ազդեցության տակ գստոսկրի թևը կարող է տեղաշարժվել վեր, որը հաստատվում է թրածն ելունից մինչև առաջային վերին փուշը ընկած տարածության կարճացումով:

Բ ու ժ ու մ ը : Ցավազրկմանը հասնում են կատարելով ներկոնքային անզգայացում վնասման կողմից: Զստոսկրի թևին կաչող մկանների թուլացման և կոտրվածքի շրջանում հանգիստ ապահովելու նպատակով ոտքը տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա: Բուժման առաջին իսկ օրերից նշանակում են բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Զստոսկրի թևի դեպի դուրս զգալի տեղաշարժի դեպքում հիվանդին տեղադրում են գամակի մեջ: Գամակը կապվում է մահճակալի հեծաններից: Այն ճնշում է կոնքը կողմային ուղղությամբ և ապահովում կոտրվածքի աստիճանաբար համադրումը: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը կազմում է 3 շաբաթ:

Սրբոսկրի և պոչուկի լայնակի կոտրվածք: Բացի սրբոսկրի շրջանի ցավերից, նշվում է դեֆեկացիայի դժվարացում և ցավոտություն, նստելու փորձի դեպքում ցավի զգալի ուժեղացում: Չնման ժամանակ սրբոսկրի շրջանում հայտնաբերվում է ուռածություն: Ուղիղաղիքային հետազոտման ժամանակ կոտրվածքից կողմնայնորեն դիստալ բեկորի վրա սեղմելիս վնասվածքի շրջանում առաջանում է կտրուկ ցավ: Այդ ժամանակ հայտնաբերվում է պոչուկի (սրբոսկրի) դիստալ հատվածի ախտաբանական շարժունություն: Երբեմն սրբոսկրի դիստալ

հատվածը տեղաշարժվում է առաջ և կարող է վնասել սրբակրային նյարդը: Այդ դեպքում զարգանում է անմիզապահություն և զգայունության կորուստ հետույքի շրջանում:

Բ ու ժ ու մ ը : Ցավազրկմանը հասնում են տեղային (20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ) կամ հարսրբակրային անզգայացման միջոցով: Հիվանդին պառկեցնում են վահանակով մահճակալի վրա: Ողնաշարի գոտկային հատվածի և սրբակրի պրոքսիմալ հատվածի տակ տեղադրում են լայն գլանակ, որի բարձրությունը ընտրում են այնպես, որ սրբակրի (պոչուկի) ստորին հատվածը կախվելով մահճակալի վրա՝ չդիպչի դրան: Այդպիսով կոտրվածքը բեռնաթափվում է: Դրան կարելի է հասնել նաև կիրառելով գամակ: Այդ դեպքում կտորե լայն գամակը անց են կացնում մեջքի տակ թիակների անկյունից մինչև սրբակրի (պոչուկի) կոտրվածքի շրջանը: Ձգման ուժը գամակի վրա ընտրում են այնպես, որ սրբակրի և պոչուկի դիստալ բեկորը չդիպչի մահճակալին: Նշանակում են մոմիկներ մահամորմով (բելլադոննայով), գոլ հոգնաներ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 3 շաբաթ է: Անց են կացնում ֆիզիոթերապևտիկ բուժում, որի նշանակությունը հատկապես մեծ է սրբակրային դիստալ նյարդերի վնասման դեպքում: Սրբակրի կոտրվածքի համադրումը ուղիղ աղու միջով ճնշման եղանակով հակացուցված է, քանի որ դրա ժամանակ հնարավոր է վնասել այն ոսկրի սուր բեկորներով: Այդ վտանգը բացակայում է պոչուկի հոդախախտի դեպքում: Եթե պոչուկի կոտրվածքից հետո մնում են կայուն ցավեր, կիրառում են կրկնակի հարսրբակրային բլոկադաներ, ինտենսիվ ֆիզիոթերապիա: Կոնսերվատիվ բուժման անհաջողության դեպքում ցուցված է ոսկրաբեկորի վիրահատական հեռցում:

Կոնքի օղի առանց դրա անընդհատության խախտման կոտրվածք

Այս վնասվածքների մեխանիզմը սովորաբար լինում է ուղղակի: Սակայն հազվադեպ դեպքերում կոտրվածքը կարող է առաջանալ վնասման անուղղակի մեխանիզմով՝ կոնքի առաջահետին ուղղությունով ճնշման (նստոսկրի կոտրվածք) կամ մեծ տամբիոնի ծանրաբեռնման (ցայլոսկրի կոտրվածք) հետևանքով:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Կոնքի օղի չբարդացած կոտրվածքով հիվանդների ընդհանուր վիճակը սովորաբար լինում է միանգամայն բավարար: Նրանք զանգատվում են վնասված կողմի ցավերից ցայլքի շրջանում (այլոսկրերի կոտրվածքի դեպքում) կամ շեքի շրջանում նստոսկրերի կոտրվածքի դեպքում, որոնք ուժեղանում են ոտքը շարժելու փորձի ժամանակ: Բնորոշ է Գաբայի ախտանիշը՝ մեջքից կողքի վրա շրջվելիս հիվանդը պահում է կոնքի վնասված կողմի ոտքը սրունքով կամ առողջ կողմի ոտնաթաթով: Կողքից մեջքի վրա շրջվելիս հիվանդը պահպանում է երկու ոտքերի այդ ֆիքսված դիրքը: Կոնքի սեղմումը կողմային և առաջային հետին ուղղություններով, ինչպես նաև ցայլքի կամ նստաթմբերի շոշափումը առաջացնում է ցավ կոտրվածքի շրջանում:

Մի շարք դեպքերում կարող է դրական լինել «կպչուն կրունկի» ախտանիշը՝ հիվանդը չի կարողանում բարձրացնել ուղիղ ոտքը հենարանից, սակայն մի փոքր բարձրացրած վերջույթը կարողանում է ինքնուրույն պահել: Ավելի հաճախ հիվանդը չի կարողանում ոչ բարձրացնել ուղիղ ոտքը հենարանից, ոչ էլ պահել այն բարձրացրած դիրքում:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոտրվածքի տեղը անզգայացնելուց հետո հիվանդին պառկեցնում են վահանակով կոշտ մահճակալի վրա: Միակողմանի կոտրվածքի դեպքում վնասված կողմի ոտքը թեթևակի զատման դիրքում տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա: Երկկողմանի կոտրվածքների դեպքում հիվանդին տալիս են «գորտի դիրք»՝ ոտքերը թեթևակի ծալում են ծնկան և կոնքագոդրային հոդերում, ծնկերը տարածում, ազդրերը պտտում դեպի դուրս, իսկ ոտնաթաթերը մոտեցնում իրար: Ծնկերի տակ դնում են գլանակ կամ հիվանդին տալիս համապատասխան դիրք՝ ֆունկցիոնալ մահճակալի վրա: Եթե հիվանդը չի կարողանում պահել այդ դիրքը,

խորհուրդ են տալիս կապել սրունքթաթային հողերը, իսկ ծնկերի տակ դնել լրացուցիչ զլանակ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 4-5 շաբաթ է: Կոնքային օղը կազմող ոսկրերի առանց անընդհատության խախտման կոտրվածքները ունեն բարենպաստ ընթացք: Դրանցից հետո սովորաբար լինում է ֆունկցիոնալ և անատոմիական լիակատար վերականգնում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթ անց:

Կոնքի ոսկրերի կոնքի օղի անընդհատության խախտումով կոտրվածքներ

Դա կոնքի ծանր վնասվածքների առավել հաճախ՝ մինչև 50 % դեպքերում հանդիպող խումբն է: Դրանք հաճախ ուղեկցվում են շոկով և կոնքի օրգանների վնասումով՝ Վնասման մեխանիզմը, որպես կանոն, անուղղակի է՝ կոնքի առաջահետին կամ կողմային ճնշում, զգալի բարձրությունից վայր ընկնել և այլն.: սիմֆիզի պատռվածքը կարող է լինել նաև ծննդաբերական վնասվածքի արդյունք:

Կոնքի առաջային կիսաօղի վնասվածքներ: Հիվանդները գանգատվում են ցավերից կոնքային շրջանում կամ շեքում: Ոտքերի շարժումը առաջացնում է ցավերի ուժեղացում: Դիրքը հարկադրական է: Ցայլուսկրի վերին ճյուղի և նստուսկրի կոտրվածքի դեպքում ոտքերը թեթևակի ծավալված են կոնքագրային և ծնկան հողերում, ազդրերը տարածված՝ »գորտի դիրք« (Վոլկովիչի ախտանիշ): Սիմֆիզից կողմնայնորեն տեղակայված կոտրվածքի և դրա պատռվածքի դեպքում ազդրերը առբերված են և թեթևակի ծավալված; դրանց տարածելու փորձի դեպքում առաջանում է սուր ցավ: »Կպչուն կրունկի« ախտանիշը կտրուկ դրական է: Ցայլքի և նստաթմբերի շոշափումը ցավոտ է: Կոնքի առաջահետին և կողմային սեղմումը ուժեղացնում է կոտրվածքի շրջանի ցավերը: Ցավերի կտրուկ ուժեղացում նշվում է նաև զստուսկրերը դեպի կողմեր տարածելու փորձի դեպքում: Ցայլուսկրերի մեծ տեղաշարժով պատռվածքի դեպքում երբեմն հնարավոր է լինում շոշափել դրանց միջև եղած փոսությունը:

Ռենտգեն նկարները հետազոտելիս հարկավոր է հաշվի առնել, որ ցայլային հողավորման լայնությունը տարիքի հետ փոխվում է՝ այսպես, 18 տարեկանում այն հավասար է 6 մմ, իսկ հետագայում փոքրանում է մինչև 2 մմ:

Բ ու ժ ու մ ը : Առաջային կիսաօղի առանց տեղաշարժման կոտրվածքների դեպքում հիվանդին պառկեցնում են վահանակի վրա Վոլկովիչի դիրքում: Առաջին շաբաթի վերջից սկսում են բուժական մարմնամարզություն, անց են կացնում ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 5-6 շաբաթ է: »Թիթեռի« տիպի՝ ցայլուսկրերի և նստուսկրերի տեղաշարժով երկկողմանի կոտրվածքը բուժում են հիվանդին տալով դիրք ըստ Վոլկովիչի: X-ձև հատվածի դեպի վեր տեղաշարժի դեպքում անհրաժեշտ է նաև թուլացնել որովայնի ուղիղ մկանները, որոնք կպչում են ցայլուսկրերին: Այդ նպատակով մարմնի վերին կեսի տակ դնում են լրացուցիչ բարձեր, որպեսզի կորացնեն ողնաշարը և մոտեցնեն որովայնի ուղիղ մկանների ամրացման կետերը: Եթե չի հաջողվում իջեցնել կոտրված ոսկրաբեկորները, լրացուցիչ անց են կացնում կմախքային ձգում ազդրուսկրի առանցքով ամեն ոտքին 4-5 կգ քաշով:

Սիմֆիզի պատռման դեպքում ավելի տարածված է գամակի վրա բուժման եղանակը, որի ծայրերը անց են կացնում ձողերի վրայով և դրանց վրա կախում ծանրություններ: Այդ դեպքում կոնքի կեսերի մոտեցումը միմյանց կարելի է իրականացնել երկու եղանակով՝ կամ գամակի ծայրերը խաչում են հիվանդի առջևով այնպես, որ ձգման ուժը ուղղվի հակառակ կողմեր, կամ ձողերը տեղադրում են այնպես, որ լայնությունը դրանց միջև լինի ավելի քիչ, քան զստուսկրերի թևերի միջև եղած հեռավորությունը: Քաշը գամակի ծայրերին ընտրում են այնպես, որ ապահովվի կոնքի կեսերի մոտեցումը:

Միմֆիզի պատման վիրահատական բուժմանը հաճախ դիմում են վնասումից հետո ուշ ժամկետներում, երբ կան «բաղի քայլվածքի» տիպի ստատիկ խախտումներ: Վիրահատության ժամանակ բացում են երկու ցայլուկները: Համակցման հողային եզրերը իրար մոտեցնելուց հետո համադրում են ցայլուկները: Ստացված դիրքը ֆիքսում են շրջանաձև մետաղալարե կարով, որը անց են կացնում փակողական անցքերի ներքին անկյունով, կամ մետաղական հարթակով: Հետվիրահատական շրջանում 6 շաբաթվա ընթացքում անց են կացնում բուժում գամակի վրա խաչաձև ձգումով:

Հետին կիսաօղի վնասվածքներ: Հետին կիսաօղի մեկուսացված վնասվածքները՝ սրբուկրագոտային համակցման պատվածքը, սրբուկրի կամ գոտուկրի ուղղահայաց կոտրվածքը ի տարբերություն առաջայինի հանդիպում են ավելի հազվադեպ: Չնման ժամանակ այս վնասվածքի մասին կարելի է կասկածել ելնելով հիվանդի դիրքից: Կոնքը թեթևակի շրջված է այնպես, որ հիվանդը պառկում է առողջ կողմի վրա: Վնասման կողմի ոտքի ակտիվ շարժումները սահմանափակված են ու ցավոտ: Պալպացիայի ժամանակ վնասման շրջանում նշվում է ցավոտություն: Սրբուկրագոտային հողավորման պատվածքի դեպքում հաջողվում է շոշափել գոտուկրի դեպի հետ տեղաշարժված եզրը: Երբեմն առաջհետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգենյան նկարների վրա չի հաջողվում բացահայտել նման պատվածքը: Այդպիսի դեպքերում դիմում են հատուկ դիրքին, կոնքը 20° թեքելով հակառակ կողմը:

Բ ու ժ ու մ ը հետին կիսաօղի մեկուսացված կոտրվածքների դեպքում իրականացնում են վահանակի վրա առանց խաչաձև ծանրաբեռնման գամակի մեջ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 8-9 շաբաթ է: Տեղաշարժով վնասվածքների դեպքում համադրումը իրականացնում են ոտքից կմախքային ձգման միջոցով: Այն դեպքում, երբ սրբուկրագոտային հողավորման տեղաշարժով պատվածքի ժամանակ կմախքային ձգման օգնությամբ կատարվող ներուղղումը չի հաջողվում, ցուցված է կատարել սրբուկրագոտային հողավորման արթրոդեզ: Այդ վիրահատությանը ստիպված են լինում դիմել նաև վնասման ուշ ժամկետներում, երբ կայուն ցավերը կապված են պահպանված տեղաշարժումով և սրբուկրագոտային համակցման վնասվածքային արթրոզի հետ:

Առաջային և հետին կիսաօղերի անընդհատության միաժամանակյա խախտումով վնասվածքներ Մալգենի կոտրվածք

Կոնքի օղի անընդհատության խախտումով կոտրվածքի այս տարատեսակը կոնքի առավել ծանր վնասումն է և բոլորից հաճախ է ուղեկցվում շոկով: Վնասման առավել հաճախ մեխանիզմն է կոնքի ճնշումը, հազվադեպ, բարձրությունից վայր ընկնելը և այլն.: Վնասման մեխանիզմը միշտ անուղղակի է: Բացի կոտրվածքի շրջանի ցավերից, նշում են նաև ստորին վերջույթների ֆունկցիայի խախտում: Վնասվածքից հետո առաջին ժամերին ամորձապարկի, շեքի և աճուկային կապանի շրջանում առաջանում են կապտուկներ: Չնման ժամանակ կարելի է հայտնաբերել կոնքի կեսերի ասիմետրիա, կոնքի կեսերից մեկի տեղաշարժ դեպի 2-3 սմ վեր: Կոնքի կեսի տեղաշարժը դեպի վեր որոշում են երկու կողմերից համեմատելով թրաձև ելունից մինչև առաջավերին փշերի միջև եղած հեռավորությունները: Կողմային սեղման կամ կոնքի կեսերը տարածելու փորձի դեպքում բացի կոտրվածքի շրջանի ցավերի կտրուկ սրացումից նշում են կոնքի կեսի շարժունություն:

Բ ու ժ ու մ ը: Այս խմբի վնասվածքների դեպքում շոկի բուժման հիմնական կոմպոնենտներից են հանդիսանում ներկոնքային անզգայացումը և արյան կորստի

փոխհատուցումը շիթային, իսկ ապա կաթիլային եղանակով: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում հիվանդին տեղադրում են առանց խաչաձև ծանրաբեռնման գամակի վրա, իրականացնում կմախքային կամ սոսնձային ձգում երկու ազդրոսկրերից ստանդարտ բեկակալների վրա՝ ամեն ոտքի վրա 4-5 կգ քաշով: Կոնքի կեսի դեպի վեր և ներս տեղաշարժի դեպքում կմախքային ձգման քաշը տեղաշարժման կողմում ավելացնում են մինչև 10-14 կգ: Այդ ոտքի ձգումը անց են կացնում զատման դիրքում: Հակաձգման նպատակով որոշ դեպքերում ցուցված է աճուկի տակով հակառակ կողմից անցկացնել բամբակամառլայե օղ, որը ֆիքսում են մահճակալի գլխային ծայրից: Գամակը այդ դեպքում կիրառում են միայն կոնքի տեղաշարժված կեսը իջեցնելուց հետո:

Երկկողմանի ուղղահայց կոտրվածքի դեպքում, երբ կա տեղաշարժ դեպի վեր և ներս, ձգումը անց են կացնում մեծ՝ 10-14 կգ ծանրություններով երկու ոտքերի զատման դիրքում:

Սիմֆիզի պատման դեպքում կոնքի կեսերի մոտեցումը խաչաձև ծանրաբեռնումով գամակի վրա սկսում են վեր տեղաշարժված կոնքի կեսը իջեցնելուց հետո, բայց 3 օրից ոչ ուշ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 10-12 շաբաթ:

Քացախափոսի կոտրվածքներ

Առավել ծանր է ընթանում քացախափոսի հատակի կոտրվածքը ազդրի կենտրոնական հոդախախտով: Քացախափոսի կոտրվածքները առաջանում են վնասման միայն անուղղակի մեխանիզմով՝ կոնքի կողմային ճնշում մեծ տամբիոնների վրա կամ, հազվադեպ, վնասված կողմի մեծ տամբիոնի ծանրաբեռնում:

Ա ի տ ո թ ո շ ու մ ը : Կլինիկական պատկերում գերակշռում է ցավը կոնքազդրային հոդի շրջանում և դրա ֆունկցիայի խախտումը տարբեր աստիճանի արտահայտվածությամբ: Եթե կոտրվածքին ուղեկցում է ազդրի հոդախախտը, ապա տեղի է ունենում կոնքազդրային հոդի ֆունկցիայի զգալի խանգարում: Այդ դեպքում մեծ տամբիոնի զագաթը լինում է Ռոզեր-Նելատոնի գծից վեր: Ոտքը ընդունում է հոդախախտի համար բնորոշ դիրք: Ազդրի կենտրոնական հոդախախտի դեպքում հայտնաբերում են մեծ տամբիոնի ներանկում: Քացախափոսի կոտրվածքի դեպքում ցավը ուժեղանում է ազդրի վրա առանցքային ծանրաբեռնման և մեծ տամբիոնի վրա բախման ժամանակ:

Բ ու ժ ու մ ը : Քացախափոսի ցավազրկմանը հասնում են կոնքազդրային հոդի մեջ ներմուծելով 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ կամ ներկոնքային անզգայացումով ըստ Շկոլնիկով-Սելիվանովի: Քացախափոսի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում ազդրոսկրի առանցքով իրականացնում են կմախքային ձգում ստանդարտ բեկակալի վրա մինչև 5-7 կգ քաշով: Շուրջ անց են կացնում ազդրոսկրի կոճերի կամ ոլոքի վերին մետաֆիզի միջով:

Քացախափոսի վերին եզրի կոտրվածքի դեպքում կիրառում են նույնպիսի ձգում, բայց ավելի մեծ քաշով:

Քացախափոսի հետին վերին եզրի զգալի հատվածի փակ համադրման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է բաց համադրում և քացախափոսի կոտրված եզրի օսթեոսինթեզ:

Քացախափոսի հատակի, ազդրի կենտրոնական հոդախախտով ուղեկցվող, կոտրվածքների դեպքում անց են կացնում կմախքային ձգում՝ ձգման երկու ուժերի համակարգով՝ ազդրոսկրի առանցքով և մեծ տամբիոնից կամ ենթատամբիոնային շրջանից: Կմախքային ձգումը իրականացնում են սվինաձև կորացված շուղից, որը անց են կացնում ազդրոսկրի

ենթատամբիոնային շրջանի միջով ներսից դուրս Կլուչևսկու եղանակով, կամ երկար պտուտամեխից, որը մտցնում են ենթատամբիոնային շրջան՝ ազդրոսկրի արտաքին մակերեսին արված ոչ մեծ կտրվածքից ըստ Լավրովի:

Երկու՝ կողմային և ազդրոսկրի առանցքով ձգման ուժերի հավասարազորը պետք է ուղղված լինի ազդրոսկրի վզիկի առանցքով, այլապես ազդրոսկրի գլխիկը կկպչի քացախափոսի եզրին և համադրումը չի հաջողվի: Ազդրոսկրի վզիկի առանցքով օգտագործում են 6-10 կգ քաշով ձգում: Ձգման ուժը ընտրում են ըստ ուժերի տեղաբաշխման սխեմայի: Մեծամասամբ դեպքերում կողմային ձգման ուժը հավասար է ազդրի երկայքով ուժի 100-125 %: Ըստ Կլուչևսկու կոնքից հակաձգման համար երկու զստոսկրերի առաջային վերին փշերի միջով անց են կացնում սվինաձև կորացված շուղեր: Կոնքի խոռոչից ազդրոսկրի գլխիկը հանելուց և կոնքի բեկորները համադրելուց հետո մեծ տամբիոնից կատարված ձգումը նվազեցնում են մինչև 3-4 կգ: Մի շարք դեպքերում համադրմանը կարելի է հասնել ազդրոսկրի առանցքով կատարված մինչև 10-12 կգ քաշով կմախքային ձգման ճանապարհով՝ ոտքերի մաքսիմալ զատման դիրքում: Կմախքային ձգման ընդհանուր ժամկետը 8-10 շաբաթ է, անկողնային ռեժիմինը՝ 10-12 շաբաթ: Ոտքի վրա ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս վնասումից հետո 4-5 ամսից ոչ շուտ:

Փակ համադրման անհաջող փորձի դեպքում իրականացնում են ազդրի կենտրոնական հողախախտի բաց ներուղղում և քացախափոսի բեկորների օսթեոսինթեզ մետաղական հարթակներով: Քացախափոսի փշրված հատակը կարելի է փոխարինել զստոսկրի թևից ստացված ոսկրային աուտոպատվաստով:

Անհրաժեշտ է նշել, որ քացախափոսի բեկորային կոտրվածքներից հետ անկախ բուժման եղանակից, ավելի ուշ ժամկետներում զարգանում է կոնքազդրային հողի արտահայտված դեֆորմացնող արթորոգ: Այսպիսի դեպքերում ցուցված է հողի տոտալ էնդոպրոթեզավորում:

Գ Լ ու ի խ 14

Գ Ա Ն Գ Ո Ղ Ե Ղ Ա Յ Ի Ն Բ Ա Յ Ե Վ Փ Ա Կ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ը

Կենտրոնական նյարդային համակարգի վնասվածքները կազմում են բոլոր վնասվածքների 30-40 %, իսկ մահացության և հաշմանդամության պատճառների մեջ դրանք գտնվում են առաջին տեղում, կազմելով 40-60 %:

Գանգուղեղային վնասվածքների դասակարգումն ու պարթոզենեզը: Գանգուղեղի վնասվածքը, որն առաջանում է փափուկ հյուսվածքներով և գանգի ոսկրերով փոխանցված արտաքին ազդող ուժի շնորհիվ, համարվում է փակ: Դրանք կարող են համակցվել գանգի ոսկրերի փակ կոտրվածքների (գանգուղեղային փակ վնասվածք) կամ գանգի միայն փափուկ հյուսվածքների վնասման հետ առանց ոսկրերի կոտրվածքի: Նշված բոլոր դեպքերում ներգանգային խոռոչի ամբողջականությունը լինում է պահպանված:

Գանգուղեղային բաց վնասվածքները ստորաբաժանվում են չթափանցող վնասումների, երբ պահպանված է ուղեղի կարծր թաղանթի անբողջականությունը, և թափանցողների, որոնց դեպքում առկա է այդ թաղանթի վնասումը: Վերջին դեպքում առաջանում են պայմաններ, որոնք

կարող են բերել թարախային մենինգիտի, մենինգոէնցեֆալիտի կամ գլխուղեղի արցւեսի զարգացմանը:

Գանգի և գլխուղեղի փակ վնասվածքների ախտորոշումը և կլինիկան: Գանգուղեղային վնասվածքների հիմնական նշաններից է գիտակցության խանգարումները: Գիտակցության երկարատև կորուստը ռեալ վտանգ է սպառնում հիվանդի կյանքին: Առաջին գննման ժամանակ գիտակցության խախտման աստիճանի գնահատման համար օգտվում են հետևյալ սխեմայից:

1. Գիտակցության կարճատև կորստից հետո լրիվ պարզ գիտակցություն՝ հիվանդը կողմնորոշվում է տեղի, ժամանակի և իրադրության մեջ, ճիշտ է ընկալում շրջապատող միջավայրը:
2. Գիտակցության մասնակի կորուստ՝ հիվանդը արգելակված է, քնկոտ, սակայն համառ պահանջի դեպքում հարաբերականորեն մտնում է կոնտակտի մեջ:
3. Արգելակման ծանր աստիճան՝ հիվանդը կատարում են էլեմենտար առաջադրանքներ միայն համառ պահանջի դեպքում:
4. Միջին աստիճանի արգելակում՝ հիվանդը կատարում է առավել բարդությունների առաջադրանքներ և տալիս կարճ պատասխաններ:
5. Թեթև աստիճանի արգելակում՝ կողմնորոշման թույլ արտահայտված խախտում, հարցերին դանդաղ պատասխանում:
6. Սոպորոզ վիճակ՝ պահպանված են միայն հիմնական (կլման, բրոնխալ, կոռնեալ և եղջրաթաղանթային) ռեֆլեքսները: Հիվանդը ցավային գրգռիչներին պատասխանում է միայն դեմքի ծամածռություններով և վերջույթների պաշտպանական ձգումներով: Պահպանված են նաև ցավային գրգռիչների նկատմամբ վեգետատիվ ռեակցիաները շնչառության և անոթազարկի հաճախացման, ինչպես նաև անոթաշարժ խանգարումների ու բբի ռեակցիայի անկայունության տեսքով:
7. Կոմատոզ վիճակ՝ հիվանդը չի ընկալում ներքին և արտաքին շեմքային գրգռիչները և գտնվում է ադինամիկ խորը վիճակի մեջ: Կոմայի խորացման դեպքում անհետանում են բոլոր ռեֆլեքսները, իջնում մկանային տոնուսը, թուլանում սֆինկտորները, խախտվում շնչառությունը, առաջանում սիրտանոթային արտահայտված անբավարարություն, անհետանում են բբային ռեակցիաները, բբերը լայնանում են: Այս վիճակը գնահատվում է որպես ատոնիկ կոմա:

Գիտակցության կորստով ընթացող գանգուղեղային վնասվածքին բավականին բնորոշ է ռետրոգրադ ամնեզիան՝ հիվանդը չի հիշում վնասվածքի առաջացման պահը և, որպես կանոն, չի կարողանում հստակ նշել գիտակցության կորստի եղելիությունը և դրա տևողությունը:

Գլխուղեղային վնասվածքի ժամանակ հնարավոր են նաև սիրտանոթային համակարգի գործունեության խախտումներ: Անոթազարկի դանդաղելը ուղեկցում է թափառող նյարդի կորիզակների գրգռմամբ և առաջանում հաճախ գլխուղեղային վնասվածքից անմիջապես հետո, կամ հետագայում՝ տարբեր ներզանգային ճնշման բարձրացում առաջացնող վիճակների ժամանակ: Անոթազարկի հաճախանալը ցողունի սիմպատիկ կորիզակների գրգռման հետևանք է: Երբեմն նկատվում է պարոքսիզմալ տախիկարդիա: Հնարավոր են արյան ճնշման տատանումներ և արյան շրջանառության տեղային մի շարք խախտումներ:

Կարող են խախտվել նաև շնչառության հաճախականությունը, ռիթմը և խորությունը, որոնք նույնպես ուղեղի ցողունի սիմպատիկ կամ պարասիմպատիկ կորիզակների գրգռման արդյունք են:

IV փորոքի գրգռումը գանգուղեղային վնասվածքի ժամանակ առաջացնում է փսխում: Այն առաջանում է ուղեղային թաղանթների գրգռման և վեստիբուլյար խախտումների հետևանքով: Ուղեղի այտուցը և արյունազեղման հետևանքով առաջացած ներզանգային ճնշման

բարձրացումը նույնպես ուղեկցվում է փսխամամբ: Վեստիբուլյար խանգարումների արտահայտվում են գլխապտույտների, սպոնտան նիստագմի, հավասարակշռության խախտման տեսքով: Հաճախ հայտնաբերում են շլությունն կոնվերգենցիայի խախտում:

Գանգուղեղային թեթև և միջին ծանրության վնասվածքի դեպքում հիվանդները գանգատվում են ճնշող գլխացավերից քունքերի շրջանում, գլխում, ծանրության զգացումից այրոցի, ցավոտ անոթազարկի զգացումից: Ըստ բնույթի դրանք հիշեցնում են միգրենի կամ անոթային սպաստիկ ցավեր: Սուբարախնոիդալ արյունազեղման բացակայության դեպքում գլխացավը հազվադեպ է լինում արտահայտված:

Բբային ռեֆլեքսները սովորաբար լինում են թուլացած: Ուղեղի սալջարդի դեպքում կարող է նկատվել թեթևակի անիզոկորիա: Կայուն անիզոկորիայի դեպքում հարկավոր է տարբերակել Հորների համախտանիշը, որը դրսևորվում է միոզի, պտոզի և էնոֆթալմի տեսքով: Սա ունի սկզբունքային նշանակություն, քանի որ Հորների համախտանիշը հանդիսանում է հիմնականում սիմպաթիկ հանգույցների գրգռման հետևանք, իսկ բբի պրոգրեսիվող լայնացումը կարող է վկայել տեսողական նյարդի անմիջական ճնշման մասին: Այսպիսի դեպքերում կարելի է ենթադրել, որ կա հոմոլատերալ կիսագնդի ճնշում հարաճող ներզանգային հեմատոմայով:

Տեղային կամ օջախային ախտանիշերը գլխուղեղի տարբեր շրջանների և հատվածների վնասման հետևանք են: Որոշակի շրջանների վնասվածքների ժամանակ հայտնաբերվում են որոշակի ախտանիշեր կամ դրանց զուգակցումներ: Դրանց շնորհիվ կարելի է որոշել վնասվածքի տեղակայումը և ծանրության աստիճանը: Երբ վերանում են ուղեղային ընդհանուր երևույթները, ավելի ցայտուն են դառնում օջախային նշանները: Շարժողական շրջանի խանգարումները կարող են արտահայտվել ջեկսոնյան տիպի ցնցումներով, պարեզներով կամ պարալիչներով: Վնասվածքից անմիջապես հետո առաջացող պարեզի կամ պարալիչի պատճառ կարող է լինել շարժողական կենտրոնի ֆունկցիաների պաշարումը, որը կոմպրեսիոն կոտրվածքի դեպքում առաջանում է ճնշման արդյունքում, կամ ուղեղային հյուսվածքի սալջարդի և վնասման հետևանքով: Պարեզի երևույթները զարգանում են ներզանգային հեմատոմայի, ուղեղի այտուցի, գլխուղեղի զարկերակների թրոմբոզի կամ ֆլեբոթրոմբոզի տարածման արդյունքում: Անգիտակից վիճակում գտնվող հիվանդի մոտ հեմիպարեզի ախտորոշումը բավականին բարդ խնդիր է: Սոպորոզ վիճակի դեպքում հետազոտում են ցավային գրգիռների նկատմամբ հիվանդի ռեակցիան: Այդ ժամանակ ախտահարված վերջույթը հակազդում է թույլ կամ ընդհանրապես չի հակազդում: Կոմատոզ վիճակի ժամանակ վեր բարձրացված վերջույթը բաց թողնելու դեպքում անօգնական ընկնում է, իսկ առողջը՝ ծավվում գրպանի դանակի նման: Հետվնասվածքային վաղ շրջանում պարեզի ախտորոշումը բավականին բարդ է, քանի որ վերջույթների ռեֆլեքսների գնահատելը հաճախ տալիս է հակասական պատկեր: Այս դեպքում առավել արժեքավոր ախտանիշ է անիզոռեֆլեքսիայի առկայությունը: Օջախի տեղակայումը որոշելու հարցում կարևոր նշանակություն ունեն խոսակցական խանգարումների ախտորոշումը:

Գլխուղեղի ցնցում

Գլխուղեղի ցնցում ասելով հասկանում են այն ախտանիշների համակարգը, որը զարգանում է գանգի վնասումից անմիջապես հետո, այսպես կոչված, ֆունկցիոնալ խանգարումների տեսքով: Դրանցից առավել արժեքավոր են վեգետատիվ խանգարումները: Ֆիզիոլոգիական տեսանկյունից «գլխուղեղի ցնցում» հասկացության տակ հարկավոր է հասկանալ վնասվածքային ծագում ունեցող շնչական, անոթաշարժ կամ գլխուղեղի ռեֆլեկտոր այլ գործունեության հանկարծակի առաջացող պարեզը կամ պարալիչը, որը զարգանում է անգիտակից վիճակի ֆոնի վրա:

Գլխուղեղի ցնցմանը բնորոշ է ուղեղային հյուսվածքի և թաղանթների մորֆոլոգիական փոփոխությունների բացակայությունը: Գանգուղեղային բոլոր այլ վնասվածքների դեպքում առկա են պաթոմորֆոլոգիական փոփոխություններ և դրանց համար ընդհանուր գլխուղեղային ախտանիշերի հետ մեկտեղ բնորոշ է տեղային կամ օջախային ախտանիշերի առկայությունը:

Գլխուղեղի ցնցման կլինիկական դիագնոզի որոշման համար սուր փուլում կարևոր են հետևյալ ցուցանիշները:

1. Մի քանի վայրկյանից մինչև մի քանի րոպե տևողությամբ գիտակցության խախտում (շշմեցումից մինչև սուպոր):
2. Ռետրոգրադ ամնեզիա՝ հիվանդը չի հիշում վնասմանը անմիջապես նախորդող իրադարձությունները; անտերոգրադ ամնեզիա՝ միայն վնասվածքից հետո շատ կարճ ժամանակահատվածը:
3. Գիտակցությունը վերականգնվելուց հետո տիպիկ են գանգատները գլխացավից, թուլությունից, գլխապտույտից, ականջներում աղմուկի և զրնգոցի զգացումից, դեպի դեմք արյան հոսքից, քրտնարտադրությունից և վեգետատիվ այլ արտահայտումներից: Նշվում են ցավեր ակնագնդերի շրջանում, կարդալու ժամանակ ակնագնդերի դիվերգենցիա:
4. Միանվագ փսխում, սովորաբար վնասվածք ստանալուց հետո:
5. Շնչառությունը թեթևակի մակերեսային է, հաճախականության սահմանափակ փոփոխումով առանց առիթմիայի, որը արագ կարգավորվում է:
6. Անոթագարկը սովորաբար լինում է ֆիզիոլոգիական նորմայի սահմաններում: Վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո նկատվում է դրա կարճատև արագացում կամ դանդաղում:
7. Հաճախակի դեմքի գունատություն, իսկ ապա գերարյունություն:
8. Զարկերակային ճնշումը առանց որոշակի փոփոխությունների, մարմնի ջերմաստիճանը նորմալ:
9. Հնարավոր են դեմքի միմիկայի մկանների ասիմետրիա, ջլային ու մաշկային ռեֆլեքսների անկայուն, ոչ խորը ասիմետրիա, որը սովորաբար անհետանում է վնասվածքից հետո առաջին 3 օրերի ընթացքում:
10. Թաղանթային կայուն ախտանիշերի բացակայություն:
11. Արյան պատկերը առանց նկատելի փոփոխությունների:
12. Գանգի ոսկրերի վնասվածքները բացակայում են:
13. Լիկվորի ճնշումը հաճախ նորմալ է, երբեմն՝ իջած: Գանգուղեղաողնուղեղային հեղուկի կազմը առանց էական փոփոխությունների, այն թափանցիկ է, առանց արյան տեսանելի խառնուրդի:

Հիվանդների ընդհանուր վիճակը նորմալանում է սովորաբար վնասվածքից հետո առաջին շաբաթի ընթացքում:

Գլխուղեղի ցնցումը հարկավոր է գնահատել որպես գանգուղեղային փակ վնասվածքի առավել թեթև ձև և այն չեն ստորաբաժանում ըստ ծանրության աստիճանի:

Գլխուղեղի ցնցման համախտանիշի դեպքում բուժման մեջ մտնում են հանգիստը, տրանկվիլիզատորների, հակահիստամինային, սեդատիվ և դեսենսիբիլիզացնող միջոցների նշանակումը, ֆիզիոթերապիան:

Ռեժիմի ակտիվացմանը հարկավոր է անցնել հիվանդի ինքնազգացողության բարելավման դեպքում, երբ հիվանդն ինքն է ձգտում ավելի ակտիվ վարքին՝ սովորաբար վնասվածքից հետո 1-3 օրերին: Ստացիոնարում գլխուղեղի ցնցումով հիվանդի մնալու միջին ժամկետը կազմում է 6-8 օր, անաշխատունակության ժամկետը՝ 2-4 շաբաթ (եղնելով աշխատանքի պայմաններից և հիվանդի ակտիվությունից):

Գլխուղեղի սալջարդ

Սալջարդի ժամանակ նկատվում են օջախային ախտանիշեր: Թեթև աստիճանի դեպքում դրանք, որպես կանոն, հիմնականում արտահայտվում են ռեֆլեկտոր ասիմետրիայի ձևով: Գլխուղեղի ցանկացած աստիճանի սալջարդի բացարձակ ախտանիշեր են համարվում գանգաթաղի և հիմքի կոտրվածքի հայտնաբերելը կամ լյումբալ պունկցիայի ժամանակ ողնուղեղային հեղուկում արյան հետքերի հայտնաբերելը: Գլխուղեղի թեթև աստիճանի սալջարդի դեպքում, որպես կանոն, ներգանգային զգալի արյունազեղում և կոմպրեսիայի կամ դիսլոկացիայի համախտանիշի զարգացում չի նկատվում:

Գլխուղեղի միջին ծանրության սալջարդը բնորոշվում է կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարման ավելի արտահայտված օջախային ախտանիշերով (հեմիպարեզ կամ հեմիպլեգիա)՝ աֆազիայով, հիպերսթեզիայով, գանգային նյարդերի (առավել հաճախ՝ ակնաշարժ, եռորյակ, դիմային և լսողական) ախտահարումով: Գանգուղեղային վնասվածքի սուր փուլում օջախային ախտանիշերը քողարկվում են ընդհանուր ուղեղային ախտանիշերով, իսկ գիտակցության վերականգնման դեպքում արտահայտվում առավել ցայտուն:

Գլխուղեղի ծանր աստիճանի սալջարդը վտանգավոր է կյանքի համար և բնորոշվում էրկարատն սոպորոզ-կոմատոզ վիճակով, կենսական կարևոր ֆունկցիաների խանգարումներով, նյարդաբանական կոպիտ (ընդհանուր ուղեղային և տեղային), մետաբոլիզմի, արյան շրջանառության խորը խանգարումներով և այլն.: Ներգանգային ճնշման բարձրացման դեպքում հնարավոր է տեսողական նյարդերի կանգային դիսկերի առկայությունը:

Մեծ նշանակություն ունի սալջարդի օջախի տեղակայումը: Ծանր աստիճանի սալջարդ է գլխուղեղի հիմքի, դիէնցեֆալ շրջանի, կիսագնդերի մեղիոբազալ հատվածների վնասումները: Գլխուղեղի ցողունի առաջնային վնասման դեպքում հիվանդները ախտահարման պահից գտնվում են կոմատոզ խորը վիճակում, որն ուղեկցվում է շնչառության և սիրտանոթային գործունեության խախտումներով: Կոմատոզ վիճակից դուրս գալուց հետո հիվանդները դեռ երկար ժամանակ մնում են սոպորի կամ շժմեցման վիճակում, ապակոդմնորոշված են: Ծնչառության պերիֆերիկ տիպի խախտումները միանում են ավելի ուշ՝ շնչուղիներում լորձի կամ արյան ու ողնուղեղային հեղուկի կուտակմանը զուգընթաց, ինչպես նաև կապված ձայնային ճեղքի սպազմի, կլման ռեֆլեքսի անկման և թոքաբորբի միացման հետ: Նյարդաբանական ախտանիշերի զարգացման մեջ մեծ դեր են խաղում գլխուղեղի այտուցի-ուռջեցման զարգանալը, դրա հիպօքսիան, ինչպես նաև թորոքիկների մեջ զեղմած արյան ազդեցությունը:

Գլխուղեղի ծայրահեղ ծանր սալջարդի դեպքում ջնջված օջախը ուղեղային հյուսվածքի վրա ազդում է այնպես, ինչպես և ցանկացած ծավալուն պրոցես (հեմատոմա, օտար մարմին և այլն.), որն է ստեղծում գլխուղեղի աճող ճնշում:

Գլխուղեղի սուբարախնդիդալ մեծածավալ արյունազեղումով ուղեկցվող սալջարդների դեպքում կոնսերվատիվ բուժումը վերը նշված դեղամիջոցներից բացի պետք է ներառի հակաբակտերիալ բուժում մենինգիտի և մենինգոէնցեֆալիտի կանխարգելման նպատակով, (հատկապես գանգի հիմքի կոտրվածքի դեպքում): Հարկավոր է նաև արյունը հեռացնել ենթաթաղանթային տարածքներից լյումբալ կրկնակի պունկցիաների ճանապարհով: Միանվագ կարելի է հեռացնել 5-10 մլ արյուն: Խորհուրդ է տրվում սուբարախնդիդալ տարածության մեջ թթվածնի ներմուծելը արյունահոսությունը կանգնացնելու նպատակով և լիդազայի ներմուծելը կպումային պրոցեսը կանխելու նպատակով: Դ ի ս լ ո կ ա ց ի ո ն հ ա մ ա խ տ ա ն ի շ ի ա ռ կ ա յ ու թ յ ա ն դ ե պ թ ու մ լ յ ու մ բ ա լ պ ու ն կ ց ի ա ն խ ի ս տ հ ա կ ա ց ու ց վ ա ծ է :

Անկողնային ռեժիմի ժամկետը գլխուղեղի թեթև աստիճանի սալջարդով հիվանդների մոտ սահմանափակվում է 2 շաբաթով, միջին աստիճանի դեպքում՝ 2-3 շաբաթով և ծանրի դեպքում՝ 4 շաբաթով: Օջախային կոպիտ խանգարումների դեպքում հիվանդը անցնում է հաշմանդամության: Անաշխատունակության ժամկետը հարաբերականորեն բարենպաստ դեպքերում 8-16 շաբաթ է:

Էպիդուրալ (էքստրադուրալ) արյունազեղում

Ուղեղային թաղանթների զարկերակների և երակների, երակային սինուսների և դիպլոիկ երակների վնասման դեպքում առաջացող էպիդուրալ արյունազեղումը շերտազատելով ուղեղի կարծր թաղանթը գանգի ոսկրերից առաջացնում է գլխուղեղի ճնշում: Այն դասվում է գանգուղեղային վնասվածքի վիրաբուժական տիպին: Ճնշման նշան է հանդիսանում վնասվածք ստանալուց հետո մի քանի ժամ կամ օր անց տուժածի վիճակի շարունակվող կամ լուսավոր ժամանակահատվածից հետո վատանալը: Վերջինիս դեպքում որոշակի լավացման ֆոնի վրա հիվանդները դառնում են թուլացած, արգելակված, քնկոտ: Նորից առաջանում կամ ուժեղանում են գլխացավը, գլխապտույտը, սրտխառնոցն ու փսխումը: Հիվանդները շժմած են, գիտակցությունը սկզբում լինում է մթազնած և անցնում է կոմայի: Առանձին դեպքերում հնարավոր են պսիխոմոտոր գրգռվածությունը և էպիլեպտիկ նոպաներ: Ընդհանուր ուղեղային խանգարումները զուգակցվում են հեմատոմայի տեղակայմանը համապատասխան տեղային ախտանիշներով: Կլինիկական կարևոր ախտանիշ է հանդիսանում անիզոկորիան՝ վնասման կողմի բքի լայնացում ընդուպ մինչև դրա պարալիչ և ֆոտոդեակցիաների լրիվ բացակայություն: Հաճախակի առաջանում են ակնաշարժ խանգարումներ՝ պտոզ, շլություն, հայացքի պարեզ: Ճնշման կողմում երբեմն հայտնաբերում են տեսողական նյարդի այտուց, հակառակ կողմում՝ պիրամիդային անբավարարություն: Ողնուղեղային հեղուկում արյունը բացակայում է, ճնշումը հաճախ 200 մմ ջր. ս. բարձր, թաղանթային ախտանիշերը կարող են բացակայել: Գանգի գծային կոտրվածքի շրջանում շոշափվում է գլանիկի տիպի ենթաապոնևրոտիկ հեմատոմա:

Սուբդուրալ հեմատոմա

Սուբդուրալ հեմատոմաները զարգանում են սուբդուրալ տարածության ուղեղային երակների պատվածքի դեպքում: Սրանք տարբերվում են ուղեղի կոմպրեսիայի ավելի դանդաղ զարգացմամբ, երկարատև «լուսավոր ժամանակահատվածով», մենինգեալ ախտանիշերի առկայությամբ և ողնուղեղային հեղուկի մեջ արյան հայտնաբերմամբ: Մնացյալ ախտանիշերը ընդհանուր են ինչպես էպիդուրալ, այնպես էլ սուբդուրալ հեմատոմաների համար: Սուբդուրալ ոչ մեծ հեմատոմաները կարող են մնալ չախտորոշված: Եթե սուբդուրալ հեմատոման հայտնաբերվում է վնասվածքի պահից 48 ժամից ավելի ուշ մինչև 10-րդ օրը, վնասման այսպիսի ընթացքը հիվանդի հարաբերական բարենպաստ վիճակի դեպքում ընդունված է համարել ենթասուր: Սուբդուրալ խրոնիկ հեմատոման ունի ծավալվելու հակում և երբեմն կարող է գնահատվել որպես գլխուղեղի ուռուցք: Այդ դեպքում դիագնոզը հաճախ ճշտում են վիրահատական միջամտության պահին: Այլ դեպքերում հեմատոման կարող է մեծանալ դրա մեջ ողնուղեղային հեղուկի դիֆուզիայի հաշվին (հիդրոմա): Միաժամանակ լինում է գլխուղեղի կեղևի ատրոֆիա ճնշման հետևանքով:

Թվարկված ձևերի բուժումը միայն վիրահատական է:

Ներուղեղային հեմատոմա

Ի տարբերություն թաղանթային հեմատոմայի, որը հաճախ բնորոշվում է ընդհանուր ուղեղային երևույթների օջախայինների նկատմամբ գերակշռմամբ, ներուղեղային հեմատոմայի ժամանակ հաճախակի լինում են հակառակ պատկեր:

Ներուղեղային հեմատոմաների բուժումը մեծամասամբ դեպքերում վիրահատական է: Շտապ վիրաբուժական միջամտությունը անհրաժեշտ է գանգաթաղի կոմպրեսիոն կոտրվածքների բոլոր ձևերի ժամանակ:

Գանգուղեղային վնասվածքի դեպքում հիվանդների հետազոտման եղանակները: Ախտորոշիչ նպատակով *յոււմբալ պունկցիան* կատարում են ողնուղեղային հեղուկի ճնշման, դրա թափանցելիության և կազմի հետազոտման, ապա նաև դեղամիջոցների ներմուծման նպատակով:

Լյուսոպալ պունկցիան բացարձակապես հակացուցված է ցողունային ախտանիշների առկայության դեպքում, որոնք խոսում են ուղեղի դիստրոֆիայի մասին, քանի որ հնարավոր է ուղեղի ցողունի ճնշում և հիվանդի մահ:

Գլխուղեղի անոթների *անգիոգրաֆիան* որպես ախտորոշիչ եղանակ, թույլ է տալիս որոշել վնասվածքի տեղակայումն ու բնույթը: Գանգուղեղային վնասվածքի դեպքում անգիոգրաֆիայի ցուցումներ են հանդիսանում՝ 1) բոլոր այն դեպքերը, երբ ներգանգային հեմատոմայի կասկածի դեպքում պարակլինիկական այլ հետազոտությունները չեն տալիս ախտորոշիչ հստակ պատկեր; 2) եթե պարզ չէ վնասման կողմը; 3) գանգուղեղային վնասվածքի ուշ շրջանում ներգանգային հնարավոր հեմատոմայի կասկածի դեպքում; 4) գլխուղեղի տեղային սալջարդի և ներգանգային հեմատոմայի միջև տարբերակիչ ախտորոշման համար:

Էխոէնցեֆալոգրաֆիան թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը 45-95 % դեպքերում: Գլխի երկու կողմերից կատարելով այս հետազոտությունը, կարելի է հաշվարկել սագիտալ գծի գոյացությունների կառույցների տեղաշարժը ծավալային պրոցեսից դեպի հակառակ կողմը, ինչպես նաև որոշել հեմատոմայի առկայությունը և վնասման կողմը: Հակացուցումներ այս հետազոտության համար չկան: Դրա թերությունը կայանում է այն բանում, որ դրա միջոցով հնարավոր է ճշտել տոպիկան, բայց ոչ վնասվածքի բնույթը:

Գանգի փորձնական, ֆրեզային անցքերի բացումով, *տրեպանացիան* ստացել է լայն տարածում և մեծամասամբ դեպքերում տալիս առավել արժեքավոր տվյալներ գանգի խոռոչի վիճակի վերաբերյալ: Տրեպանացիայի տեխնիկան չափազանց դյուրին է: Բարդություններ պրակտիկորեն չեն նկատվում: Այն կարելի է կատարել տեղային ցավազրկման տակ: Ֆրեզային ախտորոշիչ անցքը բացում են օջախի ենթադրյալ կողմում միջին թաղանթային զարկերակի պրոյեկցիայով, որտեղ առավել հաճախ տեղակայվում են թաղանթային հեմատոմաները: Եթե հեմատոմայի տեղակայման կողմը պարզ չէ, ֆրեզային անցքերը բացում են երկու կողմերից 1-4 հատ քանակով: Հեմատոմայի տոտալ հեռացման և լիարժեք հեմոստազի նպատակով հաճախ ստիպված են լինում ֆրեզային անցքը լայնացնել մինչև 4 x 6 կամ 6 x 6 սմ, այսինքն իրականացնել գանգի դեկոմպրեսիոն տրեպանացիա:

Հեմատոման հեռացնելուց և հեմոստազից հետո կարծր թաղանթը տեղադրում են իր տեղում և դնում հանգույցային մետաքսե կարեր: Եթե առկա է ուղեղի արտահայտված այտուց, կարծրենին կամ չեն կարում, կամ կատարում են դրա պլաստիկա: Էպի- և սուբդուրալ հեմատոմայի բացակայության դեպքում ցուցված է կատարել գլխուղեղի և կողմային փորոքների ախտորոշիչ պունկցիա, որը իրականացնում են ուղեղային բութ կանյուլայով: Ներուղեղային հեղուկ հեմատոմայի հայտնաբերման դեպքում այն նույնպես հեռացնում են կանյուլայի միջով կամ ուղեղային հյուսվածքի բացահատումից հետո: Վիրահատության ուղեղային մասի ավարտից

հետո գանգի փափուկ հյուսվածքները շերտ առ շերտ խուլ կարում են, 1-2 օրով թողնելով ենթամաշկային ռետինե արտածծիչներ:

Գանգի բաց վնասվածքներ

Գանգուղեղային բաց թափանցող վնասվածքից հետո գլխուղեղում և դրա թաղանթներում ինչպես վնասման տեղում, այնպես էլ դրանից հեռու, զարգանում է ախտաբանական պրոցեսների բարդությունների համակցություն, որոնք սկզբում պայմանավորվում են գլխուղեղի ֆունկցիաների արյան և ավշի շրջանառության խանգարումներով, գլխուղեղի այտուցի տարբեր աստիճանով, իսկ հետագայում՝ վարակի հաճախակի միացման հետ, որն անբարենպաստ ազդեցություն է թողնում վերքի լավացման պրոցեսների վրա: Գլխուղեղում և թաղանթներում բաց թափանցող վնասվածքից հետո զարգացող ախտաբանական պրոցեսների բարդ կոմպլեքսը կոչվում է գլխուղեղի վնասվածքաբանական հիվանդություն:

Տարբերում են գլխուղեղի բաց վնասվածքի ընթացքի հինգ շրջան:

1. Մ կ գ բ ն ա կ ա ն (սուր) շրջան: Ընդգրկում է վնասվածքից հետո առաջին 3 օրը: Ախտաբանաանատոմիական առավել բնորոշ փոփոխություններ են հանդիսանում բաց թափանցող վնասման տեղում առաջացող նեկրոզներն ու դիստրոֆիաները, արյան շրջանառության խանգարումները և հեմատոմաների առաջանալը, ինչպես նաև ջրային փոխանակության և թղնուղեղային հեղուկի շրջանառության խանգարումներ: Վնասման սկզբնական շրջանում գերակշռող են լինում ընդհանուր ուղեղային ախտանիշները, իսկ օջախային ախտանիշները սովորաբար մղվում են երկրորդ պլան: Տուժածի մոտ առաջանում է գիտակցության կորուստ, հաճախակի զարգանում է կոմատոզ վիճակ, որից հետո լինում է փսխում և ռետրոգրադ ամնեզիա: Այս շրջանում հատուկ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել գիտակցության տատանումների վրա: Տուժածի դուրս գալը անգիտակից վիճակից այս կամ այն ժամկետով («լուսավոր շրջան») գիտակցության կրկնակի կորստով հաճախ վկայում է գլխուղեղի զարգացող ճնշման մասին, որը լինում է ներգանգային արյունազեղման կամ ուղեղի բուռն զարգացող այտուցի հետևանք:

Ուղեղային ընդհանուր խանգարումների նվազմանը զուգընթաց, երբեմն արդեն սկզբնական շրջանի վերջում, առաջին պլան կարող են մղվել օջախային ախտանիշներ, որոնք հատկապես վառ են արտահայտվում տուժածի գիտակցության վերականգնման և ցողունային խանգարումներխտումների վերացման դեպքում:

2. Վ ա դ ո ե ա կ ց ի ա ն ե թ ի և բ ա ր դ ու թ յ ու ն ն ե թ ի (վարակի և դիսգիրկուլյացիայի) շրջան: Սկսվում է աննկատ՝ վնասվածքից հետո 2-3 օրերի վերջում և սովորաբար տևում մինչև 1 ամիս: Այս շրջանի սկիզբը համարվում է հիվանդի դուրս գալը անգիտակից վիճակից: Ի հայտ են գալիս վարակային բարդություններ, որոնք կարող են կրել սահմանափակ բնույթ կամ դիֆուզ տարածվել թաղանթներով և ուղեղանյութով: Այս նույն շրջանում դիտվում են վերքային խողովակի ինքնամաքման պրոցեսներ ուղեղային հյուսվածքի քայքայման արգասիքներից և արյունից: Վարակային բարդությունների (մենինգիտի, էնցեֆալիտի կամ ուղեղի աբսցեսի) զարգանալը խախտում է վերքային խողովակի ինքնամաքման նորմալ ընթացքը և կարող է բերել նոր նեկրոզների, գլխուղեղի երկրորդային այտուցի, ոսկրի դեֆեկտի շրջանում ուղեղի պրոտրուզիայի:

Կլինիկորեն նյարդային համակարգի ախտահարման օջախային ախտանիշների հիման վրա հաջողվում է պարզել ոչ միայն գլխուղեղի վնասման տեղը, այլ նաև ենթադրել ուղեղանյութի քայքայման իրական ծավալը: Այս շրջանում կարելի է պատկերացում կազմել նաև խանգարված ֆունկցիաների վերականգնման հնարավոր աստիճանի վերաբերյալ: Գանգուղեղային վերքի

մանրէային ախտոտումից բացի, վնասվածքից հետո առաջին օրերին զարգացող ուղեղի այտուցը պաշարում է սուբարախնդիալ տարածությունները, առաջացնելով որոշակի »ուղեղի իմնոբիլիզացիա«, որով խոչընդոտում է վարակի թափանցմանը և ուղեղանյութի մեջ: 1 շաբաթի վերջում և 2-րդի սկզբում վնասվածքային այտուցը ենթարկվում է հետզարգացմանը՝ բացվում են սուբարախնդիալ բացվածքները և լավանում է ցերեբրոսպինալ հեղուկի շրջանառությունը: Դրա ֆոնի վրա ստեղծվում են բարենպաստ պայմաններ ենթաթաղանթային տարածություններով վարակի տարածման համար, որը բերում է մենինգիտի, էնցեֆալիտի կամ ուղեղի աբսցեսի զարգացմանը: Վնասվածքից հետո 2-րդ և 3-րդ շաբաթները առավել վտանգավոր են վարակային բարդությունների զարգացման առումով, քնաի որ վերքային խողովակի շրջանում առաջացող ռեակտիվ կպումները ուղեղի թաղանթների միջև չափազանց անկայուն են և անբավարենպաստ պայմաններում (վաղ էվակուացիա, վերքի վնասվածքային վիրակապում և այլն.) հեշտությամբ վնասվում են, հատկապես ուղեղի այտուցի փոքրացման և ցերեբրոսպինալ հեղուկով սուբարախնդիալ անցքերի լցման ֆոնի վրա:

3. Վաղ բարդությունների վերացման և վարակային օջախի սահմանափակման տենդենցի շրջան: Գանգի թափանցող վնասվածքների դեպքում այս շրջանը սկսվում է սովորաբար վնասվածքի պահից 2-րդ ամսին և կարող է տևել մինչև 3-6 ամիս: Գանգի փափուկ հյուսվածքների վնասման կամ կարծրենու ամբողջականության պահպանման պայմաններում գանգի ոսկրի վնասվածքի դեպքում այս շրջանում կարող են լիովին կոմպենսացվել գլխուղեղի խանգարված բոլոր ֆունկցիաները: Գանգի ծածկույթների վերքերը նույնպես լավանում են: Թափանցող վնասման բարենպաստ ընթացքը սովորաբար ուղեկցվում է գանգի ծածկույթների, ուղեղանյութի վերքի լավանալով և բնորոշվում օջախային ախտանիշերի նվազմամբ ուղեղի այտուցի հետզարգացման, նորմալ արյան, ավշային շրջանառության վերականգնման, արյունազեղումների ներծծման և էնցեֆալիտիկ տեղային երևույթների նվազման ազդեցության ներքո: Հիվանդների ինքնազգացողությունը արագ լավանում է և վնասվածքից հետո 3-4 ամիս անց աշխատունակությունը կարող է լրիվ վերականգնվել:

Վարակային պրոցեսների ակտիվացման կամ գլխուղեղի մակերեսին մոտ գտնվող թարախային խոռոչի մասին սովորաբար վկայում է կլինիկական ախտանիշերի արագ զարգանալը: Վերքում այդ դեպքերում գրանուլյացիաները դառնում են ոչ լիարժեք, առաջանում է գլխուղեղի պրոտրուզիայի զարգացման միտում: Ընդհանուր ուղեղային և օջախային ախտանիշերը զգալի աճում են: Մարմնի ջերմաստիճանը բարձրանում է: Մի շաբթ դեպքերում ի հայտ են գալիս ուղեղային թաղանթների գրգռման ախտանիշեր: Երբեմն հայտնաբերվում են փոփոխություններ ակնահատակում, փոխվում է արյան պատկերը: Գլխուղեղի աբսցեսների ախտորոշման մեջ մեծ նշանակություն ունեն հետազոտման կոնտրաստային եղանակները, էնցեֆալոգրաֆիան, կոմպյուտերային տոմոգրաֆիան, ՄՄՌ:

4. Բ ա ռ դ ո լ թ յ ու ն ն ե թ ի շ ը ջ ա ն : Տևում է մինչև 2-3 տարի և բնորոշվում գլխուղեղի ուշ աբսցեսների առաջացումով: Հազվադեպ հանդիպում է սպիի թարախակալում դիֆուզ էնցեֆալիտի, ինչպես նաև մենինգիտի հետագա զարգացումով: Այս պրոցեսները հաճախ զուգակցվում են գլխուղեղի ատրոֆիկ և սպիական փոփոխությունների, ինչպես նաև արյան և ավշի շրջանառության խանգարումների հետ:

5. Հ ե ո ա վ ո թ հ ե տ և ա ն ք ն ե թ ի շ ը ջ ա ն : Մի շաբթ դեպքերում կարող է տևել երկար տարիներ: Սպիադեգեներատիվ փոփոխությունների հետ մեկ տեղ հնարավոր են ուղեղանյութի վարակման բռնկումներ՝ գլխուղեղի աբսցեսի կամ մենինգոէնցեֆալիտի զարգացումով: Առավել հաճախ դիտվում են վնասվածքային էպիլեպսիա (հատկապես կեղևի լայնածավալ ախտահարումների դեպքում), կայունային առախնդիտներ և գլխուղեղի կիստաներ,

վնասվածքային հիդրոցեֆալիայի տարբեր ձևեր, ցավային թաղանթասպիական ձևեր, ներոզներ և այլն.:

Գանգուղեղային ծանր վնասվածքի բուժումը: Հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում ախտորոշիչ միջոցառումների հետ մեկ տեղ հարկավոր է անցկացնել նաև ռեանիմացիոն միջոցառումներ:

1. Միրտ-թոքային գործունեության վերականգնում՝ ա) բրոնխիալ ծառի մաքրում, բ) ինտուբացիա, գ) աղեկվատ սպոնտան շնչառության բացակայության դեպքում մոտակա 2-3 օրը՝ տրախեոստոմիա, դ) թոքերի արհեստական վենտիլյացիայի կատարում, ե) ենթասնրակային երակի պունկցիա՝ արյան, արյան փոխարինիչների և դեղամիջոցների երկարատև ներարկման համար, զ) երակային բարձր և զարկերակային ցածր (80 մմ ս. ս. ցածր) ճնշման դեպքում՝ արյան և դրա փոխարինիչների ներզարկերակային փոխներարկում:

2. Գլխուղեղի գործունեության վերականգնում՝ ա) զանգվածային դեհիդրատացիոն բուժում միզանյութի կամ մաննիտոլի մինչև 60-90 գ չոր նյութի միանվագ ներարկումով, լազիքսի ներմուծումով, բ) անոթալայնիչ միջոցներ՝ ուղեղային զարկերակների սպազմը հանելու նպատակով (էուֆիլին, նո-շպա, դրոպերիդոլ և այլն.), գ) ուղեղի տեղային հիպոթերմիա, դ) դեսենսիբիլիզացնող բուժում, ե) պայքար ացիդոզի դեմ (նատրիումի հիդրոկարբոնատի լուծույթի ներարկում), օրգանիզմի հագեցում թթվածնով: Եթե զարկերակային սիստոլիկ ճնշումը երկար ժամանակ լինում է 80 մմ ս. ս. ոչ ցածր, կարելի է կատարել գլխուղեղի ախտորոշիչ կամ ռադիկալ վիրաբուժական միջամտություն:

Գանգուղեղային բաց վնասվածքի դեպքում վերքի առաջնային վիրաբուժական մշակումը կայանում է գլխի փափուկ հյուսվածքների վերքի եղրերի հատման, ոսկրաբեկորների հեռացման, իսկ թափանցող վիրավորումների դեպքում՝ ոսկրաբեկորների, արյան մակարդուկների և ուղեղային դետրիտի հեռացման մեջ: Երկրորդային վարակման կանխարգելման նպատակով հնարավորության դեպքում փափուկ հյուսվածքների վերքը հարկավոր է խուլ կարել:

Գանգուղեղային փակ վնասվածքի դեպքում՝ եթե առկա է զանգաթաղի ներհրված կոտրվածք, որը առաջացնում է գլխուղեղի ճնշում, ցուցված է հեռացնել ոսկրաբեկորները և դնել խուլ կար՝ գլխի փափուկ հյուսվածքների վրա: Հարաբերականորեն բավարար վիճակում գտնվող հիվանդների մոտ կարելի է կատարել միանվագ առաջնային կրանիոպլաստիկա կոնսերվացված հոմոոսկրով կամ ալոպլաստիկ նյութով: Հիվանդի ծանր վիճակի դեպքում դեֆեկտի փակելը հետաձգում են տարբեր ժամկետներով (2 շաբաթից մինչև մի քանի ամիս):

Ներզանգային հեմատոմայի դեպքում հնարավոր է կատարել ոսկրի տրեպանացիա, բացել ֆրեզային անցք և լայնացնել այն մինչև անհրաժեշտ չափերը: Կիրառում են նաև ոսկրապլաստիկ տրեպանացիա: Այդ նպատակով կատարում են մաշկի և ապոնևրոզի կիսալուսնաձև կամ պայտաձև կտրվածք և մաշկաապոնևրոտիկ լաթը ծալում լայն հիմքի վրա դեպի ճակատը կամ քունքը: Բացում են ֆրեզային 4-6 հատ անցքեր և անցկացնում դրանց միջով Ջիզլիի սղոցը: Ոսկրը սղոցում են այդ անցքերի միջև քունքային մկանի շրջանում պահպանելով ոսկրային լաթի հիմքերը: Ոսկրապլաստիկ լաթը շուտ են տալիս մկանային ոտիկի վրա, հատում կարծրենին և բացում ուղեղանյութը: Վիրահատությունից հետո ոսկրապլաստիկ լաթը տեղադրում են իր տեղը:

Գ Լ ու ի ս 15

Գ Ա Ն Գ Ո Ւ Ղ Ե Ղ Ա Յ Ի Ն Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Բ Ի Ա Ռ Ա Ն Ձ Ն Ա Հ Ա Տ Կ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Բ Ը

Ե Բ Ե Խ Ա Ն Ե Բ Ի Մ Ո Տ

տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է կյանքի ուրբանիզացիայով, բնակչության արդյունաբերական գործունեության աճով, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային

Ա ն ա տ ո մ ի ա յ ի հ ի մ ու ն ք ն ե թ ը :

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի զ մ ը :

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը :

Բ ու ժ ու մ ը :

Գլուխ 16

ԿՐԾՔԱՎԱՆԴԱԿԻ ԲԱՑ ԵՎ ՓԱԿ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Կրծքավանդակի վնասվածքները տարբերվում են բազմազանությամբ ինչպես իրենց տեղակայումով, այնպես էլ ծանրության աստիճանով: Կրծքավանդակի ցանկացած վնասման դեպքում առաջանում է արտաքին շնչառության խանգարում՝ խախտվում է դրա խորությունը և ռիթմը:

Կրծքավանդակի փակ վնասվածքներ

Արտաքին շնչառության տարբեր ծանրության խախտումները ուղեկցվում են սիրտանոթային գործունեության խանգարմամբ, ընդ որում հաճախակի զարգանում է թոքսրտային անբավարարության ծանր համախտանիշ:

Կրծքավանդակի ծանր, կյանքին սպառնացող վնասվածքների զարգացման համար առկա են անատոմոֆիզիոլոգիական հետևյալ նախապայմանները՝ թոքմզային թերթիկների դյուրին վնասվածությունը, թոքամզի և թոքի արմատների ռեցեպտորային բարձր զգայունությունը, ներթոքամզային բացասական ճնշումը, անոթային զարգացած ցանցը: Կրծքավանդակի վնասման դեպքում առաջացող արտաքին շնչառության պաթոֆիզիոլոգիական խանգարումները պայմանավորված են կրծքավանդակի պատում, թոքամզի խոռոչում և թոքերում տեղի ունեցող մորֆոլոգիական փոփոխություններով: Կրծքավանդակի նույնիսկ համեմատաբար թեթև վնասումը, որը ուղեկցվում է միայն ենթամաշկային բջջանքի, մկանների, այդ թվում և միջկողային մկանների մեջ արյունազեղումներով, խախտում է շնչառության խորությունը և ռիթմը: Ցավային զգացումները բերում են կրծքավանդակի և, հետևաբար, թոքերի էքսկուրսիայի սահմանափակմանը: Շնչական ֆունկցիայի առավել զգալի խանգարումներ են նկատվում կողերի բազմակի կոտրվածքների դեպքում, երբ խախտվում է կրծքավանդակի ամբողջականությունը: Շարժումները վնասման կողմում կրում են պարադոքսալ բնույթ, որը էապես ազդում է թոքային վենտիլյացիայի վրա:

Խաղաղ պայմաններում կրծքավանդակի վնասվածքներով հիվանդները կազմում են վնասվածքներ ունեցող բոլոր հիվանդների մոտ 10 % և զբաղեցնում երրորդ տեղը, ընդ որում փակ վնասվածքները զգալի գերազանցում են բացերին՝ 1 : 10:

Ըստ ծանրության աստիճանի կրծքավանդակի փակ վնասվածքները ստորաբաժանվում են երեք խմբի՝ թեթև, միջին ծանրության և ծանր: Վնասումները, որոնք չեն ուղեկցվում շնչառության և սրտային գործունեության խանգարումներով՝ (շնչառության հաճախականությունը չի գերազանցում 25 1 րոպեում), դասվում են *թեթև* վնասումների շարքին: Կրծքավանդակի

վնասումները, որոնք առաջացնում են շնչառության և արյան շրջանառության ֆունկցիոնալ խանգարումներ՝ (շնչառության հաճախականությունը 25-30 1 րոպեում, տախիկարդիա), դասվում են *միջին ծանրության* վնասումների շարքին: *Ծանր* են համարվում այն վնասվածքները, որոնք ուղեկցվում են շնչառության և արյան շրջանառության խորը խանգարումներ՝ (շնչառության հաճախականությունը 35 և ավել 1 րոպեում, խիստ արտահայտված տախիկարդիա):

Փափուկ հյուսվածքների սալջարդը դասվում է թեթև վնասվածքների շարքին: Եթե սալջարդը ուղեկցվում է լայնածավալ արյունազեղմամբ՝ այսպես կոչված, շերտավորվող հեմատոմայով, ապա այն կարելի է դասել միջին ծանրության և, նույնիսկ, ծանր վնասումների շարքին: Կրծքավանդակի փափուկ հյուսվածքների սալջարդի դեպքում անհրաժեշտ է բացառել ներկրծքային վնասվածքները, մասնավորապես, թոքի սալջարդ, ներթոքային հեմատոման, միջնորմի հեմատոման և այլն:

Կրծքավանդակի փափուկ հյուսվածքների սալջարդը կլինիկորեն արտահայտվում է վնասված շրջանի ցավոտ ուռածությամբ: Ցավոտությունը ուժեղանում է սալջարդի տեղի ճնշման, շարժումների, ինչպես նաև խորը ներշնչման դեպքում միջկողային մկանների արյունազեղման հետևանքով:

Բ ու ժ ու մ ր : Մեծամասամբ դեպքերում կրծքավանդակի փակ վնասումների դեպքում կիրառում են բուժման կոնսերվատիվ եղանակներ: Կրծքավանդակի պատի սալջարդի բուժման ժամանակ սահմանափակվում են ցավազրկող միջոցներ՝ նովոկաինային բլոկադա, անալգին նշանակելով: Մնացորդային ցավային ախտանիշի դեպքում լայն կիրառում են ֆիզիոթերապիան: Լայնածավալ արյունազեղումները, ենթամաշկային, միջմկանային, այսպես կոչված շերտավորող հեմատոմաները հաճախակի ստիպված են լինում ենթարկել պունկցիայի կամ մակարդված արյունը հեռացնել կտրվածքի միջով վերքի հետագա կարումով:

Կողերի կտրվածքներ

Կողերի կտրվածքները նկատվում են կրծքավանդակի բոլոր փակ վնասվածքների 67 % դեպքերում: Մինչև 15 տարեկան հասակը կողերի կտրվածք հազվադեպ հանդիպում է ի շնորհիվ դրանց ճկունության և առաձգականության: Առավել հաճախ այդ կտրվածքները առաջանում են 40 տարեկանից հետո, ընդ որում ավելի մեծահասակ տարիքում կողը կարող է կտրվել նույնիսկ թեթև վնասման դեպքում: Հաճախ նկատվում են IV-VII կողերի կտրվածքներ: Վերին կողերը ծածկված են մկանների շերտով և ուսագոտու ոսկրերով, իսկ ստորինները առավել առաձգական են՝ ի շնորհիվ դրանց աճառային մասի զգալի երկարության: Կողերի կտրվածքների առավել հաճախակի տեղակայումը անութային հետին և միջին գծերն են:

Վնասման ուղղակի մեխանիզմի դեպքում մեխանիկական ուժի ներդրման շրջանում կողը կամ կողերը ներ են հրվում դեպի կրծքային խոռոչ: Այդ ժամանակ հաճախ առաջանում են առպատային թոքամզի պատռվածք և թոքի վնասում:

Կողերի վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքում կրծքավանդակը դեֆորմացվում է՝ տափակում, իսկ կողերը կտրվում են ուժի ուղղակի ազդեցության երկու կողմերից: Վնասման այսպիսի մեխանիզմ նկատվում է, երբ կրծքավանդակը սեղմվում է երկու մակերևույթների միջև՝ օրինակ. ավտոմեքենայի և պատի, միջև ավտոմեքենայի անիվով: Այսպիսի ներգործության դեպքում առաջանում են կողերի բազմակի կտրվածքներ:

Չափազանց ծանր են ընթանում կողերի երկակի կտրվածքները՝ այսպես կոչված պատուհանային (փեղկավոր) կտրվածքները, որոնց ժամանակ մի կողմի կողերը կտրվում են երկու տեղից: Գոյանում է ծփացող »կողային փական« և առաջանում է պարադոքսալ շարժում՝

ներշնչման ժամանակ, երբ կրծքավանդակը լայնանում է: Կրծքավանդակի հետ իր կապը կորցրած »կողային փականը« թոքամզի խոռոչում առաջացող բացասական ճնշման հետևանքով ներ է քաշվում, և, հակառակը, արտաշնչման ժամանակ կրծքավանդակը ներ է քաշվում, իսկ »կողային փականը« արտափքվում: »Կողային փականի« այս պարադոքսալ շարժումը համապատասխանաբար փոխանցվում է թոքի վրա խախտելով դրա նորմալ գործունեությունը: Ինչքան մեծ է »պատուհանի« չափը և ինչքան այն շարժուն է, այնքան ավելի կտրուկ է աղավաղվում վենտիլյացիոն ֆունկցիան՝ ծանրացնելով հիվանդի վիճակը: Կարևոր է նաև »պատուհանի« տեղակայումը: Ավելի բարենպաստ են կրծքավանդակի հետին մակերեսի ընթանում կողերի երկակի կոտրվածքները: Մկանային շերտը և հիվանդի դիրքը մեջքի վրա ստեղծում են »կողային պատուհանի« բնական անշարժացում:

Կողերի երկկողմանի կոտրվածքները բերում են կրծքավանդակի ամբողջականության էլ ավելի զգալի խախտման, քան բազմակի և երկակի միակողմանի կոտրվածքները: Այս դեպքում առաջանում են շնչառության ծայրահեղ ծանր խանգարումներ, արտահայտված թթվածնային քաղց, ավելի հաճախ է զարգանում թոքամզաթոքային շոկ:

Կողերի կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են թոքամզի, թոքի, ինչպես նաև թոքի և կրծքապատի արյունատար անոթների վնասումով: Առաջանում են պնևմոթորաքս և հեմոթորաքս, կամ պնևմոհեմոթորաքս:

Կրծքավանդակի ներքին օրգանների վնասում 1-2 կողերի կոտրվածքների դեպքում նկատվում է հիվանդների մոտ 12 %, 3-4 կողերի՝ 35 %, 6-8՝ կողերի 80 % մոտ: 10 և ավելի կողերի կոտրվածքի դեպքում ներքին օրգանները վնասվում են բոլոր հիվանդների մոտ:

Ա խ տ ո ռ ո շ ու մ ը : Կողերի վնասվածքները կլինիկորեն արտահայտվում են տարբեր ինտենսիվության լուրջ ցավային զգացումներով: Ցավերը կրում են բուրբ բնույթ հանգստի ժամանակ, սուր և կտրող՝ ներշնչման պիկին: Դրանք ուժեղանում են խորը շնչառության, հազի, ուժերը լարելու դեպքում: Կրծքավանդակի էքսկուրսիան վնասման կողմում սահմանափակված է ցավերի պատճառով: Կոտրվածքի տեղում կարող է լինել այտուց և հեմատոմա: Կոտրվածքի շրջանի պալպացիան խիստ ցավոտ է, երբեմն կոտրվածքի տեղը շոշափվում է աստիճանի տեսքով: Կոտրվածքի դեպքում, առպատային թոքամզի և թոքի վնասման պատճառով, հնարավոր է արյունախիտում և փափուկ հյուսվածքների էմֆիզեմա: Ափերի մեջ կրծքավանդակը զգուշորեն սեղմելու դեպքում վնասված հատվածից կողմնայնորեն՝ առաջանում են ճառագայթային ցավեր: Շնչառական ակտի ժամանակ հնարավոր է նաև ոսկրաբեկորների կրեպիտացիա, սակայն հատուկ այն առաջացնել հարկավոր չէ: Համեմատական պերկուսիան կատարում են թոքամզի խոռոչում օդի (տիմպանիտ) և հեղուկի (բթացում) առկայությունը որոշելու համար: Աուսկուլտատիվ որոշում են, ինչպես է հաղորդվում շնչառությունը, գործում է արդյոք թոքը, ինչպես նաև խզոցների, աղմուկի, թոքամզի քսման առկայությունը:

Կրծքավանդակի սալջարդի և կողերի կոտրվածքի ախտորոշումը, որպես կանոն, դժվարություն չի ներկայացնում: Դժվար է պնևմոթորաքսի, հեմոթորաքսի, թոքի՝ ներթոքային հեմատոմայի կամ սրտի սալջարդի առկայության որոշումը: Կողերի կոտրվածքի, թոքի վնասման՝ պնևմոթորաքսի, հեմոթորաքսի ախտորոշումը զգալի չափով հեշտացնում է ռենտգենաբանական հետազոտությունը: Կրծքավանդակի վնասվածքի ժամանակ այն պարտադիր է: Սակայն, եթե հետազոտման ժամանակ հայտնաբերվում է տեղային ցավերի ուժեղացում և ոսկրային կրեպիտացիա ներշնչման ակտի ժամանակ, բժիշկը իրավունք ունի ախտորոշել կոտրվածք առանց ռենտգենյան հիմնավորման, քանի որ կողերի աճառային մասի կոտրվածքը և կողային աղեղի շրջանի կոտրվածքը ռենտգեն նկարի վրա կարող է չերևալ:

Բ ու ժ ու մ ը : Կողերի կոտրվածքների դեպքում վիրակապերով ֆիքսման եղանակը ներկայումս չի կիրառվում, քանի որ այն սահմանափակում է կրծքավանդակի առանց այն էլ խախտված էքսկուրսիան և չի անշարժացնում կոտրվածքը:

Կողերի չբարդացած կոտրվածքների դեպքում լայն կիրառություն են գտել կոտրվածքի տեղի նովոկաինային (10 մլ 1 % լուծույթ) կամ սպիրտ-նովոկաինային (9 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ + 1 մլ սպիրտ) կրկնակի՝ (2-3) բլոկադաները: Դրանք վերացնում են ցավը և թույլ տալիս վերականգնել կրծքավանդակի նորմալ էքսկուրսիան: Շնչառությունը դառնում է ավելի խորը, իսկ թոքերի վենտիլյացիան լավանում, որը կանխում է հետվնասվածքային թոքաբորբի զարգացումը: Կողերի կոտրվածքի ժամանակ խորհուրդ է տրվում առաջին 1-2 օրը պահպանել անկողնային ռեժիմ կիսանստած դիրքում: Նշանակում են խորխաբեր միջոցներ և բուժական շնչառական վարժություններ: Կոտրվածքը սերտաճում է 3-4 շաբաթ անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-5 շաբաթների ընթացքում:

Կողերի բազմակի կոտրվածքների դեպքում նովոկաինային բլոկադայից բացի ընդգրկելով վերին և ստորին կողերը անց են կացնում պարավերտեբրալ բլոկադա նովոկաինի 0.5% լուծույթով: Շնչառության զգալի խանգարման դեպքում ցուցված է կատարել վագոսիմպաթիկ բլոկադա ըստ Ա. Վ. Վիշնևսկու:

Պարանոցային վագոսիմպաթիկ բլոկադայի տեխնիկան: Տուժածը պառկում է մեջքի վրա: Թիակի տակ դնում են գլանակներ: Այն կողմից, որտեղ պետք է կատարվի բլոկադան, ձեռքը առբերում են դեպի մարմինը և ձգում դեպի կոնքը այնպես, որ ուսագոտին իջնի: Գլուխը մաքսիմալ թեքում են հակառակ կողմը: Արտաքին լծային երակի և կրծոսկրաանրակապտկային մկանի հետին ծայրի խաչման անմիջապես տեղում բժիշկը ձախ ձեռքի ցուցամատով սեղմում է պարանոցի հյուսվածքների վրա: Այդ ժամանակ պարանոցի օրգանները տեղաշարժվում են դեպի ներս, որի շնորհիվ բացառվում է դրանց պատահական վնասման հնարավորությունը: Անմիջապես երկրորդ մատից վեր ծակում են մաշկը և ինյեկցիոն բարակ ասեղով ներմուծում նովոկաին «կիտրոնի կեղև» ստանալու համար: Ապա ասեղը փոխում են ավելի հաստով ու երկարով և մտցնում այն մաշկի անզգայացման տեղում: Ասեղը որոշակի թեք ուղղությամբ դանդաղ տանելով առաջ դեպի խորք և փոքր-ինչ վեր՝ դեպի ողնաշարի առաջային մակերեսը, անընդհատ ասեղի հերթական շարժումից առաջ փոքր չափերով ներմուծում են 2-3 մլ նովոկաին: Որպեսզի ժամանակին իմանալ արյունատար անոթի մեջ ասեղի ներթափանցման մասին, ժամանակ առ ժամանակ մի քանի անգամ միտցրեք դուրս են քաշում, ստուգելով, չի հայտնվի արդյոք արյուն նովոկաինի լուծույթի մեջ: Ասեղը առաջ են տանում հյուսվածքների հաստության մեջ, ծակում կրծոսկրաանրակապտկային մկանի բունոցի հետին թերթիկը և անոթանյարդային խրճի շրջանում ներմուծում 30-50 մլ նովոկաինի 0.25 % լուծույթ: Այդ ժամանակ պաշարվում են պարանոցի թափառող և սիմպաթիկ, իսկ երբեմն նաև ստոծանիական նյարդերը:

Վագոսիմպաթիկ բլոկադայի ճիշտ կատարման նշան է հանդիսանում Հորների եռյակի՝ բբի նեղացման (միոզի), վերին կոպի իջեցման (պտոզի) և ակնախնձորի ներսանկման (էնոֆտալմի) առաջացումը:

Կողերի կոտրվածքով հիվանդները մահճակալի վրա պետք է ընդունեն կիսանստած դիրք: Ախտանիշային բուժումից բացի ցուցված են նաև թթվածնաբուժությունը, խորխաբեր միջոցների ինհալյացիան և այլն.:

Կրծոսկրի մեկուսացված կոտրվածք

Այս վնասվածքը նկատվում է հազվադեպ: Կոտրվածքը առաջանում է ուղղակի հարվածի կամ կրծոսկրի վրա առաջահետին ուղղությամբ ճնշման հետևանքով: Առավել հաճախ վնասվում

է կրծոսկրի մարմնի հետ կոթի միացման տեղը: Կրծոսկրի մարմինը հիմնականում տեղաշարժվում է դեպի հետ: Կրծոսկրի կոտրվածքը ուղեկցվում է արյունազեղումով առաջային միջնորմի բջջանքի մեջ: Այդ դեպքում առաջանում է կտրուկ, ներշնչման և շոշափման ժամանակ ուժեղացող ցավ, շնչառության դժվարացում, հևոց, ցիանոզ, երբեմն՝ շնչահեղձություն: Կոտրվածքի տեղում լինում է ուռածություն, դեֆորմացիա, հեմատոմա: Կողմնային ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերվում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժման արդյունքում առաջացող կրծոսկրի դեֆորմացիա: Առավել բնորոշ է դրանց առաջահետին տեղաշարժը: Այդ դեպքում դիստալ ոսկրաբեկորը հաճախ տեղաշարժվում է դեպի հետ և վեր, իսկ պրոքսիմալը՝ դեպի առաջ և ցած: Ոսկրաբեկորների կողմային տեղաշարժ հանդիպում է հազվադեպ:

Կրծոսկրի կոտրվածքը կարող է զուգակցվել կողերի կոտրվածքի, ինչպես նաև ողնաշարի վնասման հետ: Հնարավոր է նաև սրտի վնասումը: Այդ պատճառով կրծքավանդակի ծանր փակ վնասվածքներով հիվանդներին անհրաժեշտ է կատարել էլեկտրոսրտագրություն (ԷՍԳ): Միոկարդի սալջարդը կլինիկորեն ընթանում է կորոնար անբավարարության և, նույնիսկ, ինֆարկտի տեսքով: Արյունահոսությունը պերիկարդի խոռոչի մեջ արտահայտվում է սրտի տոների իլացումով, սահմանների լայնացումով, ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ սրտային սովերի սահմանագծերի փոփոխումով:

Բ ու ժ ու մ ը կրծոսկրի կոտրվածքների դեպքում, որպես կանոն, կոնսերվատիվ է: Կատարում են կոտրվածքի ցավազրկում 10-15 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթով կամ հետկրծոսկրային բլոկադա 60-80 մլ նովոկաինի 0.5 % լուծույթով: Զգալի տեղաշարժման դեպքում ոսկրաբեկորները համադրում են ողնաշարի ստորին կրծքային և գոտկային հատվածների գերտարածման ճանապարհով: Այդ նպատակով հիվանդին պառկեցնում են մեջքին կոշտ մահճակալի վրա և թիակների տակ դնում ռեկլինացնող գլանակ: Անհաջող ներուղղման դեպքում դիմում են վիրաբուժական միջամտության՝ ոսկրաբեկորների ֆիքսմանը Կիրշների երկու իրար հետ խաչվող շուղերով, լավասնե թելերով կամ մետաղական պայտերով Սոկոլովի կարող սարքի օգնությամբ: 3 շաբաթ անց հիվանդներին թույլ են տալիս ոտքի կանգնել: Այդ ժամանակ արդեն առաջանում է ոսկրային կոշտուկ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-6 շաբաթ անց:

Պնևմոթորաքս

Թոքի և թոքամզի պատվածքները բարդանում են պնևմոթորաքսով: Տարբերում են սահմանափակ պնևմոթորաքս, երբ ճնշված է թոքի ծավալի մեկ երրորդը, միջին՝ ճնշված է թոքի ծավալի կեսը, և արտահայտված, երբ թոքը լրիվ ճնշված է: Այդ ժամանակ լինում է միջնորմի տեղաշարժ:

Կլինիկորեն պնևմոթորաքսը ա ի ս ո թ ը ու մ են ելնելով ընդհանուր նշաններից՝ հևոց, տախիկարդիա, փափուկ հյուսվածքների էմֆիզեմա, վնասված կողմի պերկուսիայի ժամանակ առաջացող թմբկաձայն, աուսկուլտացիայի ժամանակ շնչառության թուլացում կամ բացակայություն: Դիագնոզը ճշտում են ռենտգենաբանորեն: Ռենտգեն նկարների վրա երևում է թոքի տարբեր աստիճանի արտահայտված կոլապս, թոքային դաշտի թափանցելիության ավելացում և թոքային պատկերի բացակայություն:

Կրծքավանդակի փակ վնասման դեպքում պնևմոթորաքսի առավել բարդ տեսակ է համարվում ներքին փականային պնևմոթորաքսը, որն ուղեկցվում է բարձր մահացությամբ, եթե ժամանակին չի ցուցաբերվում անհրաժեշտ բուժօգնություն: Փականային պնևմոթորաքսի դեպքում տեղի է ունենում օդի աստիճանական ներծծում դեպի թոքամզի խոռոչ: Ներշնչման ժամանակ օդը վնասված թոքային հյուսվածքից կամ վնասված բրոնխից անցնում է թոքամզի

խոռոչ: Արտաշնչման ժամանակ թոքամզի խոռոչում ստեղծված բարձր ճնշմամբ փականը փակվում է, իսկ օդը մնում թոքամզի խոռոչում: Ամեն հաջորդ ներշնչման ժամանակ օդի քանակությունը թոքամզի խոռոչում ավելանում է, որը բերում է թոքի աստիճանական ճնշմանը մինչև լրիվ կոլապսը, միջնորմի աճող տեղաշարժմանը և չվնասված թոքի ճնշմանը: Այս դեպքում կարող է զարգանալ պարադոքսալ շնչառություն, երբ ներշնչման ժամանակ վնասված թոքից՝ ախտահարված կողմի շնչուղիները: Օդի այդ ճոճանակաձև տատանումները ուղեկցվում են նաև միջնորմի օրգանների պարբերական տեղաշարժով: Շնչառության խանգարման հետ մեկտեղ նվազում է երակային հետադարձը և, որպես հետևանք, պակասում սրտային արտահոսքը: Այսպիսով, պարադոքսալ շնչառության դեպքում վնասված կողմի թոքը գործնականում դուրս է մնում շնչառական ակտից պակասում է նյուս թոքի շնչառական ֆունկցիայի արդյունավետությունը, որի հետևանքով փոքրանում է օդափոխումը:

Կլինիկորեն փակ փականային պնևմոթորաքսը, բացի թոքի վնասման ընդհանուր ախտանիշերից, բնորոշվում է նաև աճող հևոցով, ընդհուպ մինչև ասֆիքսիա, տախիկարդիայով և փափուկ հյուսվածքների էմֆիզեմայով (ներառյալ միջնորմը):

Հեմոթորաքս

Դեպի թոքամզի խոռոչ արյունահոսությունների աղբյուր են հանդիսանում ինչպես թոքի, այնպես էլ կրծքավանդակի պատի՝ միջկողային, մերքին կրծքային անոթները: Թոքամզի խոռոչ լցված արյունը նախ մակարդվում է, ապա մի քանի ժամ անց հաճախ «ապամակարդվում» և թոքամզի խոռոչում մնում հեղուկ վիճակում: Դա մասնակիորեն կապված է դեֆիբրինացիայի և ֆիբրինոլիզի հետ: Թոքամիզը արյան կուտակմանը պատասխանում է էքսուդացիայով, որը բերում է արյան նոսրացմանը շճային էքսուդատով: Այդ պատճառով էլ թոքամզի խոռոչ լցված արյան մակարդումից կարճ ժամանակ անց նշված գործոնների ազդեցության տակ այն դառնում է հեղուկ: Երբեմն թոքամզի խոռոչում արյունը մնում է մակարդուկների տեսքով: Այդպիսի հեմոթորաքսը կոչվում է մակարդված: Կախված թոքամզի խոռոչ լցված արյան քանակից տարբերում են փոքր, միջին և մեծ հեմոթորաքս:

Հեմոթորաքսը համարվում է *փոքր*, երբ թոքամզի խոռոչ լցված արյան քանակը չի գերազանցում 500 մլ: Կլինիկորեն թոքամզի խոռոչում արյան այդ քանակը պրակտիկորեն չեն ախտորոշում: Աննշան կամ չբարդացած հեմոթորաքսը կարող է ինքնուրույն ներծծվել 10-12 օրից:

Միջին հեմոթորաքս՝ թոքամզի խոռոչում 500-ից մինչև 1000 մլ արյուն: Կլինիկորեն պերկուսիայի և աուսկուլտացիայի ժամանակ հայտնաբերվում է պերկուտոր ձայնի կարճացում և շնչառության բացակայություն թիակի ստորին անկյան մակարդակին:

Մեծ հեմոթորաքս՝ թոքամզի խոռոչ է լցվում 1000 մլ և ավելի արյուն: Կլինիկորեն այն որոշվում է առջևից մինչև II-III միջկողային տարածությունը, և ամբողջ թոքային դաշտով պերկուտոր հայտնաբերվում ձայնի բթացում:

Բուժատակտիկական տեսակետից կարևոր է ոչ միայն թոքամզի խոռոչ լցված արյան քանակի, այլև հեմոթորաքսի տարատեսակի որոշումը: Դրանից ելնելով որոշվում է բուժական միջոցառումների ընտրությունը: Տարբերում են հեմոթորաքսի հետևյալ տարատեսակներ՝

1. Աճող հեմոթորաքս թոքամզի խոռոչ շարունակվող արյունահոսությունով;
2. Կայունացված հեմոթորաքս՝ արյունահոսությունը թոքամզի խոռոչ դադարել է;
3. Չմակարդված հեմոթորաքս՝ թոքամզի խոռոչում հեղուկ արյուն;
4. Մակարդված հեմոթորաքս՝ արյան մակարդուկներ;
5. Վարակի չենթարկված (չթարախակալված) հեմոթորաքս;
6. Վարակված (թարախակալված) հեմոթորաքս, պիոթորաքս:

Հաճախակի կրծքավանդակի փակ վնասումները միաժամանակ բարդանում են և պնևմոթորաքսով, և հեմոթորաքսով՝ հեմոպնևմոթորաքս: Թոքամզի խոռոչում արյան հետ օդի առկայությունը վատթարացնում է էլքը, քանի որ այդ դեպքում նկատվում է թարախաբորբոքային բարդությունների ավելի մեծ տոկոս՝ հեմոպնևմոթորաքսով հիվանդների մոտ դրանք հանդիպում են 10 անգամ ավելի հաճախ, քան միայն հեմոթորաքսի դեպքում:

Կրծքավանդակի փակ վնասման դեպքում հաճախակի առաջանում է թոքի սալջարդ և ներթոքային հեմատոմա: Ըստ թոքի մեջ արյունագեղման ծավալի ներթոքային հեմատոման կարող է զբաղեցնել թոքի սեգմենտը, բիլթը կամ լինել համատարած, որի դեպքում թոքը ամբողջությամբ չի մասնակցում շնչառական ակտին: Ներթոքային հեմատոման հաճախ չեն ախտորոշում: Սակայն դրա առկայությունը կարող է հանդես գալ որպես որոշիչ գործոն կրծքավանդակի վնասման էլքում, քանի որ կարող է սպառնալ հիվանդի կյանքին: Ներթոքային հեմատոմայի ախտորոշումը վնասվածքից հետո առաջին ժամերին չափազանց դժվար է: Դրա առկայության մասին, բացի կրծքավանդակի վնասման ընդհանուր նշաններից, վկայում է արյունախիտումը, պերկուտոր բութ ձայնը և շնչառության բացակայությանը աուսկուլտացիայի ժամանակ: Կլինիկորեն ներթոքային հեմատոմայի տարբերակումը հեմոթորաքսից դժվար է, քանի որ ընդհանուր և տեղային ախտանիշերը և հեմոթորաքսի, և ներթոքային հեմատոմայի թոքի սալջարդի դեպքում համարյա նույնն են: Դիագնոզը կարելի է ճշտել հիմնվելով ռենտգենաբանական հետազոտության և թոքամզի խոռոչի ախտորոշիչ պունկցիայի վրա:

Կրծքավանդակի ծանր փակ վնասումների բուժումը

Կրծքավանդակի ծանր, հատկապես թոքամզաթոքային շոկով ուղեկցվող վնասումների դեպքում անհրաժեշտ է իրականացնել վերակենդանացնող շտապ միջոցառումներ ուղղված շնչառության և սիրտանոթային գործունեության վերականգնմանը: Վերակենդանացնող միջոցառումների կոմպլեքսի մեջ մտնում են շնչափողի ինտուբացիան, դեկավարվող ապարատային շնչառությունը, թթվածնաբուժությունը, նոկոկաինային բլոկադայի բոլոր տեսակները: Ցուցումների դեպքում կատարում են թոքամզի խոռոչի պունկցիա՝ արյունը և օդը հեռացնելու նպատակով, շնչափողի և բրոնխների արտաձծում, արյան և դրա փոխարինիչների ներարկում: Եթե վնասումը ուղեկցվում է զգալի հեմոթորաքսով՝ շարունակվող արյունահոսությամբ կամ լարված փականային պնևմոթորաքսի զարգացմամբ, ցուցված է շտապ կատարել թորակոտոմիա:

Թոքային հյուսվածքի պատռվածքների դեպքում բուժական տակտիկան զգալի չափով կախված է դրա վնասվածքների մակարդակից և բնույթից: Կրծքավանդակի փակ վնասումների դեպքում դրա գլխավոր ախտանիշերն են ենթամաշկային էմֆիզեման, արյունախիտումը, իսկ ավելի ծանր դեպքերում՝ հեմոպնևմոթորաքսի զարգացումը: Օդը և արյունը անհրաժեշտ է լիովին հեռացնել թոքամզի խոռոչից, թոքը հարկավոր է բացել: Դրան հասնում են թոքամզային պունկցիայի և պարունակության արտաձծման ճանապարհով: Արյան և էքսուդատի հեռացման նպատակով կատարվելիք թոքամզային պունկցիան սովորաբար իրականացնում են առջևից II-III միջկողային տարածությունից միջին անրակային գծով հիվանդի նստած դիրքում: Այդ գործողության ժամանակ օգտագործվող ասեղը պետք է ունենա բավարար լուսանցք, որի վրա հազցնում և սեղմակով ամրացնում են ռետինե խողովակ: Սակայն ավելի լավ կլինի օգտվել ծորակով կանյուլայից: Արտաձծումը կատարում են Ժանեի շպրիցով կամ էլեկտրական արտաձծիչով: Պունկցիայից առաջ կատարում են տեղային անզգայացում: Կայունացված ոչ մեծ չափսեր ունեցող հեմոպնևմոթորաքսի դեպքում միանվագ արտաձծմամբ հաջողվում է թոքամզի

խոռոչը ազատել արյունից և օդից: Եթե դա հաջողվում է, ստիպված են լինում կատարել կրկնակի պունկցիաներ՝ մինչև թոքի լրիվ բացվելը, որը վերահսկում են ռենտգենաբանորեն:

Եթե թոքամզի խոռոչում նորից արյուն է կուտակվում, ապա դա խոսում է շարունակվող արյունահոսության մասին: Արյան թարմ լինելու փաստը ստուգող միջոց կիրառում են Ռուվիլուա-Գրեգուարի փորձը: Այդ նպատակով արտածծված արյունը լցնում են փորձանոթի մեջ: Թարմ արյունը արագ մակարդվում է: Արյունը, որը մի քանի ժամ մնացել է թոքամզի խոռոչում, չի մակարդվում: Սա կարող է վկայել արյունահոսության դադարեցման մասին: Շարունակվող արյունահոսության ախտորոշման նպատակով հետազոտում են հեմոգլոբինի քանակը պերիֆերիկ արյան և պունկտատի մեջ: Պերիֆերիկ արյան և պունկտատի մեջ հեմոգլոբինի նույն կամ իրար մոտ թվերի դեպքում կարելի է կասկածել շարունակվող արյունահոսություն: Արագ աճող հեմոթորաքսով շարունակվող արյունահոսության դեպքում ցուցված է կատարել թորակոտոմիա: Վիրահատության ժամանակ պարզում են արյունահոսության աղբյուրը և վերացնում այն:

Փականային պնևմոթորաքսի դեպքում օգնություն ցույց տալու և վերակենդանացնող միջոցառումների ժամանակ սկզբում կատարում են թոքամզային պունկցիա և արտածծում օդը: Եթե պունկցիայից հետո թոքամզի խոռոչի մեջ նորից օդ է կուտակվում, ապա դնում են մշտական դրենաժ ըստ Բյուլաուի կամ իրականացնում օդի մշտական արտածծում ջրաշիթային արտածծիչով կամ էլեկտրական արտածծիչով:

Փականային պնևմոթորաքսի մշտական ակտիվ արտածծման եղանակով հաջող բուժման հիմնական պայման է հանդիսանում դրա վաղ կիրառումը, խիստ պահպանվող ասեպտիկան, համակարգի լրիվ հերմետիկությունը, դանդաղ լիարժեք արտածծումը, բացասական ճնշման ստեղծումն ու պահպանումը: Եթե 3-5 օրերի ընթացքում վիճակի լավացում չի նկատվում և թոքամզի խոռոչի մեջ օդը շարունակվում է լցվել, ցուցված է շտապ կատարել թորակոտոմիա և վերացնել ներքին փականը:

Դրենաժային խողովակով մեծ քանակությամբ օդի անընդհատ ճնշման տակ արտահոսքը վկայում է խոշոր բրոնխի պատռվածքի մասին, որը անհրաժեշտ է փակել միայն վիրաբուժական ճանապարհով: Վիրահատության ծավալը որոշվում է թոքը գննելուց հետո: Հաճախ թոքի կամ բրոնխի վնասվածքը կարում են:

Կրծքավանդակի թափանցող վնասումներ

Կրծքավանդակի թափանցող վնասվածքները ամեկ հինգերորդ տուժածի ուղեկցվում են թոքամզաթոքային շոկի ծանր ձևերի, շնչառական սուր անբավարարության, սիրտանոթային խանգարումների զարգացման և սահմանային վիճակների առաջացման վտանգով: Մահացությունը կրծքավանդակի թափանցող վնասումների դեպքում կազմում է մոտ 20 %: 50 % և ավելի դեպքերում մահվան պատճառ է հանդիսանում արյան սուր կորուստը, 20 % դեպքերում՝ թոքամզաթոքային շոկը և 11 % դեպքերում՝ վարակային բարդությունները:

Կրծքավանդակի ծանր վնասումներին է դասվում *բաց պնևմոթորաքսով* ուղեկցվող վիրավորումը: Այն բավականին հաճախ բարդանում է թոքամզաթոքային շոկով և ուղեկցվում բարձր մահացությամբ: Բաց պնևմոթորաքսի համար բնորոշ են պարադոքսալ շնչառությունը և միջնորմի օրգանների տատանումը՝ բալոտացիան:

Բաց պնևմոթորաքսի նշան է հանդիսանում կրծքավանդակի բաց վերքը, որի միջով ներշնչման և արտաշնչման ժամանակ օդ է անցնում: Այդպիսի վերքերը կոչվում են «ներծծող», սուլող: Երբեմն արյո աղմուկները ի հայտ են գալիս միայն շնչառական խորը շարժումների կամ

հազի ժամանակ: Տուժածը անհանգիստ է, գունատ, ցիանոտիկ, գանգատվում է հազից, կրծքավանդակի ցավերից: Շնչառությունը հաճախացած, զարկերակային ճնշումը իջած:

Առաջին օգնությունը բաց պնևմոթորաքսի դեպքում կայանում է գազակլանիչ օկլյուզիոն վիրակապ դնելու, թթվածին տալու, սրտային միջոցներ ներմուծելու և բուժհիմնարկ արագ տեղափոխման մեջ, որտեղ հիվանդը պետք է անմիջապես վիրահատվի: Վիրաբուժական միջամտությունը իր մեջ ներառում է կրծքավանդակի պատի վերքի առաջնային մշակում, թոքամզի խոռոչի լայն հատում, որը սովորաբար իրականացնում են վերքի միջից և, հազվադեպ, լրացուցիչ կատարված կտրվածքով: Թոքամզի խոռոչից հեռացնում են արյունը, դադարեցնում արյունահոսությունը, կատարում թոքի վերստուգում: Թոքի վերքի վիրաբուժական մշակումը տարբերվում է հետևյալ առանձնահատկություններով: Թոքի վերքը չեն բացազատում և, որպես կանոն, չեն բացահատում: Հեռացնում են արյան մակարդուկները և օտար մարմնիկները: Կապում են վնասված մանր անոթներն ու բրոնխները: Վերքի մեջ լցնում են չոր հակաբիոտիկներ և դնում հանգույցային կամ անընդհատ մետաքսե կարեր:

Եթե կրծքավանդակի պատի մկանների զգալի դեֆեկտի դեպքում հնարավոր չի լինում դնել երկշարք կարեր, կատարում են 1-2 կողերի ռեզեկցիա կամ դիմում մոտակա մկանների ոտիկի վրա պլաստիկային: Ներկայումս կրծքավանդակի թափանցող վնասումների դեպքում բուժումը կառուցվում է հետևյալ սկզբունքների վրա՝

- թոքամզի խոռոչի պարունակության՝ օդի, արյան, էքսուդատի ակտիվ արտաձծում;
- թոքի վաղ բացում և այդ վիճակում պահում;
- տիպիկ տեղում՝ հետին անրակային գծով VII-VIII միջկողային տարածությունից թոքամզի խոռոչի դրենավորում;

- շնչուղիների բուժում՝ արյան, լորձի արտաձծում շնչափողից և բրոնխներից;
- վիրահատական միջամտություն խիստ ցուցումներով:

Թոքամզի խոռոչի պարունակության վաղ ակտիվ արտաձծման եղանակը օգտագործվում է կրծքավանդակի թափանցող վնասումով տուժածների մոտ 90 % մոտ: Թոքամզի խոռոչի ակտիվ արտաձծման և դրենավորման եղանակը հիմնված է հետևյալ դրույթների վրա՝

- վաղ կիրառում;
- թոքամզի խոռոչի պարունակության դանդաղ լրիվ արտաձծում;
- թոքամզի խոռոչի խիստ ասեպտիկա և թարախակալման կանխարգելում՝ հակաբիոտիկների և հակասեպտիկների ներմուծում;
- խիստ հերմետիկություն, պունկցիայի և դրենավորման իրականացում;
- թոքամզի խոռոչում ֆիզիոլոգիական մակարդակի վրա՝ 2-4 մմ ս. ս. բացասական ճնշման ստեղծում և պահպանում:

Վիրահատական բուժման կարիք ունեն փակ վնասումներով և կրծքավանդակի թափանցող վիրավորումներով տուժածների մոտ 5-10 %:

Անհապաղ վիրահատության ցուցում են հանդիսանում կրծքավանդակի թափանցող վնասումների հետևյալ տեսակները՝

- սրտի վիրավորումներ;
- բաց պնևմոթորաքս;
- թոքամզի խոռոչում շարունակվող արյունահոսություն;
- լարված փականային պնևմոթորաքս, որը չի կասեցվում ակտիվ ասպիրացիայի եղանակով;
- մակարդված հեմոթորաքս;
- թոքի լայնածավալ վնասումներ:

Կրծքավանդակի փակ վնասման հետվնասվածքային շրջանում առավել հաճախ հանդիպող բ ա թ յ ո լ թ յ ո լ ն ե թ ի ց են հանդիսանում թոքաբորբը, թոքերի աբսցեսը, պլևրիտը և թոքամզի էմպիեման, որոնք առաջանում են 8-10 % դեպքերում: Այդ բարդությունների զարգացման համար առաջին հերթին պրոգնոստիկ առումով անբարենպաստ գործոն են հանդիսանում կողերի բազմակի կոտրվածքները, թոքի սալջարդը՝ ներթոքային հեմատոման, հեմոթորաքսը, պնևմոթորաքսը, ինչպես նաև այս գործոնների գուգակցումը:

Կրծքավանդակի փակ վնասումների դեպքում հետվնասվածքային բարդությունների առաջացման հաճախականության նվազեցմանը հասնում են հեմոպնևմոթորաքսի վաղ վերացումով՝ թոքամզի խոռոչից արյան և օդի ակտիվ արտածման, թոքի լրիվ բացման, բրոնխների վիճակի բարելավման և օժանդակ վենտիլյացիայի միջոցով իրականացվող գազափոխանակության լավացման, լայն սպեկտրի հակաբիոտիկների օգտագործումով հակամանրէային բուժման կիրառման, ինչպես նաև ֆիզիոթերապևտիկ գործոնների (ԱՄՃ, ԳԲԻ) կիրառման և օրգանիզմի դիմադրողականության բարձրացման ճանապարհով:

Գ լ ո լ ի 17

Կ Ր Ծ Ք Ա Վ Ա Ն Դ Ա Կ Ի Ե Վ Ո Ւ Ս Ա Գ Ո Տ Ո Ւ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր Ը Ե Ր Ե Խ Ա Ն Ե Ր Ի Մ Ո Տ

տվյալներով ամբողջ աշխարհում նկատվում է տրավմատիզմի աճի տենդենց, որը պայմանավորված է կյանքի ուրբանիզացիայով, բնակչության արդյունաբերական գործունեության աճով, ճանապարհատրանսպորտային պատահարների և սպորտային

%%°

% % % % °

Ա ն ա տ ո մ ի ա յ ի հ ի մ ո լ ն ք ն ե թ ը :

Վ ն ա ս մ ա ն մ ե խ ա ն ի զ մ ը :

Ա խ տ ո թ ո շ ո լ մ ը :

Բ ո լ ժ ու մ ը :

Գ լ ո լ ի 28

Բ Ա Ջ Մ Ա Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք : Հ Ե Ն Ա Շ Ա Ր Ժ Ա Կ Ա Ն Հ Ա Մ Ա Կ Ա Ր Գ Ի Բ Ա Ջ Մ Ա Թ Ի Վ Ե Վ

Զ Ո Ւ Գ Ա Կ Ց Վ Ա Ծ Վ Ն Ա Ս Վ Ա Ծ Ք Ն Ե Ր

Բազմավնասվածքի ընդհանուր հարցեր

Օրգան-համակարգերի մեխանիկական վնասվածքները բաժանվում են մեկուսացված վնասվածքի (մոնովնասվածք) և բազմավնասվածքի: Մեկուսացված կամ *մոնովնասվածք* է կոչվում մեկ օրգանի կամ, հենաշարժական համակարգի, անատոմոֆունկցիոնալ մեկ հատվածի (ոսկրերի, հոդերի) սահմաններում տեղի ունեցող վնասվածքը: Ներքին օրգանների համար դա մեկ խոռոչի սահմաններում տեղի ունեցող մեկ օրգանի վնասվածքն է, մագիստրալ անոթների և նյարդային ցողունների վնասման դեպքում՝ դրանց վնասվածքն է անատոմիական մեկ շրջանում: Ուսումնասիրվող խմբերից ամեն մեկում վնասվածքները կարող են լինել մոնոկամ բազմագործոնային: Օրինակ՝ բարակ աղու բազմագործոնային վնասվածքը դա

վիրավորումն է մի քանի տեղերում, հենաշարժական համակարգի համար՝ մի քանի տեղերում մեկ ոսկրի վնասվածքն է (երկակի, եռակի կոտրվածքներ): Հենաշարժական համակարգի մագիստրալ անոթների և նյարդային ցողունների վնասումով ուղեկցվող վնասվածքները հարկավոր է դիտել որպես բարդացած վնասվածք: Դիագնոզը այդ դեպքում ձևակերպում են հետևյալ կերպ. «աջ ազդրի դիաֆիզի փակ կոտրվածք բարդացած ազդրային զարկերակների վնասվածքով»:

«Բազմավնասվածք» տերմինը հավաքական հասկացություն է, որն իր մեջ ներառում է մեխանիկական վնասվածքների հետևյալ տեսակներ՝ բազմաթիվ, գուգակցված և կոմբինացված:

Մեխանիկական բազմաթիվ վնասվածքներին են դասում երկու կամ ավելի ներքին օրգանների, ինչպես նաև հենաշարժական համակարգի երկու կամ ավելի անատոմոֆիզիոլոգիական հատվածների վնասվածքները, օրինակ՝ լյարդի և աղու, ազդրի և նախաբազկի վնասվածքներ:

Զուգակցված վնասվածքներ են համարում երկու կամ ավելի խոռոչներում ներքին օրգանների միաժամանակյա վնասվածքը կամ ներքին օրգանների և հենաշարժական համակարգի վնասվածքը, օրինակ՝ փայծախի և միզապարկի վնասվածքը, կրծքավանդակի օրգանների վնասվածքը և վերջույթների ոսկրերի կոտրվածքը, գանգուղեղային վնասվածքը և կոնքոսկրերի կոտրվածքը:

Կոմբինացված են կոչվում վնասող տարբեր՝ մեխանիկական, ջերմային, ճառագայթային գործոնների ազդեցության տակ առաջացող վնասվածքները: Օրինակ՝ ազդրի կոտրվածքը և մարմնի ցանկացած հատվածի այրվածքը կոչվում է կոմբինացված վնասվածք: Հնարավոր է նաև վնասող գործոնների գուգակցված ազդեցության էլ ավելի մեծ քանակություն (ազդակների էլ ավելի մեծ թվեր):

Բազմաթիվ, գուգակցված և կոմբինացված վնասվածքները առանձնանում են կլինիկական արտահայտությունների հատուկ ծանրությամբ, որոնք ուղեկցվում են օրգանիզմի կենսական կարևոր ֆունկցիաների զգալի խանգարումով, ախտորոշման դժվարությամբ, բուժման բարդությամբ, հաշմանդամության մեծ տոկոսով, մեծ մահացությամբ: Այսպիսի վնասվածքները հաճախ ուղեկցվում են վնասվածքային շոկով, արյան մեծ կորստով, արյան շրջանառության և շնչառության խանգարումներով, երբեմն՝ սահմանային վիճակով: Տուժածների այս խումբը վնասվածքաբանական ստացիոնարում կազմում է 15-20 %: Բազմակի և գուգակցված վնասվածքի ծանրության մասին է վկայում մահացության ցուցանիշները: Մեկուսացված կոտրվածքների դեպքում այն կազմում է 2 %, բազմաթիվ վնասվածքի դեպքում բարձրանում մինչև 16 %, իսկ գուգակցված դեպքում հասնում 50 % և ավելի (հենաշարժական համակարգի վնասվածքի և կրծքավանդակի ու որովայնի խոռոչի օրգանների վնասման գուգակցման դեպքում):

Բազմավնասվածքը բնորոշվում է հետևյալ առանձնահատկություններով՝

1. Դիտվում է այսպես կոչված փոխադարձ ծանրացման համախտանիշ: Օրինակ՝ արյան կորուստը, նպաստում է շոկի զարգացմանը, ընդ որում առավել ծանր տեսակի, որն էլ ավելի է վատացնում վնասվածքի ընթացքն ու ելքը:

2. Վնասվածքների գուգակցված լինելը ստեղծում է բուժման անհամատեղելիության վիճակ: Օրինակ՝ հենաշարժական համակարգի վնասվածքի դեպքում օգնություն ցույց տալու և բուժման նպատակով ցուցված նարկոտիկ ցավազրկող միջոցների կիրառումը գանգուղեղային վնասվածքի հետ նրանց գուգակցման դեպքում դրանց ներմուծելը հակացուցված է: Կամ, օրինակ, կրծքավանդակի վնասվածքի և բազկոսկրի կոտրվածքի գուգակցված լինելը թույլ չի տալիս դնել զատող բեկակալ կամ գիպսային թորակոբրախիալ կապ:

3. Հաճախանում է կրիտիկական վիճակի բերող այնպիսի ծանր բարդությունների զարգանալը, ինչպիսիք են գանգվածային արյունակորուստը, շոկը, տոքսեմիան, երիկամային սուր անբավարարությունը, ճարպային էմբոլիան, տրոմբոէմբոլիան:

4. Նկատվում է կլինիկական ախտանիշերի ջնջվածություն գանգառովայնային (կրանիոաբդոմինալ) վնասվածքի, ողնաշարի և որովայնի վնասվածքի, զուգակցված այլ վնասվածքների դեպքում: Դա բերում է ախտորոշման սխալների և որովայնի խոռոչի օրգանների վնասումների բաց թողմանը:

Բազմավնասվածքի առավել հաճախ հանդիպող պատճառ են հանդիսանում ճանապարհատրանսպորտային և երթուղային վթարները, բարձրությունից վայր ընկնելը: Մեծամասամբ դեպքերում տուժում են 20-50տարեկան անձիք: Բազմաթիվ և զուգակցված վնասվածքով հիվանդներին օգնություն ցույց տալը և բուժումը կապված են նրանց ընդհանուր վիճակի ծանրությամբ և հիմնական վնասվածքի ախտորոշման բարդությամբ:

Քանի որ զուգակցված վնասվածքի դեպքում մարմնի տարբեր հատվածների վնասման ծանրությունը տարբեր է, ստացիոնարում բուժման ընթացքում հարկավոր է պարզել ներկա պահին վիճակի ծանրությունը որոշող գերակշռող վնասվածքները: Դա կարևոր է բուժական տակտիկան և վիրահատական միջամտությունների կատարման հերթականությունը որոշելու առումով: Զուգակցված ծանր վնասվածքի դեպքում ընդհանուր բուժումը կարելի է բաժանել երեք փուլի՝ 1) վերակենդանացման; 2) բուժման; 3) վերականգնման:

Բուժման ընթացքում շեշտը առաջատար վնասվածքի վրա կարող է փոխվել: Օրինակ՝ գանգառովայնային վնասվածքի դեպքում, երբ կա ներորովայնային արյունահոսություն, գերիշխողը կլինի որովայնի վնասվածքը, և բուժական միջոցառումները պետք է ուղղված լինեն առաջին հերթին ներքին արյունահոսության դադարեցմանը: Արյունահոսությունը դադարեցնելուց և արյան կորուստը վերականգնելուց հետո բուժման շեշտը տեղափոխվում է գանգուղեղային վնասվածքի վրա: Զուգակցված վնասվածքի դեպքում տուժածի անգիտակից վիճակը հաճախ պայմանավորված է լինում գանգուղեղային ծանր վնասվածքով:

Հեմոդինամիկ արտահայտված խանգարումները հանդիսանում են սուր արյունակորուստի հետևանք, որը կարող է պայմանավորված լինել հենաշարժական համակարգի բազմաթիվ վնասվածքներով կամ կրծքավանդակի և որովայնի խոռոչի օրգանների զուգակցված վնասումով: Շնչառության կտրուկ խանգարում սովորաբար առաջացնում է կրծքավանդակի վնասվածքը (կողերի բազմաթիվ, «պատուհանանման» կամ երկկողմանի կտորվածքները, հեմո- և պնևմոթորաքսը):

Առաջնային կողմնորոշիչ գնման ընթացքում ստուգում են միզարձակման ֆունկցիան: Չննտմանը ավարտելուց և առաջատար վնասվածքը պարզելուց հետո տուժածի հետագա հետազոտելը հաճախ ստիպված են լինում ընդհատել վերակենդանացնող և հակաշոկային միջոցառումներով, որոնց մեջ են մտնում նաև կենսական ցուցումներով կատարվող վիրահատությունները:

Առավել մանրամասն հետազոտմանը անցնում են հակաշոկային միջոցառումների իրականացման հետ միաժամանակ, երբ որոշ չափով բարելավում է տուժածի ընդհանուր վիճակը: Ախտորոշման դժվարությունը առաջացնում է նաև մի շարք տակտիկական խոչընդոտներ բազմավնասվածքով հիվանդներին օգնություն ցույց տալու հարցում:

Օգնություն ցույց տալու առանձնահատկությունները հոսպիտալային փուլում

Նախահոսպիտալային փուլում սկսված բուժումը շարունակում են ստացիոնար պայմաններում: Ընդունարանում բազմավնասվածքով հիվանդի մոտ հարկավոր է կատարել հետևյալ գործողությունները՝

1) արագ գնում, որակավորված օգնության ցուցաբերում;

2) վիրակապերի, անշարժացման, դրված լարանների ստուգում և թերությունների ուղղում:

Առաջին (վերակենդանացման) փուլ: Այս փուլում անհապաղ սկսում են պայքարը շոկի դեմ: Վերակենդանացման բաժանմունքում հարկավոր է իրականացնել համալիր բուժում՝ արյան շրջանառության կայունացում, ցավազրկում, ապահով անշարժացում, թթվածնաբուժում, վիրահատակա վաղ միջամտություն, օրգանիզմի խանգարված ֆունկցիաների շտկում: Ձնումից առաջ տուժածին հարկավոր է լրիվ մերկացնել: Ուշադրություն են դարձնում հիվանդի ընդհանուր տեսքի, մաշկային ծածկույթների և լորձաթաղանթների գունավորման, անոթազարկի վիճակի, վերքերի, քերծվածքների, հեմատոմաների տեղակայման, հիվանդի դիրքի (հարկադրական, պասիվ, ակտիվ) վրա: Այս ամենը թույլ է տալիս նախնական որոշել առկա վնասվածքները: Կատարում են կրծքավանդակի բախում և լսում, որովայնի շոշափում: Դիագնոզը ճշտում են վերակենդանացման բաժանմունքում իրականացվող ռենտգենաբանական և այլ հետազոտությունների միջոցով առանց հիվանդին տեղաշարժելու:

Եթե շնչառությունը դժվարացած է, հարկավոր է ուսումնասիրել բերանի խոռոչը, հեռացնել լորձը, արյունը, փսխումային զանգվածները, հանվող ատամային պրոթեզները և ֆիքսել ըմպանի խոռոչ հետանկնող լեզուն: Կրծքավանդակի զննման ընթացքում որոշում են դրա էքսկուրսիան շնչառության ժամանակ, կրծքավանդակի ներփքումն ու արտափքումը, վերքի մեջ օդի ներթափանցելը, պարանոցային երակների արտափքումը: Լսման ընթացքում սրտային կոնսերվատիվների աճող խլանալը կարող է հուշել բժիշկին սրտի վնասման և դրա տամպոնադաների մասին, հատկապես այն դեպքերում, երբ կա վերք սրտի պրոյեկցիայով: Եթե ախտորոշվել է հեմոպնևոթորաքս, հարկավոր է շարժել թոքամզային խոռոչից հեռացնել հեղուկը և արտածծել օդը, դնել ռետինե դրենաժ: Դա թույլ կտա վերացնել շնչառական անբավարարությունը և ավարտել հիվանդի զննումը: Եթե զուգակցված վնասվածքով տուժածի մոտ հայտնաբերվել է սրտի կամ խոշոր անոթների վիրավորում, թոքի վնասում և լարված պնևմոթորաքս, բաց պնևմոթորաքս ընդհանուր վիճակի պրոգրեսիվող վատանալու հետ, անհրաժեշտ է որքան հնարավոր է շուտ սկսել վիրահատությունը, անկախ մարմնի այլ հատվածների զուգակցված վնասվածքներից: Որովայնի խոռոչի փակ վնասվածքի դեպքում հարկավոր է կատարել լապարոցենտեզ և լապարոսկոպիա:

Երկրորդ (բուժման) փուլ: Բազմավնասվածքի ժամանակ գլխավոր խնդիրը վիրահատական միջամտությունների լավագույն ժամկետի և ծավալի ընտրությունն է: Ըստ վիրահատության կատարման անհապաղության և ծավալի տարբերում են տուժածների չորս խումբ:

Առաջին խումբը կազմում են այն հիվանդները, որոնց անհապաղ օգնություն ցույց չտալը արագ կրերի մահվան: Դա պարենխիմատոզ օրգանների (լյարդի, փայծախի) պատվածքներով պայմանավորված զանգվածային արյունահոսությունն է, սրտի տամպոնադան, թոքի լայնածավալ վնասումը, կողերի երկակի »պատուհանաձև« կամ »փականային« կոտրվածքները և այլն.: Որպես կանոն, այդպիսի տուժածները ընդունվում են ծանր, իսկ երբեմն էլ սահմանային վիճակում, որոնց զարկերակային ճնշումը լինում է կրիտիկական մակարդակից ցածր: Ջարկերակային արտաքին արյունահոսության դեպքում անց են կացնում միայն ժամանակավոր հեմոստազ սեղմանների, լարանների տեղադրում: Եթե հայտնաբերվում են վերջույթների կոտրվածքներ, իրականացնում են տրանսպորտային անշարժացում:

Երկրորդ խմբի մեջ մտնում են բազմավնասվածքով՝ որովայնի խոռոչավոր օրգանների վնասումներով, փականային պնևմոթորաքսով, ներզանգային հեմատոմաներով, վերջույթների փակ ծանր վնասվածքներով հիվանդները, որոնց մոտ չկա պրոֆուզ արյունահոսություն և շնչառության խորը խանգարումներ: Վիրահատությունները սովորաբար անց են կացնում ընդունվելուց հետո առաջին ժամերի ընթացքում: Վերջույթների կամ կողերի կոտրվածքների առկայության դեպքում իրականացնում են կոտրվածքների վայրի անզգայացում, պաշարումներ և դնում գիպսային կապեր կամ կմախքային ձգում:

Երրորդ խումբը կազմում են հենաշարժական համակարգի ծանր գերիշխող վնասվածքներով հիվանդները՝ առանց զանգվածային արյունահոսության: Վիրահատական միջամտությունները կատարում են միայն տուժածներին վնասվածքային շոկից հանելուց հետո: Ռիսկի հետ կապված, վիրահատությունները ցուցված են միայն վերջույթների բաց կոտրվածքների դեպքում վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակման, ամպուտացիաների (վերջույթների մեծածավալ ջնշխումների և դրանց անկենսունակության նշանների ժամանակ) տեսքով:

Չորրորդ խմբի մեջ մտնում են վերջույթների մի քանի հատվածների վնասվածքներով հիվանդները առանց վնասվածքային շոկի: Բաց վնասվածքների առկայության դեպքում անց են կացնում վերքերի առաջնային վիրաբուժական մշակում, վերջույթների բուժական անշարժացում: Որպես կանոն, օսթեոսինթեզը իրականացնում են անոթանյարդային զոյացությունների ճնշման, ոսկրաբեկորներով մաշկի պերֆորացիայի վտանգի դեպքում: Ցուցումների առկայության դեպքում օսթեոսինթեզը կատարում են առավել պահպանողական եղանակներով կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն սարքերի կիրառմամբ:

Բազմաթիվ կոտրվածքների բուժման տակտիկայի ընտրության ժամանակ հարկավոր է ձգտել ոչ միայն անատոմոֆունկցիոնալ փոխհարաբերությունների վերականգնմանը, այլև տուժածի խնամքի հեշտացմանը և որքան հնարավոր է շուտ նրա ակտիվացմանը: Փակ բազմաթիվ կոտրվածքներով հիվանդների ավելի քան 40 % մոտ անց են կացնում կոնսերվատիվ բուժում՝ կմախքային ձգում, գիպսային կապերի դնում:

Կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն սարքերի օգնությամբ կատարվող օստեոսինթեզը հեշտացնում է վիրահատվածի խնամքը, թույլ է տալիս նրան վաղ ակտիվացնել և վերջույթը վաղ ծանրաբեռնել: Երկու հարևան հատվածների վնասման դեպքում սովորաբար կիրառում են կայուն օսթեոսինթեզի մի քանի եղանակների կոմբինացիան: Օրինակ՝ ազդրոսկրի և ոլոքի կոտրվածքի դեպքում անց են կացնում ազդրոսկրի ինտրամեդուլյար կայուն օսթեոսինթեզ զանգվածային ձողով և սրունքի օսթեոսինթեզ:

Երրորդ (վերականգնման) փուլ: Այս շրջանում բուժական անշարժացումը վերացնելուց հետո անհրաժեշտ է ձգտել հոդերի ֆունկցիաների վերականգնմանը բուժական մարմնամարզության, ֆիզիոթերապևտիկ և սանատոր-կուրորտային բուժման, լողի միջոցով: Բացի այդ, անց են կացնում բազմավնասվածքի հետ կապված բարդությունների բուժում:

Գլուխ 19

ՀԵՆԱՇԱՐՇԱԿԱՆ ՀԱՄԱԿԱՐԳԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐԻ ԲԱՐԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Վնասվածքային շոկ

Վնասվածքային շուկր դա ծանր վնասվածքների հետևանքով հիվանդի կյանքին սպառնացող բարդությունն է, որի ժամանակ խախտվում, իսկ ապա վատթարանում են կենսական կարևոր օրգան-համակարգերի ֆունկցիաները: Դրա հետ կապված զարգանում են արյան շրջանառության խանգարումներ, խախտվում է միկրոշրջանառությունը, որի արդյունքում առաջանում է հյուսվածքների և օրգանների հիպօքսիա:

Տարբեր բնույթի և տեղակայման մեխանիկական վնասվածքներով հիվանդների մոտ վնասվածքային շուկի հաճախականությունը կազմում է 2.5 %: Առավել հաճախ շուկր զարգանում է որովայնի, կոնքի, կրծքավանդակի, ողնաշարի, ազդրոսկրի վնասվածքների դեպքում:

Շուկի առաջացման և զարգացման համար մեծ նշանակություն ունեն նախատրամադրող գործոնները՝ արյան կորուստը, հոգեկան վիճակը, գերսառեցումն ու գերտաքացումը, քաղցը:

Շուկի ընթացքում տարբերում են երկու փուլ՝ երեկտիլ և տորպիդ:

Երեկտիլ փուլում հիվանդի գիտակցությունը պահպանված է, դեմքը գունատ, հայացքը անհանգիստ, նկատվում է շարժողական և խոսակցական գերակտիվացում: Նա գանգատվում է ցավերից, հաճախակի գոռում, և չի գիտակցում իր վիճակի ծանրությունը: Հիվանդը կարող է փախչել պատգարակի վրայից: Նրան պահելը չափազանց դժվար է, քանի որ նա ցույց է տալիս մեծ դիմադրություն: Մկանունքը լարված է: Շնչառությունը հաճախացած, անհավասարաչափ: Անոթազարկը լարված, զարկերակային ճնշումը պարբերաբար բարձրանում է պայմանավորված ադրենալինի գերարտադրությամբ: Որքան կտրուկ է արտահայտված լինում էրեկտիլ փուլը, այնքան ավելի ծանր է ընթանում տորպիդ փուլը և ելքը:

Շուկի տորպիդ փուլը կլինիկորեն արտահայտվում է տուժածի փսիխիկայի ընկճմամբ, անտարբերությամբ դեպի շրջակա միջավայրը, ցավի նկատմամբ ռեկցիայի կտրուկ իջեցմամբ՝ որպես կանոն, պահպանված գիտակցության պայմաններում: Նշվում է զարկերակային և երակային ճնշումների անկում:

Կլինիկական գլխավոր ցուցանիշներ են հանդիսանում հեմոդինամիկ զարկերակային ճնշման մակարդակը, անոթազարկի հաճախականությունը և լարվածությունը, շնչառության հաճախականությունը և շրջանառող արյան ծավալը: Այս ցուցանիշների հիման վրա են ախտորոշում շուկր և որոշում նրա ծանրության աստիճանը:

Շուկի տորպիդ փուլը ըստ ախտանիշների ծանրության և խորության պայմանականորեն բաժանում են չորս աստիճանի՝ I, II, III և IV (տերմինալ վիճակ): Այս դասակարգումը անհրաժեշտ է բուժման տակտիկական ընտրելու և վնասվածքային շուկի ելքը որոշելու առումով:

I (թեթև) աստիճանի շուկ: Ընդհանուր վիճակը բավարար է, գիտակցությունը պարզ: Բերի ռեակցիան լույսի նկատմամբ պահպանված է: Զարկերակային ճնշումը 100 մմ ս. ս., անոթազարկը ռիթմիկ, բավարար լեցունությամբ, 100 զարկ/ 1 րոպեում: Շրջանառող արյան ծավալը իջած է 30 % սահմաններում: Շնչառությունը հանգիստ, մինչև 20-22 շնչական ակտ/ րոպեում: Ելքը բարենպաստ է:

II (միջին ծանրություն) աստիճանի շուկ: Գիտակցությունը պահպանված է, բերի ռեակցիան լույսի նկատմամբ՝ թույլ: Զարկերակային մաքսիմալ ճնշումը 80-90 մմ ս. ս., մինիմալը՝ 50-60, անոթազարկը 120 զարկ/1 րոպեում, թույլ լեցունությամբ: Շրջանառող արյան ծավալը իջած է 35 %: Շնչառությունը հաճախացած, մակերեսային: Ելքը կարող է լինել և բարենպաստ, և անբարենպաստ: Տուժածի կյանքը կարելի է փրկել միայն անհապաղ անցկացված երկարատև համալիր կոմպլեքսային բուժման շնորհիվ:

III (ծանր) աստիճանի շուկ: Ընդհանուր վիճակը ծանր է: Զարկերակային մաքսիմալ ճնշումը ցածր է կրիտիկական մակարդակից՝ 75 մմ ս. ս., անոթազարկը կտրուկ հաճախացած, 130 զարկ/ րոպեում և ավելի, թելանման, դժվար հաշվելի: Շրջանառող արյան ծավալը իջած է 45 % և ավելի: Շնչառությունը մակերեսային է և կտրուկ հաճախացած: Ուշացած

օգնության դեպքում զարգանում են շոկի անդարձելի ձևեր, որոնց դեպքում բուժումը լինում է ոչէֆեկտիվ:

IV աստիճանի շոկ: Տերմինալ վիճակ է: Այն իրենից ներկայացնում է օրգանիզմի կենսական ֆունկցիաների ճնշման ծայրագույն աստիճան, որը անցնում է կլինիկական մահվան: Շոկի ծանրության աստիճանը և որոշ չափով դրա ելքը կարելի է որոշել շոկի ինդեքսով: Այս հասկացության տակ հասկանում են անոթազարկի հաճախականության հարաբերությունը սիստոլիկ ճնշմանը: Եթե ինդեքսը փոքր է մեկից, այսինքն անոթազարկի հաճախականությունը ավելի փոքր է, քան զարկերակային մաքսիմալ ճնշման թիվը (օրինակ՝ անոթազարկը 80 զարկ/ 1 րոպեում, զարկերակային մաքսիմալ ճնշումը 100 մմ ս. ս.), ապա շոկը թեթև աստիճանի է, տուժածի վիճակը բավարար է, ելքը բարենպաստ: Մեկի հավասար ինդեքսի դեպքում (օրինակ՝ անոթազարկը 100 զարկ/ 1 րոպեում և սիստոլիկ ճնշումը 100 մմ ս. ս.), շոկը միջին ծանրության է: Մեկից ավել շոկի ինդեքսի դեպքում (օրինակ՝ անոթազարկը 120 զարկ/ րոպեում, սիստոլիկ ճնշումը 70 մմ ս. ս.), շոկը ծանր է, ելքը սպառնացող: Դիաստոլիկ ճնշումը շոկի ժամանակ, ինչպես և սիստոլիկը, ունի որոշակի կրիտիկական սահման՝ 30-40 մմ ս. ս.: Եթե այն ցածր է 30 մմ ս. ս. և հակաշոկային միջոցառումներից հետո բացակայում է դրա բարձրացման տենդենցը, ելքը անբարենպաստ է:

Արյան շրջանառության վիճակի առավել մատչելի ցուցանիշ է հանդիսանում ծայրամասային զարկերակների վրա անոթազարկի հաճախականությունը և լեցունությունը:

Բ ու ժ ու մ ը: Շոկի մեջ գտնվող հիվանդներին խորհուրդ են տալիս տեղավորել չոր և տաք (22-24°C) սենյակում: Հակացուցումների բացակայության դեպքում տալիս են տաք քաղցր ըմպելիք: Ջերմացնելը (ջերմակները) ցուցված են միայն երկարատև սառեցման դեպքում: Վնասվածքային շոկի պաթոգենետիկ բուժման կոմպլեքսում առաջնակարգ նշանակություն ունեն գավային ազդակների վերացման կամ նվազեցմանը ուղղված միջոցառումները: Հանգիստը և հոգեմետ ցավազրկող միջոցների՝ պրոմեդոլի, պանտոպոնի և մորֆինի (ներերակային) ներմուծումը նվազեցնում են ցավային զգացողությունները: Մակայն սիստոլիկ ճնշման 70 մմ ս. ս. ցածր ընկնելու, շնչառության խանգարումների և գանգուղեղային վնասվածքների դեպքում նարկոտիկների ներմուծելը հակացուցված է: Ցավերը վերացնելու նպատակով հարկավոր է լայնորեն կիրառել նովոկաինային տարբեր բլոկադաներ: Հակացուցում են հանդիսանում միայն սահմանային վիճակները՝ նախահոգևարքը, հոգևարքը և կլինիկական մահը:

Շոկի ժամանակ ելնելով ծանրության աստիճանից կատարում են արյան փոխներարկում: Արյունը կարելի է ներարկել շիթային կամ կաթիլային՝ I աստիճանի շոկի դեպքում՝ մինչև 500 մլ, II-III աստիճանի դեպքում՝ 1000 մլ, IV աստիճանի դեպքում՝ 1500-2000 մլ:

Զգալի արյան կորստի ֆոնի (որովայնի, կոնքի վնասումներ) վրա զարգացող ծանր շոկի դեպքում արյունը խորհուրդ են տալիս ներարկել միաժամանակ երկու երակից (1 րոպեում հարկավոր է ներարկել 100 մլ արյուն): Հեմոդինամիկ ցուցանիշների բարելավելուց հետո ներարկման արագությունը նվազեցնում են, ընդհուպ մինչև 30-60 կաթիլ րոպեում: Եթե կատարում են ցիտրատով կոնսերվացված արյան զանգվածային տրանսֆուզիա, ապա փոխներարկված ամեն 200-400 մլ արյան դեպքում հարկավոր է ներարկել 5 մլ կալցիումի քլորիդի 10 % լուծույթ (միոկարդը խթանելու նպատակով):

Ամբողջական արյան փոխներարկման հետ միասին շոկի ժամանակ ներարկում են նաև, պլազմա և արյունը փոխարինող լուծույթներ, որոնք ներ են մուծում շիթակաթիլային ճանապարհով: Նպատակահարմար է պլազմայի փոխարինիչների զուգակցումները՝ ռեոպոլիզյուկինի, պոլիզյուկինի հետ, ադային լուծույթների կիրառումը կոնսերվացված արյան հետ: Արյունը կազմում է այլ հեղուկների 30-80 %:

Արտահայտված հիպոտոնիայի դեպքում հեմոդինամիկան նորմալացնելու նպատակով խորհուրդ են տալիս ներերակային ճանապարհով ներմուծել պրեսոր միջոցներ՝ նորադրենալին և մեզատոն, սակայն դրանց կիրառելը առանց արյան կորստի բավարար հատուցման հակացուցված է: Սրտային և տոնուսավորող միջոցներից (նորադրենալինից և մեզատոնից բացի) նպատակահարմար է էֆեդրինի, կորդիամինի, ստրոֆանտինի, կորգլիկոնի ներմուծելը: Հակաշոկային բուժման կոմպլեքսի մեջ մտնում է ջրալուծ C, B₁, B₆, PP վիտամինների և գլյուկոզայի ներերակային ներարկումը: Կատարվում են նաև հակահիստամինային դեղամիջոցներ (պիպոլֆեն, դիմեդրոլ, սիբազոն), որոնք բացի հակահիստամինային ազդեցությունից ցուցաբերում են նաև արտահայտված հանգստացնող էֆեկտ, ունեն սիմպատիկ, դեսենսիբիլիզացնող բարձր հատկություններ:

Շոկի և տերմինալ վիճակների ժամանակ զարգացող նյութափոխանակության խանգարումը բերում է արյան աճող ացիդոզի, որը պահանջում է հակաշոկային միջոցառումների կոմպլեքսի մեջ ներգրավել օրգանիզմի հիմնայնացումը: Այդ նպատակով ներերակային ճանապարհով ներ են մուծում մինչև 200-300 մլ նատրիումի հիդրոկարբոնատի 3-5 % լուծույթ, հատկապես հյուսվածքների զանգվածային ջնջման դեպքում:

Ծանր շոկի և տերմինալ վիճակների դեպքում ցուցված է հորմոնալ բուժում՝ կորտիկոստերոիդներով: Տերմինալ վիճակում անհրաժեշտ է վերակենդանացնող կոմպլեքսի (թոքերի արհեստական վենտիլյացիա, դեֆիբրիլյացիա, սրտի փակ մերսում և արյան ներզարկերակային փոխներարկում) անհապաղ իրականացում:

Նախաբժշկական և առաջին բժշկական օգնություն ցույց տալիս սրտի մերսումը կատարում են փակ (անուղղակի) եղանակով: Որակավորված և մասնագիտական օգնություն ցույց տալիս 3-5 բույների ընթացքում անուղղակի մերսման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է սրտի բաց (ուղղակի) մերսումը:

Շոկային վիճակում գտնվող տուժածները տեղափոխման ենթակա չեն:

Վիրահատական միջամտությունը ցանկալի է անցկացնել միայն հիվանդին շոկից հանելուց և հեմոդինամիկայի ցուցանիշները կայունացնելուց հետո: Սակայն շարունակվող ներքին արյունահոսության կամ վերջույթի վրա դրված լարանի, ինչպես նաև ասֆիքսիայի երևույթների դեպքում վիրահատությունը սկսում են անհապաղ և դրա ընթացքում շարունակում հակաշոկային միջոցառումներին զուգահեռ:

Տրոմբոէմբոլիա

Մահացությունը թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի ժամանակ կազմում է 10-20 %: Տրոմբոէմբոլիայի գլխավոր աղբյուր է հանդիսանում կոնքի և ստորին վերջույթների երակների տրոմբոզը: Տրոմբոէմբոլիկ բարդությունները կարող են պայմանավորված լինել ստորին վերջույթների տրոմբոֆլեբիտով կամ երակային խրոնիկ անբավարարությամբ:

Ա ի ս ո թ ո շ ու մ ը : Տարբերում են թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի զարգացման և կլինիկական ընթացքի երկու տարբերակ՝

1) էմբոլիա խոշոր տրոմբոզով, որը բերում է կայծակնային անհապաղ մահվան;

2) թոքային զարկերակի աստիճանաբար զարգացող տրոմբոզ:

Թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիան առաջանում է վնասվածքից կամ վիրահատությունից հետո առաջին 2 շաբաթների ընթացքում: Թոքի ինֆարկտը կազմում է դեպքերի մոտ 10 %:

Թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի կլինիկական նշանները բավականին արտահայտված են լինում: Առաջին նշան է հանդիսանում կրծքավանդակի որևէ մի կետում, հազվադեպ՝ կրծոսկրի տակ հանկարծակի առաջացող սուր, ծակող ցավը, որն ուղեկցվում է շնչարգելության, վախի, երբեմն գլխապտույտի և սրտխառնոցի զգացումով: Մի քանի ժամից բարձրանում է ջերմաստիճանը, իջնում զարկերակային ճնշումը, առաջանում տախիկարդիա, հևոց, շուրթերի կապտում, ակրոցիանոզ, այտերի հիպերեմիա կամ կտրուկ գունատություն:

Թոքերը լսելիս ախտահարված կողմում հայտնաբերվում է շնչառության թուլացում, իսկ մի քանի ժամ անց՝ թոքամզի քսման աղմուկ: Թաց խզոցները ի հայտ են գալիս մի քանի օր անց ինֆարկտային թոքաբորբի զարգացման դեպքում, որն երբեմն ուղեկցվում է թոքամզի խոռոչում հեմոռագիկ էքսուդատով: Արյունախիտումը առաջանում է 3-7-րդ օրը: Լսման ժամանակ հարկավոր է ուշադրություն դարձնել թոքային զարկերակից վեր II տոնի ակցենտի առաջացման, ԷՍԳ փոփոխությունների (աջ սրտի ծանրաբեռնման և միոկարդի հիպոքսիայի տեսքով) վրա: Սրտի գործունեության ռիթմի խախտումը արտահայտվում է շողացող առիթմիայի պարոքսիզմի և պարոքսիզմալ տախիկարդիայի տեսքով: ԷՍԳ փոփոխությունները կարող են լինել այնպես, ինչպես և սրտի ինֆարկտի ժամանակ (միոկարդի հիպոքսիա, առիթմիա): Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի դեպքում հայտնաբերում են թոքաբորբանման սովերներ, թոքային դաշտերի անոթային պատկերի անհստակություն, թոքի »հատված« արմատ, թոքարմատների լայնացում, ախտահարման կողմում ստոծանու մակարդակի բարձրացում, թոքամզի մակերեսին, թոքի ստորին հատվածներում կոնաձև հաստացումներ: Լինում է կոագուլոգրամայի փոփոխում դեպի հիպերկոագուլյացիա: Ինֆորմատիվ փորձ է հանդիսանում արյան մակարդելիոլոյան ժամանակը, որը կարճանում է: Պրոտրոմբինային ինդեքսը՝ մոտ 100 % և ավելի:

Ֆլեբոտրոմբոզի, և հետևաբար, թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի կապը նպատակով հարկավոր է վնասվածքից հետո առաջին իսկ օրերին նշանակել դեհիդրատացիոն միջոցներ և անուղղակի ազդեցության հակամակարդիչներ, ինչպես նաև առողջ ստորին վերջույթը բինտակապել առաձգական բուժական բինտով, նշանակել բուժական մարմնամարզություն:

Բ ու ժ ու մ ը թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի ժամանակ պետք է լինի համալիր՝ ուղղակի և անուղղակի ազդեցության հակամակարդիչների, դեզագրեզացիոն միջոցների, անոթալայնիչ հակահիստամինային դեղամիջոցների նշանակում: Բուժումը սկսում են 100000 միավոր հեպարինի և 100000 միավոր ֆիբրինոլիզինի (կամ ստրեպտոզայի) կաթիլային (6 ժամվա ընթացքում) ներմուծելով: Արյան մակարդելիոլոյությունը պահպանվում է մինչև 20 րոպե: Հետագայում հեպարինը ներ են մուծում 5000-ական միավոր ամեն 4 ժամը մեկ ներերակային: 2 օր անց հեպարինի դեղաչափը նվազեցնում են մինչև 2000 միավոր (500-ական միավոր 4 անգամ), իսկ ապա՝ մինչև 1000 միավոր (250-ական միավոր 4 անգամ): Արյան մակարդելիոլոյության համակարգը կայունացնելուց հետո 6 օր անց նշանակում են անուղղակի ազդեցության հակամակարդիչներ՝ ֆենիլին (0.03-ական գ 3 անգամ): Արյան մածուցիկությունը նվազեցնելու և միկրոշրջանառությունը բարելավելու նպատակով 1 օրվա ընթացքում կաթիլային ներ են մուծում 800 մլ ռեոպոլիգլյուկին ավելացնելով 3 մլ վիտամին PP 1 % և վիտամին C 5 % լուծույթներ: Լրացուցիչ ներերակային ներ են մուծում 200-ական մլ նովոկաինի 0.5 % կամ գլյուկոզայի 5 % լուծույթ: Սպազմոլիտիկ միջոցներից նշանակում են 2 մլ նո-շպայի 2 % լուծույթ և 1 մլ կոմպլամին ներերակային ճանապարհով:

Թոքային զարկերակի տրոմբոէմբոլիայի ախտորոշման մեջ առավել արդյունավետ է անգիոպուլմոնոգրաֆիան: Այս եղանակը անվտանգ չէ, սակայն եթե անգիոգրաֆիայի ժամանակ հայտնաբերում են տրոմբոէմբոլիա, ապա կատետրով թոքային զարկերակի համապատասխան

ճյուղի մեջ հնարավոր է ներմուծել ստրեպտոկոկ կամ ֆիբրինոլիզին և շարունակել բուժումը հեպարինով:

Ռենտգենաբանական հսկողության տակ ռենտգենկոնտրաստային հատուկ կատետր մտցնելուց և տրոմբի ռեկանալիզացիայից հետո կատետրի միջով ներ են մուծում տրոմբը լուծող միջոցներ՝ 250000 միավոր ստրեպտոկոկ 15-20 բույսերի ընթացքում, ապա 1000000 միավոր ստրեպտոկոկ կաթիլային ներերակային 6-7 ժամերի ընթացքում: Ապա շարունակում հեպարինի ներմուծելը: Հեպարինի օրական դեղաչափը կազմում է 60000-80000 միավոր: Աստիճանաբար 6-7 օրերի ընթացքում այն նվազեցնում են մինչև 10000 միավոր, որից հետո նշանակում անուղղակի ազդեցության հակամակարդիչներ:

Ճարպային էմբոլիա

Կոտրվածքների ծանր վաղ բարդություններից է ճարպային էմբոլիան: Վնասվածքի ժամանակ ճարպային էմբոլիայի հաճախականությունը կազմում է 3-6 %, իսկ բազմաթիվ վնասվածքից հետո՝ 27.8 % դեպքերում: Ճարպային էմբոլիան առավել հաճախ հանդիպում է 20-30 տարեկան հասակում (սրունքի կոտրվածքի դեպքում) և 60-70 տարեկանում (ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածք):

Ըստ ճարպային էմբոլիայի առաջացման մեխանիզմական տեսության, ոսկրային հյուսվածքի վրա մեխանիզմական ազդեցությունից հետո ոսկրածուծի ճարպային կաթիլները և էմբոլները տարածվում են ավշային և երակային հոսքով դեպի թոքային մազանոթներ: Ոսկրածուծի մասնիկները հայտնաբերվում են թոքերում կոտրվածքից հետո արդեն մի քանի վայրկյան անց:

Երկրորդ (մետաբոլիկ) տեսությունը հիմնվում է արյան մեջ շրջանառող լիպիդների կենսաքիմիական փոփոխությունների վրա: Այդ ժամանակ ճարպային նորմալ էմուլսիան պլազմայում վերափոխվում է և հնարավոր է դառնում խիլոմիկրոնների միաձուլվելը ճարպային մեծ կաթիլների, որը հետագայում բերում է անոթների էմբոլացմանը: Այս տեսությունը հաստատվում է նաև այն փաստով, որ ճարպային էմբոլիան հանդիպում է ոչ միայն ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում: Ճարպային մասնիկների քիմիական միացությունները համապատասխանում են արյան շրջանառող լիպիդներին առավել հաճախ, քան ոսկրածուծի ճարպին: Որոշակի նշանակություն ունի նաև կրծքավանդակի դեպի իրեն քաջող հատկությունը: Հիվանդի շոկից դուրս գալու ժամանակ կամ արյան կորուստը լրացնելուց հետո զարկերակային ճնշման բարձրանալը նույնպես նպաստում է տրոմբի մղմանը դեպի արյան մեծ շրջանառության անոթները:

Ճարպի կաթիլների աննշան մեծության և մեծ առաձգականության դեպքում դրանք կարող են անցնել մազանոթային ցանց, տարածվելով արյան մեծ շրջանառությամբ, որի արդյունքում կարող է զարգանալ ճարպային էմբոլիայի ուղեղային տեսակը: Այսպիսով, տարբերում են ճարպային էմբոլիայի թոքային և ուղեղային տեսակներ և դրանց զուգակցումը՝ գեներալիզացված տեսակը:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ճարպային էմբոլիան արտահայտվում է տարատեսակ նվազ բնորոշ ախտանիշներով, որոնք թույլ են տալիս միայն կասկածել այն: Պաթոգնոմոնիկ ախտանիշ է համարվում կրծքի, որովայնի, վերին վերջույթների ներսային մակերեսներին, աչքի լորձաթաղանթի և սկլերաների, բերանի խոռոչի լորձաթաղանթի վրա պետեխիալ ցանի և մանր արյունազեղումների առաջանալը, մեզի մեջ ճարպի ի հայտ գալը: Սակայն վերջին նշանը կարող է հայտնաբերվել միայն 2-3-րդ օրը, այդ պատճառով ճարպի նկատմամբ մեզի բացասական անալիզի դեպքում ճարպային էմբոլիան բացառել չի կարելի: Ճարպային էմբոլիայի առաջին նշանն է հանդիսանում հեմոգլոբինի մակարդակի անկումը թոքի հեմոռագիայի հետևանքով:

ԷՍԳ փոփոխությունները վկայում են միոկարդի իշեմիայի կամ աջ սրտի գերծանրաբեռնվածության մասին:

Ճարպային էմբոլիայի թոքային ձևի համար բնորոշ է հևոցի, ցիանոզի, հազի, տախիկարդիայի ի հայտ գալը, զարկերակային ճնշման անկումը: Թոքային զարկերակի խոշոր ճյուղերի խցանման դեպքում զարգանում է շնչառական սուր անբավարարության պատկեր հաճախ մահացու ելքով: Ճարպային էմբոլիայի շնչառական տեսակը չի բացառում նաև ուղեղային խանգարումները (գիտակցության կորուստ, ցնցումներ):

Ճարպային էմբոլիայի ուղեղային տեսակը զարգանում է էմբոլների դեպի արյան մեծ շրջանառություն միգրացիայի դեպքում: Ուղեղային ձևի համար բնորոշ են՝ գլխապտույտը, գլխացավը, գիտակցության մթազումը կամ կորուստը, ընդհանուր թուլությունը, փսխումը, տոպիկ ցնցումների, երբեմն վերջույթների պարալիչների ի հայտ գալը (ընդ որում ախտորոշիչ նշանակություն ունի լուսավոր հատվածի առկայությունը վնասվածքի պահից մինչև նշված ախտանիշների ի հայտ գալը):

Բ ու ժ ու մ ը : Կիրառում են տարբեր եղանակներ, որոնք իրենց մեջ են ներառում հակաշոկային միջոցառումներ, հակամակարդիչ բուժում, խիստ անկողնային ռեժիմ, պրոտեազների արգելակիչների, տրասիլուլի, կոնտրիկալի, էպսիլոն-ամինոկապրոնաթթվի, ռեոպոլիգլուկինի, հեմոդեզի, հիդրոկորտիզոնի, էուֆիլլինի, կոկարբոքսիլազայի, ստրոֆանտինի կիրառումը 1 շաբաթվա ընթացքում: Ներերակային ճանապարհով ներ են մուծում գլուկոգոադային և դեքստրանների լուծույթներ, նշանակում հակահիստամինային դեղամիջոցներ:

Ճարպային էմբոլիայի շնչառական ձևի դեպքում ցուցված են թթվածնի ինհալյացիաները, արյան բաց թողնելը (300-400 մլ): Արյան և արյան փոխարինիչների զանգվածային ներերակային ներարկումները հակացուցված են, քանի որ դրանք կարող են առաջացնել զարկերակային ճնշման բարձրացում, թոքային զարկերակից էմբոլների միգրացիա արյան մեծ շրջանառություն և նպաստել Ճարպային էմբոլիայի ուղեղային ձևի զարգացմանը:

Մեծ նշանակություն ունեն կանխարգելիչ միջոցառումները՝ հիվանդի հանգիստը, տեղափոխման սահմանափակումը, շոկի դեպ պայքարը: Ոսկրերի և հատկապես ոսկրածուծի հեռացման հետ կապված վիրահատությունների ժամանակ հարկավոր է հետևել, որ ոսկրածուծը չընկնի վերքի մեջ, որի համար անհրաժեշտ է ոսկրերը շրջափակել թանգիֆով:

Ճարպային էմբոլիայի կանխարգելումը կայանում է նաև կոտրվածքի ճիշտ անշարժացման, դրա ցավազրկման մեջ: Մեծածավալ հեմատոմայով փակ կոտրվածքների դեպքում անհրաժեշտ է կատարել հեմատոմայի պունկցիա՝ արտածել արյունը և ճարպը:

Հետվնասվածքային և հետվիրահատական օսթեոմիելիտ

Օսթեոմիելիտ ասելով հասկանում են ոսկրի, վերնոսկրի, ոսկրածուծի և ոսկրը շրջապատող փափուկ հյուսվածքների կոմպակտ մասի բորբոքում: Դրա զարգանալը պայմանավորված է ոսկրածուծ թափանցող ախտածին մանրէներով (առավել հաճախ՝ ոսկեգույն ստաֆիլոկոկ): Ոսկրային հյուսվածք մանրէների ներթափանցումը տեղի է ունենում բաց կամ հրազենային կոտրվածքի, ինչպես նաև ոսկրերի վրա վիրահատությունների դեպքում հետվնասվածքային կամ հետվիրահատական օսթեոմիելիտի հետագա զարգացումով:

Վնասվածության աճը վերջին ժամանակներում ոսկրերի բաց և փակ կոտրվածքներով հիվանդների մոտ բերել է հետվնասվածքային և հետվիրահատական օսթեոմիելիտի հաճախականության ավելացմանը: Տարբերում են հեմատոգեն, հրազենային, հետվնասվածքային և հետվիրահատական օսթեոմիելիտ:

Հետվնասավածքային օսթեոմիելիտը հանդիսանում է բաց կոտրվածքների և ոսկրերի վրա վիրահատական միջամտությունների լուրջ բարդություն: Երկար խողովակավոր ոսկրերի բաց կոտրվածքների դեպքում օսթեոմիելիտի զարգացման հաճախականությունը տատանվում է 15-50 %; հետվիրահատական օստեոմիելիտ դիտվում է 3 % վիրահատվածների մոտ:

Բաց կոտրվածքների ժամանակ ուշ կատարված, ոչ ռադիկոզ վիրահատությունները, վերքի խուլ կարը, անբավարար դրենավորումը նպաստում են փափուկ հյուսվածքների թարախակալմանը և հետագա օսթեոմիելիտի զարգացմանը:

Ոսկրերի վրա «մաքուր» վիրահատությունների դեպքում հետվիրահատական վերքի թարախակալման և օսթեոմիելիտի զարգացման աղբյուր է հանդիսանում միջամտության ժամանակ վերքի վարակումը:

Հետվնասավածքային օսթեոմիելիտի դեպքում ոսկրային հյուսվածքի բորբոքումը հաճախակի սահմանափակվում է կոտրվածքի գոտիով և երբեմն ընթանում է ծայրային օսթեոմիելիտի ձևով: Բազմաբեկոր կոտրվածքների և ոսկրերի դեֆեկտների դեպքում պրոցեսը ընդգրկում է ամբողջ ոսկրը և թարախակալումը սկսվում է, որպես կանոն, փափուկ հյուսվածքներում: Այստեղ առաջանում են լայնածավալ թարախային վերքեր և թարախակալումը անցնում է ոսկրածուծային խողովակի (ոսկրաբեկորների) վրա: Եթե կատարված է եղել ներոսկրային մետաղաօսթեոսինթեզ, ապա օսթեոմիելիտը ձեռք է բերում տարածուն բնույթ: Հետվիրահատական օսթեոմիելիտը տեղակայվում է վիրահատական միջամտության տեղում, իսկ ապա տարածվում ոսկրածուծային խողովակով:

Հետվնասավածքային և հետվիրահատական օստեոմիելիտը հաճախ ունենում է խրոնիկ ընթացք՝ բարձրանում է մարմնի ջերմաստիճանը, աճում լեյկոցիտոզը: Վերքը դրենավորելուց հետո ջերմաստիճանը իջնում է, բորբոքային պրոցեսը սահմանափակվում, թարախային արտադրությունը նվազում, հետվիրահատական վերքի շրջանում ձևավորվում խուղակ: Այսպիսի խուղակները չունեն ինքնալավացման տենդենց: Հետվնասավածքային և հետվիրահատական օսթեոմիելիտի սուր ընթացքի դեպքում նկատվում է արտահայտված ցավային համախտանիշ, փափուկ հյուսվածքների այտուց, բարձր ջերմաստիճան, արտահայտված լեյկոցիտոզ նեյտրոֆիլային ձախ շեղումով, երիտրոցիտների նստեցման արագության (ԷՆԱ) բարձրացում, աճող անեմիա: Ավելի ուշ՝ ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են կոտրվածքի շրջանի կամ մետաղական կոնստրուկցիաների շուրջը օսթեոպորոզ, ոսկրերի ծայրերի ֆեստոնավորում դեստրուկցիայի օջախներով և սեկվեստրներով:

Հետվնասավածքային և հետվիրահատական օսթեոմիելիտի արդյունքում կարող են առաջանալ կեղծ հոդեր, ոսկրերի դեֆեկտներ, երկարատև չլավացող խուղակներ խրոնիկ սրացումներով: Կոտրվածքի շրջանի օսթեոմիելիտով բարդացած հատվածների շարժունությունը նպաստում է վարակի տարածմանը և խոչընդոտում կոտրվածքի սերտաճմանը:

Բ ո լ ժ ո լ մ ը : Հետվնասավածքային և հետվիրահատական օսթեոմիելիտի բուժման հիմնական եղանակը վիրահատականն է: Կատարվում է սեկվեստրնեկրեկտոմիա կամ ոսկրի ախտաբանակն օջախի ռեզեկցիա՝ դեֆեկտի առաջացումով: Վերջին դեպքում ոսկրային դեֆեկտը լրացվում է՝ օգտագործելով Իլիզարովի կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն եղանակը: Լրացուցիչ եղանակներին են պատկանում վերջույթի անշարժացումը, հակաբիոտիկների ներմուծելը ներզարկերակային տեղային պերֆուզիայի ճանապարհով: Բուժումը հակաբիոտիկներով հարկավոր է անցկացնել հաշվի առնելով միկրոֆլորայի զգայունությունը: Կիրառում են ֆիզիոթերապիա:

Հետվիրահատական օսթեոմիելիտի դեպքում անհրաժեշտ է հանել մաշկային կարերը, բացել թարախակալման օջախները, անընդհատ ասպիրացիայի և օջախը հակաբիոտիկներով

կամ նիտրոֆուրանային դեղամիջոցներով ցողելու ճանապարհով ապահովել վերքային արտադրուկի արտահոսքը:

Մետաղական կոնստրուկցիաների հեռացման հարցը լուծվում է տարբեր տեսակով՝ ոսկրածուծային խողովակով թարախային պրոցեսի տարածման դեպքում ցուցված է դրանց հեռացնել, իսկ լոկալիզացված ձևի դեպքում խորհուրդ են տալիս դնել Իլիզարովի, Կալնբերգի, Գուդուշաուրիի և այլ կոնստրուկցիոն-դիստրակցիոն սարքեր:

Մ ա ս երրորդ

Օ Ր Թ Ո Պ Ե Դ Ի Ա

Գ լ ու ի ս 1

Կ Մ Ա Խ Ք Ի Հ Ա Մ Ա Կ Ա Ր Գ Ա Յ Ի Ն Հ Ի Վ Ա Ն Դ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր

Հենաշարժիչ համակարգի ժառանգական համակարգային հիվանդությունները առանձնանում են պոլիմորֆիզմով, որը արտահայտվում է ոչ միայն կլինիկոռենոգենաբանական պատկերով, այլև հիվանդության տարբեր ժամանակներում ի հայտ գալու, և արտահայտման աստիճանների մեջ:

Հիվանդությունների այս խմբի հիմքում ընկած են ներարգանդային զարգացման շրջանում շարակցական հյուսվածքի, աճառային և ոսկրային համակարգերի զարգացման խանգարումները: Կլինիկառենոգենաբանական հետազոտությունը լրացնում են լաբորատոր կենսաքիմիական հետազոտություններով, հիվանդի ընտանիքի գենետիկ հետազոտումով:

Խոնդրոդիստրոֆիա

Խոնդրոդիստրոֆիան բնութագրվում է ոսկրերի բազմաթիվ դեֆորմացիաներով, որոնք բերում են գաճաճության: Հիվանդների մի մասի մոտ առկա են հիդրոցեֆալիայի նշաններ:

Հիվանդության էությունը կայանում է ոսկրի էնխոնդրալ աճի խանգարումով: Ընդ որում, պերիոստալ և էնդոստալ աճը չի խախտվում: Հիվանդության ընթացքը բավականին բնորոշ է, քանի որ այն հայտնաբերվում է անմիջապես երեխայի ծնվելուց հետո. կարճահասակ, մեծ գլուխ, կարճ ստորին և վերին վերջույթներ: Արտահայտված են գանգի ճակատային բլթերը, նաև քունքային, ծոծրակային և գագաթային թմբկությունները: Այդ հիվանդների մոտ պարանոցը կարճ է, թիկունքը լայն, կուրծքը լավ զարգացած, որովայնը մեծացած: Նկատվում է գոտկային լորդոզի արտահայտում, վերջույթների հատվածների ծովածություն, հոդերի հաստացում և դեֆորմացիա, իսկ դաստակի մատները հաստացած են և կարճ: Մեծահասակների առավելագույն հասակը չի գերազանցում 120 սմ: Ներքին օրգանների կողմից որոշակի փոփոխություններ չեն նկատվում: Հոգեվիճակը նորմալ է: Անհրաժեշտ է նշել, որ խոնդրոդիստրոֆիկների 80 %-ը մահանում են դեռ ներարգանդային կյանքում՝ կամ ծնվելիս: Իսկ ծնվածները կարող են ապրել մինչև խոր ծերություն:

Բ ու ժ ու մ ը հիմնականում հանգում է օրթոպեդիկ միջամտությունների և սանատոր-կուրորտային բուժման (ծովային լողանքներ, ձկան յուղ, վիտամիններ, երկաթ պարունակող դեղերի օգտագործում և այլն):

Վերջերս հասակի զարգացման համար օգտագործում են անաբոլիկ հորմոններ: Դեֆորմացված վերջույթների ուղղման համար հնարավոր է կիրառել վիրաբուժական

միջամտություններ – ուղղող օսթեոտոմիաներ, ստորտամբինային օսթեոտոմիա (ազդրի վզիկի վարուսային դեֆորմացիաների ժամանակ) և վերջապես, վերջույթների երկարացում կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն սարքավորումների օգնությամբ (Իլիզարովի, Վոլկով-Նովիանիսյանի և ուրիշների սարքավորումներով):

Խոնդրոդիստրոֆիաների կանխման համար մեծ նշանակություն ունի կանխարգելում, քանի որ մանկական հասակում վաղաժամ ոտքի կանգնելը կարող է խորացնել վերջույթների եղած դեֆորմացիան:

Դիսխոնդրոպլազիա (Օլյեի հիվանդություն)

Դիսխոնդրոպլազիան կմախքի աճառների ոսկրակալման արատ է: Հիվանդության հիմքում ընկած է էնխոնդրալ ոսկրակալման խանգարումները: Հիմնական (պրոֆիլային) աճառը առանց ոսկրակալման շարունակում է աճել դեպի դիաֆիզը: Հաճախ դիսխոնդրոպլազիայի օջախները դիտվում են երկար խողովակավոր, դաստակի և ոտնաթաթի մանր ոսկրների մեջ:

Կլինիկորեն տարբերվում են երկկողմանի, միակողմանի և բազմաթիվ ձևերը, բայց ավելի հաճախ դիտվում է վերջույթների միակողմանի ախտահարումը: Հիանդությունը ի հայտ է գալիս կրտսեր և ավագ մանկական հասակում: Երբեմն ախտահատումների ժամանակ նկատվում է վերջույթների առանձին հատվածների ասիմետրիա և կարճացում: Ստորին վերջույթների ախտահարման դեպքում ի հայտ են գալիս կաղություն, կոնքի թեքվածություն, վերջույթների վարուսային կամ վալգուսային դեֆորմացիաներ, շոշափման ժամանակ նկատվում է մետաֆիզների հաստացում: Աճման դանդաղումը և վերջույթների կարճացումը կարևոր նշաններ են ճիշտ ախտորոշման համար: Բնորոշ է մատների ֆալանգների ախտահարումը՝ բազմաթիվ խոնդրոմաների ձևով: Հնարավոր է համակցում անոթների ախտահարման հետ (Մաֆֆուչիի սինդրոմ) - բազմաթիվ անգիոմատոզ կմախքի ախտահարման տեղերում: Հոգեկան զարգացումը նորմալ է: Ռենտգենաբանորեն երկար խողովակավոր ոսկրերի մետաֆիզներում ի հայտ են գալիս օվալ կամ հովհարաձև լուսավորված օջախներ:

Բ ու ժ ու մ ը կայանում է օրթոպեդիկ սարքավորումներ կրելու մեջ: Արտահայտված դեֆորմացիաների ժամանակ կատարվում են տարբեր վիրահատություններ:

Ֆիբրոզ օսթեոդիսպլազիա (Բրայցն-Լիխտենշտեյնի հիվանդություն)

Զնայած ֆիբրոզ օսթեոդիսպլազիան զարգացման բնածին արատ է, այն կլինիկորեն ի հայտ է գալիս և ախտորոշվում է 8-10 տարեկան հասակում:

Հիվանդությունը հաճախ հանդիպում է տղաների մոտ: Դիտվում են ինչպես օջախային, այնպես էլ միակողմանի և երկկողմանի ձևերը:

Կլինիկական օբյեկտիվ նշանները ի հայտ են գալիս սուբյեկտիվ նշաններից շուտ: Հիմնական ախտանիշներն են վերջույթների կարճության պատճառով առաջացած ոսկրերի տծությունը, կաղությունը: Դիսպլաստիկ հյուսվածքները բերում են վերջույթի ձևի փոփոխման, առանցքի ծռման և նրա հաստացմանը: Ստորին վերջույթների դեֆորմացիաները տեղակայվում են ազդրոսկրի և ոլոքի պրոքսիմալ հատվածներում: Կարող են ախտահարվել դեմքի և գանգի ոսկրերը, որը սիմետրիկ ախտահարման ժամանակ բերում է արտաքին տեսքի փոփոխությանը: Հաճախ տեղի են ունենում ախտաբանական կոտրվածքներ, հատկապես ստորին վերջույթներում: Շատ դեպքերում նկատվում է մաշկի ախտաբանական պիգմենտացիա,

սեռական հասունացման և կմախքի աճի խանգարում: Քանի, որ ֆիբրոզ դիսպլազիան ոսկրային համակարգի բնածին արատ է, հնարավոր է նրա համակցումը այլ արատների հետ:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է: Վիրահատության ցուցումներն են՝ ախտահարված օջախների մեծացումը, ցավերը, դեֆորմացված հատվածի կոտրվածք առաջանալու վտանգը կիստոզ օջախների գոյացումը: Երեխաների մոտ ցանկալի են վաղաժամ վիրահատություններ-դիսպլաստիկ հյուսվածքների արմատական հեռացում: Կատարում են. ոսկրի եզրային ռեզեկցիա, սեզմենտար ռեզեկցիա, շտկող օստեոտոմիա և այլն:

Ախտաբանական կոտրվածքներից հետո առաջացած կեղծ հողի դեպքում ցուցված է Իլիզարովի և Վոլկով-Չովհաննիսյանի սարքավորումների կիրառումը դանդաղ դիստրակցիա կատարելու համար, որը հնարավորություն է տալիս երկարացնել վերջույթը և միաժամանակ վերացնել դեֆորմացիան:

Բացի նշվածներից կան նաև կմախքի նմանատիպ ախտահարման հազվադեպ այլ ձևեր, որոնք նույնպես կապված են էպիֆիզար աճառի զարգացման խանգարումների հետ (Բլաունտի հիվանդության և այլն): Այս բոլոր ախտահարումները բնածին են, իսկ նրանց առաջացման պատճառները մինչ այժմ էլ դեռ պարզ չեն:

Թերի ոսկրագոյացում

Ոսկրերի բնածին փխրունությունը կմախքի համակարգային հիվանդությունն է, կապված ոսկրագոյացման ընթացքի անոմալիայի հետ:

Կ լ ի ն ի կ ո ռ ե ն հիվանդությունը բնութագրվում է խողովակավոր ոսկրերի կոտրվածքների հաճախությամբ: Իսկ երբեմն էլ առաջանում են միկրոկոտրվածքներ, որոնք բերում են վերջույթների ծովածություն: Գոյություն ունեն հիվանդության երկու ձև՝ բնածին և ուշացած թերի ոսկրագոյացում: Բնածին ձևի ժամանակ կոտրվածքներ առաջանում են ներարգանդային շրջանում, իսկ ուշացած ձևերի ժամանակ՝ ծնվելուց հետո:

Թերի ոսկրագոյացման կլինիկական հիմնական ախտանիշներն են երկար խողովակավոր ոսկրերի բազմաթիվ կոտրվածքները: Կոտրվածքները առաջանում են չնչին լարվածությունից (երեխային հազցնելիս, խաղալիս և այլն): Սակայն ախտաբանական կոտրվածքները արագ են սերտաճում, ինչը պետք է նկատի ունենալ դրանց բուժման ժամանակ: Անուշադրությունը կոտրվածքների նկատմամբ, ոսկրաբեկորների համադրման և անշարժացման բացակայությունը բերում են վերջույթի դեֆորմացիայի և կարճացման: Թերի ոսկրագոյացումը բնութագրվում է հետևյալ ախտանիշներով՝ ոսկրերի փխրամության, մածկային ծածկույթների գունատության (սպիտակության), աղքի սկլերաների կապտության, տարբեր աստիճանի խլության, մկանային ատրոֆիա, ատամների փխրունության: Խանգարվում են նաև ներքին սեկրեցիայի գեղձերի և մի շարք ֆերմենտատիվ համակարգերի ֆունկցիաները, որոնք կարող են բերել հիվանդների վաղաժամ մահվան տարբեր ինֆեկցիոն բարդությունների միացման հետևանքով:

Ռենտգենաբանորեն հայտնում է ոսկրերի պոռոզ, կորտիկալ շերտի բարակում, սպունգաձև ոսկրի ծակոտկեն կառուցվածք:

Բ ու ժ ու մ ը ներկայումս վիրահատական է. օստեոկլազիաներ, սեպաձև օսթեոտոմիա, սեզմենտար օսթեոտոմիա: Մեծ նշանակություն ունի հատուկ օրթոպեդիկ սարքավորումների օգտագործումը, որոնք կարող են հնարավորություն տալ հիվանդին խուսափել ոչ թե միայն ծովածությունից, այլ նաև հնարավոր կոտրվածքներից: Վերջերս առաջարկվել են հատուկ տելեակոպիկ ձողեր, որոնք փոքր հասակում վիրահատական եղանակով մտցվում են ազդրոսկրերի և ոլոքի ոսկրածուծային խողոված: Այս ձողերը երեխայի աճի և ոսկրի

երկարացման հետ զուգընթաց նույնպես երակրում են, իսկ հնարավոր կոտրվածքների դեպքում կանխարգելում են դեֆորմացիաների առաջացումը:

ԲԱԳի թերի ոսկրագոյացումից հանդիպում են նաև կմախքի դիսպլազիայի հակառակ ձևեր՝ արտահայտված ոսկրագոյացում և ոսկրերի պնդացում: Դրանք բնածին հիպերօսթոգնեզ են՝ մարմարային հիվանդությունը, մելոռեօսթոզը և այլն:

Էնդոկրին և ալիմենտար օսթեոդիստրոֆիաներ

Էնդոկրին գեղձերի ֆունկցիայի խախտումը ազդում է բոլոր օրգանների և հյուսվածքների նորմալ գործունեության՝ հատկապես մարդու կմախքի վրա:

Բացի հիվանդի կլինիկական և ռենտգենոլոգիական հետազոտությունից էնդոկրին համակարգի պաթոլոգիայի կասկածի դեպքում մեծ նշանակություն ունեն կենսաքիմիական և այլ լաբորատոր մեթոդները: Մակայն հաճախ միայն ոսկրային հյուսվածքի ախտահարման ռենտգենոլոգիական պատկերը ստիպում է ենթադրել էնդոկրին հիվանդություն: Նորմալ ոսկրագոյացման դինամիկայի խանգարումը կարելի է լավ դիտել մանկական հասակում, երբ կմախքի ոսկրակալման ախտահարումը արտահայտվում է առավել ցայտուն: Անամնեզի և ռենտգենոլոգիական պատկերի ուսումնասիրության ժամանակ անհրաժեշտ է նկատի ունենալ կոնստիտուցիոնալ հատկությունները, սեռը, ծննդաբերական վնասվածքները, աշխարհագրական պայմանները և բազմաթիվ այլ գործոններ:

Վահանագեղձի ախտաբանության ազդեցությունը կմախքի վրա: *Միքսեդեմա.* Վահանագեղձի ֆունկցիայի իջեցում կամ բացակայում-բերում է ոսկրերի երկայնակի աճման ուշացման: Ինչքան փոքր է երեխայի հասակը, այնքան արտահայտված են կմախքի փոփոխությունները: Նկատվում է ոսկրակալման միջուկի դանդաղ ի հայտ գալը և զարգացումը: 20 տարեկանից հետո կարելի է դիտել լայնացած էպիֆիզար զոնաներ, որոնք կարող են բաց մնալ ամբողջ կյանքի ընթացքում: Ոսկրերում սիմետրիկ փոփոխությունները բերում են ոսկրերի ծայրերի հաստացման և սկլերոզի: Գանգը մեծացած է, քիթը թամբաձև է: Հ ի հայտ են գալիս ազդրոսկրերի գլխիկների վերակառուցում, որոնք բաժանվում են փոքրիկ կղզյակների և բերում վարուսային դեֆորմացիայի:

Ախտորոշման ժամանակ նկատի են ունենում գաճաճային հասակը և թուրքական թամբիկ փոփոխությունները: Տարբերակիչ ախտորոշումը անց է կացվում օստեոխոնդրոդիստրոֆիայի, խոնդրոդիստրոֆիայի և ռախիտի մեջ:

Բ ու ժ ու մ ը անց է կացվում վահանագեղձը ֆունկցիան խթանող դեղամիջոցներով: Վիրաբուժական բուժումը պարունակում է իր մեջ շտկող օսթեոտոմիա և քթի պլաստիկ ուղղում:

Հիպերթիրեոզը (Բազեդովյան հիվանդություն) հիվանդություն է, որը հաճախ զարգանում է մեծահասակների մոտ և բնութագրվում էռյակով՝ աչքածռության, զոք, տախիկարդիա: Երեխաների մոտ աչքածռություն, որպես կանոն, չի լինում: Նրանց մոտ փոփոխությունները ոսկրերում կայանում են ոսկրակալման, միջուկների հայտման և սինստոզների առաջացման մեջ, նկատվում է նաև օսթեոպորոզ:

Բ ու ժ ու մ ը անց է կացվում յոդի դեղամիջոցներով և օրթոպեդիկ միջամտություններով (դեֆորմացիաների ուղղման նպատակով):

Հիպոֆիզի պաթոլոգիայի ազդեցությունը կմախքի վրա: Հիպոֆիզի փոփոխությունը մանկական և պատանեական հասակում բերում է աճի խանգարմանը: Հիպոֆիզի հիպերֆունկցիայի ժամանակ աճը արագանում է, իսկ հիպոֆունկցիայի՝ դանդաղում:

Ակրոմեգալիան դիտվում է հիպոֆիզի հիպերֆունկցիայի ժամանակ և կարող է առաջանալ բոլոր տարիքային խմբերում (հիպոֆիզի առաջնային բլթի աղետում): Նկատվում է վերջույթների

մեծացում և ամբողջ մարմնի խոշորացում: Վաղաժամ նշաններն են գլխացավերը, սեռական ֆունկցիայի խանգարումը, երկրորդային սեռական նշանների հետզարգացումը, տեսողության վատացումը և այլն: Ռենտգենոբանորեն ի հայտ է գալիս թուրքական թամբի փոսիկի մեծացում և պատերի բարակում: Կմախքի փոփոխությունները արտահայտվում են խողովակավոր ոսկրերի հաստացման և ստորին ծնոտի մեծացման մեջ: Շատանում է սեսամաձև ոսկրերի քանակը Էպիֆիզները պասիվ են, զարգանում է կրծքային բաժնի կիֆոզ: Կմախքի փոփոխությունները սիմետրիկ են:

Բ ու ժ ու մ ը : Չնայած ռենտգենոթերապիան քիչ է օգտավետ, բայց այն երբեմն էլ կիրառվում է: Վիրաբուժական միջամտությունը ուղղված է հիպոֆիզի ուռուցքի (ադենոմա) հեռացմանը:

Իրենկո-Կուշինգի հիվանդությունը բնութագրվում է հիպոֆիզի առաջային բլթի ախտահարմամբ և մի շարք այլ էնդոկրին գեղձերում պաթոլոգիական փոփոխություններով: Բնութագրվում է դեմքի, կրծքի և որովայնի ճարպակալումով: Ոսկրերում նշվում է համակարգային օսթեոպարոզ, հասկապես գանգի, ողնաշարի, կոնքի և կողերի:

Հաճախ դիտվում է ողնաշարի և կողերի ախտաբանական կոտրվածքներ:

Բ ու ժ ու մ ը կայանում է ռենտգենոթերապիայի մեջ:

Հիպոֆիզար գաճաճային հասակ (նանիզմ): Նկատվում է հիպոֆիզի առաջային բլթի ֆունկցիայի անբավարարության ժամանակ: Բնութագրվում է հասակի փոքրացումով: Տղամարդիկ համարվում գաճաճ, երբ նրանց հասակը չի գերազանցում 130, իսկ կանայք՝ 120 սմ-ից: Նշվում է էնիտոդրալ ոսկրակալման խանգարում, չնայած կմախքը համաչափ է:

Բ ու ժ ու մ ը կայանում է սոմատոտրոպ հորմոնների նշանակման մեջ, իսկ ուռուցքի առկայության դեպքում՝ նրա հեռացումը:

Սեռական գեղձերի ախտաբանական ազդեցությունը կմախքի վրա: Սեռական գեղձերի գործունեությունը անմիջականորեն անդրադառնում է ոսկրերի աճման գոնաների վրա: Երեխաների վաղաժամ սեռական հասունացման ժամանակ նշվում է աճման գոնաների փակում անկախ տարիքից: Աճման գոնաները մնում են բաց, երբ ուշանում է սեռական հասունացումը: Սեռական օրգանների ախտահարումը արտահայտվում է դրանց ֆունկցիաների նվազումով՝ հիպոգենիտալիզմ, աճումով՝ հիպերգենիտալիզմ:

Ենթաստամոքսային գեղձի ներքին սեկրեցիայի խանգարման ազդեցությունը կմախքի վրա: Խոսքը գնում է շաքարային դիաբետի մասին, երբ զարգանում է օսթեպորոզ կորտիկալ շերտի բարակումով: Որոշ դեպքերում կարող է առաջանալ ախտաբանական կոտրվածք: Սերտաճումը դանդաղ է:

Բնորոշ է արթրոպատիա, հաճախ սրունքթաթային հոդում և ոտնաթաթում: Այդ դեպքերում առաջանում է հոդերի այտուց առանց բորբոքման նշանների, հաճախ դիտվում է պերիֆերիկ ներվերի ախտահարում (պոլինեյրոպատիա):

Հարվահանային գեղձի պաթոլոգիայի ազդեցությունը կմախքի վրա: Հարվահանաձև գեղձի թերֆունկցիայի դեպքում իջնում է կալցիումի քանակը արյան մեջ և զարգանում է ընդհանուր օսթեոսկլերոզ:

Հիպերպարաթիրեոիդ օսթեոդիստրոֆիա (Ռեկլինգհաուզենի հիվանդություն): Հիվանդությունը զարգանում է հարվահանաձև գեղձերի սեկրետոր խանգարումից հետո, որն իր հերթին բերում է ոսկրային վերակառուցման: Դիտվում է ոսկրային հյուսվածքի լակունար ներծծում և զուգահեռ՝ ոսկրագոյացում: Ռեկլինգհաուզենի հիվանդության համար բնորոշ են արյան մեջ բիոքիմիական տեղաշարժեր, որոնք արտահայտվում են կալցիումի արյան շիճուկի մեջ բարձրացումով: Հիվանդության սրացման շրջանում կալցիումը մեզի մեջ հայտնաբերվում է սպիտակուց: Բնորոշ է հիվանդի նիհարում և երկրորդային սակավարյունության:

Հիվանդությունը հաճախ հանդիպում է 30-40 տարեկան կանանց մոտ:

Կլինիկան արտահայտվում է ընդհանուր թուլությամբ, ախորժակի վատացումով, սրտխարնոցով, աղիքների ֆունկցիայի խանգարումով, հոդերում և ոսկրերում ցավերով: Զարգանում են ոսկրերի դեֆորմացիաներ, հատկապես՝ ազդրոսկրերի: Հաճախ դիտվում են պաթոլոգիական կոտրվածքներ: Ռենտգենյան հետազոտման ժամանակ հիվանդների 1/3 մոտ կարելի է նկատել ոսկրային համակարգի, փոփոխություններ՝ բնորոշ օսթեոպորոզի տեսքով: Մանրաբջջային պատկերը հատկապես լավ է երևում կոնքի, գանգի և ազդրի ոսկրերում: Ոսկրերը փափկում են և կարող են դեֆորմացվել: Հիվանդությունը ասիմետրիկ է: Հատկապես հաստանում և դեֆորմացվում են ազդրի և բազկի վերին երրորդ մասը: Վերնոսկրը չի փոփոխվում: Ոսկրի հաստացումը պայմանավորված է բազմաթիվ բուշտխոռոչներով, որոնք ներսից ճնշում են գործադրում ոսկրի վրա: Ողնաշարում՝ ողերի մարմինները առաջանում են ներհրված մակերեսներ, որոնք կարող են բերել երկրորդային դեֆորմացիաների կիֆոզի և սկոլիոզի տեսքով: Միջոդային սկավառակները չեն փոփոխվում:

Բ ու ժ ու մ ը վիրաբուժական է - հեռացվում են փոփոխված հարվահանաձև գեղձերը: Դեֆորմացիաները շտկելու նպատակով ցուցված են նաև օրթոպեդիկ վիրահատություններ:

Վիտամինների ազդեցությունը կմախքի վրա: Վիտամին *»Ա«*-ն *անմիջական* ազդեցություն ունի աճող կմախքի վրա: *»Ա«* ավիտամինոզի դեպքում խողովակավոր ոսկրերի աճը էպիֆիզար աճառի հաշվին ենթարկվում է ծանր խանգարումների:

»Բ« խմբի վիտամինները պատկանում են աճման վիտամիններին: Այդ խմբի վիտամինների դեֆիցիտը առաջացնում է էպիֆիզար աճառների աճման կանգ: Վիտամին *»Բ2«* պակասի դեպքում, էքսպերիմենտալ ճանապարհով հայտնաբերվել էր բնածին արատների զգալի աճ:

Վիտամին *»ՊՊ«* ունի յուրահատուկ ազդեցություն ֆոսֆատազների առաջացման վրա, որոնց պակասությունը բերում է ոսկրակոշտուկի դանդաղ զարգացման:

Վիտամին *»Շ«* ունի արտահայտված ազդեցություն կմախքի ոսկրերի վրա: Դրա պակասության ժամանակ օսթեոբլաստերը դադարում են արտադրել ոսկրային հյուսվածք և կոլագեն: Գոյացած ոսկրը ենթարկվում է ասորոֆիայի, առաջանում է կոտրվածքի հակում: Էպիֆիզար աճառը փոխարինվում է շարակցական հյուսվածքով, որն աղքատ է կոլագենով: Իջնում է ոսկրածուծի արյունաստեղծման ֆունկցիան, դիտվում է ասորոֆիա, զարգանում են արյունազեղումներ: Թուլանում են ոսկրաթիթեղները:

Վիտամին *»Ը«* ակտիվ մասնակցում է կալցումի փոխանակմանը: Դրա շնորհիվ կալցիումը յուրացվում է: Կալցիումի և ֆոսֆորի փոխանակությունը կարգավորվում է վիտամին D և հարվահանաձև գեղձի հորմոններով: *»Ը2«* վիտամինը (կալցիֆերոլ) կարգավորում է կալցիումի ներծծումը, ընդունվում է սննդի հետ: Վիտամին *»Ը«* պակասությունը առաջացնում է միներալ փոխանակության խանգարում (հատկապես կալցիումի և ֆոսֆորի) և առաջացնում է ռախիտ:

Ռախիտի պատճառը կարող է լինել ինչպես արտաքին (վիտամինի պակասությունը սննդի մեջ) այնպես էլ ներքին (բնածին նախապայմաններ, հաճախ կապված ծնողների հիվանդության հետ): Հաճախ ռախիտը զարգանում է ձմեռվա վերջում, որին նպաստում է ֆոսֆորի ցածր պարունակությունը արյան մեջ: Հաճախ ռախիտով հիվանդանում են երեխաները կյանքի առաջին ձմեռվա շրջանում: Ռախիտի ժամանակ ոսկրերը փափկում են, նորագոյացած օսթեոիդները չեն ոսկրանում:

Ռախիտով հիվանդանալիս զարգանում է կլինիկական պատկեր՝ երեխան անեմիկ է, վատ է սնվում, քաշը չի ավելանում: Նշվում է գերքրտնարտադրություն, սպազմ, մկանները թորշոմում են: Որովայնի մկանները աստնիկ են, որից որովայնը մեծանում է, լիմֆատիկ հանգույցները և նշիկները մեծանում են: Առաջանում է կողերի հաստացում՝ աճառի և ոսկրի միացման տեղում, որը հիվանդության հիմնական նշաններից է:

Ռախիտը բուժվում է 6-8 շաբաթվա ընթացքում, սակայն ծանր ձևերի ժամանակ պահպանվում է կարճ հասակը և վերջույթների դեֆորմացիան, հատկապես ստորին: Սա պահանջում է հատուկ օրթոպեդիկ բուժում:

Հաճախ առաջանում է ստորին վերջույթների Օ կամ X-ձև տձևություններ: Ոսնաթաթերը ընդունում է հարթ-վալցուսային ձև: Չբուժված ռախիտիկ ծովածությունները մեծերի մոտ, հաճախ 40 տարեկանից հետո, պրոգրեսիվ ավելանում են, հողերում առաջանում է երկրորդային դեֆորմացիաներ (դեֆորմացնող արթրոզներ):

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է: 1.5-2 տարվա կոնսերվատիվ բուժումից հետո կատարում են ոլոքի օսթետոմիա: Խիստ արտահայտված դեպքերում 5 տարեկանից հետո ցուցված է սեզմենտարլ օսթետոմիա: Թույլ արտահայտված ծովածության դեպքում երեխաներին բուժում են մարմնամարզությունով, կոշիկի մեջ դրվում է սուպինատոր:

Օսթեոմայացիա: Մեծահասակների ոսկրերի փափկացումն է, որը նման է ռախիտին: Նշանակում են սննդային որոշակի ռեժիմ: Օսթեոմայացիան կարելի է դասել ոսկրի վերափոխման գոտիները (Լոոզերի գոտիները), որոնք սովորաբար գոգավորության կողմում արտահայտվում են սեպաձև նեղ լուսավոր շերտով: Աստիճանաբար առաջանում է դեկալցինացիայի շերտ, որտեղ կարող է տեղի ունենալ կոտրվածք:

Պեֆորմացնող օսթեոդիստրոֆիա (Պեջերի հիվանդություն): Հիվանդությունը հիմնականում ախտահարում է 40 տարեկանից բարձր տղամարդկանց: Այն ձգձգվում է երկար, հաճախ առանց ախտանիշների այդ պատճառով հայտնաբերվում է հանկարծակի՝ ռենտգեն հետազոտման ժամանակ: Ոսկրերի մեջ, երբեմն ամբողջ կմախքում տեղի են ունենում դիստրոֆիկ փոփոխություններ՝ ոսկրի ստրուկտուրայի մոզակ տեսք կորստիկալ շերտի զգալի հաստացումով: Օրինակ, գանգոսկրերը կարող են մեծանալ ավելի քան 4 անգամ: Ազդրի և սրունքի ոսկրերը ծովում են կորությունով դեպի դուրս: Ազդրի վզիկը ընդունում է վարուսային դիրք, ոսկրի կառուցվածքը ռենտգենաբանորեն բնորոշ տեսակի-»բանանի ոսկր«: Կոտրվածքները, որոնք առաջանում են Պեջերի հիվանդության ժամանակ, լինում են բանանի կոտրվածքի տեսքով, այսինքն խիստ լայնակի: Հիվանդության ժամանակ առաջանում է մի շարք ախտանիշներ, որոնք կախված են ոսկրի հյուսվածքի աճից և նրա ճնշումից որևէ գոյացության կամ կենտրոնների վրա (խլություն, գլխացավեր և այլն): Հնարավոր է պրոցեսի մալիջնիզացիա: Հիվանդությունը անբուժելի է և զարգանում է դանդաղ մինչև մահը:

Բ ու ժ ու մ ը սիմպտոմատիկ է: Ցավը պակասացնելու համար նշանակվում է ռենտգենյան ճառագայթում:

Գ Լ ու ի ս 2

Վ Ե Ր Ջ Ո Ւ Յ Թ Ն Ե Ր Ի Զ Ա Ր Գ Ա Ց Մ Ա Ն Բ Ն Ա Ծ Ի Ն Ա Ր Ա Տ Ն Ե Ր

Զարգացման բնածին արատների խնդիրը չափազանց արդիական է: Ապացուցված է, որ բնածին արատներից մահանում են 4 անգամ ավելի շատ երեխաներ, քան վարակիչ հիվանդություններից: Նորածինների կլինիկական հետազոտության ժամանակ զարգացման արատները հանդիպում են ոչ պակաս, քան 3-3,5 % դեպքում :

Զարգացման արատների մեջ առաջին տեղը պատկանում է հենաշարժական համակարգի շեղումներին: Այսպես, ըստ Ե. Ա. Տրեպակովի (1966թ.) հենաշարժական համակարգի շեղումներին են պատկանում զարգացման բնածին արատների 29.9 %, կենտրոնական նյարդային համակարգին՝ 23,6% և սիրտանոթային համակարգին՝ 14,1% արատներ:

Բնածին անդամահատում

Բնածին անդամահատում ասելով հասկանում են վերջույթի կամ դրա դիստալ (հեռակա) հատվածների լրիվ բացակայությունը էկտրո- կամ հեմիմելիայի տեսքով:

Հեմիմելիան վերջույթի հեռակա հատվածի լրիվ բացակայությունն է մոտակա հատվածի հարաբերական նորմալ զարգացումով: Այդ դեպքում առկա են բնածին անդամահատված ծայրատ: Առավել հազվադեպ է հանդիպում վերջույթի լրիվ բացակայությունը (էկտրոմելիա):

Բ ու ժ ու մ ը : Վերջույթի ծայրատի դեպքում անհրաժեշտ է ռացիոնալ պրոթեզավորում:

Վերջույթի մասնակի թերզարգացում: Առկա է վերջույթի մոտակա հատվածների բացակայություն կամ թերզարգացում, ինչպես նաև հատվածների զարգացման արատներ կամ առանձին ոսկրերի, հոդերի, մկանների ոչ ճիշտ զարգացում: Զարգացման արատները, որոնք ուղեկցվում են վերջույթի մոտակա հատվածների ռուդիմենտով, կոչվում են ֆոկոմելիա:

Բ ու ժ ու մ ը : Ուղղորդող վիրահատություններ հետագա պրոթեզավորմամբ:

Առանձին հատվածների կամ հոդերի զարգացման արատներ

Ամնիոտիկ ձգանները բնածին թելանման ներմղումներ են վերջույթի հատվածների կամ մատերի վրա, շրջանաձև կամ, հազվադեպ, կիսաշրջանաձև բնույթի, որոնք ընդգրկում են փափուկ հյուսվածքները և սեղմում մինչև ոսկրը:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է: Վիրաբուժական միջամտության ցուցում են հանդիսանում մեծ ներմղումները, որոնք առաջացնում են կոսմետիկ դեֆեկտներ, ինչպես նաև տրոֆիկ փոփոխություններով բարդացած ձգումը: Լրացուցիչ դեֆեկտների դեպքում (ծոթաթաթություն, կեղծ հոդ և այլն.) վիրահատությունը հարկավոր է սկսել ամնիոտիկ ձգանը վերացնելուց հետո: Գոյություն ունեն վիրահատական բուժման մի քանի եղանակներ, որոնց հիմքում ընկած է ձգման բացահատումը և մաշկային դեֆեկտի պլաստիկ փոխարինումը շրջակա հյուսվածքներով:

Բնածին կեղծ հոդ

Բնածին կեղծ հոդը իրենից ներկայացնում է երկար խողովակավոր ոսկրերի բնածին դեֆեկտ դիաֆիզի երկայնքով շարժունության առկայությամբ: Դրա առաջացման պատճառը, ամենայն հավանականությամբ, կմախքի ոսկրացման արատն է ֆիբրոզ օսթեոդիսպլազան:

Ա խ տ ո ռ ո շ ու մ ը դժվարություն չի ներկայացնում, քանի որ հիմնված է խողովակաձև ոսկրի, առավել հաճախ՝ սրունքի ախտաբանական շարժունության հայտանբերման վրա: Առանցքային ծանրաբեռնումը անհնար է, քանի որ սրունքի ստորին հատվածը ծալվում է: Մկանները թերզարգացած են, նկատվում է վերջույթի թերաճ:

Բ ու ժ ու մ ը միայն վիրահատական է: Վիրահատական կոմբինացված եղանակը ներառում է ոսկրային փոխպատվաստների կիրառում կոմպրեսիոն օսթեոսինթեզի սարքերի հետ համատեղ: Վերջույթի կարճացումը, կողմային և պտույտային տեղաշարժերը վերացնելու նպատակով առաջարկում են դիստրակցիոն էպիֆիզիոլիզի և բիլոկալ օսթեոսինթեզի եղանակը ըստ Իլիզարովի: Միաժամանակյա հաջորդաբար (օրեկան 1 մմ) դիստրակցիան (ձգումը) ոլոքների մոտակա և հեռակա ծայրերից իրականացնում են օսթեոսինթեզից հետո՝ աճման գոտու մակարդակին կամ մետաֆիզար շրջանում:

Վերջին վերջույթների զարգացման բնածին արատներ

Ձեռնաթաթի I մատի հիպոպլազիա: Այս շեղումը կարող է լինել տարբեր աստիճանի՝ փափուկ հյուսվածքների թեթևակի բարակումից մինչև մատի լրիվ բացակայությունը:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը ցուցված է հիվանդության վաղ շրջանում՝ մերսում, բուժական մարմնամարզություն, որոնք խոչընդոտում են ձեռնաթաթի ֆունկցիոնալ ակտիվության նվազելուն: I մատի չափավոր արտահայտված հիպոպլազիայի դեպքում անհրաժեշտ է վիրահատական միջամտություն՝ մատի մկանաջլային տեղափոխում (տրանսպոզիցիա) կամ թերզարգացած ֆալանգների ֆիքսում ոսկրային պատվաստով: Եթե մատը ունի ռուդիմենտի տեսք (հիպոպլազիայի IV^o), ցուցված է II մատի պոլիցիզացիա:

Էկտրոդակտիլիա (ձեռնաթաթի ճեղքվածք): Տարբերում են էկտրոդակտիլիայի տիպիկ և ատիպիկ ձևերը: Տիպիկ ձևի դեպքում ձեռնաթաթի դեֆորմացիան արտահայտվում է խորը ճեղքվածքի ձևով, որի գագաթը կարող է հասնել նախադաստակի ոսկրերին: Ձեռնաթաթը նմանվում է խեցգետնի չանչին: Ատիպիկ ձևի դեպքում ճեղքվածք չկա, սակայն բացակայում է դաստակային III ոսկրը, III մատը կամ դաստակի այլ մատերը: Էկտրոդակտիլիայի ժամանակ լինում է մատերի ծալիչ կոնտակտուրա:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը կիրառում են 4-5 տարեկան երեխաների մոտ: Կատարում են մատերի ռեդրեսացիա, գիպսային կապերով ֆիքսվում, նշանակում են մերսում, բուժական մարմնամարզություն: Վիրաբուժական միջամտությունը՝ պլաստիկ ցուցված է այն հիվանդներին, որոնց մոտ պահպանված է I մատը և դրա ֆունկցիաները, հատկապես հակադրումը (օպոզիցիան): Ձեռնաթաթի ճեղքվածքը վերացնում են մոտեցնելով դաստակային ոսկրերը և լավասնե թելով դրանք ֆիքսելով:

Սինդակտիլիա: Ձեռնաթաթի կամ ոտնաթաթի մատերի լրիվ կամ մասնակի սերտաճումն է: Հաճախ համակցվում է մատերի զարգացման այլ արատների հետ, որոնք ուղեկցվում են ոչ միայն կոսմետիկ, այլև ֆունկցիոնալ խանգարումներով: Տարբերում են սինդակտիլիայի մաշկային, թաղանթային, ոսկրային և ծայրային ձևերը: Մաշկային ձևը հանդիպում է առավել հաճախ: Այս դեպքում երկու հարևան մատերը սերտաճում են ողջ երկարությամբ: Թաղանթային ձևի դեպքում մատերը լողաթաղանթի նման սերտաճած լինում են մաշկային կամրջակի միջոցով, որը բաղկացած է մաշկի երկու թերթիկներից: Ոսկրային սերտաճումները հանդիպում են մեկ կամ բոլոր ֆալանգների շրջանում: Ծայրային ձևը բնորոշվում է եղնգային ֆալանգների սերտաճումով, այլ ֆալանգների միջև սերտաճման բացակայության պայմաններում: Հաճախ այս ձևի ժամանակ դիտվում են ամֆոտիկ ձգաններ:

Բ ու ժ ու մ ը : Վիրաբուժական է՝ 5-6 տարեկանից սկսած կատարում են դեֆեկտի փոխարինում տեղային կամ ազատ հյուսվածքներով: Առավել տարածում են ստացել մաշկային պլաստիկայի եղանակները ըստ Դիդոյի և Ջանելիձեի, ինչպես նաև Տերնովսկու եղանակը:

Պոլիդակտիլիա (բազմամատություն): Մատերի քանակի ավելացման հետ կապված դեֆորմացիան է՝ պայմանավորված ավելի հաճախ VI մատի առկայությամբ: Երբեմն դրանց քանակը կարող է հասնել մինչև 10՝ ամեն կողմից:

Բ ու ժ ու մ ը : Վիրահատական է՝ երեխայի կյանքի առաջին ամիսներին: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս կազմել վիրահատության պլանը: Նպատակահարմար է կատարել կիսալուսնաձև կտրվածքներ: Լավ զարգացած հավելյալ մատի առկայության դեպքում, հեռացնում են դրսայնորեն դասավորված մատը, որպեսզի դաստակը քիչ դեֆորմացվի: Հավելյալ մատը հեռացնում են լրիվ, առանց էպիֆիզ թողնելու:

Բնածին ճոռաձեռություն: Զարգացման այս արատը հանդիսանում է նախաբազկի ափաճաճանչային ջլերի, մկանների ու կապանների բնածին կարճացման, ինչպես նաև ճաճանչ կամ ծղիկոսկրերի թերաճի հետևանք: Ճաճանչոսկրի բացակայության՝ ճաճանչային

ծոածեռութեան դեպքում հաճախ բացակայում են I մատր և նախադաստակային առաջին ոսկրը: I մատի թերաճի դեպքում խիստ խանգարվում է դաստակի բռնելու ֆունկցիան: Հաճախ բնածին ծոածեռությունը լինում է երկկողմանի, որը չափազանց դժվարեցնում է հիվանդի ինքնասպասարկումը:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է: Վիրջին տարիներին լայն տարածում է ստացել Իլիզարովի, Գուդուշաուրիի, Կալնբերգի սարքերով իրականացվող բուժման դիստրակցիոն եղանակը:

Նախաբազկի ոսկրերի բնածին սինոստոզ: Վերին վերջույթի զարգացման բավականին հազվադեպ հանդիպող արատ է, որի ժամանակ հիվանդը չի կարողանում պտտել նախաբազուկը:

Բ ու ժ ու մ ը գերազանցապես վիրահատական է՝ ոսկրերի սինոստոզի և ճաճանչոսկրի հատում ըստ երկարության:

Մաղելունգի հիվանդություն: Համեմատաբար հազվադեպ հանդիպող բնածին հիվանդություն է, որը բնորոշվում է ճաճանչադաստակային հոդի շրջանի զարգացման արատով: Վերջինս բերում է աստիճանաբար զարգացող դեֆորմացիայի, որը հաճախ ի հայտ է գալիս 13-16 տարեկան հասակում: Ախտահարումը կարող է լինել երկկողմանի: Աղջիկները հիվանդանում են 4 անգամ ավելի հաճախ, քան տղաները: Դեֆորմացիան բարդ է, ընդգրկում է ճաճանչադաստակային հոդի բոլոր կոմպոնենտները: Ներկայումս Մաղելունգի հիվանդությունը դասում են ճաճանչոսկրի աճման էպիֆիզար գոտու աճառային դիսպլազիայի շարքին: Ախտահարումը արտահայտվում է սվինանման դեֆորմացիայի տեսքով: Դեֆորմացիան զարգանում է աստիճանաբար: Ծանր աստիճանի դեֆորմացիայի դեպքում սահմանափակված են լինում դաստակի թիկնային ծալումը և նախաբազկի սուպինացիան: Ուշադրություն է գրավում ծղիկոսկրի գլխիկի արտահայտվածությունը թիկնային կողմից: Այն չի հողավորվում դաստակի ոսկրերի հետ: Առավել դեֆորմացվում է ճաճանչոսկրը, որը լինում է կարճացած: Աշխատունակությունը սահմանափակված է:

Բ ու ժ ու մ ը միայն վիրահատական է: Վիրահատել հարկավոր է 14 տարեկան հասակից ոչ շուտ: Առավել հաճախ կիրառում են ծղիկոսկրի գլխիկի ռեզոկցիան, ճաճանչոսկրի սեպանման օստեոտոմիա՝ հետագա ֆիքսացիայով Իլիզարովի, Վոլկով-Հովհաննիսյանի, Կալնբերգի սարքերով:

Գ Լ ու ի ս 3

Ս Տ Ո Ր Ի Ն Վ Ե Ր Զ Ո Ւ Յ Թ Ն Ե Ր Ի Բ Ն Ա Ծ Ի Ն Դ Ե Ֆ Ո Ր Մ Ա Ց Ի Ա Ն Ե Ր

Ազդրի բնածին հոդախախտ

Ազդրի բնածին հոդախախտը հենաշարժական համակարգի առավել հաճախ հանդիպող դեֆորմացիաներից մեկն է և կազմում է օրթոպեդիկ բոլոր հիվանդությունների 3 % ավելին:

Բնածին հոդախախտի հաճախականությունը տարբեր է ոչ միայն առանձին երկրներում, այլև մի երկրի տարբեր շրջաններում: Ազդրի բնածին հոդախախտ համարյա չի հանդիպում մի շարք հարավասիական և աֆրիկյան երկրներում: Դա վկայում է այն մասին, որ բարուրման բացակայությունը, տարածված ոտքերով երեխայի գրկելը և այլն. նպաստում են դիսպլազիայի հետզարգացմանը:

Ազդրի միակողմանի հոդախախտ հանդիպում է մի քանի անգամ ավելի հաճախ, քան երկկողմանի (7 : 1), ընդ որում աղջիկների մոտ ավելի հաճախ, քան տղաների:

Կոնքազդրային հողի դիսպլազիան (թերզարգացում) հանդիսանում է քացախափոսի զարգացման արատ՝ դրա տափակեցում, ազդրոսկրի գլխիկի և այն շրջապատող մկանների թերզարգացում, ինչպես նաև հողի կապանային համակարգի և պատիճի պաթոլոգիա: Կոնքազդրային հողի դիսպլազիան նկատվում է 1000 նորածիններից 16-ի մոտ, իսկ հողախախտ ձևավորվում է 100-ից 5-ի մոտ:

Համարվում է, որ գլխիկի հողախախտը տեղի է ունենում դեռ ներարգանդային շրջանում: Երեխան ծնվում է կոնքազդրային հողի ձգված պատիճով, որի հետևանքով երեխայի ոտիկները իրար մոտեցնելիս ազդրոսկրի գլխիկը հեշտությամբ դուրս է սահում քացախափոսից և հեշտությամբ էլ ներս մտնում՝ դրանք գատելու ժամանակ: Քացախափոսի և ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածի սխալ զարգացումը հիմնականում պայմանավորված է դրանց միջև ճիշտ հարաբերակցության բացակայությամբ:

Ազդրի բնածին հողախախտի ժամանակ նշվում է կոնքազդրային հողի և առաջին հերթին՝ քացախափոսի դիսպլազիա: Այն տափակ է, դրա խոռոչը լցվում է աճող ճարպային հյուսվածքով, որի հետևանքով ազդրոսկրի գլխիկը հեշտությամբ դուրս է սահում քացախափոսից: Կոնքազդրային հողի դիսպլազիայի դեպքում ազդրոսկրի ոսկրացման միջուկը միշտ ավելի փոքր է լինում, քան նորմայում: Ազդրոսկրի գլխիկի ձևը փոխվում է հողախախտի աստիճանի աճմանը զուգահեռ, դառնում ձվաձև և կորցնում իր կլորությունը: Լրիվ հողախախտի դեպքում գստոսկրում գլխիկի հենվելու տեղում առաջանում է նոր փոսություն, որի հետ կապված գստոսկրի վրա ձևավորվում է աճառային ծածկ: Մեխանիկական գործոնների ազդեցության տակ կլոր կապանը վերանում կամ դառնում է ձգված ու հաստացած:

Նկարագրված խանգարումներին խտումներին զուգահեռ տեղի է ունենում վզիկ-դիաֆիզար անկյան փոփոխություն՝ ազդրոսկրի վզիկի դրսադարձ դեֆորմացիա: **Եթե տեղի է ունենում ազդրոսկրի գլխիկի, վզիկի և դիաֆիզի պտտում ավելի քան 10°-ով, դա խոսում է անտետորսիայի, եթե միայն ազդրոսկրի գլխիկի և վզիկի՝ անտելեքսիայի, իսկ դեպի հետ պտտման դեպքում՝ ռետրովեքսիայի մասին:**

Փոփոխություններ են տեղի ունենում նաև հողապարկում, կապաններում և մկաններում: Այսպես, ազդրի բնածին հողախախտի արդյունքում հողապարկը դառնում է գերձգված և բարակած:

Ազդրի բնածին հողախախտի դեպքում գստոսկրագոտկային մկանի ջիլը փոխում է իր ուղղությունը և ճնշում հողապարկը, որի արդյունքում այն ձեռք է բերում ավազե ժամացույցի տեսք:

Կոնքազդրային հողի բնածին դիսպլազիան- նախահողախախտը՝ այդ հողի ախտահարման ամենաչնչին աստիճանն է և բնորոշվում է քացախափոսի վերին եզրի հարթվածությամբ, երբեմն գլխիկում ոսկրացման միջուկի ուշ առաջացումով և արտահայտված անտետորսիայով: Նախահողախախտի դեպքում գլխիկը դեռ կենտրոնացած է հողի մեջ:

Ազդրի ենթահողախախտ: Հողի դիսպլազիայի ֆոնի վրա ազդրոսկրի գլխիկը տեղաշարժվում է դեպի դուրս և վեր, բայց դուրս չի գալիս աճառային շուրթի սահմաններից, մնալով հողի մեջ: Սակայն այս դեպքում գլխիկի կենտրոնը չի համապատասխանում քացախափոսի կենտրոնին:

Ազդրի հողախախտը տեղի է ունենում, եթե ազդրոսկրի գլխիկը էլ ավելի է տեղաշարժվում դեպի դուրս ու վեր, և աճառային շուրթի առաձգական լինելու հետևանքով պտտվում է քացախափոսի խոռոչի մեջ: Ազդրոսկրի գլխիկը ոչ միայն ապակենտրոնացված է՝ այն հայտնվում է հողափոսից՝ աճառային շուրթի սահմաններից դուրս:

Ազդրի բնածին հողախախտի բուժման արդյունավետությունը կախված է պաթոլոգիական պրոցեսի աստիճանից և ձևից: Ակնհայտ է, որ որքան շուտ է ճշտվում դիագնոզը և սկսվում բուժումը, այնքան ավելի շատ են հաջողության շանսերը: Դիագնոզը պետք է դրվի արդեն ծծնդատանը:

Այդ պաթոլոգիայի բացահայտման գործում հիմնական դերը պատկանում է ծննդատան մանկաբուժին. անհրաժեշտության դեպքում օրթոպեդի կոնսուլտացիայով:

Կ ո ն ք ա զ դ ը ա յ ի ն հ ո դ ու մ դ ի ս պ լ ա զ ի ա յ ի և հ ո դ ա խ ա խ տ ի վ ա դ ա խ տ ո ը ղ ու մ ը: Անհրաժեշտ է անամնեզի մանրագնին հավաքում. ժառանգականության պարզում՝ (հատկապես եթե պաթոլոգիան կասկածվում է աղջկա մոտ), ինչպես է ընթացել հղիությունը; հղիության ինչպիսի խախտումներ են նշվել: Պտղի կոնքային առաջադրմամբ ծննդաբերության դեպքում ազդրի բնածին հողախախտը նկատվում է զգալիորեն ավելի հաճախ:

Ազդրի բնածին հողախախտի հիմնական ախտանիշերն են՝

1. **Դուրս սահելու կամ »չրիկոցի« Մարքս-Օրտոլանիի ախտանիշ:** Երեխայի ոտքերը ծալում են ծնկան և կոնքազդրային հոդերում, I մատերը տեղադրում են ազդրի ներսային մակերեսին, III մատի ծայրով ֆիքսում մեծ տամբիոնը: Այդ ախտանիշը հայտնաբերում են երկակի՝ առաջին դեպքում կատարում են ազդրոսկրի գլխիկի ներուղղում հոդի մեջ, երկրորդ դեպքում՝ դրա հողախախտում: Կատարում են ձգում ազդրի առանցքով և երեխայի ոտիկների զատում, III մատով մեծ տամբիոնը հրում են դեպի քաղախափոսը: Հողախախտի առկայության դեպքում տեղի է ունենում դրա չրիկոցով ուղեկցվող ներուղղում, որը բժիշկը զգում է ձեռքով: Երկրորդ դեպքում ճնշումը ազդրի առանցքով իրականացնում են ազդրի առբերումով: Այս ախտանիշը համարվում է պաթոգնոմոնիկ նախահողախախտի համար և հանդիսանում բացարձակ ցուցում բուժումը սկսելու համար:

2. **Ազդրի գատման սահմանափակում:** Նորմայում ծավալած ոտքերով ազդրի գատումը երեխայի մոտ կյանքի առաջին ամիսներին կազմում է 70-90°: Զատման սահմանափակման աստիճանը կախված է կոնքազդրային հոդում խանգարման տեսակից: Դիսպլազիայի դեպքում գատումը քիչ է սահմանափակված, հողախախտի դեպքում՝ ավելի զգալի: Այդ ախտանիշը հայտնաբերելու համար երեխային պառկեցնում են մեջքի վրա, ոտքերը կոնքազդրային և ծնկան հոդերում ծալում ուղիղ անկյան տակ և տարածում կողմեր: Զատման սահմանափակման դեպքում, որը հատկապես նկատելի է միակողմանի պաթոլոգիայի ժամանակ անհրաժեշտ է ճշտել դրա պատճառը: Հարկավոր է հաշվի առնել, որ գատման սահմանափակում կարող է նկատվել սպաստիկ վիճակների դեպքում:

3. **Հետույքային ծալքերի անհամաչափություն:** Երեխային պառկեցնում են որովայնի վրա համաչափորեն դրված ոտքերով: Հարկավոր է ուշադրություն դարձնել ազդրային ծալքերի քանակի, այլ հետույքաազդրային և ենթածնկային ծալքերի վրա, որոնք հողախախտի և ենթահողախախտի դեպքում տեղակայվում են ավելի բարձր, քան առողջ ոտքի վրա:

4. **Ստորին վերջույթի կարճացում:** Այն աչքով լավ տեսանելի է, երբ երեխային պառկեցնում են մեջքի վրա և ոտքերը ծնկան հոդերում ծալում ուղիղ անկյան տակ: Կարելի է երկարությունը համեմատել և ուղղված ոտքերի պայմաններում ելնելով պճեղների ու կրունկների տեղադրությունից:

5. **Ստորին վերջույթի պտտում դեպի դուրս:** Այս ախտանիշը առավել նկատելի է միակողմանի պաթոլոգիայի դեպքում համեմատելով առողջ ոտքի հետ: Այն հատկապես նկատելի է երեխայի քնի ժամանակ, երբ մայրը ինքը կարող է ուշադրություն դարձնել դրա վրա:

Ռ է ն տ գ է ն ա բ ա ն ա կ ա ն հ է տ ա զ ո տ ո լ թ յ ու մ ը հանդիսանում է հետազոտման պարտադիր եղանակ դիագնոզը ճշտելու համար: Հետազոտության ընթացքում երեխային

պատկեցնում են ուղղված և զուգահեռ դրված ոտքերով՝ դրանց միջին դիրքում՝ դրսային և ներսային պտտման միջև: Կոնքը պետք է ամուր հենվի լուսանկարման տուփին: Մեռական օրգանները ծածկում են կապարով ծածկված ռետինով:

Ռենտգենյան նկարների մեկնաբանությունը նորածինների մոտ որոշակի դժվարություն է ներկայացնում, քանի որ ոսկրի և աճառի անատոմիական հարաբերակցությունները երեխայի մոտ անընդհատ փոխվում են, իսկ մինչև կյանքի 3-6 ամիսը ազդրոսկրի աճառային գլխիկը և քացախափոսի աճառը և ռենտգեն նկարի վրա չեն երևում:

Այդ ժամանակ անհրաժեշտ է հաշվի առնել ազդրոսկրի վզիկի մեղիալ և լատերալ ցցվածքները, ազդրոսկրի վերին եզրի և քացախափոսի հարաբերակցությունները: Գոյություն ունեն ռենտգեն նկարների մի քանի սխեմաներ՝ կոնքազդրային հողը կազմող ոսկրերի ճիշտ տեղադրությունը որոշելու համար: **Հիլգենբեյների անկյունը** կազմվում է երկու Y-ձև աճառները իրար միացնող հորիզոնական գծով և քացախափոսի վերին եզրով անցնող գծերով: **»Պուտտիի եռյակ«**՝ քացախափոսի վերին եզրի թեքվածության բարձրացում, ազդրոսկրի պրոքսիմալ եզրի տեղաշարժ քացախափոսից դեպի վեր և ոսկրացման միջուկի ուշ ի հայտ գալը: Ըստ Պուտտիի սխեմայի ազդրոսկրի վզիկի մեղիալ կետից հորիզոնական V գծի վրա իջեցված ուղղահայացը նորմայում քացախափոսի կտուրը բաժանում է երկու հավասար մասերի: Բնածին հոդախախտի դեպքում հատման կետը տեղաշարժվում է դեպի դուրս:

Գլխիկի տեղաշարժի հուսալի նշան է հանդիսանում **Շենտոնի գծի խախտումը**, որը նորմայում անցնում է փակողական անցքի վերին ներսային սահմանով և առանց ընդհատվելու միանում ազդրոսկրի վզիկի գծին: Այդ գծի ընդհատվելը խոսում է կոնքազդրային հողի հոդախախտի մասին: Մինչև ազդրոսկրի գլխիկի ոսկրացման միջուկի առաջանալը, որպես կողմնորոշիչ ընդունում են ազդրոսկրի վզիկի մեղիալ արտացցվածքը:

Ա զ դ ռ ի բ ն ա ծ ի ն հ ո դ ա խ ա խ տ ի ա խ տ ո ռ ո շ ու մ ը ա վ ե լ ի մ ե ծ տ ա թ ի ք ու մ : Մեկ տարեկանից բարձր երեխաների մոտ ազդրի բնածին հոդախախտի ախտորոշումը մեծ դժվարություն չի ներկայացնում: Նախ և առաջ ազդրի բնածին, հատկապես, երկկողմանի հոդախախտի առկայության դեպքում երեխաները առաջին քայլերը կատարում են շատ ավելի ուշ, քան առողջները՝ մոտավորապես 14 ամսեկանում: Միակողմանի հոդախախտի դեպքում ի հայտ են գալիս անկայուն քայլվածք, կաղություն; երկկողմանի հոդախախտի դեպքում՝ փողփողվող «բադի» քայլվածք:

Տրենդելենբուրգի ախտանիշ՝ եթե երեխան կանգնած է մի ոտքի վրա, իսկ մյուսը կոնքազդրային և ծնկան հողերում ծավաճ է ուղիղ անկյան տակ, ապա առողջ ոտքի վրա կանգնելու դեպքում հետույքային միջին և փոքր մկանները պահում են կոնքը և բարձրացված ոտքի կողմում կոնքի համանուն կետը բարձր է՝ Տրենդելենբուրգի բացասական ախտանիշ: Ազդրի բնածին հոդախախտով ոտքի վրա կանգնելու դեպքում հետույքային միջին և փոքր մկանները անբավարարության հետևանքով չեն կարողանում պահել կոնքը հորիզոնական դիրքում: Այդ դեպքում կոնքը թեքվում է դեպի առողջ կողմը, իջնում է այդ նույն կողմի հետույքային ծալքը, իսկ երեխան կոմպենսատոր ձևով թեքվում է դեպի հիվանդ կողմը՝ Տրենդելենբուրգի դրական ախտանիշ:

Տրենդելենբուրգի ախտանիշը կարող է դրական լինել և այլ պաթոլոգիաների դեպքում՝ հետույքային միջին և փոքր մկանների թուլություն որպես պոլիոմիելիտի հետևանք, ձեռք բերովի բնույթի հոդախախտ, ազդրի ներսադարձ վզիկ:

Անոթային խրձից դեպի ներս ազդրային եռանկյունին շոշափելիս բնածին հոդախախտի դեպքում ազդրոսկրի գլխիկը չի որոշվում:

Կլինիկական և պրոգնոստիկ որոշակի նշանակություն ունի կոնքոսկրին գլխիկի և հոդապարկի ֆիքսման աստիճանին հետևելու հնարավորությունը, որի համար ֆիքսված կոնքի

պայմաններում ազդրոսկրի դիստալ ծայրից կատարում են ձեռքային ձգում: Վիզուալ հետազոտությունը թույլ է տալիս որոշել ազդրի շարժունության աստիճանը: Մեծ տամբիոնը գտնվում է զստոսկրի առաջային վերին փուշը նստաթմբի հետ միացնող Ռոզեր-Նելատոնի գծից վեր: Առկա է վերջույթի հարաբերական կարճացում բացարձակ երկարության պահպանման պայմաններում:

Ինչպես դիագնոզը հաստատելու, այնպես էլ բուժման եղանակը ընտրելու համար հիմնական նշանակություն ունեն ռենտգենաբանական հետազոտության տվյալները՝ նկարները հարկավոր է կատարել կանգնած և պառկած (հատկապես բուժման եղանակը ընտրելիս) դիրքերում: Վերջույթի միջին և ներսային պտտման դիրքերում կատարված ռենտգեն նկարները թույլ են տալիս եզրակացություն կազմել անտեվերսիայի վերաբերյալ:

Տարբերակիչ ախտորոշումը հարկավոր է անցկացնել ազդրի ներսադարձ վզիկի, հետույքային միջին մկանի պարալիչի, ինչպես նաև պաթոլոգիական և վնասվածքաբանական հոդախախտի միջև: Ռենտգենաբանական հետազոտման և անամնեզի տվյալները թույլ են տալիս դնել ճիշտ դիագնոզը:

Ազդրի բնածին հոդախախտի հնարավոր վաղ բուժման մասին կարծիքը ներկայումս ստացել է համընդհանուր ճանաչում: Այս պաթոլոգիայի կոնսերվատիվ և վիրահատական բուժումը կարելի է բաժանել մի քանի փուլերի:

Ազդրի բնածին հոդախախտի բուժումը երեխայի կյանքի առաջին շաբաթներին: Այն հարկավոր է սկսել դեռ ծննդատանը: Կիրառում են լայն բարուրում՝ երկու բարուրները ծալում են այնպես, որ առաջանա մինչև 20 սմ լայնությամբ միջադիր: Այն տեղադրում են երեխայի ծնկան և կոնքազդրային հոդերում ծալված ոտքերի միջև վերջույթների 60-80 ° գատման դիրքում: Այդ դիրքում երեխայի ոտքերը ֆիքսում են երրորդ բարուրով: Ծննդատնից դուրս գրվելու ժամանակ մորը սովորեցնում են երեխային ճիշտ բարուրել: Պոլիկլինիկայում երեխային դիսպանսեր հաշվառման են վերցնում օրթոպեդի մոտ: Ծնողներին սովորեցնում են բուժական մարմնամարզության եղանակները, որը հիմնականում հանգեցվում է ծնկան և կոնքազդրային հոդերում ծալված ոտքերի գատմանը մինչև սեղանի հարթությունը, ոտքերի ծալված և տարածված դիրքում ազդրի պտտական շարժումներին՝ ծնկան հոդերի վրա որոշակի առանցքային ճնշումով: Վարժությունները հարկավոր է կատարել օրական 6-7 անգամ՝ երեխայի ամեն բարուրի ընթացքում, մեկ սեանսի ժամանակ 15-20-ական վարժություններ:

Կոնքազդրային հոդի դիսպլազիայի բուժումը երեխայի կյանքի առաջին շաբաթներին հանգեցվում է հետևյալ միջոցառումների: Դնում են ՎՕԿԻ գատիչ բեկակալ, նշանակում հակառախիտիկ բուժում, բուժական մարմնամարզություն, մերսում: Բուժումը բեկակալի վրա տևում է 4-6 ամիս, ոտքի վրա ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս ռենտգենաբանական վերահսկումից հետո 1 տարեկանից ոչ շուտ և մինչև 5 տարեկան հասակը սահմանում ամբուլատոր հսկողություն:

Ազդրի հոդախախտի բուժումը կյանքի առաջին շաբաթներին սկսում են բեկակալների կիրառումով, որոնք ծնկան հոդերում ծալված ոտքերին տալիս են գատման դիրք: Առաջարկված են բեկակալների մի քանի տեսակ: Հարկավոր է նշել, որ բոլոր բեկակալները կոչված են ստեղծել որոշակի դիրքեր, որոնք կապահովվեն մաքսիմալ պայմաններ ներուղղման համար՝ ոտքերի կոնքազդրային և ծնկան հոդերում ծալում ուղիղ անկյան տակ և դրանց գատում մինչև հորիզոնական հարթություն՝ Լորենցի առաջին դիրք; և ոտքերի որոշակի ուղղված դիրք մինչև նշված հոդերում բութ անկյունը՝ Լորենցի երկրորդ դիրք; և լրիվ ուղղված, սակայն թեթևակի գատված ոտքեր՝ Լորենցի երրորդ դիրք: Այսպես, եթե հոդի դիսպլազիայի դեպքում բուժումը

հնարավոր է կատարել Լորենցի երրորդ դիրքը ապահովվող, օրինակ՝ Վիլենսկու, ՎՕԿԻ և այլ բեկակալների վրա, ապա իրական հողախախտի դեպքում բեկակալները անհրաժեշտ է դնել Լորենցի առաջին դիրքում՝ Վոլկովի բեկակալ, Պավլիկի ասպանդակ, Ֆրեյկի բարձիկ և այլն.: Երեխան բեկակալների մեջ մնում է 4 ամիս: Վոլկովի բեկակալը հարմար է այնքանով, որ դրանում որովայնի վրա գտնվող առաջային ծածկը հանելուց հետո կարելի է անցկացնել որոշակի վարժություններ ոտքերի գատման դիրքում:

Ա գ դ ը ի բ ն ա ծ ի ն հ ո դ ա խ ա խ տ ի բ ու ժ ու մ ը 1 տ ա ր ե կ ա ն ի ց բ ա ր ձ ր ե ր ե խ ա ն ե ր ի մ ո տ : Երբ երեխան սկսում է քայլել, հողախախտի ներուղղումը ոտքերի սովորական տարածումով, որպես կանոն, այլևս չի հաջողվում: Նախկինում այդպիսի դեպքերում կիրառում էին ազդրի հողախախտի միամումենտ ներուղղում նարկոզի տակ դնելով գիպսային կապ ըստ Լորենցի եղանակի: Սակայն դա հաճախ բերում էր ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ նեկրոզի և հողերի կոնտրակտուրաների զարգացմանը, որը ստիպեց հրաժարվել բուժման այդ եղանակից:

Ազդրի հողախախտի ներուղղումը պետք է լինի աստիճանական, իսկ վիրակապը կամ բեկակալը՝ ապահովեն կոնքազդրային հողի շարժումները, այսինքն բուժումը պետք է լինի ֆունկցիոնալ:

Լավ արդյունքներ է տալիս ազդրոսկրի գլխիկի աստիճանական ներուղղման եղանակը գիպսային կապի հետ համատեղված Իլիզարովի սարքի օգնությամբ: Այդ նպատակով նարկոզի տակ հիվանդ վերջույթի ազդրոսկրի դիստալ մետադիաֆիզի միջով անկյան տակ անց են կացնում երկու շուղեր, որոնք ամրացնում են սարքի օղակի մեջ: Որպես հակահենարան առողջ վերջույթի և կոնքային գոտու վրա դնում են գիպսային կապ: Սարքի օղակը ֆիքսում են գիպսային կապի կոնքային գոտու վրա ամրացվող մետաղաձողերի օգնությամբ: Ստորին վերջույթներին տալիս են մինչև 25-30° գատման դիրք, իսկ հիվանդին՝ նաև 25-30° ներքին պտտման դիրք, որը վերացնում է ազդրի անտետորսիան: 2 օր անց սկսում են ազդրի աստիճանական իջեցումը՝ օրական 2-3 մմ: Միջին ժամկետը՝ իջեցումը սկսելուց մինչև ներուղղումը, կազմում է 4 շաբաթ: Հողախախտը ներուղղելուց հետո սարքը 2 շաբաթների ընթացքում հողը պահում է հանգստի ու բեռնաթափման դիրքում: Ապա սարքը հանում են և վերջույթին ֆունկցիոնալ գիպսային կապի օգնությամբ տալիս դիրք ըստ Լորենցի:

Մշակված է ազդրի բնածին հողախախտի ֆունկցիոնալ բուժման եղանակ պոլիէթիլենից պատրաստված մահճակալ-վիրակապի մեջ: Վոլկովի պոլիէթիլենային բեկակալը ապահովում է մկանների աստիճանական թուլացումը վերջույթի ըստ Լորենց երկրորդի ծավման դիրքում և ազդրի մինչև 60-70° գատման դիրքում: Բեկակալը թույլ է տալիս վերջույթի շարժունությունը 5-8 ° սահմաններում, որը կանխում է կոնտրակտուրայի զարգացումը:

Ա գ դ ը ի բ ն ա ծ ի ն հ ո դ ա խ ա խ տ ի վ ի ր ա հ ա տ ա կ ա ն բ ու ժ ու մ ը : Ազդրի բնածին հողախախտի դեպքում վիրաբուժական միջամտությունը ցուցված է 2 տարեկան հասակում, իսկ ներուղղման անհնարինության դեպքում կարելի է վիրահատել սկսած կյանքի առաջին տարուց:

Բաց ներուղղման ցուցումներն են՝ 1) կոնքազդրային հողում անատոմիական փոփոխությունների (գլխիկի մեծ տեղաշարժի՝ հետին բարձր հողախախտի, ազդրոսկրի պրոքսիմալ եզրի անկյունային մեծությունների կտրուկ փոփոխությունների, քացախափոսի տափակեցման և «կտուրի» թերզարգացման) հետևանքով փակ ներուղղում կատարելու անհնարինությունը; 2) ռեյուքսացիան փակ ներուղղումից հետո; 3) հողախախտի ախտորոշումը 2 տարեկան հասակից ուշ:

Վիրահատական բուժման բոլոր տեսակները ազդրի բնածին հոդախախտի դեպքում կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝ ա) հոդախախտի բաց ներուղղում; բ) բաց ներուղղում զուգակցված վերակառուցողական վիրահատություններով; գ) վիրահատություններ զստոսկրի վրա; դ) պալիատիվ միջամտություններ:

Ազդրի բնածին հոդախախտի *բաց ներուղղումը* կարելի է իրականացնել սովորական ներուղղման միջոցով լավ ձևավորված գլխիկի և փոսիկի դեպքում կամ ներուղղումից առաջ խորացնելով քացախափոսը: Ազդրոսկրի գլխիկը դուրս են բերում վերքից, հատում ներուղղմանը խանգարող հյուսվածքներն ու աճառային գերաճը: Եթե վիրահատությունը կատարել են առանց մեծ տամբիոնի հատման, գիպսային կապը դնում են 2-3 շաբաթով: Քացախափոսի աճառային ծածկը հեռացնելուց հետո ցուցված է կատարել հոդի պլաստիկա: Գլխիկի անբավարար կենտրոնացված լինելու՝ անտեվերսիայի դեպքում բաց ներուղղումը անհրաժեշտ է զուգակցել դեռոտացիոն օսթեոտոմիայով:

Քացախափոսի վերին եզրի կիսածածկի առաջացումով *վերակառուցումը* ըստ Կենիգի առանց հոդը բացազատելու կիրառում են կոնքազդրային հոդի դիսպլազիայի և գլխիկի ենթահոդախախտի դեպքում, երբ այն կենտրոնացված է քացախափոսի մեջ: Վիրահատության նպատակն է ազդրոսկրի գլխիկին տալ հուսալի հենարան և կանխել կոնքազդրային հոդի ենթահոդախախտը:

Բիֆուրկացիա կամ երկճյուղում անց են կացնում կոնքազդրային հոդում բնածին հոդախախտից հետո մնացորդային երևույթներով, բուժված կամ անբավարար բուժված հիվանդների մոտ: Վիրահատությունը կարելի է կիրառել 30 տարեկանից բարձր հիվանդների մոտ: Օսթեոտոմիայի մակարդակը պետք է համապատասխանի հոդափոսիկի կենտրոնին: Օսթեոտոմիայից հետո իրականացնում են ազդրոսկրի պերիֆերիկ ծայրի ներուղղում քացախափոսի մեջ Լորենցի եղանակով:

Այդ նույն ցուցումների դեպքում կատարում են *ազդրոսկրի ավելի ստորին օսթեոտոմիա ըստ Շանցի*՝ կոնքի ստորին սահմանի մակարդակին: Վիրահատության նպատակին՝ կոնքոսկրի վրա հենարանի ստեղծմանը հասնում են օսթեոտոմիայի վայրից վեր և ցած ազդրոսկրի մեջ մետաղական երկար ձողեր գամելով: Դրսային անկյան տակ խաչվելով դրանք ազդրոսկրի մեջ ստեղծում են հենարանի համար անհրաժեշտ անկյուն, իսկ դրված գիպսային կապը թույլ է տալիս ամուր պահել դրանք այնքան ժամանակ, որքան անհրաժեշտ է սերտաճման համար:

Վերջին ժամանակներս ազդրի բնածին հոդախախտի բուժման ժամանակ, հատկապես վաղ տարիքի եղախանների մոտ, մեծ տարածում են ստացել արտահոդային վիրահատությունները զստոսկրի վրա:

Զստոսկրի հիմքի շրջանում *կոնքի լրիվ օսթեոտոմիան* ըստ Խիարիի կատարվում է ենթահոդախախտի, քացախափոսի վատ արտահայտված կտուրի և կոնքազդրային հոդի դիսպլազիայի դեպքում: Քացախափոսի ստորին հատվածը մերկացնելուց հետո այն հորիզոնական ուղղությամբ հատում են դուրով կամ Զիգլիի սղոցով: Ազդրի զատման դեպքում քացախափոսի մակարդակին գտնվող գլխիկը զստոսկրի դիստալ հատվածի և քացախափոսի հետ միասին տեղաշարժվում են դեպի ներս և ծածկում տեղաշարժված զստոսկրի ոսկրային կիսածածկով: Անտեվերսիայի դեպքում ի լրումն կոնքի օսթեոտոմիայի, հարկավոր է կատարել ազդրոսկրի ենթաքացախափոսային դեռոտացիոն օսթեոտոմիա: Կատարված վիրահատությունից հետո մինչև 2 ամիս ժամկետով զատման դիրքում դնում են կոքսիտային կապ:

Առաջարկված է հատել զստոսկրը հիմքի մոտ, իսկ սղոցվածքի մեջ ոսկրաբեկորների միջև տեղադրել զստոսկրի թևից վերցված ոսկրային եռանկյունաձև աուտոփոխպատվաստ՝ Սոլտերի վիրահատություն: Այդ վիրահատությունը ցուցված է քացախափոսի տափակ կտուրի դեպքում,

քանի որ միջամտությունից հետո գստոսկրի դիստալ հատվածը ընդունում է դեպի դուրս ավելի թեքված դիրք և ազդրոսկրի գլխիկը ծածկվում է գստոսկրով:

Վերքացախափոսային բնածին հոդախախտի դեպքում, երբ կա լավ ձևավորված նեոարթրոզ և ազդրոսկրի գլխիկը ստանում է լավ հենարան նոր հոդափոսի մեջ, բացակայում են լորդոզը և կոնտրակտուրաները, ցուցված է կատարել մեծ տամբիոնի իջեցում իր տեղից 3-5 սմ ցած հետույքային մկանների հետ միասին՝ Վո-Լյամի վիրահատություն: Տամբիոնը ազդրոսկրին ֆիքսում են բույթով, մեխով, մետաղալարով և այլն.: Վիրահատությունից հետո վերանում է Տրենդելենբուրգի ախտանիշը և հիվանդները չեն կաղում: Ազդրի բնածին հոդախախտը բուժելուց հետո հիվանդները պետք է մինչև 20 տարեկան հասակը ենթարկվեն դիսպանսեր հաշվառման: Հարկավոր է հաշվի առնել, որ սեռական հասունացման շրջանում ենթահոդախախտը կարող է կրկնվել, որը կլինիկորեն արտահայտվում է մի քանի տարի անց: Հսկողության ամբողջ շրջանի ընթացքում ցուցված է բուժական մարմնամարզություն և լող:

Ազդրոսկրի վզիկի վարուսային դեֆորմացիա

Նորմայում վզիկ-դիաֆիզար անկյունը հավասար է 125-127°: Վարուսային դեֆորմացիայի դեպքում այն փոքրանում է 45°-ով: Այն կապված է ազդրոսկրի գլխիկի աճման էպիֆիզար գոտու զարգացման արատի հետ:

Հիվանդությունը հայտնաբերվում է երեխայի քայլել սկսելու ժամանակ, հաճախ լինում է աղջիկների մոտ: Բնածին վարուսային դեֆորմացիա հանդիպում է ավելի հազվադեպ, քան ձեռք բերովին, որը լինում է վնասվածքային ծագման, հանդիսանում է ռախիտի, օստեոխոնդրոպաթիայի, բորբոքային պրոցեսների, էնդոկրին խանգարումների և այլն. հետևանք: Ձեռք բերովի դեֆորմացիաների դեպքում վզիկ-դիաֆիզար անկյունը լինում է 80-90°:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Հիվանդությունը արտահայտվում է »բադի քայլվածքով«, գոտկային լորդոզով, Տրենդելենբուրգի դրական ախտանիշով, կոնքազդրային հոդում զատման և պտտման սահմանափակմամբ: Սակայն ի տարբերություն ազդրոսկրի բնածին հոդախախտի ազդրոսկրի գլխիկը շոշափվում է Սկարայան եռանկյունու սահմաններում:

Բ ո լ ժ ո լ մ ը , որպես կանոն, վիրահատական է: Վիրահատության ժամանակ ազդրոսկրի վզիկի մեջ շաղափում են խողովակ, որի մեջ անցկացնում են ոսկրային շտիֆտ և կատարում ազդրոսկրի ենթատամբիոնային օսթեոտոմիա:

Ազդրոսկրի վզիկի վալգուսային դեֆորմացիան, որը հաճախ զարգանում է պոլիոմիելիտի հետևանքով, ինչպես նաև ունենում բնածին կամ ռախիտիկ էթիոլոգիա (հազվադեպ), չունի կլինիկական մեծ նշանակություն:

Բնածին ծոթաթություն

Բնածին ծոթաթությունը հենաշարժական համակարգի բնածին արատներից առավել հաճախ հանդիպող դեֆորմացիան է՝ կազմում է բոլոր բնածին դեֆորմացիաների 35-38 %: Տղաների մոտ այն հանդիպում է երկու անգամ ավելի հաճախ, քան աղջիկների: Երկկողմանի ծոթաթությունը հանդիպում է զգալիորեն ավելի շատ, քան միակողմանին:

Բնածին ծոթաթությունը բազմապատճառային հիվանդություն է: Պատճառային գործոններ կարող են հանդիսանալ. 1) պտղի զարգացման խանգարումը պտղաջրերի քիչ լինելու պատճառով (մեխանիկական գործոնների՝ ամնիոտիկ ձգանների, պորտալարի, արգանդի մկանունքի, ուռուցքների ճնշման հաշվին); 2) պտղի ձևավորման առաջնային խանգարումը,

արատը, որի մասին է վկայում ծոթաթթության հաճախակի զուգակցումը բնածին դեֆեկտների՝ մատերի սերտաճման, նապաստակի շրթունքի, գայլի երախի և այլնի հետ; 3) ծոթաթթության բնածին ձևը, որը նույնպես կապված է բնածին դեֆեկտների հետ; 4) տոքսոպլազմոզի հետևանքով հղիության պաթոլոգիան; 5) ողնուղեղային կենտրոնների կողմից նյարդավորման խախտումը:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Տարբերում են բնածին ծոթաթթության երկու ձև՝ տիպիկ (մոտ 80 %) և ատիպիկ (մոտ 20%): Տիպիկ ձևերը ստորաբաժանվում են՝ 1) թեթև, որոնք հանդիպում են հազվադեպ և հեշտ են բուժվում; 2) փափուկ հյուսվածքային, այսպես կոչված կապանային ձևեր, որոնք հանդիպում են առավել հաճախ, լավ արտահայտված ենթամաշկային ճարպային շերտով և շարժուն մաշկով; 3) ոսկրային, երբ քիչ շարժուն մաշկի հետ մեկտեղ ոտնաթաթի արտաքին մակերեսով նշվում են ոսկրային արտացցվածքներ. (վեզոսկր, մեճացած դրսային պճեղ, ոտնաթաթային V ոսկրի թմբավորվածություն): Ատիպիկ ձևերին են դասվում արթրոգրիպոզի, ամնիոտիկ ձգանների և այլնի ֆոնի վրա առաջացած ծոթաթթությունը:

Ծոթաթթության դեպքում ոտնաթաթի դիրքը բնորոշվում է հետևյալ հիմնական կլինիկական արտահայտություններով. ա) ոտնաթաթի ներբանային ծալումով՝ էկվինուսով; բ) ներբանային մակերեսի, գլխավորապես կրունկի և նախաթաթի, դեպի ներս պտտումով՝ վերհակումով; գ) ոտնաթաթի առաջային հատվածի առբերումով՝ ադդուկցիայով:

Բնածին ծոթաթթության դեպքում ոտնաթաթի բնորոշ դիրքը լրացվում է սրունքի պտտումով դեպի ներս՝ սրունքաթաթային հողում շարժունության սահմանափակումով: Երեխայի քայլելու ժամանակ ծոթաթթությունը ավելանում է, առաջանում է մաշկի կոշտուկավորում, ոտնաթաթի ոսկրերը տեղաշարժվում են մեկը մյուսի նկատմամբ, առաջանում են հողային նոր մակերեսներ և դատարկվում հները, քանի որ աճառային մակերեսները ենթարկվում են ապաճման:

Ծոթաթթությամբ տառապող երեխաների քայլվածքը բնորոշվում է նրանով, որ մի ոտնաթաթը նրանք անց են կացնում մյուսի վրայով: Ոտնաթաթի ոսկրային հիմքի տեղաշարժման և դրանց դեֆորմացիայի հետևանքով փոխվում են շարժումները սրունքաթաթային հողում, որոնք ժամանակի ընթացքում իրականացվում են ֆրոնտալ հարթության վրա: Սրունքի մկանները վատ են զարգանում և այդ պատճառով ավելի բարակ են երևում: Ծնկան հողերը ուղղվում են, ամբողջ մարմնի կեցվածքը դառնում է ուղիղ, իսկ քայլվածքը՝ անվստահ և պակաս պլաստիկ:

Բ ո լ ժ ու մ ը ինչպես կոնսերվատիվ է, այնպես էլ վիրահատական:

Բուժման կոնսերվատիվ եղանակները բնածին ծոթաթթության ժամանակ հարկավոր է սկսել որքան հնարավոր է շուտ՝ ծնվելուց հետո 10-12-րդ օրվանից: Բուժումը կարող է իրականացնել մայրը բժշկի հսկողության տակ: Կատարվում են ամենօրյա ռեդրեսացիաներ (ուղղում) և անշարժացում: Վաղ տարիքում ոտնաթաթի բոլոր ոսկրերը կազմված են աճառներից, ունեն միայն ոսկրացման միջուկներ, այդ պատճառով ոտնաթաթը հեշտությամբ, առանց նարկոզի ուղղվում է որոշակի միջամտությունների օգնությամբ: Դրանք իրականացնում են ծոթաթթության ժամանակ ոտնաթաթի հիմնական դիրքերին՝ վերհակմանը, առբերմանը և ներբանային ծալմանը համապատասխան:

Ծոթաթթության թեթև ձևերի դեպքում ֆիքսումը իրականացնում են ֆլանելե բինտերով, ավելի ծանր դեպքերում՝ էտապային գիպսային կապերով: Բնածին ծոթաթթության թեթև ձևերի դեպքում բինտակապումից բացի կատարում են պասիվ ուղղող մարմնամարզություն: Ամեն անգամ բինտերը փոխելիս կատարվում է նաև սրունքի և ոտնաթաթի թեթև մերսում: 3-5 րոպե՝ օրական 3-4 անգամ:

Փափուկ բինտը դնելու տեխնիկան ըստ Ֆինկ-Էտտինգենի: Երեխայի վերջույթը ծնկան հողում ծալում են ուղիղ անկյան տակ մկանները թուլացնելու համար: Բինտի երկարությունը 2 մ է, լայնությունը՝ 5-6 սմ: Ծոթաթթության ուղղումը անց են կացնում դեֆորմացիայի թվարկված կոմպոնենտների հերթականությամբ:

Առբերումը ըստ Վրեդենի վերացնելու համար մի ձեռքով բռնում են ոտնաթաթի առաջային հատվածը այնպես, որ մատը հենվի ոտնաթաթի դրսային եզրի մեջտեղին, և կատարում ոտնաթաթի պտտում դեպի դուրս: Մյուս ձեռքի մատերով բռնում են կրունկը և ոտնաթաթի ներսային եզրը I մատի ծայրով հենվելով ոտնաթաթի դրսային եզրի մեջտեղին:

Վերհակումը վերացնում են երկու ձեռքերով, ընդ որում մեկով բռնում են կրնկային շրջանը ներքևից և ամուր ֆիքսում այն, իսկ մյուսով՝ ոտնաթաթը. I մատը դնում են ներքանային մակերեսի վրա, մնացածները՝ դրա հակառակ կողմը: Իրականացնում են զգույշ պտույտային շարժումներ երկայնակի առանցքի շուրջը, ֆիքսելով կրունկը:

Ներքանային ծալումը վերացնելու համար մի ձեռքով հենվելով պճեղների վրա սրունքը սեղմում են սեղանին, մյուս ձեռքի ավել սեղմում են ոտնաթաթի ներքանային մակերեսին և կատարում թիկնային ֆիքսացիա: Երբեմն, մի քանի անգամ կատարված գործողություններից հետո ստացված արդյունքը ֆիքսում են վիրակապով, ընդ որում բինտը ազատ ծայրով դնում են ոտնաթաթի դրսային եզրի մեջքային մակերեսին շրջանաձև և երկու անգամ ամուր ընդգրկելով ոտնաթաթի առաջային հատվածը: Երկրորդ շրջադարձից հետո բինտը սրունքի արտաքին մակերեսով տեղափոխում են ազդրի վրա սրունքի հետ առաջացնելով ուղիղ անկյուն, ազդրի վրայով ներսից դուրս ծալում են ենթածնկային փոսիկի մեջ, ապա թեք՝ սրունքի առաջային դրսային մակերեսով վերևից և դրսից ցած և դեպի ներս անց են կացնում ոտնաթաթի ներսային եզրի վրա: Ոտնաթաթը գոտևորելուց հետո բինտը նորից բարձրացնում են ազդրի վրա: Այսպիսով, ոտնաթաթը բինտի երեք շերտերով ֆիքսում են ծնկան հողի ծաված դիրքում: Քանի որ բինտավորումը կատարում են ձգելով, անհրաժեշտ է վերահսկել մատերի վիճակը, որոնք բինտակապումից հետո պետք է ունենան նորմալ գույն: Եթե բինտակապման ընթացքում առաջացած մատերի ցիանոզը տևում է 10 րոպեից ավել, վիրակապը անհրաժեշտ է թուլացնել:

Երբեմն հաջողվում է հասնել ոտնաթաթի ուղղմանը երկու ամսում, սակայն գերուղղումը պահելու համար անհրաժեշտ է գիշերային ժամերին ոտքերտ ֆիքսել պլաստմասե բեկակալով:

Բնածին ծոթաթթության ֆունկցիոնալ վնաս բուժումը ըստ Վիլենսկու: Գիպսային կապը դնելու համար երեխային պառկեցնում են մեջքի վրա, ստորին վերջույթների վրա ազդրի վերին երրորդականից հագցնում տրիկոտաժե բամբակե գուլպա կամ խողովակավոր բինտ: Բժիշկը պահում է երեխայի ոտքը ծնկան հողում ծաված դիրքում, իսկ ոտնաթաթը՝ ուղղված դիրքում առանց ուժ գործադրելու: Ոտնաթաթի արտաքին թիկնային մակերեսին դնում են հիմքով դեպի ոտնաթաթի դիստալ ծայրը ուղղված սեպաձև միջադիր փրփրեցված պոլիէթիլենից: Շրջանաձև գիպսային կապը դնում են ազդրի վերին երրորդականից մինչև մատերի ծայրերը մոդելավորելով ոտնաթաթի ոսկրային արտացցվածքները և կամարները: Վերջույթին տալիս են բարձր դիրք և հեռացնում ոտնաթաթի վրա ֆիքսված միջադիրը: Եթե 30-40 րոպե անց ոտնաթաթի մատերը դառնում են նորմալ, վարդագույն, երեխային թույլ են տալիս տանել տուն:

Տանը ծնողները երեխայի հետ խաղալիս գուլպայի դուրս մնացած ծայրը և մատերը դուրս են քաշում դեպի ազատ տարածությունը և, այդպիսով, մի քանի անգամ ուղղում ոտնաթաթի դիրքը: Գրգռելով ներքանը և ոտնաթաթի մատերը, առաջացնում են դրա ակտիվ, ուղղորդված շարժումներ գիպսային կապի մեջ դիրքը շտկելու նպատակով: Ստացված ուղղված դիրքում ոտնաթաթը պահելու համար գիպսային կապի և ոտնաթաթի ներսային մակերեսի միջև տեղադրում են ամեն անգամ ավելացող միջադիրներ բամբակից կամ պոլիմերային նյութից:

Գիպսային կապը դնում են 5-ից 20 օր ժամկետով կախված երեխայի տարիքից և դեֆորմացիայի աստիճանից: Այդ ընթացքում կապանամկանային կոնտրակտուրան թուլանում է և ոտնաթաթը առանց ցավի ու բռնի ուժի ենթարկվում է որոշակի ուղղման: Վիրակապը փոխելու անհրաժեշտության ցուցանիշ է հանդիսանում այն ժամկետը, երբ բուժական մարմնամարզության ժամանակ ոտնաթաթի մեջքային մասը կպչում է գիպսային կապի եզրին:

Տաք լոգանքից կամ գետնամոմի ապլիկացիայից հետո անմիջապես դնում են նոր գիպսային կապ: Վիլենակու եղանակով բնածին ծոթաթթության բոլոր կոմպոնենտները վերացնում են առանց բռնի ուժի գործադրման: Սկսում են ոտնաթաթի դիստալ հատվածների ուղղումից, սրունքի տորսիան ուղղելու նպատակով ոտնաթաթը անմիջապես պտտում են դեպի դուրս, ապա վերացնում ոտնաթաթի էկվինոսային դիրքը: Դեֆորմացիան լրիվ ուղղելուց հետո դնում են գիպսային կապ և 2-3 օր հետո թույլ տալիս քայլել: Վաղ ծանրաբեռնումը ֆիքսված ոտնաթաթի վրա նպաստում է հենարանային ֆունկցիայի զարգացմանը, մկանների, սրունքի ու ոտնաթաթի ճիշտ ձևավորմանը:

Բնածին ծոթաթթության հետագա բուժումը պետք է ուղղված լինի մկանների ամրացմանը ստացված կորեկցիայի դիրքը պահպանելու և ռեցիդիվ կանխելու նպատակով: Բուժական կոմպլեքսի մեջ մտցնում են ուղղող բուժական մարմնամարզություն, պարաֆինոթերապիա, մերսումներ, գետնամոմի ապլիկացիաներ, նրբոլոքային մկանների էլեկտրախթանում:

Կոնսերվատիվ բուժման անարդյունավետության դեպքում 2-2.5 տարեկան հասակում ցուցված է կատարել վիրահատություն ջլակապանային համակարգի, իսկ 7 տարեկանից բարձր երեխաների մոտ՝ ոտնաթաթի ոսկրային համակարգի վրա: Վերջիններս գրեթե միշտ համակցվում են ջլերի և կապանների պլաստիկ վիրահատությունների հետ:

Ջլակապանային համակարգի վիրահատություններից առավել տարածում է ստացել *վիրահատությունը ըստ Ջազեպինի*:

Այս վիրահատության էությունը կայանում է սրունքաթաթային հոդի միջային և հետին մակերեսներով ջլերի երկարացման, ոլոքի և ոտնաթաթի ոսկրերի միջև եղած կապանների ու փակեղի, վեգոսկրի և կրունկոսկրի միջև եղած ներհոդային կապանների հատման մեջ: Դրանից հետո ոտնաթաթը անմիջապես ընդունում է ճիշտ դիրք և այլևս հակում չի ունենում դեֆորմացիայի ռեցիդիվի:

Ոսկրերի վրա վիրահատությունները կատարում են 7 տարեկանից ոչ ցածր երեխաների մոտ, երբ ավարտվում է ոսկրերի առավել ինտենսիվ աճը: Բնածին ծոթաթթության ծանր ձևի դեպքում կատարում են ոտնաթաթի մանգաղաձև հատում ըստ Կուսլիկի: Ավելի մեծ տարիքում կատարվում է ոտնաթաթի եռակի արթրոդեզ՝ ուղղող օսթետոմիաներ ենթավեզային, վեզնավակաձև և կրունկ խորանարդաձև համակցումներում: Օսթետոմիայից հետո նշված հոդերը անշարժացվում են մետաղյան շուղերով կամ ամրակներով: Հետվիրահատական շրջանում դրվում է լրացուցիչ գիպսային անշարժացում՝ 3-4 ամիս ժամկետով:

Վերջին տարիներին տարածում է ստացել բնածին ծոթաթթության ծանր ձևերի շտկման եղանակը Իլիզարովի, Վոլկով-Հովհաննիսյանի դիստրակցիոն և ծխնիավոր սարքերի կիրառումով: Այդ սարքերի կառուցվածքը թույլ է տալիս աստիճանաբար վերացնել ծոթաթթության բոլոր կոմպոնենտները:

Պ Ա Ր Ա Ն Ո Ց Ի, Ո Ւ Մ Ա Գ Ո Տ Ո Ւ Ե Վ Կ Ր Ծ Ք Ա Վ Ա Ն Դ Ա Կ Ի Դ Ե Տ Ո Ր Մ Ա Ց Ի Ա Ն Ե Ր

Գլխի ոչ ճիշտ դիրքով, դեպի կողմ թեքումով ու պտտումով բնորոշվող պարանոցի դեֆորմացիան կոչվում է ծռավզություն: Գլխի նման դիրքը կախված է փոփոխություններից, որոնք տեղի են ունենում ինչպես փափուկ հյուսվածքներում, այնպես էլ ոսկրերում, անոթներում, նյարդերում: Առավել հաճախ ծռավզությունը առաջանում է կրծոսկրաանոթակապոկային մկանի պաթոլոգիական փոփոխությունների հետևանքով, հազվադեպ՝ ողնաշարի պարանոցային հատվածի զարգացման անոմալիաների արդյունքում: Ըստ ծագման առանձնացնում են ծռավզության մկանային, ոսկրային, նյարդային, դերմոդեամոզեն և կոմպենսատոր ձևեր:

Բնածին մկանային ծռավզություն

Բնածին մկանային ծռավզությունը ըստ հաճախականության կազմում է հենաշարժական համակարգի բոլոր բնածին հիվանդությունների 5-12%: Այն հանդիսանում է առավելապես աղջիկների մոտ և ունենում աջակողմյան տեղակայում:

Ծռավզության առաջացման բազմաթիվ տեսություններից ոչ մեկը լիովին չի բացատրում այս պաթոլոգիայի առաջացման մեխանիզմը: Առավել ճանաչում է ստացել տեսությունը, համաձայն որի ծռավզությունը հանդիսանում է կրծոսկրաանոթակապոկային մկանի զարգացման բնածին արատ: Վնասումը ծննդաբերության ժամանակ էլ ավելի է խորացնում դեֆորմացիան:

Կ Լ Ի Ն Ի Կ Ա Ն : Արտահայտված դեֆորմացիա երեխայի կյանքի առաջին 7-10 օրերին հանդիպում է հազվադեպ: Սակայն 3-րդ շաբաթից կրծոսկրաանոթակապոկային մկաններից մեկը ենթարկվում է փոփոխությունների՝ նրա միջային հատվածում առաջանում է կոշտացում: Նկատելի են դառնում գլխի թեքումը դեպի փոփոխված մկանը և կզակի շրջվելը դեպի հակառակ կողմ: Պակասում է գլխի շարժումների ծավալը: Եթե կրծոսկրաանոթակապոկային մկանի փոփոխությունները աննշան են, երեխայի գլխին կարելի է տալ ճիշտ դիրք: Մկանի զգալի հաստացման դեպքում դա չի հաջողվում: Նշում են նաև մի շարք լրացուցիչ ախտանիշներ, որոնք բնորոշ են երեխայի կյանքի վաղ շրջանին՝ դեմքի ու գանգի անհամաչափություն, ականջախեցիների ձևի, դիրքի ու մեծության տարբերություն, երբեմն այդ նույն կողմում պարանոցի վրա հորիզոնական ծալքերի բացակայություն: Եթե կոշտացումը կրծոսկրաանոթակապոկային մկանում փոքրանում կամ վերանում է, տեղի է ունենում ծռավզության ինքնաբուժում: Սակայն սովորաբար, տարիքի հետ մեկտեղ ավելանում է նաև դեֆորմացիան և 3-6 տարեկանում դառնում ավելի արտահայտված: Առջևից երեխային զննելիս նկատելի է պարանոցի անհամաչափություն, գլուխը շրջված է հակառակ կողմը: Փոփոխված կողմից նկատվում է ուսագոտու բարձր դիրք, դեմքի և գանգի անհամաչափություն: Հետևից զննելու ժամանակ նկատելի են պարանոցի անհամաչափություն, ուսագոտու և թիակի բարձր դիրք փոփոխված կողմում:

Զգալի ծռավզության դեպքում զարբանում է սկոլիոզ: Գլխի թեքվելը և պտտվելը կախված են կրծոսկրաանոթակապոկային մկանի ոտիկներից մեկի վնասման աստիճանից, կրծոսկրային ոտիկի ախտահարման դեպքում արտահայտված է գլխի պտտվելը, իսկ անոթակայինի ախտահարման դեպքում՝ գլխի թեքվելը:

Բնածին մկանային ծռավզությամբ հիվանդների մոտ գլխի կեսը վնասման կողմում դառնում է ավելի տափակած ու լայն: Աչքերն ու ունքերը տեղակայվում են ավելի ցած, քան առողջ կողմի

վրա: Նկատվում է վերին և ստորին ծնոտների, ինչպես նաև քթի հավելյալ խոռոչների, քթի խտրոցի և կարծր քիմքի ոչ ճիշտ զարգացում: Հնարավոր է տեսադաշտի սահմանափակվելը:

Ռենտգենյան նկարների վրա բնածին մկանային ծռավզության դեպքում գանգի անհամաչափությունից բացի այլ փոփոխություններ չեն հայտնաբերվում:

Զգալի հազվադեպ հանդիպում է բնածին երկկողմանի ծռավզությունը, որի դեպքում նշվում է կրծոսկրաանրակապտկային մկանների երկկողմանի կարճացում: Գլուխը հետ է թեքված, ծոծրակը մոտենում է մեջքին, իսկ դեմքը ուղղված է վեր կամ գլուխը թեքված է առաջ, դեմքը ուղղված ցած: Խիստ սահմանափակված են պտույտները, ողնաշարի վերին կրծքային հատվածում արտահայտված է կիֆոզը, կոմպենսատոր ավելանում է գոտկային լորդոզը:

Երեխայի կյանքի առաջին տարում տարբերակիչ ախտորոշումը անց են կացնում պարանոցի բնածին այլ հիվանդությունների հետ, քանի որ ձեռք բերովի դեֆորմացիաներ այդ տարիքում հազվադեպ են լինում: Ավելի մեծ տարիքում բնածին մկանային ծռավզությունը տարբերակում են հետևյալ անոմալիաներից՝

1. բնածին մկանային ծռավզություն, որն առաջացել է սեղանարդաձև մկանի կարճացման հետևանքով;
2. թևանման պարանոց, որը պայմանավորված է գլխի կողմային մակերեսներից դեպի ուսագոտիները եռանկյունաձև ձգված մաշկային երկու ծալքերի առկայությամբ;
3. պարանոցային ողերի սերտաճում՝ Կլիպպել-Ֆեյլի հիվանդություն;
4. պարանոցային կողերի առկայություն;
5. սեպաձև պարանոցային ողեր:

Պարանոցի ձեռք բերովի դեֆորմացիաները հարկավոր է տարբերակել՝

1. սպաստիկ ծռավզությունից, որը բնորոշվում է հիվանդի կամքին չենթարկվող շարժումներով;
2. Գրիգելի հիվանդությունից;
3. պարանոցի մաշկի վնասումներից հետո առաջացած դեռմատոգեն ծռավզությունից;
4. պարանոցի շրջանում լիմֆադենիտների և ֆլեգմոնաների արդյունքում առաջացած ծռավզության դեսմոգեն ձևերից;
5. ծռավզության ձեռք բերովի տեսակներից՝ (միալգիայից):

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը հարկավոր է սկսել կրծոսկրաանրակապտկային մկանի փոփոխությունները հայտնաբերելու պահից: Հանձնարարվում են օրը 3-4 անգամ 5-10 բույս կատարել վարժություններ՝ պտտելով գլուխը հակառակ և կարճացած մկանի կողմը: Վարժությունները կարող է կատարել երեխայի մայրը: Նպատակահարմար է նաև կատարել պարանոցի մկանների մերսում և ԳԲՀ-բուժում:

6-8 շաբաթական տարիքից սկսած նշանակում են ներծծող բուժում՝ կալիում յոդի էլեկտրոֆորեզ: Բուժման կուրսը կրկնում են 4 ամիս անց: Այդ շրջանում մեծ նշանակություն ունի վնասված կողմի դեմքի և պարանոցի մերսումը: Ստացված ուղղումը պահում են Շանցի ստվարաթղթե օձիգով, անկողնում ավազով պարկերով, կտորե լիֆին ամրացվող երիզներով շորագլխարկ կրելով: Մահճակալը պատի նկատմամբ հարկավոր է տեղադրել այնպես, որ երեխան, հետևելով անց ու դարձին ակամա թեքի գլուխը դեպի փոփոխված մկանի կողմը, տալով դրան ճիշտ դիրք:

Եթե բնածին ծռավզությունը թույլ է արտահայտված, ապա ժամանակին անցկացված կոնսերվատիվ բուժումը բերում է լրիվ բուժման երեխայի կյանքի 1-2-րդ տարիներին: Մաշկի խիստ արտահայտված փոփոխությունների դեպքում կոնսերվատիվ բուժումը հարկավոր է անցկացնել մինչև 3 տարեկան հասակը:

Երբեմն կրծոսկրաանրակապտկային մկանի զգալի թերզարգացման հետևանքով կոնսերվատիվ բուժումը արդյունք չի տալիս: Այդպիսի դեպքերում ցուցված է վիրահատություն,

որը հաճախ կատարում են 3 տարեկանից հետո: Վիրաբուժական միջամտության ցուցում է հանդիսանում նաև դեմքի ու գանգի աճող անհամաչափությունը:

Առավել տարածում է ստացել վիրահատությունը ըստ Ջաքեյինի՝ կրծոսկրաանրակապոկային մկանի ոտիկների հատում անրակին կաչելու տեղում և կողմային եռանկյունում՝ պարանոցի մակերեսային փակեղի հատում: Մկանների դիաստազի ավելացման, ծռավզության ռեցիդիվի կանխման նպատակով կատարում են կրծոսկրաանրակապոկային մկանի երկու ոտիկների ստորին հատվածների 2-3 սմ երկարությամբ հեռացում:

Բնածին մկանային ծռավզության վիրահատական բուժման այլ ուղղություն է հանդիսանում ախտահարված կրծոսկրաանրակապոկային մկանի պլաստիկ երկարացները լավսանե ժապավենի կամ կոնսերվացված ջլերի կիրառումով:

Վիրահատությունից հետո գլուխը գերուղղման դիրքում պահելու համար կիրառում են գիպսային կրծքազլխային կապ:

Գլխապել-Ֆեյի հիվանդություն

Այս դեֆորմացիան համեմատաբար հազվադեպ է հանդիպում, սակայն շատ ծանր է ընթանում: Հիվանդության հիմքում ընկած է պարանոցային ողերի սերտաճումը քանակի պակասումով, առանց ողերի աղեղների սերտաճման: Հնարավոր է պարանոցային I ողի սերտաճումը ծոծրակային ոսկրի հետ:

Գ լ ի ն ի կ ա ն : Շատ բնորոշ է հիվանդի կարճ պարանոցը: Երբեմն տպավորություն է ստեղծվում, որ այն բացակայում է: Գլխի մազածածկ հատվածի սահմանները այնքան ցածր են, որ մազածածկը անցնում է թիակների վրա: Գլուխը խիստ թեթև է դեպի կողմ և առաջ այնպես, որ կզակը կայում է կրծքին: Որպես կանոն, նշվում է դեմքի և գանգի անհամաչափություն: Ողնաշարի պարանոցային հատվածում կտրուկ սահմանափակված է շարժումների ծավալը, արտահայտված է սկոլիոզը կամ կիֆոզը, ուսի և թիակի բարձր դիրքը: Գլխապել-Ֆեյի համախտանիշին ուղեկցող ախտանիշեր են հանդիսանում նյարդային խանգարումները՝ նիստազմ, պարեզներ, պարալիչներ, զգայունության խանգարումներ:

Բ ու ժ ու մ ը վաղ տարիքում ներառում է բուժական մարմնամարզություն, մերսում, ուղղող վզկապի՝ տուտորի կրում: Բուժման հիմնական նպատակն է ավելացնել շարժումները ողնաշարի պարանոցային հատվածում: Ավելի ուշ՝ 5 տարեկանից սկսած հնարավոր է վիրաբուժական միջամտություն՝ սերտաճած ողերի անջատումը միմյանցից: Յուրույնների առկայության դեպքում հեռացնում են դեֆորմացված կողոսկրը, կիրառում միոպլաստիկա, թիակի իջեցում և վիրահատական այլ միջամտություններ՝ նյարդաբանական երկրորդային ախտանիշերի կլինիկական պատկերին համապատասխան:

Գրիզելի հիվանդություն

Բկանցքի և քրթըմպանի սուր բորբոքումը ուղեկցվում է ատլանտի պտույտային տեղաշարժով, որն էլ առաջացնում է Գրիզելի շռավզություն: Սուր շրջանը ուղեկցվում է բարձր ջերմությունով, որի անցնելու հետո շռավզությունը պահպանվում է: Այս երևույթը Գրիզելը բացատրում էր այն բանով, որ ատլանտին և գանգին կաչող ու վերջինիս շարժումները ապահովող մկանները ենթարկվում են կոնտրակտուրայի: Մա էլ իր հերթին բերում է ատլանտի պտույտային տեղաշարժի : Հարողնաշարային մկանները, բորբոքային ազդակների ազդեցության

ներքո, ենթարկվում են կայուն կարճացման, որը բերում է ատլանտի ենթահողախախտի և գլխի թեքման: ԿԱրևոտ է նաև պարանոցի կապանային ապարատի թուլությունը, որը հնարավոր է դարձնում ատլանտի տեղաշարժը: Հետըմպանային լիմֆատիկ հանգույցների բորբոքումը նույնպես նպաստում է մկանային կոնտրակտուրայի պահպանմանը:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Հիվանդությունը առավել հաճախ զարգանում է երեխաների, հատկապես աղջիկների մոտ՝ 6-10 տարեկան հասակում: Մովորաբար գլխի սխալ դիրքը առաջանում է հիվանդության սուր շրջանից հետո, առավել հաճախ առավոտյան ժամերին: Գլուխը թեքված է մի կողմի և միաժամանակ պտտված հակառակ կողմի վրա: Այս կողմից կրծոսկրաանրակապուկային մկանը լարված է, իսկ մյուս կողմում՝ թուլացած: Լարված մկանի կողմում կարծրացած են սանդղաձև և պարանոցային հետին մկանները: Պարանոցը շոշափելիս հստակ որոշվում է պարանոցային II ողի դուրս ցցված փուշելունը, իսկ ըմպանի հետին մակերեսին՝ կոշտ բարձրություն պայմանավորված ատլանտի տեղաշարժով: Բնորոշ է այդ բարձրության նվազում կամ ավելացում կապված գլխի պտտումների հետ, որը պայմանավորված է առաջ և ցած տեղաշարժված ատլանտով:

Գլխի ծալումը, տարածումը և զատումը դեպի թեքման կողմը ազատ են, իսկ զատումը դեպի հակառակ կողմը՝ սահմանափակված: Գլխի պտտումը իրականացվում է միայն ողնաշարի ստորին հատվածի հաշվին:

Հատուկ դիրքում կատարված ռենտգեն նկարի վրա նշում են ատլանտի շեղում դեպի առաջ և դրա պտտում ուղղահայաց առանցքի շուրջը:

Բ ու ժ ու մ ը : Բորբոքային օջախի՝ նշիկների, ավշահանգույցների բորբոքման վերացում, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ՝ ՈւՄՃ, ԳԲՀ: Դեֆորմացիան վերացնում են Գլխոնի օդով ձգման միջոցով մի քանի շաբաթների ընթացքում: Կատարվում են բուժական մարմնամարզություն, մերսում, ջերմային պրոցեդուրաներ: Վաղ տարիքում բուժման արդյունքը բարենպաստ է, սակայն հետագայում այն պահանջում է ավելի երկար ժամանակ, իսկ ուշացած դեպքերում և մեծահասակների մոտ կարող են առաջանալ երկրորդային դեֆորմացիաներ՝ դեմքի և գանգի անհամաչափություն, ողնաշարի ծովածություն:

Պարանոցային կողեր

Պարանոցային լրացուցիչ կողերը բավականին հաճախ են հանդիպում՝ բնակչության 1%-ի մոտ: Սակայն կլինիկորեն դա արտահայտվում է նրանցից միայն 10% մոտ: Ընդ որում կանանց մոտ ավելի հաճախ, քան տղամարդկանց (2:1): Երկկողմանի ախտահարում լինում է 2 անգամ ավելի հաճախ քան միակողմանի: Նյարդաբանական խանգարումներ հաճախ դիտվում են մեծահասակների մոտ, 20-30 տարեկան հասակում, որը կապված է պարանոցային կողերի ոսկրացման հետ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Կրծոսկրից 1-2 սմ վեր նշում են ուռածություն, լինում է ենթանրակային զարկերակի պուլսացիա, նյարդաբանական ախտանիշեր (ցավեր և պարէսթեզիաներ), որոնք հաճախ տարածվում են ճաճանչային նյարդով և կարող են փոփոխվել ելնելով ձեռքի դիրքից: Հիվանդության ուշ փուլերում հնարավոր են անզգայացումներ և պարալիչ: Սիմպաթիկ նյարդային համակարգի պրոցեսի մեջ ընդգրկման դեպքում նշվում են մաշկի չորություն, ջերմաստիճանի իջեցում, քրտնարտադրություն:

Բ ու ժ ու մ ը : Կլինիկանյարդաբանական աննշան երևույթների դեպքում ցուցված է ֆիզիոթերապիա, նյարդաբանական խանգարումների և ցավերի դեպքում՝ վիրաբուժական միջամտություն (պարանոցային լրացուցիչ կողի մասնահատում):

Թևանման պարանոց

Թևանման պարանոցը բնածին հիվանդություն է, որի դեպքում զուգակցվում են մի շարք զարգացման արատներ: Այն նաև կոչվում է Շերեշևսկի-Տերների, Բոննև-Ուլրիխի համախտանիշ:

Կլինիկան: Հիմնական ախտանիշն է ուսահողերից վեր՝ մաշկի, հատկապես պարանոցի մաշկի կողմային ծալքերի թևանման կամ առագաստանման փոփոխումը: Հաճախ այս հիվանդությունը զուգակցվում է այլ պաթոլոգիայի հետ՝ ազդրոսկրի բնածին հոդախախտի, սինդակտիլիայի, պտոզի, նանիզմի, ականջախեցիների թերի զարգացման, հիպոֆիզի և սեռական գեղձերի ֆունկցիայի անբավարարության և այլն. հետ:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է՝ մաշկային պլաստիկա հանդիպական եռանկյունաձև լաթերով: Երբեմն թևանման պարանոցը կարող է զուգակցվել անութաքին փոսի կամ ենթածնկային շրջանի մաշկային ծալքերի հետ: Այս դեպքում նույնպես կատարում են մաշկային պլաստիկա:

Շարենգելի հիվանդություն

Տվյալ ախտաբանությունը պայմանավորված է էմբրիոգենեզի խանգարման հետ: Շարենգելի հիվանդությանը հաճախ ուղեկցում են կմախքի այլ դեֆորմացիաները՝ կողերի երկատում (Լուշկիի եղան), սեպաձև կրծքային ողեր, պարանոցային ողերի սերտաճում, աղեղիկների թերի զարգացում և այլն.:

Կլինիկան բնորոշվում է թիակի բարձր դիրքով և մասնակի պտտումով: Հաճախ անոմալիան դիտվում է ձախ կողմից: Թիակի չափերը սովորաբար 1-2 սմ ավելի փոքր են, քան առողջ կողմինը: Վերին եզրը կտրուկ դուրս է գցվում, որը որոշ դեպքերում շփոթում են էկզոստոզի հետ: Այդ կողմի ուսագոտին լինում է ավելի բարձր:

Անոմալիան ոչ միայն կոսմետիկ դեֆեկտ է, այլև բերում է ֆունկցիոնալ զգալի խանգարումների: Ուսահողում կտրուկ սահմանափակվում են շարժումները (բազկոսկրը հնարավոր է լինում բարձրացնել միայն մինչև 90°): Հազվադեպ կարող են լինել երկու թիակների բարձր դիրք:

Բ ու ժ ու մ ը: Կոնսերվատիվ բուժումը, (մերսում, բուժական մարմնամարզություն, տարբեր տեսակի կորսետների) կիրառվում է նախավիրահատական շրջանում: Վիրահատությունը կայանում է թիակի մոբիլիզացիայի, իջեցման և ճիշտ դիրքում ֆիքսման մեջ:

Թևանման թիակ

Բնածին դեֆորմացիա է, որի ժամանակ թիակի մեղիալ ծայրը հեռացած է կրծքավանդակի հետին հատվածից: Այն հիմնականում երկկողմանի է և հաճախակի զուգակցվում է թիակի բնածին բարձր դիրքի հետ: Այս դեֆորմացիան հարկավոր է տարբերակել թևանման թիակից, որը առաջացել է մանկական պարալիչի ֆոնի վրա, երբ ախտահարվում են շեղանկյունաձև և սեղանաձև մկանները:

Բ ու ժ ու մ ը կոնսերվատիվ է՝ երկարատև մերսում, բուժական մարմնամարզություն և ճիշտ կեցվածքի մշակում: Ծանր միակողմանի դեֆորմացիաների դեպքում ցուցված է վիրահատական միջամտություն՝ թիակի մեղիալ եզրի մոբիլիզացիա և ստորին անկյան ֆիքսացիա VIII կողին: Նախապես կատարում են կտցաձև ելունի օստեոտոմիա կամ անրակի Z-ձև օստեոտոմիա:

Թիակի խրթոց (խրթացող առաջաթիակային բուրսիտ)

Այս ախտահարման խատճառներից են թիակի առաջային մակերեսի գրգռման, փափուկ հյուսվածքների դեֆեկտները, մկանների ատրոֆիան, էկզոստոզները, թիակի կամ նրա հետ շփվող կողերի վերնոսկրերի բորբոքումը, և այլն:

Կ լ ի ն ի կ ա ն: Բնորոշվում է թիակի շարժումների ժամանակ խրթոցի առաջացումով: Ֆունկցիոնալ խանգարումներ գրեթե չեն նկատվում:

Բուժումը կայանում է, բունոցի, գիգրոմայի կամ ոսկրային գերաճի հեռացման մեջ: Երբեմն կատարվում է մկանային պլաստիկա:

Կրծքավանդակի դեֆորմացիաներ

Կրծքավանդակի դեֆորմացիաները կարող են լինել ինչպես բնածին, այնպես էլ ձեռք բերովի: Բնածին դեֆորմացիաները կապված են ողնաշարի, կողերի, կրծոսկրի, թիակի զարգացման արատների հետ: Կրծքավանդակի ձեռք բերովի դեֆորմացիայի պատճառներն են տարած հիվանդությունների՝ (ռախիտ, ոսկրային տուբերկուլյոզ, թոքերի խրոնիկ թարախային պրոցես) հետքանքները, ինչպես նաև կրծքավանդակի վնասվածքները, որոնք բերում են ոսկրերի աճի դանդաղեցմանը: Դեֆորմացիաների մեծ մասի դեպքում ստոծանու թոքերի և սրտի դիրքի տեղափոխությունը առաջացնում է նշված օրգաններիֆունկցիայի տարբերի աստիճանի կանգարումներ: Առավել հաճախ հանդիպում է ձագարաձև, տափակ և »հավի« կրծքավանդակները:

Ձագարաձև կրծքավանդակ՝ »կոշկակարի կուրծք«: Այսպիսի դեֆորմացիան կարող է լինել ինչպես բնածին, այնպես էլ ձեռքբերովի: Ձևավորման հիմքում ընկած է կողային աճառների բնածին դիսպլաստիկ բնույթի ոչ լիարժեքությունը: Կլինիկորեն ձագարաձև կրծքավանդակը բնորոշվում է կրծքավանդակի պատի ստորին և որովայնի վերին հատվածների ներանկմամբ: Հաճախ փոսության կողմային սահման են հանդիսանում կողաճառները, հազվադեպ՝ կողերի ոսկրային հատվածը միջին անութափոսային գծերով: Կրծքավանդակը մեծացած է լայնակի ուղղությամբ, ողնաշարի կրծքային հատվածում առաջանում են կիֆոզ և կողմային ծովածություններ:

Որպես կանոն, աճի հետ զուգընթաց դեֆորմացիան ավելանում է: Աճող կողերը կարծես քաշում և ավելի են ներս մղում կրծոսկրը, որը դեֆորմացիայի ծայրահեղ աստիճանի դեպքում համարյա կպչում է ողնաշարին կամ, անհամաչափ ձևերի դեպքում, տեղակայվում ողնաշարին կից: Այդ ժամանակ կրծոսկրը ճնշում է սրտի ու մագիստրալ անոթների վրա, տեղաշարժելով դրանք ձախ և որոշակի պտտելով:

Արտահայտված ձագարաձև կրծքավանդակով երեխաները ասթենիկ են, հետ մնում ֆիզիկական զարգացվածությամբ: Չարկերակային սիստոլիկ ճնշումը իջնում է, դիաստոլիկը բարձրանում: Երակային ճնշման բարձրանալը հանդիսանում է հեմոդինամիկայի խախտման նշաններից մեկը:

Ըստ կլինիկական ընթացքի տարբերում են հիվանդության երեք փուլ՝ կոմպենսատոր, սուբկոմպենսատոր և դեկոմպենսատոր: Ամեն փուլը բնորոշվում է որոշակի խանգարումներով թոքերի և սրտի կողմից: Ըստ Ն. Բ. Կոնդրաշինի տարբերում են դեֆորմացիայի երեք աստիճան. I աստիճան՝ »ձագարի« խորությունը 2 սմ սահմաններում առանց սրտի տեղաշարժի; II աստիճան՝ դեֆորմացիայի խորությունը 4 սմ ոչ ավել, սրտի տեղաշարժը 2-3 սմ; III աստիճան՝ դեֆորմացիայի խորությունը 4 սմ ավել, սրտի տեղաշարժը 3 սմ ավել:

Տափակ կրծքավանդակը դա մարմնի թույլ կազմվածքի արդյունք է և չի հանդիսանում բնածին դեֆորմացիա:

»Հավի« կրծքավանդակ: Բնորոշվում է կրծքավանդակի առաջային հետին տրամագծի մեծացումով՝ կրծոսկրը և նրա թրածն ելունը խիստ արտահայտված են: Կողերը կրծոսկրին են միանում ուղիղ անկյան տակ: Այս դեֆորմացիան հաճախ լինում է բնածին, սակայն կարող է լինել և ձեռքբերովի՝ ռախիտի, տուբերկուլյոզային սպոնդիլիտի և բնածին պրոգրեսիվոդ խոնդրոդիստրոֆիայի հետևանք: Տափակ և »հավի« դեֆորմացիաների դեպքում կրծքավանդակի օրգանների կողմից ֆունկցիոնալ ծանր խանգարումներ չեն նկատվում:

Բ ու ժ ու մ ը : Բուժման կոնսերվատիվ եղանակները՝ մերսումը, բուժական մարմնամարզությունը, լողը, սպորտի տարբեր ձևերով զբաղվելը ռացիոնալ սնունդը մանկական հասակում կարող են կանխարգելել դեֆորմացիայի զարգացումը: Ձևավորված դեպքերում այս բուժումը արդյունավետ չէ:

Վիրաբուժական միջամտությունը ցուցված է միայն կրծքավանդակի մի քանի դեֆորմացիաների՝ կողերի սինոստոզի, I կողակրծոսկրային հողավորման անկիլոզի դեպքում: Չափազանց կրծքավանդակի վիրահատական բուժմանը դիմում են հիվանդության պրոգրեսիվոդ ձևերի՝ դեֆորմացիայի ֆունկցիոնալ խանգարումներով II և III աստիճանների դեպքում: »Հավի« կրծքավանդակի դեպքում ստերոսպլաստիկան կարելի է կատարել նույնիսկ կոսմետիկ ցուցումներով: Սովորաբար վիրահատությունը կատարում են 3 տարեկան հասակից հետո: Բացի կոսմետիկ արդյունքից միշտ 6-12 ամիս անց նկատվում է սրտի և թոքերի ֆունկցիայի բարելավում:

Գ Լ ու ի ս 5

Ո Ղ Ն Ա Շ Ա Բ Ի Զ Ա Բ Գ Ա Յ Մ Ա Ն Ա Ն Ո Մ Ա Լ Ի Ա Ն Ե Ը

Ողնաշարի բնածին դեֆորմացիաների պատճառներն են նրա կմախքի, կրծքավանդակի, ուսագոտու և կոնքի զարգացման արատները: Ողնաշարի զարգացման արատները կարող են արտահայտվել ողերի քանակի քչացման կամ ավելացման, ինչպես նաև նորմալ քանակի պայմաններում դրանց փոփոխությունների ձևով (յուսբալիզացիա և սակրալիզացիա): Հայտնաբերվում են նաև ողերի մարմինների լոկալ սերտաճումներ: Թիակների և սրբոսկրի արատները նույնպես կարող են հանդիսանալ ողնաշարի սխալ զարգացման պատճառ:

Ողնաշարի կմախքի զարգացման այս արատները հաճախ ուղեկցվում են համապատասխան հատվածների, ինչպես նաև կրծքավանդակի մկանների թերզարգացվածությամբ, որն էլ իր հերթին բերում է ողնաշարի ձևի և ֆունկցիայի զգալի փոփոխությունների:

Նշված զարգացման արատների, ինչպես և մյուս դեֆորմացիաների էթիոլոգիան անհայտ է:

Լյուսբալիզացիա և սակրալիզացիա

Մրանք ողնաշարի հատուկ տիպի դեֆորմացիաներ են, որոնց ժամանակ առկա են գոտկային կամ սրբանային հատվածի ողերի քանակի փոփոխումներ՝ այսպես կոչված անցողիկ գոտկասրբանային ող: Լյուսբալիզացիայի ժամանակ, սրբոսկրից I սրբանային ողի անջատման հաշվին, հինգ ողի փոխարեն կա գոտկային վեց ող: Սակրալիզացիայի ժամանակ V գոտկային ողը սերտաճում է սրբոսկրին :

Սակրալիզացիայի և լյուսբալիզացիայի առկայությունը հաճախ դիտում են որպես ողնաշարի կողմային դեֆորմացիայի (սկոլիոզի), իսկ երբեմն էլ գոտկասրբանային ցավերի պատճառ:

Տարբերվում են իսկական լրիվ սակրալիզացիա, երբ գոտկային V ողի հաստացած լայնակի ելունները սերտաճում են սրբոսկրի հետ, գոտկային V ողի սինխոնդրոզ սրբոսկրի հետ կամ լայնակի ելունի սինխոնդրոզ գստոսկրի հետ: Հանդիպում է նաև ոչ լրիվ սակրալիզացիա, երբ լինում է միայն գոտկային V ողի լայնակի ելունների հաստացում:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Նշված արատի ժամանակ հաճախակի առաջանում են գոտկասրբանային ցավեր՝ հատկապես զգալի հաստացած լայնակի ելունի շրջանում: Առաջացած համակցման մեջ (լայնակի ելունների և սրբոսկրի, կամ գստոսկրի) զարգանում է սպոնդիլոարթրոզ, իսկ գոտկային վերջին և սրբային առաջին ողերի միջև եղած միջոդային սկավառակում՝ օսթեոխոնդրոզ:

Նշված հիվանդությունը կլինիկորեն ի հայտ է գալիս 20-25 տարեկան հասակում գոտկասրբանային հատվածի արտահայտված ցավերով: Երկար կանգնելուց, շարժումներից, ծանրություն կրելուց ցավերը ուժեղանում են: Երբեմն դրանք ռադիկուլյար ցավերի նման ճառագայթվում են դեպի ստորին վերջույթ: Շոշափումը ցավոտ է հաստացած լայնակի ելունի շրջանում:

Բ ու ժ ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը ներառում է ֆիզոթերապիա, մերսում, բուժական մարմնամարզություն և օրթոպեդիկ կորսեթի կրում: Հիվանդը պետք է քնի կոշտ մակերեսի վրա: Ցավերի ուժգնությունը կարող են մեղմել ծծմբաջրածնային տաք լոզանքները, պարաֆինը, նովոկաինով էլեկտրոֆորեզը, ուլտրաձայնային բուժումը: Ծանր ֆիզիկական աշխատանքը հակացուցված է: Մակայն երբեմն՝ նույնիսկ երկարատև կոնսերվատիվ բուժումը արդյունք չի տալիս և այդ դեպքերում ցուցված է կատարել վիրահատություն՝ հաստացած լայնակի ելունի հեռացում և հետին սպոնդիլոդեզ ոսկրային պատվաստով:

Պլատիսպոնդիլիա

Ողերի տափակումն է սահմանափակ տարածության վրա, որը զուգակցվում է ողերի մարմինների սերտաճման և հիպերտրոֆիայի հետ: Նշված դեֆորմացիան հաճախակի ուղեկցվում է նաև այլ արատներով և բնորոշվում արագ պրոգրեսիվող և ողնաշարային ցավեր առաջացնող սկոլիոզով, շարժումների սահմանափակմամբ և ողնաշարի առանձին հատվածների անհամաչափությամբ:

Ողի սերտաճման բացակայություն (spina bifida)

Ողերի առաջնային և հատկապես, հետին հատվածների սերտաճուման բացակայությունը բավականին հաճախ հանդիպող բնածին արատ է: Աղեղիկների ոչ լրիվ սերտաճումները հանդիպում են 30-35 % դեպքերում, իսկ սրբանային ողերի լրիվ բաց ողնուղեղային խողովակ՝ 3-5 % դեպքում: Առաջնային և հետին ճեղքվածքները սովորաբար տեղեկայվում են միջին գծով, սակայն երբեմն նկատվում է դրանց ասիմետրիկ տեղակայում: Ճեղքված ուղղությունը կարող է լինել նաև թեք:

Հաճախ ախտահարված շրջանում հայտնաբերում են ֆիբրոզ կպումների, աճառային հյուսվածքի, ֆիբրոմաների տիպի գոյացություններ, որոնք կարող են հանդիսանալ գոտկասրբանային ռադիկուլիտի տեսքով ընթացող ցավային համախտանիշի պատճառ: Տարբերում են նշված արատի երկրու հիմնական ձև՝ 1) ողնուղեղային ճողվածք, որն իր մեջ ընդգրկում է ողնուղեղի թաղանթները և նյարդային արմատիկները; 2) ողնուղեղի խողովակի պատի պարզ չսերտաճում:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ողնուղեղային ճողվածքի ժամանակ սրբոսկրի կամ գոտկասրբոսկրային շրջաններում հայտնաբերում է ուռուցքանման արտափքում: Որքան վեր է տեղակայված

ողնուղեսային ճողվածքը, այնքան ծանր է լինում նյարդաբանական պատկերը (հաճախակի պարալիչներ):

Բ ու ժ ու մ ը միայն վիրաբուժական է: Նյարդային արմատիկները ճողվածքապարկից անջատելուց հետո, այն կապում և հեռացնում են: Եթե վիրահատությունը ժամանակին չի կատարվում, ապա երեխան կարող է մահանալ մենինգիտից կամ ողնուղեղի էլեմենտների ախտահարումների հետ կապված բարդություններից:

Ողի աղեղիկների պարզ ճեղքվածքի կլինիկան բավականին աղքատ է և պատահական է հայտնաբերվում: Դրա ժամանակ հաճախ նկատվում են հիպերտրիխոզ, մաշկի պիգմենտավորում, Միքալիսի շեղանկյան գերմազակալում:

Մինչև 10 տարեկան երեխաների մոտ նշված պաթոլոգիան հանդիպում է շատ հաճախ: Սա տարիքային առանձնահատկություն է կապված այն փաստի հետ, որ այդ տարիքում աղեղիկները դեռ ոսկրացած չեն: Պատանիների մոտ, կապված ողնաշարի հենման և ստատիկ հատկությունների թուլացման հետ, աղեղիկների թերսերտաճումը կարող է արտահայտվել ողնաշարի կողմնային ծռումների տեսքով: Երեխայի աճի ավարտման շրջանում ֆիզիկական զգալի ծանրաբեռնվածությունների դեպքում կարող են առաջանալ ցավեր գոտկասրբանային հատվածում, ստորին վերջույթներում, արագ հոգնածություն, կծկումներ: Հնարավոր են գիշերային անմիզապահություն, ստորին վերջույթների սնուցման խանգարումներ:

Կ լ ի ն ի կ ա կ ա ն պատկերը ճշտում են ռենտգենաբանական հետազոտության միջոցով:

Բ ու ժ ու մ ը: Անհրաժեշտ է ներարկել ցավազրկողներ, լավացնել տեղային արյան շրջանառությունը (ֆիզոթերապևտիկ միջոցառումներ), վերականգնել ողնաշարը ֆիզիոլոգիական դիրքում պահող մկանները (բուժական մարմնամարզություն, մերսում, լող):

Ռ ա խ ի շ ի զ ի ս: Սա միաժամանակ ողի մարմնի և աղեղիկի սերտաճման բացակայությունն է: Այն հաճախ հանդիպում է գոտկային, իսկ սակայն երբեմն նաև՝ պարանոցային հատվածում և կարող է առաջացնել սկոլիոզ:

Կողմային կիսաողեր

Կողմային կիսաողերը լինում են մեկուսացած, երկակի և նույնիսկ եռակի, հաճախ տեղակայվում են պարանոցակրծքային կամ ավելի հազվադեպ՝ գոտկային հատվածներում: Կիսաողը կրծքային հատվածում ունի նաև իրեն միացած ավելորդ կող: Ավելորդ ողի աճը բերում է դեֆորմացիայի, որը արտահայտվում է ողնաշարի կողմնային ծռումով՝ սկոլիոզով:

Ողերի սինոստոզ (պաշարում)

Ողերի սինոստոզը կարող է լինել լրիվ կամ մասնակի: Լրիվ սինոստոզի դեպքում տեղի է ունենում ողերի մարմինների և հետին հատվածների սերտաճում: Ախտահարումից վեր և ցած տեղակայված ողերում առաջանում է կոմպենսատոր դեֆորմացնող սպոնդիլոզ, որը և հանդիսանում է ցավային համախտանիշի պատճառ: Հաճախ սերտաճում են պարանոցային ողերը (Կլիպպել-Ֆեյլի հիվանդություն): Երբեմն կարող է հանդիպել ծոծրակային ոսկրի և աստլանտի սերտաճում, որը բերում է ծոծրակային մեծ անցքի նեղացմանը: Չափազանց հազվադեպ հանդիպում է ողնաշարի բոլոր հատվածների ողերի սերտաճում:

Սպոնդիլոլիզ

Սպոնդիլիտիզը՝ ողնաշարի միակողմանի արատ է, որն արտահայտվում է ողի մարմնի հետ աղեղիկների ոսկրային սերտաճման բացակայությամբ:

Էթիոլոգիան կարող է լինել բնածին, ձեռք բերովի և խառը: Մինչև 20 տարեկան հասակում հաճախությունը տատանվում է 2-7%:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Մեծամասամբ դեպքերում սպոնդիլիտիզը ընթանում է առանց ախտանիշների, սակայն երբեմն լինում է թույլ ցավոտություն գոտկային շրջանում, որը առաջանում է նոպայաձև և սաստկանում նստելու կամ ոտքի վրա կանգնելու ժամանակ: Կարող է նշվել գոտկային լորդոզի ավելացում: Ճնշումը գոտկային V ողի փուշելունի վրա ցավոտ է: Ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են սրբոսկրի հորիզոնական դիրք, իսկ թեք պրոյեկցիայով կատարված նկարների վրա՝ անցք ողի աղեղիկի շրջանում:

Բ ու ժ թ ու մ ը ուղղված է ողնաշարը ճիշտ դիրքում պահող «մկանային կորսեթի» ստեղծմանը: Ցավերը վերացնելու նպատակով կիրառում են մագնիսային ցածր հաճախականության դաշտ: Սպոնդիլիտիզի ժամանակ ֆիզիկական ծանր աշխատանքը հակացուցված է:

Սպոնդիլիտիստեզ

Դա ողի մարմնի սահուն է ողնաշարի վերընկած հատվածի հետ միասին: Հաճախ սահուն է գոտկային V ողը սրբանային I ողի նկատմամբ: Ավելի հազվադեպ գոտկային IV ողը կարող է սահել դեպի ետ կամ կողմեր:

Սպոնդիլիտիստեզը կարող է լինել բնածին, ձեռք բերովի և խառը: Բնածին սպոնդիլիտիստեզը պայմանավորված է աղեղիկներում ոսկրացման օջախի բացակայությամբ (սպոնդիլիտիզ), որը բնորոշվում է միջհողային հատվածում մեկ կամ երկու կողմերից ձեռքվածքի առկայությամբ: Ձեռք բերովի սպոնդիլիտիստեզը աղեղիկների միկրովնասավածքի հետևանք է: Երբ համակցվում են բնածին սպոնդիլիտիստեզը և աղեղիկների միկրովնասավածքը, ապա խոսում են սպոնդիլիտիստեզի խառը ձևերի մասին:

Եթե սպոնդիլիտիստեզը պայմանավորված է սպոնդիլիտիզով, ապա կյանքի առաջին 8 տարիների ընթացքում այն հնարավոր չէ հայտնաբերել: Ավելի ճշգրիտ այն կարելի է հայտնաբերել 10-20 տարեկան հասակում կամ ավելի մեծ տարիքում:

Սպոնդիլիտիզը մոտ 65% դեպքում բերում է սպոնդիլիտիստեզի: Դրա առաջացմանը նպաստում է վնասվածքը: 67,7% դեպքում այն լինում է գոտկային V ողում, իսկ 25,8% դեպքերում՝ գոտկային IV ողում: Որքան բարձր է տեղակայված ողը, այնքան նվազում է սպոնդիլիտիստեզի առաջացման հավանականությունը: Այսպես, գոտկային I ողը սահուն է դեպքերի միայն 0,4%:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ըստ կլինիկառենտգենաբանական նշանների տարբերում են հիվանդության զարգացման մի քանի աստիճան (ըստ Մեյերդինգի)՝ I աստիճան. ողի սահուն մարմնի 1/4 չափով; II աստիճան. 1/2 չափով; III աստիճան. 3/4 չափով և IV աստիճան. ողի մարմնի ամբողջ մակերեսի չափով:

Տարբերում են նշված պաթոլոգիայի հետևյալ ախտանիշերը՝

- գոտկային և գոտկասրբանային շրջանի ցավեր, որոնք ուժեղանում են նստելուց և կռանալուց, առաջանում է ցավոտություն գոտկային ողերի փուշելունների վրա սեղմելիս;
- շեմքի ախտանիշ՝ գոտկային V ողի տեղաշարժի հետևանքով փուշելունը արտացցվում է և դրա տակ առաջանում փոսիկ, իսկ ողնաշարի վերին հատվածներում՝ կիֆոզ;
- գոտկային լորդոզի ավելացում;
- սրբոսկրի հորիզոնական դիրք;
- իրանի կարճացում;

- կրծքավանդակի, իսկ ավելի ուշ՝ որովայնի արտափքում;
- գոտկային հատվածում շարժումների սահմանափակում
- »լարախաղացին« բնորոշ քայլվածք;
- նյարդարմատների, երբեմն էլ՝ ամբողջ նստանյարդի գրգռում:

Հաճախ հայտնաբերում է մկանների ատրոֆա, ռեֆլեքսների թուլացում կամ բացակայում, հիպերեսթեզիա: Մեծահասակների մոտ նյարդային ախտանիշերը լինում են էլ ավելի արտահայտված, քանի որ պրոցեսին միանում է նաև օստեոխոնդրոզը և ողնաշարի անկայությունը:

Բ ու ժ ու մ ը : Կոնսերվատիվ բուժումը միայն 6% դեպքերում է տալիս լավ արդյունքներ:

Մնացած դեպքերում այն միայն ժամանակավորապես է լավացնում վիճակը: Այդ միջոցներն են կանգնելու և քայլելու սահմանափակումը, անկողնային ռեժիմը, մերսումը, նովոկաինային բլոկադաները, վիտամինների, ցավազրկող միջոցների ներմուծելը, ուլտրաձայնային բուժումը, սանատորակուրորտային բուժումը (Մոչի, Նալչիկ, Պյատիգորսկ):

Հիմնական բուժումը վիրահատությունն է: Կատարում են ողնաշարի հետին ոսկրապլաստիկ անշարժացումների տարբեր տեսակներ, կամ միջողային սկավառակի փոփոխությունների վերացում և սահող ողի լիարժեք անշարժացում՝ Չակլինի, Կորժի, Օլբիի, Մերսերի և այլ վիրահատություններ:

Գ Լ ու ի խ 6

Կ Ե Ց Վ Ա Ծ Ք Ի Շ Ե Ղ Ո Ւ Մ Ն Ե Ր : Ս Կ Ո Լ Ի Ո Ջ

Նորմալ կեցվածքը բնորոշվում է գլխի և ողնաշարի ուղիղ դիրքով, հետույքային ծալքերի սիմետրիկությամբ, փուշելուների ուղղաձիգ դիրքով, գստոսկրերի կատարների հորիզոնական մակարդակով, սագիտալ հարթության մեջ ողնաշարի ֆիզիոլոգիական նորմալ ծովածքներով, ստորին վերջույթների միանման երկարությամբ և ոտնաթաթերի ճիշտ դիրքով:

Գոյություն ունի ախտաբանական կեցվածքը որոշելու բազմաթիվ եղանակներ, սակայն պրակտիկ աշխատանքում բավական է լինում երեխայի լուսանկարելը:

Առավել տիպիկ են կեցվածքի հետևյալ շեղումները՝

Կորացած մեջք՝ ողնաշարի կրծքային հատվածում ֆիզիոլոգիական կիֆոզի ավելացում: Գոտկային լորդոզը և կոնքի թեքվածությունը աննշան են:

Կլոր մեջք՝ կրծքային հատվածում կիֆոզի ավելացումը զուգակցվում է ողնաշարի գոտկային հատվածի լորդոզի ավելացման հետ:

Տասիակ մեջք՝ գոտկային լորդոզի լրիվ հարթեցում, թույլ արտահայտված ծովածքներ ողնաշարի պարանոցային և կրծքային հատվածներում: Մարմնի առանցքը այս դեպքում անցնում է ողնաշարի ողջ երկարությամբ: Կեցվածքի այս տիպը ամենից շատ է հակված սկոլիոտիկ դեֆորմացիայի:

Կիֆոզ՝ ողնաշարի կրծքային հատվածի զգալի հետին կորացումն է, որի գագաթն է հիմնականում հանդիսանում կրծքային VII ողը: Ֆրոնտալ հարթության մեջ երեխային զննելիս կարելի է հայտնաբերել ողերի փուշելուների թեթևակի շեղվածություն միջին գծից:

Ասիմետրիկ կեցվածք՝ ողնաշարի ֆունկցիոնալ, ոչ կայուն շեղումն է ֆրոնտալ հարթության մեջ, որը հնարավոր է ուղղել մկանների լարման հաշվին: Կեցվածքի խախտման այս տեսակը տարբերվում է I աստիճանի սկոլիոզից ողնաշարի կողմից ռենտգենաբանորեն որոշվող փոփոխությունների բացակայությամբ:

Կեցվածքի շեղումները որոշելիս առաջին հերթին հարկավոր է ուշադրություն դարձնել երեխայի օրգանիզմում առկա ախտաբանությանը (վատ տեսողություն, միակողմանի խլություն, շնչառության խախտում), որը ազդում է ստատիկայի վրա: Կեցվածքի խախտումները առաջանում և զարգանում են երեխաների մոտ կապված շարժողական ակտիվության փոփոխման (դպրոցում ուսման սկիզբը) և առավել ինտենսիվ աճի շրջանում (սեռական զարգացում):

Օրգանիզմում որևէ ախտաբանական պրոցեսի բացակայության, սակայն կեցվածքի շեղման առկայության դեպքում բժիշկը առաջին հերթին պետք է պարզի դրա առաջացման պատճառը, սկսելով խոշոր հոդերի կոնտրակտուրաները որոշելուց:

Ուսային հողի կոնտրակտուրան առավել հաճախ առաջանում է կրծքային մեծ մկանների ռետրակցիայի հետևանքով, երբ կորչում է ձեռքերը վեր բարձրացնելու ունակությունը առանց արտահայտված գոտկային լորդոզի առաջացման:

Գոնքազդրային հողերի կոնտրակտուրան, որի պատճառը կարող են լինել հետույքային մեծ մկանների թուլությունը, ազդրի ծալիչների հիպերֆունկցիան կամ գստոսկրազդրային (բերտինյան) կապանի կարճանալը, որոշում են Տոմասի ախտանիշի միջոցով: Այդ նպատակով հիվանդի մոտ մեջքի վրա պառկած դիրքում ծալված ոտքը սեղմում են որովայնին. այդ ժամանակ կոնտրակտուրայի անկյան չափով բարձրանում է մյուս ոտքը:

Գոտկային ֆիքսված լորդոզի առաջացման դեպքում երկու ոտքերը միաժամանակ բարձրացնելու և դրանք որովայնին սեղմելու ժամանակ լորդոզը անհետանում է:

Նստածնկային մկանների կոնտրակտուրան հաճախ առաջանում է ազդրի եռագլուխ, կիսաջլային և կիսաթաղանթային մկանների կարճացման հետևանքով: Տվյալ ախտաբանության բնորոշ ախտանիշերն են՝ հիվանդը ձեռքի մատերով չի կարողանում կաշել հատակին կամ աթոռի վրա ուղղված ծնկան հողերով նստելիս մարմինը թեքում է դեպի հետ: Երբեմն կրծքային ստորին հատվածում առաջանում է նկատելի կիֆոզ:

Ախտաբանական կեցվածք առաջացնող նշված խախտումները այս կամ այն չափով ազդում են կրծքավանդակի և որովայնի օրգանների դիրքի, իսկ երբեմն էլ ֆունկցիայի վրա:

Ախտաբանական կեցվածքը ախտորոշելու նպատակով Վ. Դեզան առաջարկել է 31 թեստ-հարցեր, որտեղ բացի հիվանդի մասին ընդհանուր հարցերից (հասակ, մարմնի զանգված և այլն.) մտնում են նաև հատուկ հետազոտությունների տվյալները և մի շարք տեսանելի փոփոխություններ (որովայնի չափը, ոտնաթաթի կամարների հարթեցում և այլն.): Հետազոտությունը լրացնում են մի շարք ֆունկցիոնալ տեստերով (թոքերի կենսական տարողությունը և այլն.):

Բ ու ժ ու մ ը : Օրթոպեդիկ բուժման հիմքում ընկած է «ճիշտ կեցվածքի զգացողության» մշակելը: Մեծ նշանակություն ունի մարմնամարզությունը, որն ուղղված է հոդերի կոնտրակտուրաների վերացմանը, մարմնի տարածող մկանների ամրացմանը: Բուժական մարմնամարզությունը կատարում են կանոնավոր մինչև դեֆորմացիաների ֆիքսացիան կամ դրանց լրիվ վերացնելը (սովորաբար 16-18 տարեկան հասակում): Խորհուրդ են տրվում պարապմունքները լողով:

Սկոլիոզ

Սկոլիոտիկ հիվանդությունը դա ողնաշարի կողմային ծովածությունն է ողերի մարմինների պարտադիր պտույտով: Սկոլիոզին բնորոշ է պրոցեսի պրոգրեսիվելը կապված երեխայի աճի և տարիքի հետ:

Կարևոր է սկոլիոզի ճիշտ տարբերակելը կեցվածքի այլ շեղումներից: Տարբերակիչ ախտորոշման համար առաջին հերթին ճշտում են հետևյալ ցուցանիշը՝ նկատված

ախտաբանության վելացնելու հնարավորությունը բժիշկի կամ հիվանդի կողմից, ինչպես նաև պառկած դիրքում կատարված ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ ողնաշարի շեղվածության բացակայությունը: Իրական սկոլիոզը նույնիսկ զարգացման սկզբնական փուլում բնորոշվում է ողնաշարի դեֆորմացիայով, որը պահպանվում է անկախ հիվանդի ծանրաբեռնումից և դիրքից:

Ելնելով սկոլիոզի էթիոլոգիայից և պաթոգենեզից տարբերում են դրա հետևյալ ձևերը՝ բնածին (այդ թվում և դիսպլաստիկ), ներոգեն, ստատիկ և իդիոպատիկ:

Բնածին սկոլիոզը պայմանավորված է դեֆորմացիայով, որը զարգացել է ողնաշարի ոսկրային կմախքի փոփոխությունների ֆոնի վրա՝ կողերի միակողմանի սինոստոզ, հավելյալ կողեր և կիսաողեր, փուշելունների սինոստոզ, աղեղիկների դեֆեկտներ, գոտկասրբանային հատվածի դիսպլազիա; *դիսպլաստիկ սկոլիոզ*՝ սպոնդիլոլիզ, ողերի աղեղիկների թերաճ, միակողմանի սակրալիզացիա և լյումբալիզացիա:

Ներոգեն սկոլիոզը հիմնականում զարգանում է տարած պոլիոմիելիտի արդյունքում: Պատճառ է հանդիսանում մեջքի և որովայնի թեք մկանների կողմից հավասարակշռության խախտումը: Այս խմբին են դասում նաև միոպատիայի, սիրինգոմիելիայի, նեյրոֆիբրոմատոզի, սպաստիկ պարալիչների և այլնի ֆոնի վրա զարգացած սկոլիոզը:

Ստատիկ սկոլիոզը առավել հաճախ զարգանում է ստորին վերջույթի որևէ հոդի ախտահարման (անկիլոզ, ազդրի բնածին հոդախախտ և այլնի) հետևանքով, քանի որ դրանք ուղեկցվում են վերջույթի կարճացումով, որն էլ հետագայում բերում է ողնաշարի կայուն փոփոխությունների:

Իդիոպատիկ սկոլիոզ՝ առավել տարածված ձևն է, որի ախտածագումը մինչ օրս պարզ չէ: Որոշ հեղինակներ այսպես կոչված ռախիտիկ սկոլիոզը դասում են իդիոպատիկի շարքին: Սակայն կենսաքիմիական մի շարք պրոցեսների առանձնահատկությունները թույլ տվեցին պարզել, որ իդիոպատիկ սկոլիոզի հիմքում ընկած է հորմոնալ ծագում:

Առանձնացնում են ռախիտիկ և ընտանեկան (ժառանգական) սկոլիոզների խմբեր:

Ըստ Ս. Վ. Վոլկովի, Ե. Կ. Նիկիֆորովի և Ա. Ֆ. Կապտելինի դասակարգման սկոլիոզով բոլոր հիվանդները բաժանվում են երկու խմբի՝ բնածին և ձեռքբերովի: Բնածին սկոլիոզներին են դասում ողնաշարի զարգացման բնածին անոմալիան, գոտկասրբանային հատվածի դիսպլազիան, ընտանեկան սկոլիոզը և այլն., իսկ ձեռքբերովի են՝ ռախիտիկ, պարալիտիկ, ստատիկ և իդիոպատիկ սկոլիոզները:

Ա ի ս ո ղ ո շ ու մ ը : Չափազանց կարևոր է սկոլիոզի ախտորոշելը զարգացման վաղ շրջաններում, քանի որ միայն ժամանակին սկսված բուժման միջոցով կարելի է կանխել շեղման պրոգրեսիվումը: Անամնեզ հավաքելիս հարկավոր է պարզել ժառանգական պաթոլոգիայի հնարավորությունը: Կարևոր է, թե որ տարիքում է նկատվել ողնաշարի դեֆորմացիան և ինչպես է այն զարգացել:

Երեխային գնում են նստաց, կանգնած և պառկած դիրքերում: Հնարավոր դեֆորմացիաները հայտնաբերելու նպատակով կատարում են ոսկրային կողմնորոշիչների (բոլոր ողերի փուշելունները, թիակների ստորին անկյունները, թիակների վերին փշերը, գստոսկրի կատարը, անրակը, կրծոսկրի լծային կտրուճը) գունային դրոշմում:

Նստած դիրքում որոշում են կոնքի շեղվածության բացակայությունը կամ առկայությունը, ողնաշարի գոտկային լորդոզի աստիճանը, մարմնի կողմային թեքվածությունը և ողնաշարի կողմային շեղվածությունը:

Կանգնած դիրքում գնահատում են փուշելունների դասավորվածությունը: Սկոլիոզի առկայության դեպքում մի ուսը լինում է մյուսից բարձր, որը հեշտությամբ որոշվում է թիակների և անրակների տեղադրման մակարդակով: Շեղման ներընկած կողմում թիակը տեղակայվում է

փուշելուններին ավելի մոտ: Պարանոցային VII ողի փուշելունի գագաթից մինչև թիակի անկյունը ընկած տարածությունը ավելի երկար է շեղման ներքնկած կողմում: Առջևից որոշում են կրծոսկրի թրածն ելունի դիրքը և առաջային կողային սապատի առկայությունը կամ բացակայությունը:

Կանգնած դիրքում որոշում են նաև ստորին վերջույթների երկարությունը, կոնքազդրային, ծնկան և սրունք-թաթային հոդերի կոնտրակտուրաների առկայությունը, պարզում լորդոզի փոփոխումը, որոշում ողնաշարի գոտկային հատվածի շարժունության աստիճանը: Գլխից ձգման միջոցով պարզում են դեֆորմացիայի կայունության աստիճանը:

Հիվանդի մեջքի վրա պառկած դիրքում զննում են որովայնի մկանների, մարմնի թեք մկանների ֆունկցիոնալ վիճակը, որովայնի վրա պառկած դիրքում՝ շեղման առաջնային և կոմպենսատոր աղեղների աստիճանը:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր կատարում են երկու պրոյեկցիաներով պառկած և կանգնած դիրքերում: Պրոֆիլային նկարի օգնությամբ որոշում են ողնաշարի զարգացման ոսկրային անոմալիաների առկայությունը:

Սկոլիոզի ծանրությունը բնորոշվում է փոփոխությունների աստիճանով: Սկոլիոզի դասակարգումը ըստ Վ. Դ. Չակլինի՝ I աստիճանը բնորոշվում է կողմային մինչև 10° շեղմամբ և ռենտգենաբանորեն հայտնաբերվող սկզբնական տորսիայով; II աստիճանը արտահայտվում է տորսիայով և կոմպենսատոր աղեղներով: Կլինիկորեն շոշափվում են ողերի տորսիայով պայմանավորված մկանային գլանիկ և կողային փոքրիկ սապատ; III աստիճան՝ ավելի արտահայտված դեֆորմացիա կողմային 25-40° շեղումով և կողային մեծ սապատի առկայությամբ; IV աստիճան՝ մարմնի կոպիտ դեֆորմացիա, որը բնորոշվում է ողնաշարի կրծքային հատվածի կիֆոսկոլիոզով, կողային արտահայտված սապատով, կոնքի դեֆորմացիայով, մարմնի շեղվածությամբ: Հիմնական շեղման անկյունը կազմում է 41-90°:

Շեղման անկյունը որոշող բազմաթիվ եղանակներից առավել տարածում է գտել Կոբբի եղանակը, ըստ որի որոշում են շեղման աղեղի ծայրային ողերով կազմած անկյունը: Ուղիղ պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա նեյտրալ ողերի հիմքերի մոտ անց են կացնում երկու գիծ միջողային անցքին զուգահեռ: Այդ գծեր վրա իջեցնում են ուղղահայաց: Ուղղահայացների տեղում առաջացած անկյունը կազմում է որոնվող անկյունը աստիճաններով: Թեթև արտահայտված շեղումների դեպքում լրացուցիչ որոշում են անկյունը ուղղահայացների և այդ գծերի միջև:

Բնածին սկոլիոզով հիվանդների մոտ լինում են սիրտանոթային համակարգի և շնչառական օրգանների փոփոխություններ: Որքան երկար է սկոլիոզի ժամկետը, այնքան այն դառնում է կայուն և ֆիքսված: Դեֆորմացիայի կայունությունը որոշելու առավել պարզ եղանակներն են՝ 1) փուշելունների նշագծում, որից հետո հիվանդին թեքում են աջ և ձախ կողմեր; 2) ողնաշարի ձգում գլխի կողմից; 3) հիվանդին պառկեցնելը ներքնկած կողմի վրա; 4) ձեռքերով դուրսընկած կողմի վրա ճնշելը; 5) ռենտգենաբանական հետազոտություն; 6) կանգնած կամ նստած, ինչպես նաև թեքվելիս կատարված ռենտգեն նկարների համեմատում:

Առավել հարմար է կատարել դեֆորմացիայի կայունության ինդեքսի հաշվարկը Կազմինի եղանակով: Հաշվարկները կատարում են պառկած և կանգնած դիրքերում կատարված ռենտգեն նկարների հիման վրա հետևյալ բանաձևով՝

$$\text{Ինդեքս} = \frac{180^\circ - a}{180^\circ - a_1}$$

որտեղ a – շեղման աղեղի մեծությունն է հիվանդի պառկած դիրքում; a_1 – այդ նույն անկյունը կանգնած դիրքում:

Կայունության ինդեքսը տատանվում է 1-ից (լրիվ ֆիքսված դեֆորմացիա) մինչև 0 (լրիվ շարժուն շեղում): Սովորաբար ինդեքսը տատանվում է 0.3-1.0:

Սկոլիոզի ժամանակ դեֆորմացիայի աճը կախված է հիվանդի տարիքից, շեղման տեսակից և աստիճանից, ինչպես նաև էթիոլոգիայից: Առավել պրոգրեսիվումը նկատվում է երեխայի բուռն աճի շրջանում և սովորաբար այն ավարտվում է աճը դադարելու ժամանակ: Սակայն սա չի վերաբերվում պոլիոմիելիտի հողի վրա զարգացած սկոլիոզներին, քանի որ այս դեպքերում այն կարող է պրոգրեսիվել նաև երեխայի աճի ավարտից հետո: Հետևաբար, որքան շուտ է հիվանդացել երեխան, այնքան ավելի մեծ է դեֆորմացիայի աճի վտանգը: Եվ հակառակը, որքան ուշ է հիվանդացել, այնքան ավելի քիչ է սկոլիոզի զգալի զարգացման հնարավորությունը: Սկոլիոզի պրոգրեսիվելը շարունակվում է երեխայի աճին զուգընթաց և իր մաքսիմումին հասնում պուբերտատ շրջանում՝ աղջիկների մոտ 11-13, իսկ տղաների մոտ 14-16 տարեկանում: Այս տարիքից սկսած պրոգրեսիվման աստիճանը աստիճանաբար մարում է և ավարտվում կմախքի **աչի** շրջանի վերջին, այսինքն 17-20 տարեկանում:

Երեխայի աճի դադարմանը կարելի է հետևել գստոսկրի կատարի (Ռիսսերի գոտու) ոսկրացման տեստերով՝ աճման գոտու լրիվ միաձուլվելը գստոսկրի հետ վկայում է աճի դադարի մասին:

Էլեկտրոմիոգրաֆիկ հետազոտությունը կամ մկանների քրոնաքսիմետրիան թույլ են տալիս որոշել մկանային համակարգի վիճակը, որը հատկապես կարևոր է սկոլիոզի նեյրոգեն ձևերի ժամանակ:

Կ ա ն ի ա ր գ ե ր ու մ ը և բ ու ժ ու մ ը : Հաշվի առնելով սկոլիոզի պրոգրեսիվման հնարավորությունը և մոտավորապես իմանալով դրա առաջացման ժամկետը, իսկ մեծամասամբ դեպքերում նաև հետագա ընթացքը, մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել դրա կանխարգելմանը:

Երեխայի կյանքի վաղ շրջաններում (մինչև 3 տարեկան) կարևոր են ճիշտ սնվելը, մաքուր օդը, քնի հիգիենան և երեխաների կոփելը որպես հնարավոր ռախիտի կանխարգելում: Պրոցեսի աճի հակման դեպքում ցուցված են գիպսային մահճակալը, մարմնի մկանների մերսում, լոզանքներ:

Նախադպրոցական տարիքում հարկավոր է հետևել, որ մանկական կահույքը համապատասխանի երեխայի աճին: Երեխաները պետք է քնեն կոշտ մահճակալի վրա՝ գլխի տակ դնելով փոքրիկ բարձիկ; երեխայի կողքի վրա պառկած դիրքում շեղման աղեղի տակ դնում են բարձիկ: Առավել մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել դպրոցականներին, քանի որ 7-9 և 12-14 տարեկան հասակում են նշում սկոլիոզի մաքսիմալ աճ: Եթե սկոլիոզը չի պրոգրեսիվում, հնարավոր է ամբուլատոր բուժում՝ կանոնավոր զբաղվել բուժական մարմնամարզությամբ (ոդոնաշարի կապանային համակարգը ձգող վարժությունները հակացուցված են): Արդյունավետ է սպորտով զբաղվելը՝ խորհուրդ են տալիս դահուկներով սահել, բասկետբոլ և վոլեյբոլ, լող:

Սկոլիոզի կ ո ն ս ե ր վ ա տ ի վ բ ու ժ մ ա ն նպատակն է կոմպենսատոր շեղումների առաջացնելը և առաջնային շեղվածքի վերացնելը (ռեդրեսացիա): Սկոլիոզի կոնսերվատիվ բուժման եղանակները կախված են դեֆորմացիայի մեծությունից և դրա կայունությունից:

Կյանքի առաջին 3 տարիների ընթացքում սկոլիոզի բուժման հիմնական եղանակն է հանդիսանում երեխայի մարմնի ճիշտ ֆիքսելը ուղղված դիրքում գիպսային մահճակալի օգնությամբ: Կյանքի առաջին ամիսներին երեխաները պետք է ամբողջ օրը մնան այդպիսի մահճակալներում, իսկ ավելի մեծ տարիքում՝ միայն քնի ժամանակ: Նորածինների մոտ սկոլիոզի էլքը, որպես կանոն, լինում է լավ:

I և II աստիճանի սկոլիոզի դեպքում որպես կանխարգելիչ միջոց հարկավոր է վերացնել հնարավոր բոլոր անբարենպաստ գործոնները՝ աշխատատեղի ճիշտ կազմակերպման

ճանապարհով՝ սեղանի և աթոռի բարձրությունը պետք է համապատասխանեն երեխայի հասակին, լույսի աղբյուրը տեղակայված լինի օպտիմալ: Երեխաները պետք է քնեն կոշտ մահճակալի վրա: Խորհուրդ են տալիս սահել դահուկներով, լողալ բրաս ոճով:

Այն դեպքերում, երբ դինամիկ հսկողության ժամանակ նշվում է սկոլիոզի աճ, երեխաներին հարկավոր է ուղարկել հատուկ դպրոց-ինտերնատ, որտեղ բուժումը զուգակցում են ուսման հետ:

Կիրառում են գիպսային ուղղող մահճակալներ, օրթոպեդիկ կորսեթներ: Երեխան կորսեթը հանում է միայն քնելիս՝ գիպսային մահճակալի վրա դետորսիոն բարձիկներով:

Բացի ֆիզիոթերապևտիկ բուժումից, մեծ նշանակություն ունի նաև սանատոր-կուրորտային բուժումը:

Վերջին տարիներին առաջարկում են շեղման դուրսընկած կողմի մկանների թուլացած տոնուսը վերականգնել կիրառելով փոքր մեծության իմպուլսիոն հոսանքներ:

Օրթոպեդիկ կոնսերվատիվ բուժումը (բուժական մարմնամարզությունը, մերսումը), ֆիզիոթերապիան, սանատոր-կուրորտային բուժումը և ռացիոնալ դիետան հիվանդների զգալի տոկոսի մոտ տալիս են դրական արդյունք, հատկապես վաղ շրջաններում:

Սկոլիոզի վ ի թ ա հ ա տ ա կ ա ն բ ո լ ժ ու մ ը ունի որոշակի ցուցումներ՝ կոնսերվատիվ երկարատև բուժման անարդյունավետություն II աստիճանի սկոլիոզի պրոգրեսիվման դեպքում: III և IV աստիճանի սկոլիոզի և կիֆոսկոլիոզի դեպքում պահանջվում է ողնաշարի ուղղում և վիրահատական ֆիքսում:

Չնայած առաջարկված բազմաթիվ եղանակների, վիրահատական բուժումը ոչ միշտ է բերում ապաքինման: Տարբերում են վիրահատությունների հետևյալ տեսակներ՝ *վիրահատություններ ողնաշարի կապանաջլային համակարգի վրա*. վեր- և միջփշային կապանների հատում, միջոդային հոդերի պատիճների բացահատում; *վիրահատություններ սկավառակների վրա*. դիսկոտոմիա, դեֆորմացիայի գազաթին գտնվող սկավառակի էնուկլեացիա; *վիրահատություններ ողերի մարմինների վրա*. սեպաձև հատում ըստ Կազմինի, Էպիֆիզեոդեզ:

Վիրահատությունների այս երեք տեսակները զուգակցում են ողնաշարի ոսկրապլաստիկ ֆիքսացիայի հետ՝ ուղղորդող վիրահատություններ մետաղական կոնստրուկցիաների (Կազմինի, Հարրինգտոնի դիստրակտորի, Ռոդնյանսկու թիթեղավոր ինքնաուղղորդող ֆիքսատորի) կիրառումով: Վերջերս ավելի լայն կիրառում են գտել ողնաշարի տրանսպեդիկուլյար ֆիքսատորները, որոնց օգտագործման դեպքում հիվանդության կրկնությունը գրեթե չի նկատվում:

Կողային սապատի առկայության դեպքում կատարում են առավել դուրս ցցված կողերի ռեզեկցիա կամ թորակոպլաստիկա:

Հաշվի առնելով հիվանդության էթիոլոգիան, կիրառում են վիրահատությունների կոմբինացված եղանակներ, որոնք իրենց մեջ ներառում են վերը նշված եղանակների առանձին կոմպոնենտներ:

Վիրահատությունից հետո երեխաներին պահանջվում է համալիր բուժում՝ մինչև աճի շրջանի ավարտը:

Գ Լ ու ի ս 7

Դ Ե Ֆ Ո Ր Մ Ա Ց Ն Ո Ղ Ա Ր Թ Ր Ո Ջ

Դեֆորմացնող արթրոզը (օսթեոարթրոզը) դա հոդերի դիստրոֆիկ հիվանդություն է, որի հիմքում ընկած է հոդաճառի դեգեներատիվ ախտահարումը՝ Էպիֆիզների երկրորդային

ուսկրային փոփոխություններով՝ եզրային գերաճերի, սուբխոնդրալ սկլերոզի և կիստոզ վերափոխումների ձևով:

Դեֆորմացնող արթրոզի սոցիալական պատշառները կապված քաղաքակրթության զարգացման, տեխնիկական պրոգրեսի հետ, էլ ավելի աճում են, բնակչության ռիսկի խումբը ավելանում է (հիպոդինամիա, հիպոսիա, ալիմենտար ֆակտորներ): Դեֆորմացնող արթրոզի հաճախականության ավելացման մեջ իր դերն ունի նաև կյանքի միջին տևողության երկարումը, քանի որ տարիքի հետ ինվոլյուտիվ և դեգադապատացիոն պրոցեսները հողերում բերում են արթրոզի կլինիկական նշանների դրսևորմանը:

Է թ ի ո լ ո գ ի ա ն և պ ա թ ո գ է ն ե գ ը : Էթիոլոգիան մինչև վերջ պարզաբանված չէ, սակայն վստահորեն կարելի է ասել, որ սա պոլիէթիոլոգիկ հիվանդություն է: Մեծ նշանակություն ունի մեխանիկական ֆակտորը՝ աճառի մակրո- և միկրոտրավմատիզացիան հետագա դեգեներացիայով, որը բերում է հոդամակերեսների որոշ տեղամասերում ծանրաբեռնվածության. մեծացմանը և հոդաճառի քայքայմանը: Կարևոր է նաև միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումը՝ մասնավորապես երակային կանգը նպաստում է հոդաճառում դեգեներատիվ փոփոխություններին:

Պատճառային՝ վնասող ֆակտորները (տրավմա, ինֆեկցիա, ինտոքսիկացիա և այլն) հողի շրջանում առաջացնում են տրոֆիկ պրոցեսների խանգարում ռեզիոնար նյարդանոթային գոյացությունների միջոցով, որոնց դիսֆունկցիան հանգեցնում է արթրոզի առաջացմանը:

Այսպիսով, անկախ էթիոլոգիկ ֆակտորից, պաթոգենեզի հիմքում ընկած է ոսկրերի հողային ծայրերի և հողաշապիկի նյարդանոթային ապարատի տրոֆիկ ֆունկցիայի խանգարումը: Վատանում են հոդաճառի սնուցման պայմանները, ակտիվանում են պրոտեոլիտիկ պրոցեսները, որոնք էլ բերում են խոնդրոցիտների լիզոսոմների քայքայմանը: Պրոտեինոպոլիսախարիդային կոմպլեքսները դեպոլիմերիզացվում են և հանգեցնում խոնդրոցիտների աստիճանական վախճանին: Խոնդրոցիտինսուլֆատի պարունակությունը պակասում է: Սինովիալ հեղուկում խիստ նվազում է սուլֆապոլիսախարիդների քանակը, իսկ արյան շիճուկում՝ ավելանում: Այս վերջին փաստը խիստ սպեցեֆիկ է և ունի ախտորոշիչ նշանակություն: Ամենածանրաբեռնված հատվածներում առաջանում են ճաքեր և խոցոտումներ, հոդամակերեսների անհարթություններ, վերանում է աճառի սովորական փայլը, խամրում գույնը: Այս պրոգրեսիվ քայքայմանը գուգրնթաց ակտիվանում են նաև ռեակտիվ, այդ թվում հարմարողական պրոցեսները (աճառի պրոլիֆերացիայի օջախներ; եզրային գերաճեր օստեոֆիտների տեսքով):

Զարգացման այս մեխանիզմը ավելի բնորոշ է իդիոպատիկ (առաջնային) արթրոզներին: Երկրորդային արթրոզների զարգացման մեխանիզմում կարևոր նշանակություն ունեն խրոնիկ տրավման, բնածին դիսպլազիան կամ ոչ ճիշտ սերտաճած կոտրվածքը:

Պ ա թ ո մ ո թ Ֆ ո լ ո գ ի ա ն : Հիվանդության վաղ շրջաններում հոդաճառում սկսվում են ապաթելիկավորման պրոցեսներ, աստիճանաբար առաջանում են դեֆեկտներ, ճեղքեր, որոնց շրջանում սուբխոնդրալ ոսկրաշերտը մերկանում է, ենթարկվում սկլերոզի, ձեռք բերում հարթ մակերես: Հոդաճառը որոշ տեղերում պրոլիֆերացիայի հետևանքով հաստանում է և հոդամակերեսը դառնում թմբիկավոր: Ուշ շրջաններում առաջանում են ոսկրա - աճառային էկզոստոզներ: Միաժամանակ էպիֆիզների ոսկրանյութում ընթացող փոփոխությունների հետևանքով դեֆորմացվում է հոդագլխիկը, որպես կանոն հոդամակերեսները մեծանում են: Սա հանդիսանում օրգանիզմի պաշտպանողական ռեակցիան և ուղղված է միավոր մակերեսի վրա ծանրաբեռնվածության պակասեցմանը: Մեծ փոփոխությունների են ենթարկվում հողի մյուս բաղադրիչները՝ հողաշապիկը, կապանները, սինովիալ թաղանթը (ֆիբրոզ փոփոխություններ, կապանների հաստացում, պնդացում, ատրոֆիա, սինովիալ թաղանթի պնդաց ներհողային մարմնիկներ): Այս ամենը բերում է հողի շարժունության սահմանափակմանը:

Դ ա ս ա կ ա ր գ ու մ ր : Կարելի է բաժանել հետևյալ խմբերի՝

1. *Ինվոյուտիվ արթրոզներ:* Տարիքի հետ մեկտեղ հենաշարժիչ համակարգի հյուսվածքներում փոխվում է միկրոէլեմենտների փոխհարաբերությունը, որն էլ հանգեցնում է բջջային ու ենթաբջջային մակարդակներով ֆերմենտային պրոցեսների խանգարմանը և դիստրոֆիկ պրոցեսների զարգացմանը. հոդաճեղքը նեղանում է, հոդաճառների միջբջջային նյութը դառնում է թելակազմ, խոնդրոցիտները մահանում են, վերանում, առաջանում է սուբխոնդրալ սկլերոզ, օստեոֆիտներ: Այսպիսով 60 տարեկանից բարձր հոդերում զարգանում են դիստրոֆիկ արթրոզին բնորոշ փոփոխություններ: Սակայն այս դեպքում կլինիկական դրսևորումները շատ սակավ են: Հոդերում տեղի ունեցող փոփոխությունները կազմում են օրգանիզմի ընդհանուր ծերացման մի մասը:

2. *Դիսպլաստիկ արթրոզներ:* Հենաշարժիչ ապարատի բնածին անոմալիաները (դիսպլազիա) ոչ կլինիկորեն միշտ են արտահայտվում: Սակայն կլինիկորեն արտահայտված արթրոզների մեջ դիսպլազիան կազմում է հիմնական պատճառներից մեկը:

Դիսպլաստիկ հոդի կառուցվածքի և ֆունկցիայի առանձնահատկության մեջ, հետագայում նաև դիսպլաստիկ պրոցեսի էթիոպաթոգենեզում հիմնական դերը պատկանում է հոդամակերեսների բիոմեխանիկական անհամապատասխանությանը: Դիսպլաստիկ հոդի գոյության առաջին իսկ օրերից առաջանում է կոնֆլիկտ մի կողմից հոդի ոչ լիարժեք կառուցվածքի, մյուս կողմից՝ արտաքին միջավայրի միջև: Ընդ որում, այդ կոնֆլիկտը ընթանում է հաճախ անբարենպաստ պայմանների ազդեցության տակ (էքստրեմալ ծանրաբեռնվածություններ, հումորալ խանգարումներ, հղիություն և այլն): Կախված դիսպլազիայի զարգացման աստիճանից՝ կոմպենսատոր - ադապտացիոն մեխանիզմները կարող են կկանխել հիվանդության կլինիկական դրսևորումը, կամ էլ տեղի տալ: Վերջին դեպքում ստրուկտուրալ դիսբալանսի հետևանքով առաջանում են դիստրոֆիկ-դեգեներատիվ պրոցեսներ:

Դիսպլազիայի ժամանակ մեծանում է կոնտակտ ունեցող միավոր հոդամակերեսի վրա դինամիկ ծանրաբեռնումը և հիալինային աճառը այդ տեղերում դեգորգանիզացիայի է ենթարկվում, սկիզբ տալով դեֆարթրոզին բնորոշ մորֆոլոգիական փոփոխություններին (սկլերոզ, օստեոֆիտներ, կիստաներ):

3. *Նախորդող պատճառ ունեցող արթրոզներ.* ա) հետվնասվածքային; բ) հետինֆեկցիոն; գ) մետաբոլիկ; դ) ինտոքսիկացիոն; ե) էպիֆիզի սպունգանման նյութի ասեպտիկ նեկրոզի հետևանքով առաջացող: Այս դեպքերում էպիֆիզար ոսկրանյութում տեղակայված ախտաբանական պրոցեսը (կոտրվածք, ասեպտիկ նեկրոզ, բորբոքում և այլն) նախորդում է աճառում զարգացող դիստրոֆիկ փոփոխություններին:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Հիմնականում զարգանում է 50-60 տարեկանից հետո, ախտահարելով ստորին վերջույթի մեկ հոդ (կոնքազդրային, ծնկան): Ավելի քիչ լինում է երիտասարդ տարիքում և երկկողմանի: Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար, առանց սուր սկզբի: Առաջին նշաններից է շարժումների ժամանակ խրթոցը, արթնանալուց հետո «մեկնարկային ցավերը», որոնք արագ անցնում են շարժումներից («վաղորդյան կարկամություն»): Երեկոյան, կապված հոգնածության հետ, ցավերը նորից վերսկսում են: Այնուհետև ցավերը սկսում են անհանգստացնել նաև երկարատև ծանրաբեռնվածությունից հետո: Առաջանում է հարհողային մկանների ռեֆլեկտոր սպազմ, որն էլ մեծացնում է հոդամակերեսների միմյանց սեղմումը և խորացնում դեգեներատիվ պրոցեսը: Սա բերում է ցավերի ուժեղացման: Առաջանում է արատավոր օղակ: Աստիճանաբար ձևավորվում են բնորոշ կոնտրակտուրաներ (կոնք ազդրային հոդում՝ ծալիչ, առբերիչ), սահմանափակվում է հոդում շարժումների ծավալը, հոդը դեֆորմացվում է: Հիվանդության ընթացքում տարբերում են 3 փուլ:

I փուլ՝ շարժումների չնչին սահմանափակում: Հանգիստ ժամանակ և քիչ ծանոթաբեռնելիս ցավ չկա: Ցավը լինում է շարժման սկզբում կամ շատ ծանոթաբեռնելիս:

Ռենտգենաբանորեն հողաճեղքի աննշան նեղացում և հողափոսի չնչին կտցածն գերաճ:

II փուլ՝ շարժումների սահմանափակումը խորանում է, ուղեկցվելով խրթոցով: Ցավը արտահայտված է, թուլանում է միայն երկարատև հանգստից հետո: Ի հայտ է գալիս կաղություն, կոնքի դեվիացիա և ողնաշարի գոտկային հատվածի սկոլիոզ՝ հողի կոնտրակտուրայի և վերջույթի կարճացման հաշվին:

Ռենտգենաբանորեն հողաճեղքը նեղացած է 2-3 անգամ, կոպիտ էկզոստոզներ, հողագլխիկը դեֆորմացվում է, ի հայտ են գալիս սուբխոնդրալ սկլերոզի գոնաներ և կիստոզ խոռոչներ:

III փուլ՝ գրեթե լրիվ անշարժություն (անկիլոզ) կամ միայն ճոճանակաձև ցավոտ շարժումներ: Երկկողմանի պրոցեսի ժամանակ հիվանդը քայլում է հենակներով:

Ռենտգենաբանորեն հողաճեղքը գրեթե լրիվ բացակայում է: Հողամակերեսները խիստ դեֆորմացված են և լայնացած են՝ էկզոստոզների հաշվին: Ընդհանուր օսթեոպորոզի ֆոնի վրա կա արտահայտված սուբխոնդրալ սկլերոզ և կիստոզ խոռոչներ: Կարող են երևալ հողային «մկնիկներ» և կրակալված հարհողային գոյացություններ:

Հիվանդությունը զարգանում է աստիճանաբար, այս կամ այն տևողության ռեմիսիաներով:

Բ ու ժ ու մ ը պետք է ներառի կոնսերվատիվ և վիրահատական միջոցառումներ:

Կոնսերվատիվ բուժման նպատակն է ցավերի վերացումը կամ նվազումը, հողաճառի սնուցման բարելավումը: Կոնսերվատիվ բուժման մեջ մտնում են.

1. Դեղորայքային բուժումը: Օգտագործվում են հիմնականում ոչ ստերոիդային հակաբորբոքիչներ (վոլտաեն պիրոքսիկամ, դիկլոֆենակ, քսեֆոկամ); միկրոցիրկուլյացիան լավացնող դեղեր (տրենտալ); ներհոդային ներարկումներ՝ հիդրոկորտիզոնի, կենալոգ 40-ի ներարկումները տալիս են միանվագ լավ ցավազրկող էֆեկտ, սակայն սուլֆոպոլիսախարիդների փոփանակությունը էլ ավելի խանգարելով, բացասաբար են անդրադառնում հիվանդության ընթացքի վրա, խորացնելով խոնդրոպաթիան: Օգտագործվում են մեծահասակների մոտ, երկրորդային սինովիտի դեպքում: Ռումալոնը երիտասարդ կենդանիների ոսկրածուծի և աճառի խառնուրդ է: Ներարկում են միջմկանային (25 սրսկում, օրը 1 ասեղ): Կուրսը կրկնում են 1 և 6 (12) ամսվա հանգստից հետո: Էֆեկտը կլինի 3-6 ամսից: Կոնտրիկալ – պրոտեազների ինհիբիտոր է, ներարկում են և ներհոդային, և միջմկանային՝ ավելի տարածված ձևերի ժամանակ: Արտեպարոն (մուկատրին) – որի ներհոդային ներարկման ժամանակ, դեղորայքի կազմի մեջ մտնող մուկոպոլիսախարիդը անմիջականորեն մտնում է հողաճառի մետաբոլիզմի մեջ. կանգնեցնում է աճառի հետագա դեգեներացիան, նպաստում նրա ռեգեներացիային և ստաբիլիզացիային՝ տալով լավ արդյունք: Կուրսը՝ 5-7 անգամ սրսկվում է 1մլ, 4-5 օրը 1 անգամ: Պրեպարատի էֆեկտիվությունը բարձր է հիվանդության I-II շրջաններում:

2. Ոչ դեղորայքային ֆիզիկական եղանակներ՝ բուժական մարմնամարզություն, մերսում, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ (ֆոնոֆորեզ հիդրոկորտիզոնով, էլեկտրոֆորեզ լիթիումով, լազերոթերապիա, սուլֆիդային և ռադոնային վաննաներ, օզոկերիտ և պարաֆինային ապլիկացիաներ, սանատոր կուրորտային բուժում):

Վիրահատական բուժմանը ավելի հաճախ դիմում են հողի դեգեներատիվ ախտահարումների ժամանակ: Լայնորեն կիրառվում է վիրահատական բուժման տարբեր եղանակներ: Տարբերում են՝

1. Բուժական խարգելիչ վիրահատություններ: Այս վիրահատությունները կատարվում են արթրոզի սկզբնական շրջանում, երբ դեռ հնարավոր է վերականգնել հողում բիոմեխանիկական փոխհարաբերությունները, իսկ ազդրոսկրի գլխիկում ասեպտիկ նեկրոզի զարգացման դեպքում լավացնել արյան շրջանառությունը, կոտրվածքի ոչ ճիշտ սերտաճման դեպքում վերացնել

բեկորների տեղաշարժը կամ վերջույթի բիոմեխանիկական առանցքի շեղումը: Այս վիրահատություններին են դասվում՝

ա) դիսպլազիաների ժամանակ արտահոդային ուղղող վիրահատությունները՝ ենթատամբիոնային վարիզացնող օսթեոտոմիա, ենթատամբիոնային վալգիզացնող օսթեոտոմիա, ենթատամբիոնային դեռոտացիոն օսթեոտոմիա, վերքացախափոսային ռեկոնստրուկտիվ վիրահատություններ:

Կոնքազդրային հոդի արթրոզի ժամանակ օսթեոտոմիաները, կիրառվում են հոդում շարժումների բավարար ծավալի դեպքում:

II շրջանի կոքսարթրոզի ժամանակ, երբ կա գլխիկի բավարար ցենտրալիզացիա, կատարում են Մակ-Մարեի ենթատամբիոնային օսթեոտոմիա: Իսկ գլխիկի դեցենտրալիզացիայի դեպքում կատարում են միջտամբիոնային վարիզացնող կամ վալգիզացնող օստեոտոմիաներ, որի հետևանքով լավանում է գլխիկի ցենտրալիզացիան, փոխելով հոդամակերեսների ծանրաբեռնված գոնաները՝ (մաշված հոդաձառները դուրս են բերվում շփումից):

բ) ախտահարված հոդի մկանային ծանրաբեռնումը նվազեցնող դեկոմպրեսիոն միոտոմիան, որը կիրառվում է ծեր տարիքի հիվանդների մոտ, հոդում բավարար շարժումների պայմաններում: Սակայն այս վիրահատության ցուցումները շատ սահմանափակ են իր բուժական անկայուն արդյունքի պատճառով:

Ծնկահոդում կոճի միակողմանի ախտահարվածան և վալգուսային կամ վարուսային դեֆորմացիայի դեպքում ցուցված են ոլոքի պրոքսիմալ մետաֆիզի բարձր սեպաձև կորեկցող օսթեոտոմիաներ:

2. Արտահայտված արթրոզի ժամանակ ցուցված են՝ ա) արթրոդեզ, որի կատարման համար հակացուցում կարող են հանդիսանալ երկկողմանի կոքսարթրոզը, ողնաշարի գոտկային հատվածի շարժունության սահմանափակումը: Արթրոդեզը, հատկապես կոնքազդրային հոդում, հազվադեպ է կիրառվում; բ) տոտալ էնդոպրոթեզավորում – ներկայումս լայնորեն կիրառվում է գոնարթրոզների և հատկապես կոքսարթրոզների ժամանակ և տալիս է գերազանց արդյունքներ, նույնիսկ երկկողմանի կատարված վիրահատությունների դեպքում: Վիրահատության իմաստը հոդի բոլար հոդամակերեսների փոխարինումն է: Նրանց փոխարեն տեղադրում են մետաղներից և պլաստմասայից պատրաստված բարձրորակ էնդոպրոթեզներ, որոնք ոսկրերին ամրացնում են ակրիլցեմենտային կամ ոչ ցեմենտային (մեխանիկական) եղանակներով: Վերջինս կիրառվում է հատկապես երիտասարդների մոտ: Տոտալ էնդոպրոթեզների շահագործման միջին ժամկետը մոտ 15 տարի է, որից հետո կարելի է փոխել մաշված կամ կոտրված կոմպոնենտները:

Գ Լ ու ի ս 8

Ո Ղ Ն Ա Շ Ա Ր Ի Դ Ե Գ Ե Ն Ե Ր Ա Տ Ի Վ Հ Ի Վ Ա Ն Դ Ո Ւ Թ Յ Ո Ւ Ն Ն Ե Ր

Ներկայումս առանձնացնում են ողնաշարի հետևյալ հիմնական դեգեներատիվ հիվանդությունները՝ օստեոխոնդրոզ, սպոնդիլեզ և սպոնդիլոարթրոզ:

Օ ս թ ե ո ի ո ն դ ր ո գ ի հիմքում ընկած է պուլպոզ կորիզի առաջնային ախտահարումը, իսկ ս պ ո ն դ ի լ ե գ ի հիմքում՝ ախտաբանական պրոցեսը ֆիբրոզ օղում և առաջային երկայնակի կապանում: Ս պ ո ն դ ի լ ո ա ր թ ր ո գ ը , որպես կանոն, զարգանում է ողնաշարի ստատիկ խանգարումների հետևանքով օստեոխոնդրոզի, սկոլիոզի ժամանակ և որպես միջոդային հոդերի ինքնուրույն հիվանդություն:

Օսթեոխոնդրոզ

Օսթեոխոնդրոզը ողնաշարի դեգեներատիվ հիվանդություն է, որի հիմքում ընկած է միջոդային սկավառակի՝ դեգեներացիան՝ պրոցեսի մեջ հարակից ողերի մարմինների հետագա ընդգրկումով, միջոդային հոդերի և ողնաշարի կապանային ապարատի հետագա դեգեներատիվ ախտահարումներով:

Օսթեոխոնդրոզը պոլիէթիոլոգիկ հիվանդություն է, որի առաջացման և հետագա խորացման պատճառներից են՝

- Վնասվածքները (կոտրվածքների և կապանների վնասման հետևանքները):
- Միկրովնասվածքները (ողնաշարի ցնցում):
- Մկանային գերլարվածությունը, որը լինում է նմանատիպ շարժումներ կատարելիս, երկարատև հարկադրական դիրքում մնալիս: Այս դեպքերում հարողնաշարային մկանները սկզբում գերլարվում, իսկ հետո ենթարկվում են սպազմի և թուլանում, որն էլ բերում է միջոդային սկավառակի գերժանրաբեռնման և սնուցման խանգարման:

- Ողնաշարի զարգացման արատները (լյումբալիզացիա, սակրալիզացիա, spina bifida), որոնք բերում են ողնաշարի անկայունության:

- Ռևմատոիդ ախտահարումները, աուտոիմուն խանգարումները:

- Միջոդային սկավառակի սնուցման, միկրոցիրկուլյացիայի խանգարումներ:

Միջոդային սկավառակը կարելի է դիտել, որպես կիսահոդ, որտեղ պուլպոզ կորիզը (որը պարունակում է սինովիալ տիպի հեղուկ) համեմատում են հոդի խոռոչի հետ, ողերի մարմինների հիալինային թիթեղները՝ հոդամակերեսների հետ, կա նաև կապանային ապարատ:

Միջոդային սկավառակը դեգեներացիան սկսվում է պուլպոզ կորիզի հիդրոֆիլության նվազումից, որի պատճառը թթու մուկոպոլիսախարիդների քանակի իջեցումն է: Սկավառակի սահմաններում պուլպոզ կորիզը տեղաշարժվում է: Այս պայմաններում ողնաշարի տարածման ժամանակ վերադիր ողի մարմինը տեղաշարժվում է հետ: Այս տեղաշարժը կոչվում է պսևդոսպոնդիլոլիսթեզ, իսկ վիճակը կոչվում է ողնաշարի անկայունություն, որը կարելի է ախտորոշել ողնաշարի ֆունկցիոնալ ռենտգենյան նկարների օգնությամբ: Ախտաբանական շարժունության և ողերի մարմինների մշտական տրավմատիզացիայի հետևանքով առաջանում է սահմանային թիթեղների սկլերոզ, որը խոչնդոտում է ոսկրային միկրոկառուցվածքների հետագա վնասմանը: Առաջանում են օստեոֆիտներ, որոնք մեծացնում են ողերի մարմինների հպման մակերեսը՝ հետևապես նաև փոքրացնում միավոր մակերեսին ընկած ծանրաբեռնումը: Օսթեոխոնդրոզի ժամանակ հարևան ողերի մարմինների օսթեոֆիտները իրար չեն միանում և անշարժության չեն բերում: Օսթեոֆիտները լինում են ուղղահայաց ողնաշարի առանցքին:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Պրոցեսի խորացմանը զուգընթաց տեղի է ունենում ողերի մարմինների հիալինային թիթեղների ճաքճքում, որն էլ նպաստում է սկավառակի մի մասի ներհրմանը ողի մարմնի սպունգանման հյուսվածքի մեջ: Առաջանում են Շմորլիի ճողվածքներ: Դեգեներատիվ պրոցեսի խորացմանը զուգընթաց ախտահարվում է նաև ֆիբրոզ օղը, որի թուլության հետևանքով սկավառակը կարող է արտափքվել առաջային, հետին կամ կողմնային ուղղությամբ՝ առաջացնելով առաջային, կողմնային և հետին ճողվածքներ: Եթե առաջային և կողմնային ճողվածքները կլինիկորեն կարող են չարտահայտվել, ապա հետին ճողվածքները՝ ճնշելով ողնուղեղի և ողնուղեղային նյարդերի արմատիկների վրա առաջացնում են համապատասխան ներթուրվողական ախտանշաններ: Հիվանդության զարգացման մեջ առանձնացնում են 4 շրջան՝

I. Սկավառակը պուլպոզ կորիզի տեղափոխման շրջան:

II. Ֆիբրոզ օղի պրոգրեսիվոզ քայքայման շրջան:

III. Ֆիբրոզ օղի լրիվ պատռման, պուլպոզ կորիզի արտափքման շրջան (դիսկի ճողվածք):

IV. Դեգեներատիվ պրոցեսի միջոցային այլ էլեմենտների վրա տարածման շրջան (սպոնդիլոարթրոզ, դեղին և միջփշային կապանների դեգեներացիա):

Առաջին շրջանի կլինիկական կապված է ֆիբրոզ օղի և լայնական կապանների ներվային վերջավորությունների գրգռման հետ, որոնք պայմանավորում են՝

ա) ախտահարված սկավառակում լոկալ ցավեր (դիսկալգիա, լյումբագո, լյումբալգիա, ցերվիկալգիա):

բ) մկանների սպաստիկ վիճակով պայմանավորված միոտոնիկ ռեֆլեկտոր համախտանիշներ (օրինակ՝ առաջային աստիճանավոր մկանի սինդրոմը պարանոցային հյուսակի ճնշումով կամ էլ տանձաձև մկանի սպաստիկ կծկման ժամանակ նստանյարդի ճնշումը (իշիազ):

գ) անգիոսպաստիկ ռեֆլեքսներ, որոնք բերում են խոշոր և մանր անոթների սպազմի՝ երբեմն սիմուլյացնելով խցանող էնդարթերիիտին: Անոթային ոփոխությունները առաջանում են հիմնականում անոթաշարժ վեգետատիվ իններվացիայի խանգարման հետևանքով, իսկ ավելի հազվադեպ անոթների մեխանիկական ճնշման հետևանքով:

դ) տրոֆիկ ռեֆլեքսներ, որոնք բերում են նեյրոսթեոֆիբրոզի (տարբեր տեղակայության էնտեզոպարթիաներ-սթիլոիդիտ, էպիքոնդիլիտ, ուսային պերիարտրիտ և այլն):

Այս շրջանում դիսկի մեջ նովոկաինի ներարկումից բոլոր ռեֆլեքսոգեն սիմպտոմները ժամանակավորապես վերանում են: Ախտորոշումը ճշտում են շՕՀ-ով: Բուժումը կոնսերվատիվ է՝ բուժական մարմնամարզություն ուղղված հարողնաշարային մկանային կորստի զարգացմանը և միջոցային սկավառակների և շրջակա փափուկ հյուսվածքների արյան շրջանառության լավացմանը:

Երկրորդ շրջանում ողերի ավելացող շարժունությունը բերում է մկանների տոնիկ կծկման, որն էլ արտահայտվում է տվյալ մկանախմբերի մշտական հոգնածության զգացումով, դիսկոմֆորտով:

Երրորդ շրջանում դիսկի արտանկման հետ կապված առաջին պլանի վրա են մղվում ողնուղեղի, նյարդարմատների և անոթների ճնշումով պայմանավորված ննյարդային սիմպտոմատիկական (ռադիկուլիտներ, միելոպատիա, ողնուղեղում իշեմիկ պրոցեսներ): Նյարդարմատների ախտահարման աստիճանից կախված տարբերում են գրգռում, ճնշում և հաղորդականության ընդհատում: Առաջին երկուսը արտահայտվում են ցավերով, իսկ երրորդի ժամանակ զարգանում է ննյարդաարմատային պարալիչ: Եզրային օսթեոֆիտների առաջացումը նույնպես բերում է նյարդերի և անոթների սեղմանը՝ սինդրոմին տալով կայուն բնույթ: Անոթային կոմպոնենտը հիմնականում արտահայտվում է երակային կանգով և այտուցով, որն էլ իր հերթին ուժեղացնում է նյարդերի ճնշումը: Այս շրջանում կարող են դիտվել էպիդուրիտի, առախնոիդիտի երևույթներ: Բուժումը վիրահատական է, ուղղված կարևոր անատոմիական գոյացությունների ճնշման վերացմանը և ողնաշարի կայունացմանը:

Չորրորդ շրջանում սիմպտոմատիկական լրանում է այլ մակարդակներում ընթացող պարոլոգիական պրոցեսներով (միջոցային հոդեր, կապանային ապարատ):

Հիվանդության կոնկրետ կլինիկական դրսևորումները կախված են պրոցեսի տեղակայումից: Տարբերում են՝

1. Պարանոցային հատվածի օսթեոխոնդրոզ:
2. Կրծքային հատվածի օսթեոխոնդրոզ:
3. Գոտկային հատվածի օսթեոխոնդրոզ:
4. Տարածուն օստեոխոնդրոզ:

Ողնաշարի պարանոցային հատվածի օսթեոխոնդրոզ: Դեգեներատիվ փոփոխությունները ամենից հաճախ տեղակայվում են C_v–C_{vii} ողերի սահմաններում:

Ողնաշարի և ողնուղեղի պարանոցային հատվածի արյան մատակարարման և իններվացիայի առանձնահատկություններով են պայմանավորված պարանոցային օսթեոխոնդրոզի կլինիկական բազմազանությունը: Օսթեոֆիտները կարող են ճնշել ողնաշարային զարկերակների վրա, հատկապես պտույտային շարժումների ժամանակ: Պսևդոսպոնդիլոլիսթեզը բերում է միջողային արթրոզի առաջացմանը (օր. ունկովերտեբրալ արթրոզ):

Գ.Ա. Յումաշևը առանձնացնում է հետևյալ համախտանիշերը՝

Նյարդարմատային՝ պարանոցային ռադիկուլիտ:

Վեզետոդիստրոֆիկ՝ պարանոցային ցերվիկալ դիսկալգիա, առաջային աստիճանաձև մկանի համախտանիշ, բազկաթիակային պերիարթրիտ, Ստեյնբրոկերի »ուս-դաստակ« համախտանիշ, էպիքոնդիլիտ, սթիլոիդիտ, ողնաշարային զարկերակի համախտանիշ, վիսցերալ համախտանիշներ:

Սրտային համախտանիշ՝ կլինիկորեն շատ նման է ստենոկարդիայի նոպային, սակայն սրա հիմքում ընկած է ոչ թե կորոնարոսպազմը, այլ այն նյարդաթելերի գրգռումը ու ճնշումը, որոնք նյարդավորում են կրծքավանդակի ձախ կեսի մաշկը, ձախ կրծքամկանը: Նմանատիպ ցավեր կլինեն նաև ստոծանիական նյարդի գրգռման ժամանակ, որը ձևավորվում է C1-C4 սեգմենտների արմատներից և իր զգացող նյարդաթելերով ներվավորում սրտապարկը:

Սրտային սինդրոմը կարող է ուղեկցվել նաև տախիկարդիայով և էքստրասիստոլաներով: Սրանք պայմանավորված են սրտի սիմպաթիկ իններվացիայի խանգարումով, որոնց կենտրոնները գտնվում են C8-Th1 սեգմենտների նյարդարմատներում:

Ողնաշարի կրծքային հատվածի օսթեոխոնդրոզ: Ողնաշարի այս հատվածը, ֆիքսված լինելով կողերով, քիչ շարժուն է: Այդ պատճառով էլ այստեղ ավելի քիչ են հանդիպում դեգեներատիվ դիստրոֆիկ ախտահարումներ: Կիֆոզի առկայությունը նպաստում է օստեոֆիտների առաջացմանը ողերի մարմինների առաջային և կողմնային մակերեսներին, որոնք էլ ընթանում են հիմնականում առանց կլինիկական նշանների:

Հիմնականում ախտահարվում են ստորին կրծքային (Th_{XI}-Th_{XII}) ողերի սկավառակները:

Ողնուղեղային նյարդերն սիմպաթիկ ցողունը սերտ կապված են կող-ողային և կող-լայնական հողերի պատիճներին: Վերջիններիս ախտահարման ժամանակ դիտվում են վեգետատիվ սինդրոմներ:

Ցավային համախտանիշը դրսևորվում է միջթիակային սիմպաթալգիայի կամ միջկողային նեվրալգիայի տեսքով:

Տարբերում են *վիսցերալ համախտանիշի* կարդիալգիկ, գաստրալգիկ (ուղեկցվում է ստամոքսի թթվայնության իջեցումով) և հեպատալգիկ ձևեր:

Ողնաշարի գոտկային հատվածի օսթեոխոնդրոզ: Ավելի հաճախ դեգեներատիվ պրոցեսը ախտահարում է ստորին գոտկային հատվածը: Կլինիկան հիմնականում պայմանավորված է սկավառակի ախտահարումով (ճողվածքներ, անկայունություն), ավելի սակավ՝ օսթեոֆիտներով:

Ցավերը կարող են տեղակայված լինել գոտկա սրբանային հատվածում՝ լյումբալգիա, եթե ճառագայթում են դեպի ոտքը՝ լյումբոիշիալգիա, իսկ եթե տեղակայված են միայն ոտքում՝ իշիալգիա: Վերջինս պայմանավորված է համապատասխան մակարդակի վրա ողնուղեղային նյարդարմատների ճնշումով: 89.5% դեպքերում հանդիպում է լյումբոիշիալգիան:

Զգայունության խանգարումներ, որոնք առաջանում են ցավերի գոնաներում: Բնորոշ են ուշացած դեպքերին և դիտվում են գոտկային օսթեոխոնդրոզով հիվանդների գրեթե կեսի մոտ: Նկատվում է հիպեսթեզիա՝ (տակտիլ և ցավային զգացողության իջեցում):

Եթե ցավերը և զգացողության խանգարումը տեղակայված են ոտնաթաթի թիկնային շրջանում և մեծ մասի շրջանում, ապա ճնշման է ենթարկվել L_{IV}-L_V սկավառակը, եթե

տեղակայված են կրունկի և ոտնաթաթի դրսային մակերեսին՝ ճնշվել է L-V սկավառակը: Վերջինիս մասին է խոսում նաև ձկնամկանի թուլությունը և աքիլեյան ջլի ռեֆլեքսի անկումը: Ձիու պոչի ճնշման ժամանակ 10% դեպքերում լինում է միզապարկի դիսֆունկցիա, իսկ վերին գոտկային ողերի ախտահարման ժամանակ՝ լեղապարկի և հաստ աղու դիսֆունկցիա:

Ողնաշարի անկայունության դեպքում հիվանդին անհանգստացնում է գոտկային հատվածում դիսկոմֆորտը: Անհրաժեշտ է լինում հաճախակի փոխել մարմնի դիրքը: Սրացման շրջանում բնորոշ է հարկադրական դիրքը. կողքին կամ մեջքին պառկած, ոտքերը ծալած ծնկան հողերում, կամ էլ չորեքթաթ՝ փորի տակ բարձ դրած: Գոտկային լորդոզը լինում է հարթված: Կանգնած դիրքում առկա է սկոլիոզ, պալպատոր կա պարավերտեբրալ մկանների տոնուսի բարձրացում, պերկուսիայի կամ պալպացիայի ժամանակ ցավոտ են ողերի փուշելունները: Այս ամենը ձևավորում են այսպես կոչված անտալգիկ դիրքեր՝ ողնաշարի հարկադրական դիրք, որի դեպքում մարմնի ծանրությունը տեղափոխվում է առողջ ոտքին: Հիվանդը քայլում է կաղալով հիվանդ կողմից՝ շատ զգուշությամբ, փոքր քայլերով:

Գոտկային օսթեոխոնդրոզի ժամանակ, հատկապես սրացման շրջանում, դրական են ձգման ներլոզիական սիմպտոմները, օրինակ՝ Լասեգի ախտանիշը, երբեմն խաչաձև Լասեգի (Բեխտերնի) ախտանիշը:

Տրոֆիկ (վեգետատիվ) խանգարումներից կարող են դիտվել վերջույթի մաշկի ցիանոզ, քրտնարտադրության խանգարում, թեփոտում և չորություն, մազերի և եղունգների արագ աճ:

Շարժողական խանգարումներից են ախտահարված նյարդերով նյարդավորվող մկանների ատրոֆիան. օրինակ՝ նստաներվի ճնշման դեպքում ազդրի հետին խմբի հետույքի և սրունքի մկանները, ազդրային նյարդի՝ քառագլուխ մկանը, փականցքային (ո. obturatorius) նյարդի՝ ազդրի առբերիչ մկանները և այլն:

Ներկայումս օսթեոխոնդրոզի բոլոր ձևերի ախտորոշման ժամանակ կլինիկոռենոզնոլոգիական հետազոտությունների կողքին օգտագործվում են նաև համակարգչային տոմոգրաֆիան և միջուկամագնիսային ռեզոնանսը:

Բ ո լ ժ ու մ ը : Սուր շրջանում **կոնսերվատիվ բուժման** առաջին պայմանը անկողնային ռեժիմն է և ողնաշարի ձգումը: Դեղորայքային միջոցներից օգտագործում են ցավազրկողներ, միոռելաքսանտներ, հակաբորբոքիչներ, նովոկաինային բլոկադաներ: Այս շրջանում ողնաշարի բեռնաթափման նպատակով ցուցված է նաև կորսեթների կրում:

Ենթասուր շրջանում անցնում են բուժական մարմնամարզության, մեջքի մկանների մերսման, ջրային ձգումների, վիտամինոթերապիայի և ֆիզիոթերապիայի:

Ռեմիսիայի շրջանում չափազանց կարևոր է բուժական մարմնամարզությունը, որի նպատակը արողնաշարային և շնչական (պարանոցային և կրծքային օսթեոխոնդրոզի ժամանակ) մկանների վարժելն է, ողնուղեղի, ներվարմատների և հարակից փափուկ հյուսվածքների արյան մատակարարման բարելավումը:

Վիրահատական բուժմանը դիմում են արտահայտված անկայունության և նյարդաարմատների ճնշման ժամանակ: Նպատակն է՝ ախտահարված սկավառակի ճողվածքի լրիվ հեռացումը, միջողային անոթների և ներվարմատների ճնշման վերացումը, սպոնդիլոդեզը: Սպոնդիլոդեզը կատարվում է ողնաշարի տվյալ հատվածը կայունացնելու նպատակով: Օգտագործվում են մետաղական հարթակներ՝ տրանսպեդիկուլյար կամ կերամիկական ֆիքսատորներ: Նշված եղանակները երբեմն համակցվում են աուտոոսկրային պլաստիկայով: Վերջինս խթանում է օսթեոզենեզը և նպաստում միջողային հողի արթրոդեզի ավելի արագ կայացմանը: Ողնաշարի գոտկային հատվածի ախտահարման դեպքում հիմնականում կիրառվում է հետին վիրահատական մուտքը հեմիլամինեկտոմիայի միջոցով: Ավելի քիչ

օգտագործվում են հետորովայնագային կամ տրանսաբդոմինալ մուտքերը: Կրծքային ողերի ախտահարման դեպքում կարող են կիրառել տրանսպլերալ կամ համակցված մուտքերը:

Վերջին ժամանակներս սկսել են կիրառել քիչ տրավմատիկ վիրահատություններ՝ ախտահարված սկավառակի հեռացում լամինոտոմիայի միջոցով, էնդոսկոպիկ դիսկեկտոմիա, որի ընթացքում օգտագործվում է համակարգչային տեխնիկա: Գրականության մեջ կան տվյալներ նաև սկավառակների էնդոպրոթեզավորման մասին, սակայն այս եղանակը առայժմ լայն կիրառում չի ստացել:

Գ Լ ու ի խ 9

Օ Ս թ Ե Ո Խ Ո Ն Դ Ը Ո Պ Ա Թ Ի Ա Ն Ե Ր

Օսթեոխոնդրոպաթիաները հիմնականում հանդիսանում են երեխաների և պատանիների մոտ: Որպես կանոն հիվանդության բնույթը բարենպաստ է:

Օսթեոխոնդրոպաթիաները և ասեպտիկ մեռուկացումները համարվում են տեղային անոթային անբավարարության արդյունք, որոնք առաջանում են տարբեր գործոնների ազդեցության ներքո՝ բնածին բնույթի, նյութափոխանակություն, վարակիչ, վնասվածքային և այլն.: Հիվանդության զարգացումը ընթանում է մի քանի փուլով. 1) ասեպտիկ մեռակացում; 2) ախտաբանական կոտրվածքի փուլ; 3) ներծծման փուլ; 4) ռեպարացիայի փուլ; 5) վերջնական փուլ կամ երկրորդային փոփոխությունների փուլ:

Օսթեոխոնդրոպաթիայի ժամանակ կարելի է նշել ֆունկցիոնալ չնչին խախտումներ, որոնք ուղեկցվում են ցավերով և ախտահարված հատվածում շարժումների սահմանափակումով: Հիվանդության ընթացքը մի քանի տարի է: Հաճախ դիտվում է ինքնաբուժում, չնայած հետագայում զարգանում է դեֆորմացվող արթրոզ:

Բուժումը ուղղված է ախտահատրված օջախում սնուցման բարելավմանը՝ ֆիզիոտերապեվտիկ եղանակներով: Կարևոր է ընդհանուր կազդուրող բուժում (վիտամիններ, դիետա, ռեժիմ):

Ազդրոսկրի գլխիկի օսթեոխոնդրոպաթիա (Լեզ-Կալվե-Պերտեսի հիվանդություն)

Այս հիվանդության ժամանակ տարբերում են մի քանի փուլ՝ 1) գլխիկի սպունգաձև նյութի մեռուկացում; 2) գլխիկի տափակացում առաջացած ճնշման և պաթոլոգիական կոտրվածքի հետևանքով; 3) մեռուկացած և ճնշված ոսկրաթիթեղների ներծծում և դրանց վերականգնում (ֆրագմենտացիայի փուլ); 4) վերականգնում, երբ ադեկվատ բուժման արդյունքում ազդրոսկրի գլխիկը կարող է ընդունել ճիշտ ձև: Եթե ռացիոնալ բուժում չի անցկացվում, առաջանում է գլխիկի դեֆորմացիա, զարգանում են հոդի երկրորդային փոփոխություններ՝ դեֆորմացնող արթրոզի ձևով (հինգերորդ, վերջին, փուլ):

Առավել հաճախ հիվանդանում են տղաները 4-12 տարեկան հասակում: Հազվադեպ դիտվում է երկկողմանի ախտահարում:

Կ Լ ի ն ի կ ա ն : Հիվանդությունը զարգանում է դանդաղ: Երեխան նշում է հոգնածություն քայլելու ժամանակ, ցավ հոդում (երբեմն ամբողջ ոտքի երկարությամբ), կաղություն: Զարգանում են հետույքային և ազդրի մկանների ատրոֆիա, կոնքազդրային հոդի շարժումների սահմանափակում, վերջույթի կարճացում: Որոշ դեպքերում հիվանդությունը ախտորոշվում է երկրորդ՝ ախտաբանական կոտրվածքի փուլում:

Տարբերակիչ ախտորոշումը անց են կացնում տուբերկուլյոզի հետ: Ի տարբերություն վերջինիս ազդրոսկրի գլխիկի օսթեոխոնրոպաթիան բնորոշվում է երկարատև, առանց ջերմության ընթացքով, մակահոսուկի և հետագա անկիլոզի բացակայությամբ:

Բ ու ժ ու մ ը : Երկարատև հանգիստ (մոտ 2 տարվա անկողնային ռեժիմ) և հոդի բեռնաթափում հատուկ սարքերի օգնությամբ: Կոնսերվատիվ բուժման հետ համատեղ անց են կացնում և վիրահատական բուժում՝ ազդրոսկրի վզիկի թունելիզացիա շուղի օգնությամբ, որը արագացնում է ռեպարատիվ պրոցեսները գլխիկում: Ազդրոսկրի վզիկում ստեղծած խողովակներով ներ են մտցնում ոսկրային փոխպատվաստ կամ ալոգեն ոսկրային մատրիքս՝ արյան շրջանառությունը լավացնելու նպատակով:

Որոշ դեպքերում կատարում են ենթատամբիոնային օսթետոմիա, նշանակում ֆիզիոթերապևտիկ (օզոկերիտ, պարաֆին) և սանատոր-կուրորտային բուժում: Հիվանդությունը ձգվում է տարիներ: Այս հիվանդների բուժումը պահանջում է երկարատև հսկողություն, համառության և կարգապահություն, քանի որ վաղաժամ ծանրաբեռնելը կարող է աջացնել գլխիկի դեֆորմացիա և կայուն կոնտրակտուրաներ:

Կոնքազդրային և ծնկան հոդերի օսթեոխոնրոպաթիա (Քյունիզի հիվանդություն)

Օսթեոխոնրոպաթիայի այս տեսակը իրենից ներկայացնում է հոդային էպիֆիզի փոքրիկ մակերեսի մեռուկացում, որի անջատման դեպքում առաջանում է «հոդային մկնիկ»: Հիվանդությունը հաճախ հանդիպում է տղամարդկանց մոտ 15-30 տարեկանում:

Կ լ ի ն ի կ ա ն չափազանց աղքատիկ է, քանի դեռ չի անջատվել էպիֆիզի մեռուկացված մասը՝ աննշան ցավեր, հատկապես ազդրոսկրի կոճի վրա սեղմելուց: Հաճախ դիտվում է արտաքիթթ (էքսուդատ) հոդում: Հետագայում, երբ հոդամակերեսից անջատվում է կտոր առաջանում է հոդի արգելափակում:

Տարբերակիչ ախտորոշումը անց են կացնում հոդի խոնդրոմատոզի և մահիկների պատվածքի հետ:

Բ ու ժ ու մ ը : Ոսկրային կտորի անջատման դեպքում այն հեռացնում են վիրահատական ճանապարհով: Որոշ դեպքերում հնարավոր է վիրաբուժական միջամտություն, երբ դեռ բեկորը չի անջատվել, սակայն այս վիրահատությունը ունի իր դժվարությունը, քանի որ բեկորը գտնվում է հոդաճառի տակ: Վերջերս առավել լայն տարածում է ստացել ոսկրային բեկորի հեռացման արթրոսկոպիկ եղանակը:

Ուղքի թմկության օստեոխոնրոպատիա (Օսգուդ-Շլատտերի հիվանդություն)

Հաճախ հիվանդանում են 14-15 տարեկան տղաները: Ախտահարումը սովորաբար միակողմանի է: Ռենտգենոբանդերեն նկատվում է ուղքի թմբկության էպիֆիզների անկանոն, ոչ հստակ եզրեր, ֆրագմենտացիա:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Թմբկության շրջանում՝ սպոնտան բնույթի ցավեր, որոնք ուժեղանում են թմբկության վրա սեղմելիս և ծնկահոդը ծալելիս: Նշում են թմբկության շրջանի փափուկ հյուսվածքների տեղային այտուցվածություն: Հիվանդության տևողությունը երբեմն լինում է 1 տարուց ավել: Այդ ժամանակաշրջանում անհրաժեշտ է սահմանափակել պարապմունքները սպորտով, հատկապես այն ձևերով, որոնց ժամանակ առաջանում է ազդրի ուղիղ մկանի զգալի լարում (ցատկոտել): Կարող է տեղի ունենալ թմբկության պոկումային կոտրվածք:

Բ ու ժ ու մ ը՝ բեռնաթափում: Ֆիզիոթերապևտիկ բուժում: Ոլոքի թմբկության զգալի և երկարատև հատվածավորման և մշտական ցավերի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժում՝ թմբկության ֆիքսացիա ոլոքին ոսկրային փոխպատվաստուկով:

Ոտնաթաթի նավակաձև ոսկրի օսթեոխոնդրոպաթիա (Կելլեր I հիվանդություն)

Հիվանդությունը հանդիպում է 3-10 տարեկան հասակում, հաճախ տղաների մոտ, սովորաբար երկկողմանի: Տևում է մոտ 1 տարի:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ցավեր գարշապարի մակարդակին, որոնք առաջացնում են կաղություն: Սեղմումը նավակաձև ոսկրի վրա ցավոտ է: Երբեմն առաջանում է ուռածություն նավակաձև ոսկրի պրոյեկցիայով: Ցավերը առաջանում են գիշերը: Երեխան աշխատում է քայլել հենվելով ոտնաթաթի դրսային կամարի վրա:

Ռենտգենաբանորեն նշվում է նավակաձև ոսկրի ոսկրային միջուկի փոքրացում, հատվածավորում հարթեցում:

Բ ու ժ ու մ ը՝ գիպսային ճոքակոշիկի կրում: Վիրահատական միջամտությունը ցուցված չէ: Բուժման շնորհիվ ոտնաթաթի ֆունկցիան, իսկ երբեմն էլ անատոմիան լրիվ վերականգնվում են:

Նախագարշապարային ոսկրերի գլխիկների օսթեոխոնդրոպաթիա (Կելլեր II հիվանդություն)

Հիվանդությունը հաճախ հանդիպում է 10-20 տարեկանում, հաճախ աղջիկների մոտ: Հիվանդությունը դանդաղ զարգանալով ախտահարում է նախագարշապարային II և III ոսկրերի գլխիկները:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Գերակշռում են գանգատները ոտնաթաթի II և III մատերի հիմքում ինքնաբեր ցավերից, որոնք ուժեղանում են քայլելու ժամանակ: Հաճախ սկզբնական շրջանում նախագարշապարային ոսկրերի գլխիկների շրջանում լինում է ուռածություն: Հիվանդությունը տևում է մի քանի տարի և հաճախ ավարտվում դեֆորմացնող արթրոզով, որն էլ իր հերթին կարող է առաջացնել ցավեր:

Ռենտգենոբանորեն սկզբում նշում են նախագարշապարային ոսկրի գլխիկի հաստացում, իսկ ապա՝ բժավոր պատկեր, գլխիկի տափակում, հոդաճեղքի լայնացում:

Բ ու ժ ու մ ը՝ հանգստի պայմանների ստեղծում (անշարժացում), օրթոպեդիկ մեջդիրի կրում (ոտնաթաթի առաջային հատվածի բեռնաթափում): Վիրահատական միջամտություն՝ նախագարշապարային ոսկրի գլխիկի հատում:

Կիսալուսնաձև ոսկրի օսթեոխոնդրոպաթիա (Կինբեկի հիվանդություն)

Սա օսթեոխոնդրոպաթիաների առավել տարածված ձևն է: Հիվանդանում են անձիք, որոնց դաստակը հաճախ է ենթարկվում միկրոմասվածքների:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ցավեր կիսալուսնաձև ոսկրի շրջանում, որոնք ուժեղանում են սեղմելիս: Ճաճանչադաստակային հողի շարժումները առաջացնում են ուժեղ ցավ: Առաջանում է այդ շրջանի այտուց:

Ռենտգենոբանորեն հայտնաբերում են լակունար ձև՝ բժավոր խտացումով և կիսալուսանձև ոսկրի չափերի փոքրացում:

Բ ու ժ ու մ ը՝ տևական անշարժացում, ֆիզիոթերապիա: Կոնսերվատիվ անարդյունք բուժման և շարունակվող տևական ցավերի դեպքում ցուցված է վիրահատական միջամտություն՝ կիսալուսանձև ոսկրի հեռացում:

Ողի մարմնի օստեոխոնդրոպատիա (Կավվեի հիվանդություն)

Այս հիվանդությունը նույնպես դասվում է ոսկրի ասեպտիկ մեռուկացումների դասին: Մեծամասամբ դեպքերում ախտահարվում են ողնաշարի ստորին կրծքային և վերին գոտկային առավել ծանրաբեռնված ողերը:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Մեջքի ցավերը տեղակայվում են ախտահարված ողի մակարդակին: Դրանք անհետանում են հանգստի պայմաններում և նորից առաջանում ծանրաբեռնման դեպքում, առաջացնելով մկանների ռեֆլեկտոր լարում: Փոփոխված ենթարկված ողի շրջանում նկատվում է փուշելունի արտացոլում (սակայն ոչ կիֆոզ):

Ռենտգենոբանորեն, կապված հիվանդության ժամկետներից, նշում են ողի մարմնի հավասարաչափ տափակում, երբեմն դեպի առաջ ցցված ոչ մեծ սեպով: Եթե բուժում չի անցկացվել, ապա ավելի ուշ փուլերում մնում է միայն ողի բժավոր ստվերը:

Բ ու ժ ու մ ը երկարատև է (մի քանի տարի): Անհրաժեշտ է ողնաշարի լրիվ բեռնաթափում անկողնային ռեժիմի և ռեկլինացիայի օգնությամբ (ողի վերականգնման ամբողջ շրջանում): Ցուցված են սանատոր-կուրորտային բուժում, վիտամինաբուժում, ուլտրամանուշակագույն ճառագայթումը: Ողի, սովորաբար ոչ լրիվ, վերականգնումը պահանջում է մոտ 2-3 տարի: Երեխաների համար լավագույն տարբերակ է հանդիսանում ոսկրատուբերկուլյոզային առողջարանում:

Վնասվածքային սպոնդիլիտ (Կյումմելի հիվանդություն)

Ի տարբերություն Կավվեի հիվանդության վնասվածքային սպոնդիլիտը հանդիսանում է ծանր կամ բազմակի միկրոփնասավածքների հետևանք: Վնասվածքի բնույթը երբեմն կապված է լինում ցատկերի կամ մեջքի հարվածի հետ: Հիվանդությունը հանդիպում է տղամարդկանց մոտ և դասվում օսթեոխոնդրոպատիաների դասին:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Կյումմելի հիվանդությանը կարելի է բաժանել երեք փուլի: *Առաջին՝* վնասվածքից հետո 5-8 օրերի ընթացքում նշվում է ցավ ողի շրջանում: *Երկրորդ՝* ցավերի բացակայության շրջան (տևում է մի քանի ամիս): *Երրորդ՝* նորից ի հայտ են գալիս համառ ցավեր, ախտահարված (հաճախ կրծքային միջին) ողի շրջանում զարգանում է կիֆոզ:

Ռենտգենոբանորեն նշվում է ողի բարձրության զգալի, սեպաձև փոքրացում:

Բ ու ժ ու մ ը՝ ողնաշարի բեռնաթափում կորսելի միջոցով, տաք լոզանքներ, մեջքի մերսում, բուժական մարմնամարզություն:

Օսթեոխոնդրոպատիկ կիֆոզ (Շոերման-Մաուի հիվանդություն)

Երեխաների մոտ ողնաշարի առավել հաճախ հանդիպող հիվանդություններից մեկն է: Աճող օրգանիզմում, առավել հաճախ տղաների մոտ, ողի աճման գոտում (ապոֆիզ) տեղի ունեցող փոփոխությունների հետևանքով զարգանում է կիֆոզ՝ ողերի մարմինների սեպաձև դեֆորմացիայով:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Նշվում է օրգանիզմի արագ աճին զուգընթաց, կրծքային կիֆոզ ցավեր ողնաշարը ուղղելու դեպքում, հոգնածություն: Երբեմն ողերը սեղմելիս լինում է ցավոտություն:

Ռենտգենոբանորեն հայտնաբերում են ողերի մարմինների ապոֆիզների խախտում, դրանց սեպաձև դեֆորմացիա: Երբեմն նկատվում են Շմորլի ճողվածքներ՝ իսկ ծանր դեպքերում՝ երկրորդային օսթեոպոնդրոզ և սկոլիոզ:

Բ ու ժ ու մ ը : Հիվանդները պետք է պահպանեն անկողնային ռեժիմ (օրվա մեծ մասը) վահանակով կոշտ մահճակալի վրա՝ մեջքի վրա պատկած դիրքում: Որովայնի և մեջքի մկանները ամրացնելու նպատակով նշանակում են բուժական մարմնամարզություն: Երբեմն հարկ է լինում օգտագործել գիպսային մահճակալ (սուր փուլում): Հիվանդության ավելի թեթև ձևերի դեպքում կիֆոզը ուղղելու նպատակով խորհուրդ են տալիս կրել ռեկլիզացնող կորսեթներ:

Գ լ ու ի 10

Ո Ս Կ Բ Ե Ը Ի Ո Ւ Ռ Ո Ւ Ց Ք Ն Ե Ը

Կմախքում ուռուցքների առաջացումը սերտորեն կապված է ոսկրերի դիսպլաստիկ պրոցեսների հետ: Օրինակ երեխաներ մոտ որոշ դիսպլաստիկ պրոցեսներ վեր են ածվում չարորակ ուռուցքների (աճառային էկզոստոզը՝ խոնդրոմայի, ֆիբրոզ դիսպլազիան՝ օսթեոգեն սարկոմայի և այլն):

Ըստ ընթացքի տարբերում են բարորակ, չարորակ, սահմանային ուռուցքներ, որոնք իրենց հերթին բաժանվում են աճառային, ոսկրային և խառը ձևերի:

Ոսկրային հյուսվածքի ուռուցքներ

Ոսկրերի բարորակ ուռուցքներ: **Օսթեոմա:** Ձևաբանական կառուցվածքից ելնելով տարբերում են կոմպակտ, սպունգանման և խառը օսթեոմաներ՝ տեղակայված լայն հիմքի կամ նեղ ոտիկի վրա: Ավելի հաճախ հանդիպում են 10-25 տարեկանում, հիմնականում երկար խողովակավոր ոսկրերի մետաֆիզներում և դիաֆիզներում, գանգի ոսկրերում: Ուռուցքի չարորակայում չի նկատվում:

Կլինիկական պատկերը կախված է տեղակայումից և շրջակա հյուսվածքների վրա ճնշման ազդեցությունից:

Վիրահատական բ ու ժ ու մ ը (միայն ուռուցքի հեռացում վերնոսկրի հետ) ցուցված է, եթե կա ցավ, վերջույթի ֆունկցիայի խանգարում և ուռուցքի մեծ չափեր:

Օսթեոիդ-օսթեոմա: Որոշ հեղինակներ այն համարում են ուռուցքանման գոյացություն, մյուսների՝ սահմանափակ խրոնիկ օսթեոմիելիտ: Սակայն հեղինակների մեծ մասը օստեոիդ-օստեոման դասում են իսկական ոսկրային ուռուցքների շարքին:

Ունի յուրահատուկ կլինիկական ընթացք, սպեցեֆիկ հիստոլոգիական և ռենտգենոլոգիական պատկեր: Հանդիպում է 5-30 տարեկանում, տղամարդկանց մոտ 3-4 անգամ

ավելի հաճախ: Հիմնականում տեղակայվում է ազդրոսկրում և մեծ ոլոքում: Այս ուռուցքը չի հայտնաբերվել միայն գանգի ոսկրերում:

Գլխավոր կլինիկական նշանը ցավն է, որի ինտենսիվությունը ավելանում է ուռուցքի աճին զուգընթաց: Շատ կարևոր դիագնոստիկ նշան է գիշերային ցավերը և նրանց անհետանալը սալիցիլատներից: Երբեմն ցավերը ունեն ճառագայթող բնույթ:

Ռենտգենաբանական պատկերը հիմնականում խիստ բնորոշ է. փոքրիկ՝ 0.5-2 սմ տրամագծով, լուսավորված օջախ, որը շրջապատված է սկլերոզի գոնայով և տեղակայված է կամ կորտիկալ շերտում, կամ՝ ավելի խորը:

Տարբերակիչ ախտորոշումը կատարում են որոշ բորբոքային հիվանդությունների (Բրոդիի արքցես, Գարեի սկլերոզացնող օսթեոմիելիտ), շերտազատող օսթեոխոնդրոզի հետ:

Բ ու ժ ու մ ը միայն վիրահատական է՝ ուռուցքի ռեզեկցիան շրջական սկլերոզի հետ միասին: Վերջերս օգտագործվում են օսթեոիդ-օսթեոմայի վիրահատման նվազ ինվազիվ եղանակներ; Փա կեղանակով ուղղորդող շուղի հսկողության տակ կատարվում է ուռուցքի միջուկի (նիդրուս) հեռացում և խոռոչի կյուրետաժ: Եղանակը քիչ տրավմատիկ է, ապահովվում է լավ լավ ֆունկցիոնալ արդյունքներ:

ԶԱրորակայում օսթեոիդ-օսթեոմայի ժամանակ չի նկատվում:

Օսթեոբլաստոմա: Բարորակ օսթեոբլաստոման անոթավորված ոսկրային ուռուցք է, որի կենտրոնում գտնվում է լուծված »բունը«: Իր հիստոլոգիական պատկերով նման է օսթեոիդ օսթեոմային, սակայն չափերով ավելի մեծ է, որի պատճառով էլ կոչվում է նաև գիգանտ օսթեոիդ օսթեոմա:

Ազրեսիվ օսթեոբլաստոմայի բոլոր օսթեոկլաստները ունեն բջջային ատիպիզմ:

Ուռուցքի հիմնական տեղակայումը ողնաշարն է (40%):

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Ցավը մշտական է, անկախ օրվա ժամից, ուժեղանում է հանգստի վիճակում և ժամանակավորապես անցնում է անալգետիկներից: Ողնաշարում տեղակայման դեպքում ցավը հաճախ ունենում է ճառագայթող բնույթ, լինում է շարժունության սահմանափակում, լորդոզի հարթեցում, լոկալ ցավոտություն:

Ռենտգենյան ախտորոշումը – սկզբում հայտնաբերվում է լիտիկ դեստրուկցիայի օջախ առանց հստակ սահմանների: Ավելի ուշ (մինչև 1.5 տարի) ի հայտ է գալիս բաց օջախ շրջապատված սկլերոզի գոնայով: Ավելի ուշ շրջաններում (մինչև 7 տարի) դեստրուկցիայի օջախը գրեթե չի մեծանում, բայց ավելանում է սկլերոզի գոնան: Ազրեսիվ ձևի ժամանակ մեծանում է դեստրուկցիայի օջախը, բարակում և փքվում է կորտիկալ շերտը, սկլերոզը կարող է ընդհանրապես չլինել:

Բ ու ժ ու մ ը կայանում է ուռուցքի արլաստիկ ռեզեկցիայի մեջ՝ ոսկրային դեֆեկտի հետագա պլաստիկայով: Ուռուցքի սովորական կյուրետաժի ժամանակ լինում են ռեցիդիվներ:

Օսթեոբլաստոկլաստոմա (գիգանտաբջջային ուռուցք): 1-1.5% դեպքերում հանդիպում են սրա առաջնային չարորակ, իսկ 10-25% ում՝ մալիգնիզացված ձևերը: Վերջիններս ոչ ադեկվատ վիրահատական կամ ճառագայթային բուժման արդյունք են:

Հաճախ հանդիպում են երկար խողովակավոր ոսկրերի մետաէպիֆիզար հատվածներում, հատկապես մեծ ոլոքի պրոքսիմալ և ազդրոսկրի դիստալ հատվածներում: Կանանց մոտ հանդիպում է ավելի հաճախ, 20-55 տարեկանում:

Օսթեոբլաստոկլաստոման հիմնականում սոլիտար ուռուցք է, հազվադեպ հանդիպում են տարբեր տեղակայման ուռուցքներ, օրին. ծնկահողը կազմող ոսկրերում:

Կ լ ի ն ի կ ա յ ու մ առաջին և հաճախ միակ սիմպտոմը տարբեր ինտենսիվության ցավն է: Հետո միանում են կաղությունը, հոդերի կոնտուրների հարթվածությունը և կոնտրակտուրան:

Երեխաների մոտ կարող են ընթանալ անսիմպտոմ և հայտնաբերվել միայն պաթոլոգիական կոտրվածքից հետո:

Ուռուցքը էքսցենտրիկ դասավորություն ունենալով՝ մետաֆիզից անցնում է էպիֆիզին, հասնում հողաճառին, բայց չի թափանցում նրա մեջ: Ախտահարման օջախը հաճախ ունի վանդակա-խտրոցային կառուցվածք, երբեմն էլ անկանոն, լիտիկ կառուցվածք: Կարող է ախտահարել ոսկրի ողջ հողային ծայրը, որը լինում է փքված, հաստացած, կորտիկալ շերտը հաճախ բարակած է՝ տեղ-տեղ նույնիսկ չի էլ երևում: Կարող են լինել պաթոլոգիական կոտրվածքներ:

Ռենտգենոլոգիական պատկերը – ծակոտկեն, պսևդոկիստոզ լուսավորումներ, որոնք նման են օձառի պղպղջակների:

Մակրոսկոպիկ ուռուցքային հյուսվածքը մոտ է, ունի խայտաբղետ տեսք՝ հեմոռագիկ օջախների պատճառով, կամ էլ գորշ գույն՝ հեմոսիդերինի նստվածքի պատճառով:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է՝ ուռուցքի արմատական ռեզեկցիա, իսկ չարորակ ձևերի ժամանակ՝ անդամահատում:

Աճառային հյուսվածքի ուռուցքներ

Խոնդրոմա: Կախված ոսկրում տեղակայումից տարբերում են կենտրոնական և պերիֆերիկ խոնդրոմաներ: Կանանց և տղամարդկանց մոտ հանդիպում են հավասար հաճախականությամբ, 11-50 տարեկանում: Հիմնականում տեղակայված են ոտնաթաթի և ձեռնաթաթի ոսկրերում, հազվադեպ՝ երկար խողովակաձև և տափուկ ոսկրերում: Կլինիկական պատկերը չափազանց աղքատ է: Ցավեր կապված են վնասվածքի կամ ախտաբանական կոտրվածքի հետ: Հաճախ հիվանդությունը ընթանում է անսիմպտոմ և հայտնաբերվում պատահական:

Ռենտգենոլոգիական պատկերը – համեմատաբար հստակ սահմաններով հոմոգեն դեստրուկցիայի օջախ, որը տեղակայված է էպիֆիզի կենտրոնում կամ էլ էքսցենտրիկ: Դեստրուկցիայի կենտրոնում երբեմն լինում են կրակաված օջախներ: Միկրոսկոպիկ իրենից ներկայացնում է հիալինային աճառ անկանոն ցրված խոնդրեոցիտներով: Դիֆերենցում են գիգանտ բջջային ուռուցքի և ոսկրի ֆիբրոմայի հետ:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է՝ արլաստիկ ռեզեկցիա՝ դեֆեկտի ոսկրային պլաստիկայով:

Երկար խողովակաձև ոսկրերի, կոնքի, կողերի, ողնաշարի մեծ չափերի խոնդրոմաները կարող են ենթարկվել չարորակացման:

Խոնդրոբլաստոմա: Հազվադեպ է հանդիպում, հիմնականում 5-25 տարեկանում՝ տեղակայվելով երկար խողովակաձև ոսկրերի մետաֆիզներում կամ էպիֆիզներում, երբեմն էլ տարածվում է դիաֆիզի վրա (ազդրոսկր, մեծ ոլոք և բազկոսկր):

Դեստրուկցիայի օջախը տեղակայված է էքսցենտրիկ՝, կամ կորտիկալ շերտի տակ կամ սուբխոնդրալ շերտում: Կլոր է կամ օվալաձև, հստակ, ուղիղ կոնտուրներով սկլերոզի գոնայի առկայությամբ, որը հիվանդության սկզբում թույլ է արտահայտված:

Հաճախ դիտվում է կորտիկալ շերտի բարակում և արտափքում, իսկ երբեմն էլ քայքայում՝ էքստրասոսալ կոմպոնենտի առաջացումով:

Խոնդրոբլաստոմային բնորոշ են գիգանտ, բազմակորիզ օսթեոկլաստիկ տիպի բջիջներ: Լինում են աճառային միջբջջային նյութի կուտակումներ:

Կլինիկա: Մոտակա հողում պրոգրեսիվող ցավերը, որոնք ուժեղանում են աշխատանքից հետո և գիշերային ժամերին: Բնորոշ են վաղ առաջացող կոնտրակտուրաները, մկանային աստրոֆիան և սինովիտները:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է՝ ուռուցքի հեռացումը առողջ հյուսվածքի սահմաններում:

Կան նաև չարորակ խոնդրորվաստումներ, որոնց ժամանակ կատարում են ախտահարված հոդը կազմող ոսկրային ծայրերի ռեզեկցիա, ռեցիդիվների դեպքում՝ նաև ամպուտացիա:

Խոնդրոմիկտիդ ֆիբրոմա: Հանդիպում է խիստ հազվադեպ: Տարբերում են հետևյալ ձևերը:

1. Տիպիկ (կլասիկ)
2. Ատիպիկ ձև (բացակայում է բնորոշ արխիտեկտոնիկան):
3. Խառը ձև(ունի և՛ խոնդրոմիկտիդ ֆիբրոմայի, և՛ խոնդրորվաստումայի կառուցվածք):
4. Մալիգնիզացված ձև (վեր է ածվում խոնդրոսարկոմայի):

Ամենասիրած տեղը երկար խողովակավոր ոսկրերի պրոքսիմալ մետաֆիզն է, հատկապես մեծ ոլոքը: Ախտահարվում են նաև կարճ խողովակաոր ոսկրերը՝ հատկապես ոտնաթաթի ոսկրերը:

Ռենտգենոլոգիական պատկերը - խողովակաոր ոսկրերում երկար էքսցենտրիկ դասավորության լիտիկ դեստրուկցիայի օջախ է: Կորտիկալ շերտը բարակած է, փքված: Բնորոշ է առողջ հյուսվածքներից սահմանազատող սկլերոզի օջախը: Երբեմն ուռուցքը քայքայում է կորտիկալ շերտը:

Կարճ խողովակաոր ոսկրերում ուռուցքը ունի կենտրոնական դասավորություն, առաջացնելով ոսկրի իլիկաձև դեֆորմացիա, կորտիկալ շերտի փքման և բարակեցման հաշվին:

Մանկական հասակում բնորոշ են պրոգրեսիվող ցավերը, ուռուցքի արագ աճը, հարակից հոդերում շարժումների սահմանափակումը, մկանային ատրոֆիան, տեղային հիպերթերմիան:

Մեծահասակների մոտ կլինիկական ավելի աղքատ է: Ցավերը չնայած պրոգրեսիվում են, բայց թույլ են արտահայտված: Կոնտրակտուրա չի զարգանում:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է՝ ռադիկալ հեռացում՝ հետագա ոսկրային պլաստիկայով (եզրային կամ հարիոդային ռեզեկցիաներ, հոդի ռեզեկցիա):

Ոչ ադեկվատ հեռացումից հետո լինում են ռեցիդիվներ, հնարավոր է մալիգնիզացիա:

Անոթային ուռուցքներ

Հեմանգիոմա: Տարբերում են կապիլյար, կավեոնոզ և խառը ձևեր: Հիմնականում ախտահարում է ողնաշարը: Իրենից ներկայացնում է մազանոթների գերաճ կամ կավեոնոզ խոռոչներ: Հանդիպում է բոլոր տարիքներում:

Հիվանդը նշում է տեղային ցավեր, հատկապես համապատասխան փուշելունին սեղմելիս: Ուժեղանում է շարժվելիս, երկար քայլելիս:

Ռենտգենոգրամաների վրա երևում է ցանկապատի նման գծագրում: Երկար տարիներ ընթանալով՝ կարող է ավարտվել ողի մարմնի սկլերոզով կամ կոմպրեսիայով:

Բ ու ժ ու մ ը սկզբնական շրջանում՝ բեռնաթափող կորսեթ, ռենտգենոթերապիա: Կոմպրեսիոն համախտանիշի դեպքում՝ լամինեկտոմիա:

Գլոմուսային ուռուցք (Բառոե - Մասսոնի ուռուցք): Շատ հազվադեպ հանդիպող անոթային ուռուցքներից է, ախտահարում է դիստալ ֆալանգները:

Ախտաբանական օջախի վրա սեղմելիս լինում է չափազանց սաստիկ ցավ: Չափերը մի քանի միլիմետրից մինչև 1 սմ: Տեղակայվելով եղնգային թիթեղի տակ՝ դեֆորմացնում է այն՝ կապտագույն գունավորելով:

Ռենտգեն նկարի վրա առկա է ֆալանգի եզրային դեֆեկտ, հարթ եզրերով, շրջապատված սկլերոզի գոնայով:

Միկրոսկոպիկ իրենից ներկայացնում է տարբեր անոթների կուտակում (մազանոթներ, արտերիոլներ և այլն):

Բ ու ժ ու մ ը վիրաբուժական է՝ եզրային ռեզեկցիա:

Այլ ուռուցքներ

Խորդոմա: Առաջանում է խորդայի մնացորդներից, 30-60 տարեկանում: Ըստ տեղակայման տարբերում են՝

ա. Կրանիալ

բ. Վերտեբրալ

գ. Կաուդալ (ամենատարածվածն է)

Կլինիկայում իշխում են ցավերը, որոնց հետո միանում է ներոլոգիական սիմպտոմատիկան: Ռենտգենով հայտնաբերվում է մի քանի ողերի լիտիկ օջախներ, փափուկ հյուսվածքային կոմպոնենտով:

Մորֆոլոգիական տեսանկյունից կան բարորակ և չարորակ ձևեր: Սակայն հաշվի առնելով հաճախակի ռեցիդիվները, մետաստազների հաճախականությունը, ավելի հաճախ այն դասվում է չարորակների շարքը:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է:

Ադամանտինոմա: Տեղակայվում է հիմնականում մեծ ոլոքում: Որոշ հեղինակներ այն դասում են էպիթելիալ ուռուցքների, որոշները՝ անոթայինների շարքին:

Կլինիկան Թույլ ցավեր, ոսկրերի դանդաղ դեֆորմացիա, երբեմն՝ ախտաբանական կոտրվածք:

Ռենտգեն – ոսկրի դիաֆիզում էքսցենտիկ դասավարված պոլիկիստոզ դեստրուկցիայի օջախ, որը արտափքում է ոսկրը: Կարող է լինել կորտիկալ շերտի քայքայում:

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է - լայն սեզմենտար ռեզեկցիա, ոսկրի էքստիրպացիա կամ առաջնային ամպուտացիա:

Ներիլեմնոմա (շվաննոմա, ներինոմա): Ոսկրի նեյրոֆիբրոմա: Առաջինը առաջանում է նյարդի շվանյան բջիջներից, իսկ նեյրոֆիբրոման՝ նյարդի թաղանթների շարակցահյուսվածքային գոյացություններից:

Ավելի հաճախ տեղակայվում են սրբոսկրում, ողնաշարում, ձեռնաթաթում, ոտնաթաթում, նախաբազկում:

Ցավերը լինում են թույլ և ոչ կայուն: Ողնաշարի և սրբոսկրի ախտահարման ժամանակ միանում է ներոլոգիական սիմպտոմատիկան, ճառագայթող ցավերը:

Ռենտգենով հայտնաբերվում է հստակ սահմաններով լիտիկ դեստրուկցիայի օջախ, որը կարող է քայքայել կորտիկալ շերտը:

Բ ու ժ ու մ ը՝ ռեզեկցիա առողջ ոսկրի սահմաններում, ողնաշարի ախտահարման դեպքում կարող է կարիք լինել կատարելու սպոնդիլոդեզ:

Ուռուցքանման գոյացություններ

Ոսկրի աներիզմալ կիստա: Այս ախտաբանական ընկած է ոսկրի արյան շրջանառության տեղային խանգարումը: Հիվանդանում են հիմնականում երեխաները և երիտասարդները:

Տեղակայումը - ազդրոսկրի, մեծ ոլոքի պրոքսիմալ հատվածներ, կոնքոսկր: Ավելի հաճախ՝ ողնաշարը:

Հիմնական կլինիկական նշաններն են ցավը և ուռածությունը: Ցավը թույլ է, ոչ մշտական, ուժեղանում է ֆիզիկական ծանրաբեռնության ժամանակ: Գնալով՝ ցավի ինտենսիվությունը ուժեղանում է, դառնում մշտական: Մաշկի տեղային ջերմությունը բարձր է, պալպացիան ցավոտ, կա արտահայտված երակային ցանց:

Ռենտգենյան քննություն: Էքսցենտրիկ դասավորված, անկանոն, լիտիկ դեստրուկցիայի օջախ, կորտիկալ շերտի խիստ բարակումով: Երբեմն կարող է լինել տուփավոր կառուցվածք:

Բ ու ժ ու մ ը

1. Օջախի պունկցիա, հետագա ստերոիդ հորմոնի ներարկումով:
2. Եզրային ռեզեկցիա:

Էկզոստոզային խոնդրոդիսպլազիա (ոսկրա-աճառային էկզոստոզներ): Սրա հիմքում ընկած է էնխոնդրալ ոսկրակալման խանգարումը: Գենետիկորեն փոխանցվող հիվանդություն է: Կա 2 ձև՝ 1. Բազմակի էկզոստոզային խոնդրոդիսպլազիա; 2. Սոլիտար ոսկրա-աճառային էկզոստոզ:

Հանդիպում են բոլոր ոսկրերում, հատկապես ազդրոսկրի դիստալ մետաֆիզում և բազուկոսկրի ու մեծ ոլոքի պրոքսիմալ մետաֆիզում:

Տղամարդկանց մոտ հանդիպում է ավելի հաճախ, մինչև 20-30 տարեկանը:

Կ լ ի ն ի կ ա ն կախված է տեղակայումից, չափերից, շրջակա հյուսվածքների հետ փոխհարաբերությունից:

Շոշափվում է պինդ կոնսիստենցիայի, ոսկրի նկատմամբ անշարժ գոյացություն, որի վրա մաշկը փոփոխված չէ: Մեծ չափերի դեպքում առաջին պլանի վրա են մղվում նյարդի և անոթների ճնշման սիմպտոմները:

Էկզոստոզը կարող է ունենալ լայն հիմք կամ նեղ ոտիկ, որպես կանոն աճում է մինչև ոսկրերի աճման զոնաների փակվելը, չնայած կարող է մեծանալ նաև դրանից հետո: Ամենամեծ բարդությունը ուռուցքի մալիգնիզացիան է (խոնդրոսարկոմա):

Բ ու ժ ու մ ը վիրահատական է՝ առպատային ռեզեկցիա:

Ֆիբրոզ դիսպլազիա: Հիմքում ընկած է կմախքի զարգացման շարակցահյուսվածքային ստադիայում օսթեոգենեզի խեղաթյուրումը:

Մա մանկական և պատանեկան հասակի հիվանդություն է: Տարբերում են 2 ձև՝ պոլիօսալ (միակողմանի և երկկողմանի); և մոնոօսալ:

Հիվանդությունը աչքի է ընկնում կլինիկայի խայտաբղետությամբ և պրոգրեսիվող ընթացքով (ոսկրերի դեֆորմացիաներ՝ ազդրոսկրի դեֆորմացիա »ձեռնափայտի« տիպի, ախտաբանական կոտրվածքներ):

Ռենտգենյան պատկերը՝ ոսկրերը դեֆորմացված են, հաստացած, կորտիկալ շերտը բարակած է, փքված:

Կարող է ունենալ արտակամախքային դրսևորումներ. օրինակ. մաշկի սրճագույն պիգմենտացիա, վաղաժամ սեռական հասունություն (Օլբրայթի սինդրոմ): Նշված են չարորակացման մալիգնիզացիայի դեպքեր (օսթեոգեն սարկոմա):

Բ ու ժ ու մ ը՝ ոսկրի եզրային ռեզեկցիա օջախի հեռացումով և պլաստիկայով, կորեկցող օսթեոտոմիաներ:

Էոզիոնֆիլային գրանուլյոմա: Մա հանդիսանում է անհայտ էթիոլոգիայի ոչ ուռուցքային ախտահարում, որի հիմքում ընկած է ռետիկուլոհիստիոցիտար էլեմենտների պրոլիֆերացիան: Լինում են

1. Սոլիտարէոզիոնֆիլային գրանուլյոմա:
2. Բազմակի էոզիոնֆիլային գրանուլյոմա:
3. Ոսկրային քսանտոմատոզ:

Ախտահարում են ողնաշարը, ազդրոսկրը, կոնքը :

Կ լ ի ն ի կ ա ն՝ անհանգստացնում են ցավերը, երբեմն լինում է մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում, շարժումների սահմանափակում, մկանների հիպոտրոֆիա:

Ռենտգենյան պատկերը հստակ եզրերով, երբեմն իրար հետ ձուլվող կլոր կամ անկանոն դեստրուկցիայի օջախներ: Ողերում լիտիկ դեստրուկցիայի պատճառով լինում է ողի մարմնի կոլապս: Տարբերում են զարգացման 3 շրջան. օսթեոլիզի, ռեպարացիայի և էլքի:

Բ ու ժ ու մ ը .

1. Եզրային ռեգեկցիա ոսկրային պլաստիկատով:
2. Ճառագայթային, քիմիոթերապիա:
3. Պունկցիա կորտիկոստերոիդների ներարկումով:

Ոսկրային հյուսվածքի չարորակ ուռուցքներ

Օսթեոսարկոմա (օսթեոգեն սարկոմա): Ամենահաճախ հանդիպող առաջնային չարորակ ոսկրային ուռուցքն է, տալիս է մահացության բարձր տոկոս: Հաճախ են հիվանդանում տղամարդիկ 10-40 տարեկանում: Միրված տեղակայուն է ազդրոսկրի դիստալ մետաֆիզը, մեծ ուղքի և բազկոսկրի պրոքսիմալ մետաֆիզները:

Կ լ ի ն ի կ ա ն` լոկալ ցավեր, որոնք երբեմն ուղեկցվում են տեղային ուռածությամբ, որի մաշկային ջերմաստիճանը բարձր է: Հետո միանում է մոտակա հոդում շարժումների սահմանափակումը: Հիմնային ֆոսֆատազայի մակարդակը բարձրանում է:

Ռենտգենյան պատկեր սկզբնական շրջանում լինում է օսթեոպորոզ. ուռուցքի կոնտուրները հստակ չեն, մետաֆիզից դուրս չի տարածվում: Շուտով ի հայտ է գալիս ոսկրահյուսվածքի դեֆեկտ, վերնոսկրը իլիկաձև փքված, երբեմն ընդհատվում է:

Երեխաների մոտ բնորոշ է ասեղնաձև պերիօսթիտը, երբ օսթեոբլաստները արտադրում են ոսկրային հյուսվածք արյունատար անոթներին զուգընթաց` ոսկրին ուղղահայաց (սպիկուլաներ):

Դիագնոստիկայում մեծ նշանակություն է ձեռք բերել ռադիոնուկլիդային հետազոտման մեթոդը:

Բ ու ժ ու մ ը` վերջույթի բարձր ամպուտացիա, էկզարտիկուլյացիա:

Ելքը անբարենպաստ է, որպես կանոն մահանում են վիրահատությունից 1 տարի հետո թոքերի մետաստազներից:

Ոսկրածուծային չարորակ ուռուցքներ

Յուինգի սարկոմա: Հանդիպում է մանկական և, պատանեկան հասակում, տեղակայվում է հինականում ազդրոսկրում:

Կ լ ի ն ի կ ա կ ա ն I նշանը ցավն է, որն ավելի թույլ է քան օսթեոսարկոմայի ժամանակ: Շատ ցավոտ է ուռածության պալպացիան: Դիտվում է լեյկոցիտոզ, մարմնի ջերմաստիճանի բարձրացում:

Ռենտգենոգրաֆիա - դիաֆիզում կենտրոնական դասավորության դեստրուկցիայի օջախ` շերտավոր (սոխանման) պերիօսթիտով:

Բ ու ժ ու մ ը

1. Շատ զգայուն է ռենտգեն ճառագայթների նկատմամբ:
2. Բարձր ամպուտացիաներ, էկզարտիկուլյացիաներ, որոնք սակայն չեն կանխում մետաստազների առաջացումը:

Պրոգնոզը վատ է, տալիս է մետաստազներ ոսկրերի լիմֆատիկ հանգույցներում և թոքերում: Մահանում են առաջին 2 տարիների ընթացքում:

Աճառային հյուսվածքի չարորակ ուռուցքներ

Խոնդրոսարկումա: Հիմնականում հանդիպում է բազկոսկրում և ազդրոսկրում՝ ուսահողի և ծնկահողի մոտ, հազվադեպ՝ թիակում, կողերում: Կա 2 տեսակ՝ 1. Կենտրոնական, որը առաջանում է ինտրաօսալ ստրուկտուրաներից և տեղակայվում է մետաֆիզում, իսկ պրոցեսը ընթանում է կորտիկալ շերտի պերֆորացիայով: 2. Պերիֆերիկ, որը առաջանում է աճառային ծածկույթներից:

Խոնդրոսարկուման դանդաղ տալիս է մետաստազներ դեպի թոքերը:

Կլիինիկան: Կան ոչ մշտական բուրք ցավեր, որոնք ուժեղանում են ուռուցքի աճին զուգընթաց: Սկզբում լինում է տեղային պինդ ուռածություն, որը աստիճանաբար մեծանում է: Պերիֆերիկը ձևը աճում է ավելի արագ:

Ռենտգենյան ապտկեր կենտրոնական ձևի ժամանակ, երբ առկա է կորտիկալ շերտի քայքայում, խոնդրալ մասսաները դուրս են գալիս ոսկրի սահմաններից՝ առաջացնելով ցրված բծավորման պատկեր:

Պերիֆերիկի ժամանակ լինում են անկանոն դասավորված ստվերներ ծաղկակաղամբի տիպի, ոսկրի կորտիկալ շերտի անհարթություններով:

Երկուսն էլ շրջակա հյուսվածքներից սահմանազատված չեն:

Բուժումը: Վաղ հայտնաբերման դեպքում կատարվում է արմատական ամպուտացիա կամ էկզարտիկուլյացիա:

Գլուխ 11

ՊԱՐԱԼԻՏԻԿ ԴԵՖՈՐՄԱՑԻԱՆԵՐ

Սպաստիկ պարալիչ

Վերջույթների դեֆորմացիաները, որոնք առաջանում են սպաստիկ պարալիչների հետևանքով՝ կախված գլխուղեղի և ողնուղեղի փոփոխություններից հետ:

Ցերեքրալ ծագումի սպաստիկ դեֆորմացիաներ:

Վերջույթների դեֆորմացիաները կապված գլխուղեղի փոփոխությունների անվանում են ցերեքրալ սպաստիկ պարալիչներ: Վերջին ժամանակներում ցերեքրալ պարալիչներով հիվանդների քանակը ավելացել է երեխաների մահացության իջեցման, ծննդաբերության շրջանում վերակենդանացման որակի բարելավման հաշվին և այլն.: Սպաստիկ պարալիչներ առաջացնող պատճառները կարելի է բաժանել երեք հիմնական խմբի. ներարգանդային (բնածին), ծննդաբերական և հետծննդաբերական:

Բնածին պատճառները պայմանավորված են գանգուղեղի զարգացման արատներով, հաճախ գանգի թերի զարգացումով, որոնք առաջանում են հղիության տոքսիկոզից, մոր հիվանդություններից (սիֆիլիս, տուբերկուլյոզ և այլն), մոր մեխանիկական և հոգեբանական վնասվածքներից, ճառագայթային հիվանդությունից և այլն:

Ծննդաբերական պատճառները Գանգուղեղի և նրա թաղանթների արյունազեղումներն են, որոնք առաջանում են մանկաբարցական եղանակների և ակցանների անհաջող օգտագործման հետևանքով: Պտղի մեծ գլուխը և մոր փոքր կոնքը կարող են բերել գանգի ոսկրերի ճնշման, ուղեղի և թաղանթների անոթների վնասման: Երեխայի գանգուղեղի անօքսիան՝ կախված պլացենտար արյան շրջանառությունից (ընկերքի շերտազատում), նույն պես կարող է

առաջացնել գանգուղեղի վնասում: Ասֆիքսիաների 70-80 % բարդանում են ցերեքոպ պարալիչներով:

Հետծննդաբերական պատճառներին են պատկանում առաջին օրերում, նույնիսկ կյանքի առաջին ամիսներում առաջացած ուղեղի վնասվածքները, սալջարդերը, ցնցումները և այլն: Մենինգիտները, էնցեֆալիտները, մենինգոէնցեֆալիտները նույնպես կարող են առաջացնել այդ ախտահարումը: Յուրահատուկ խումբ է հանդիսանում անհասունությունը, որի ժամանակ վաղաժամ ծնունդը կարող է լինել ցերեքոպ պարալիչի առաջացման պատճառ: Խանգարումը կարող է վերաբերվել ոչ միայն գանգուղեղի կեղևին, այլ նաև կենտրոնական նյարդային համակարգի ստորին հատվածներին: Այսպիսով սպաստիկ պարալիչները և պարեզները առաջանում են գանգուղեղի կեղևում շարժողական ուղիների կամ կենտրոնական շարժողական ուղիների ախտահարման պատճառով: Գանգուղեղի և նրա թաղանթների ախտահարման աստիճանից կախված է սպաստիկ երևույթների տարածվածությունը և հիվանդների հոգեկան խանգարումների խտումների աստիճանը: Սպաստիկ պարալիչներով հիվանդների 56% մտավոր թերի զարգացած են:

Սպաստիկ պարալիչների թեթև դեպքերում ծնվելուց անմիջապես հետո դժվար է հայտնաբերել հիվանդությունը: Միայն այն ժամանակ, երբ երեխան ուշ է սկսում քայլել (2-3 տարեկանում), կարելի է ենթադրել փոփոխություն քայլվածքում: Այդ ժամանակ նկատվում է նշել մկանների լարվածության (հայտնաբերվում է ոտքերի գատման ժամանակ), ազդրերի ներսային ռոտացիա: Որոշ հիվանդները քայլում են ոտնաթաթերի ծայրի վրա սակայն նրանք կարող են սպասարկել իրենց, սովորել ձեռք են բերել մասնագիտություն:

Մեծ նշանակություն ունի ժամանակին և լիարժեք կատարված կ ո ն ս ե ր վ ա տ ի վ բ ու ժ ու մ ը : Բացի դեղորայքներից անց է կացվում բուժական մարմնամարզություն հատուկ սարքերով, մերսում, ֆիզիոթերապիա: Վաղ սկսած բուժումը (2 տարեկանից) տալիս է բավարարող արդյունքներ:

Միջին աստիճանի պարալիչի ժամանակ բոլոր ախտանիշները ավելի ցայտուն են: Ստորին վերջույթների սպաստիկ պարալիչները այնքան են արտահայտված, որ հիվանդները հաճախ չեն կարող ինքնուրույն քայլել, հագնվել, հանվել: Այդ ժամանակ նկատվում է ինտելեկտի նվազում: Խոսակցությունը դանդաղած է: Հիվանդների մեծ մասը չեն կարող հաճախել դպրոց և աշխատել:

Սպաստիկ պարալիչի ծանր ձևի դեպքում հիվանդները անկողնային են և չեն կարող իրենց սպասարկել: Նշվում է հոգեկան խանգարումներ, ընդհուպ մինչև սպուլություն: Խանգարվում են խոսակցական և տեսողական այլ:

Սպաստիկ պարալիչների ախտորոշումը, հատկապես միջին և ծանր աստիճանների դեպքում դժվարություն չի ներկայացնում: Հիվանդների մոտ նկատվում է ստորին վերջույթների լարվածություն, ծալված ծնկային և կոնքազդրային հողերում: Ազդրերի արտահայտված առբերումը քայլելու ժամանակ ստիպում է հիվանդին խաչել ոտքերը, իսկ սրունքներում որոշ չափով դուրս ցցել: Ծնկան հողերը քսվում են իրար, վերջույթները պտտված են դեպի ներս մարմինը թեքված առաջ: Հոգեկանի խանգարմանը զուգահեռ խախտվում է խոսակցությունը:

Վաղ հասակում՝ շարժումների խանգարմանը զուգընթաց նկատվում են վերին վերջույթների տարածման, իսկ ստորին վերջույթների՝ ծալման տենդեցներ: Առաջանում են ծալող-առբերող կոնտրակտուրաներ: Սպաստիկ պարալիչների ժամանակ խանգարված են շարժումների կոորդինացիան, առկա են անկանոն շարժումներ: Խեղաթյուրված է նաև արգելակման և գրգռման միջև եղած կոորդինացիան՝ առավել գերակծում են գրգռման տարբերը: Սպաստիկ պարալիչները երեխայի հասակի հետ կարող են պակասել մինչև 14-15 տարեկանը: Ավելի ուշ ժամկետում պրոցեսը կայունանում է :

Տարբերում են սպաստիկ պարալիչների հետևյալ կլինիկական ձևերը:

Մոնոպարեզը բնութագրվում է միայն վերին կամ ստորին վերջույթի ախտահարմամբ: Վերին վերջույթի մոնոպարեզի համար բնորոշ են նախաբազկի ծալումը և պրոնացիան, մատերի և դաստակի ափային ծալումը: Ստորին վերջույթի համար՝ ծնկահոդում ծալիչ կոնտրակտուրան և ոտնաթաթի նրբանային ծալումը:

Հեմիպարեզ սպաստիկ պարալիչ է, վերաբերվող մարմնի կեսին: Որպես կանոն, հեմիպարեզի ժամանակ ստորին վերջույթը առավել առբերված է և պտտված ներս: Վերջույթի աճը ետ է մնում կծկման պատճառով, ակտիվ շարժումները հողերում սահմանափակված են: Սպաստիկ հեմիպլեգիան առաջանում է էնցեֆալիտով հիվանդանալուց հետո: Եթե այդ ժամանակ ախտահարվում են արտապիրամիդալ ուղիները, կարող է առաջանալ ատետոզ, որը բնորոշվում է դաստակի մատերի մշտական շարժումներով: Շարժումները կրում են պարբերական բնույթ և պակասում վերջույթի թիկնային ծալման ժամանակ:

Պարապարեզ (պարապլեգիա)՝ ստորին վերջույթների պարալիչ, որն այլ կերպ անվանում են Լիթլի հիվանդություն: Ոտքերը առբերված են, ծալված կոնքազդրային և ծնկային հողերում ու պտտված են դեպի ներս: Ոտնաթաթերը ներբանային ծալված դիրքում են, հիվանդները քայլում են ոտնաթաթերի ծայրերի վրա:

Կվադրիպլեգիա (կվադրիպարեզ)՝ ստորին վերջույթները գտնվում են պարապարեզի դիրքում, ընդ որում այն ավելի խիստ է արտահայտված՝ ընդհուպ մինչև ոտքերի խաչումը: Վերին վերջույթները ծալված են և գտնվում պրոնացիայի դիրքում: Այսպիսի հիվանդները ստիպված են միշտ պառկած, որի պատճառով հարթվում են ողնաշարի ֆիզիոլոգիական ծովածությունները: Գլուխը ետ է գցված, կոնքազդրային հողերում հայտնաբերվում են հողախախտեր:

Բ ու ժ ու մ ը: Ցերեքրալ ախտահարումով հիվանդները պետք է գտնվեն հատուկ կիսախավար և անաղմուկ սենյակում: Ուղեղի այտուցի դեմ ծննդաբերությունից հետո առաջին օրերին նշանակվում է դեհիդրատացիոն թերապիա, B խմբի վիտամիններ, հակաբիոտիկներ: Պսիխիկայի խանգարման ժամանակ, եթե դա հաջողվում է հայտնաբերել ծննդաբերությունից հետո առաջիկա շաբաթների ընթացքում, ցուցված է գերեբրոլիզինի ներարկումներ:

Նշանակում են դիբազոլ, որը բարելավում է նյարդային իմպուլսների հաղորդականությունը, սորոպացին: Առաջին շաբաթներում նշանակված բուժական մարմնամարզությունը բարելավում է նպաստում է մկանների տոնուսը ուղղում պարոնոցի դիրքը: Միաժամանակ պետք է կատարել հատուկ վարժություններ ստորին վերջույթները առբերված դիրքից հանելու համար: Ֆիզիոթերապևտիկ պրոցեդուրաները, (ջրային, ջերմային, պրաֆին, իմպուլսային հոսանք, դիատերմիա, ցեխային ապլիկացիա) նույնպես ցուցված են այս շրջանում:

Ստորին կամ վերին վերջույթների դեֆորմացիաների դեպքում ցուցված են տարբեր օրթոպեդիկ վիրահատություններ, որոնց կարելի է բաժանել 3 հիմանական խմբի՝ վիրահատություններ նյարդերի, մկանների և նրանց ջլերի, ինչպես նաև ոսկրերի ու հողերի վրա: Հաճախ նշբված վիրահատությունները կոմբինացվում են: Պերիֆերիկ նյարդերի վիրահատությունները հիմնականում կիրառվում են ստորին վերջույթների ախտահարման դեպքում: Կատարվում են փականային նյարդի, նստանյարդի և ոլոքային նյարդի (Շտոֆելի վիրահատություն) կամ այլ նյարդերի ռեզեկցիա:

Հատվում են նաև առբերիչ մկանների ջլերը, կատարվում են նաև տարբեր ջլերի տրանսպոզիցիա (օրինակ՝ սեմիմեմբրանոզ, սեմիտենդինոզ և գրացիլիս մկանների ջլերի հատում և տեղադրում): Աքիլեյան ջլի սպազմի դեպքում ներբանային ծալման դիրքից հանելու համար կատարվում է նրա պլաստիկա և Z—ձև երկարացում: Ոսկրային դեֆորմացիաների դեպքում կատարվում են տարբեր օսթետոմիաներ կամ արթրոդեզներ՝ ֆունկցիոնալ հարմար դիրքերում: Օրինակ՝ ազդրի արտահայտված ներսային պտույտի ժամանակ բացի

միոտոմիաներից կատարվում է նաև ազդրոսկրի ուղղող օսթեոտոմիա, ոտնաթաթի ոսկրերի դեֆորմացիաների ժամանակ՝ եռակի արթրոդեզ, ձեռնաթաթի ախտահարման դեպքում՝ արթրոդեզ նախաբազուկ-դաստակային հոդում, և այլն:

Սպաստիկ պարալիչներով հիվանդները կոնսերվատիվ և վիրահատական բուժումից հետո կարիք ունեն պրոթեզավորման, ստացած դրական արդյունքները պահպանելու նպատակով: Նշանակելով այս կամ այն սարքավորումը անհրաժեշտ է ճիշտ գնահատել վերջույթի վիճակը և հոդերի ֆունկցիան:

Ողնուղեղային ծագումի սպաստիկ դեֆորմացիաներ: Ստորին և վերին վերջույթների սպաստիկ պարալիչները, պարեզները և հոդերի կոնտրակտուրաները առաջանում են ողնուղեղի և նրա թաղանթների վնասվածքների հետևանքով, ինչպես նաև տարբեր էթիոլոգիայի բորբոքային պրոցեսներից: Այդ դեպքերում հիվանդների մոտ նկատվում են ռեֆլեքսների ուժեղացում, ախտաբանական ախտանիշների առկայության (Բաբինսկու, Կեռնեզի), ինչպես նաև ծնկոսկրի և ոտնաթաթերի կլոնուս: Քայլը հաճախ անհնարին է զգալի կլոնիկ ջլաձգումների պատճառով: Կլինիկո-ռետզենոլոգիական պատկերի ժամանակ, երբ հայտնաբերվում է ողնուղեղի ճնշում ողնաշարի վնասվածքի կամ բորբոքման հետևանքով՝ ցուցված է լամինեկտոմիա: Եթե վերջին արդյունք չի տալիս՝ կատարում են միջամտություն պերիֆերիկ նյարդի մկանների և ջլերի վրա:

Թորշումած պարալիչներ (պոլիոմելիտի հետևանքներ)

Պոլիոմելիտը էպիդեմիկ հիվանդություն է, ունի մի քանի անվանում, որոնցից ամենատարածվածն են «մանկական ողնուղեղային պարալիչ», «էպիդեմիկ մանկական պարալիչ», «առաջնային սուր պոլիոմելիտ», «Հեյնե-Մեդինայի» հիվանդություն: Առաջին անգամ հիվանդությունը նկարագրել է 1840թ. Հեյնեն: Հիվանդության ինֆեկցիոն բնույթը նշել է Մեդինան 1890թ.: Պոլիոմելիտի հարուցիչը վիրուս է, որը հիմնականում ախտահարում է ողնուղեղի առաջային եղջուրները: Մուտքի դարպաս է հանդիսանում ստամոքսաաղիքային տրակտը, դեպի ուր վիրուսը թափանցում է բերանով և կերակրափողով: Ապա անցնում է ուղեղի մեջ պերիֆերիկ ներվային համակարգով (հիպոթալամուս), որտեղից իջնում է ողնուղեղ: Վիրուսը անջատվում է աղեստամոքսային տրակտից կղանքի միջոցով:

Ամենից հաճախ պոլիոմելիտով հիվանդանում են երեխաները 1-3 տարեկան հասակում, բայց այն կարող է հանդիպել նաև մեծահասակների մոտ:

Պաթոմորֆոլոգիական փոփոխությունները պոլիոմելիտի ժամանակ լինում են ոչ միայն ողնուղեղի առաջային եղջուրներում, այլ նաև ուղեղի կեղևում, չորրորդ փորոքում, միջին ուղեղում և ուղեղի թաղանթներում:

Պոլիոմելիտով հիվանդների մոտ հայտնաբերվում են փոփոխություններ միոկարդում, աղեստամոքսային տրակտի լորձաթաղանթում և լիմֆատիկ հանգույցներում: Պոլիոմելիտի ընթացքին բնորոշ են մի քանի փուլեր՝ 1) պրոդրոմալ, 2) նախապարալիտիկ, 3) պարալիտիկ, 4) վերականգնողական, 5) մնացորդային երևույթների փուլ (ռեզիդուալ):

Առաջին փուլում նշվում է ախորժակի կորուստ, ընդհանուր թուլություն, որոշ դեպքերում՝ աղեստամոքսային խանգարումներ: Առաջին փուլը կարճատև է և կարծես միաձուլվում է նախապարալիտիկ փուլի հետ: Վերջինիս շարունակվում է ընդհամենը 24-48 ժամ, բնորոշվում է բարձր ջերմությամբ, ուժեղ գլխացավով երբեմն գիտակցության մթազնումով, աղեստամոքսային խանգարումներով, փսխումով: Հաճախ լինում են ուղեղի թաղանթների զրգոման ախտանիշներ՝ պարանոցի մկանների լարվածության, ընդհանուր հիպերտենզիա: Պարալիչները զարգանում են հիվանդության սկզբից 3-4 օր հետո՝ սովորաբար առավոտյան ժամերին:

Վերականգնողական փուլը բնութագրվում է պարալիչների հետ զարգացումով: Կորցրած ֆունկցիաների վերականգնումը տևում է 1-ից 8 տարի (հիմնականում ավարտվում է 2 տարուց): Սակայն գրեթե միշտ մնում են մնացորդային երևույթներ, որոնք բերում են հենաշարժական ապարատի դեֆորմացիաների զարգացման:

Պոլիոմելիտի հետևանքներ: Փոփոխությունները մկաններում բնութագրվում են ատրոֆիայով և դեգեներացիաներով: Ստորին վերջույթների պարալիչի ժամանակ առաջանում է ատրոֆիա, հոդերի կապանները ձգված են, ջլերը կորցրած իրենց էլաստիկությունը: Մեկ վերջույթի ախտահարման ժամանակ նշվում է նրա կարճացում:

Վերին վերջույթի ախտահարման ժամանակ, նույնպես դիտվում է ատրոֆիա, ուսահողի անկայունություն:

Փոփոխությունները մկանային և կապանային ապարատներում առաջացնում են հոդախախտեր կամ ենթահոդախախտեր (կոնքազդային կամ ուսային): Ոսկրերը պորոտիկ են, բարակ: Որովայնի իրանի մասների ախտահարման ժամանակ տեղի է ունենում ողնաշարի դեֆորմացիա (պարալիտիկ սկոլիոզ): Մկանների փոփոխությունները նպաստում են վերջույթների դեֆորմացիաների և կոնտրակտուրաների:

Պոլիոմելիտի հետևանքների կանխարգելման ժամանակ հիմնական ուշադրությունը պետք է ուղղել կոնտրակտուրաների և դեֆորմացիաների կանխմանը, որոնք հաճախ են զարգանում անուշադրության հետևանքով:

Խիստ կարևոր է օրթոպեդիկ կանխարգելումը՝ Հիվանդի ճիշտ դիրք մահճակալում, շինաների օգտագործում, գիպսային մահճակալ, ֆիքսատորներ:

Պոլիոմելիտի վերականգնման շրջանում կարևոր է ժամանակին կրել օրթոպեդիկ սարքավորումներ, կորսեթներ, հատուկ կոշիկներ: Հիվանդը պետք է ստանա մերսում, բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա, սանատոր-կուրորտային բուժում:

Մկանների պարալիչների ժամանակ վերջույթին անհրաժեշտ է տալ այնպիսի դիրքեր, որոնք բացառում են այսդ մկանների ձգվածությունը, անտոգոնիստ մկանների կարճացումը: Սա նպաստում է կոնտրակտուրաների կանխարգելմանը: Այս դիրքերին հասնում են հատուկ շինաներ կրելով:

Պոլիոմելիտի հետևանքների ժամանակ կատարվում են վիրահատություններ ջլակապանային հոդային ապարատների վրա:

Փափուկ հյուսվածքային վիրահատություններից են միոտոմիաները, տենսոտոմիաներ, նրանց պլաստիկան, երկարացումը, կարճացումը և այլն:

Հոդախախտերի և ենթահոդախախտերի ժամանակ կատարվում է հոդախախտի բաց ուղղում, հոդաշապիկի, կապանների պլաստիկա, հոդային մակերեսների ռեկոնստրուկցիա: Ոսկրերի տվությունների կապակցությամբ կիրառվում են ուղղող օսթեոտոմիաների տարբեր ձևեր:

Ոտնաթաթի պարալիտիկ դեֆորմացիայի ժամանակ (էկվինովարուսային դիրք) մանկական տարիքում կատարվում են տարբեր ջլա-մկանային պլաստիկաներ, ինչպես նաև ջլերի կպման տեղի տեղափոխումներ (տրանսպոզիցիա): Ավելի մեծ հասակում (10-12 տարեկան) ոսկրերի դեֆորմացիաների կապակցությամբ ցուցված է ոտնաթաթի եռակի արթրոդեզ (ենթավեզային, վեզնավակաձև և կրունկխորանարդաձև հոդերում): Ավելի ծանր ձևերի ժամանակ կարելի է կատարել նաև սրունքթաթային հոդի արթրոդեզ:

Վերը նշված վիրահատություններից հետո վերջույթը անշարժացվում է գիպսային կապով, իսկ հետագայում ցուցված է օրթոպեդիկ կոշիկների կրում:

Ոսկրերի արտըահայտված կարճացումների ժամանակ կատարվում է նրանց երկարացում Իլիզարովի եղանակով:

ՈՏՆԱԹԱԹԻ ԴԵՖՈՐՄԱՑԻԱՆԵՐ

Ոտնաթաթի բոլոր դեֆորմացիաների մեջ ստատիկ դեֆորմացիաները կազմում են չափազանց մեծ տոկոս (61.3): Տվյալ ախտաբանությունը հանդիպում է հավասար ինչպես նստակյաց, այնպես էլ կանգնած աշխատանք կատարող անձանց մոտ: Սակայն այն անձիք, որոնց աշխատանքը կապված է երկարատև կանգնելու հետ, 2 անգամ ավելի հաճախ են գանգատվում ոտնաթաթերում ցավերից:

Հարթաթաթություն: Լայնակի հարթաթաթությունը երկու անգամ ավելի հաճախ է հանդիպում , քան երկայնականը: Երկայնական հարթաթաթության դեպքում թաթի երկարությունը մեծանում է երկայնական կամարի իջեցման հետևանքով: Լայնական հարթաթաթության ժամանակ թաթի երկարությունը կարճանում է ի հաշիվ հովհարաձև փոված նախագարշապարային ոսկրերի՝ դրսադարձ բթամատի և միջին մատի մրճանման դեֆորմացիայի :

Հարթաթաթությունը մարմնի զանգվածի հետ գտնվում է ուղիղ համեմատական կապի մեջ: Որքան մեծ է զանգվածը, մեծ է ծանրաբեռնվածությունը ոտնաթաթի վրա, այնքան ուժեղ է արտահայտված լինում երկայնական հարթաթաթությունը: Այս ախտաբանական վիճակը հիմնականում հանդիպում է կանանց մոտ: Երկայնական հարթաթաթությունը հանդիպում է 16-25 տարեկանում, լայնակի 35-50 տարեկանում:

Ըստ ծագման տարբերվում են բնածին, վնասվածքնային, պարալիտիկ և ստատիկ հարթաթաթություն:

Բնածին հարթաթաթության ախտորոշումը 5-6 տարեկանից վաղ դժվար է, քանի որ այդ տարիքի բոլոր երեխաների մոտ կան հարթաթաթության բոլոր տարբերը: Սակայն հարթաթաթության բոլոր դեպքերի 3% լինում է բնածին:

Վնասվածքային հարթաթաթությունը լինում է պճեղների, կրնկոսկրի, գարշապարային ոսկրերի կոտրվածքների հետևանքով:

Պարալիտիկ հարթաթաթությունը լինում է թաթի ներբանային մկանների և սրունքի մկանների պարալիչի դեպքում (պոլիոմելիտի հետևանքով):

Ռախիտիկ հարթաթաթությունը պայմանավորված է ոտնաթաթի թուլացած ոսկրերի վրա մարմնի ծանրության ազդեցությամբ:

Ստատիկ հարթաթաթությունը հանդիպում է առավել հաճախ՝ 82,1% դեպքերում: Այս ձևը առաջանում է սրունքի, ոտնաթաթի մկանների, կապանային ապարատի և ոսկրերի թուլության հետևանքով:

Ոտնաթաթի դեֆորմացիաներին նպաստող պատճառներից է նաև ժառանգական նախատրամադրվածությունը, իսկ արտաքին պատճառներից՝ ոտնաթաթի գերծանրաբեռնվածությունը:

Ստատիկ հարթաթաթության զարգացման պատճառները տարբեր են՝ մարմնի զանգվածի մեծացում, երկարատև կանգնած աշխատանքի, ֆիզիլոգիական ծերացման հետևանքով՝ մկանների ուժի թուլացում, նստակյաց մասնագիտությունների դեպքում՝ մարզվածության բացակայում:

Ա խ տ ո թ ո շ ու մ ը : Արտաքին գնման ժամանակ կարելի հարթաթաթությունը, ախտորոշել սակայն դա հնարավոր է ծանր, բարձիթողի դեպքերում, երբ կա նաև կրունկների վալգուսային դիրք:

Ավելի ճշգրիտ ախտորոշման համար կան մի շարք եղանակներ: Ֆրիդլանդի պողոմետրիկ եղանակով չափում են կարկինով ոտնաթաթի բարձրությունը՝ հատակից մինչև նավակաձև ոսկրի վերին մակերեսը, որը լավ շոշափվում է սրունք-թաթային հողից մի մատ առաջ: Հետո չափում են ոտնաթաթի երկարությունը՝ բթամատից մինչև կրնկի հետին կլորությունը: Պողոմետրիկ ինդեքսը հաշվարկելու նպատակով ոտնաթաթի բարձրությունը (մմ) բազմապատկում են 100 և ստացված թիվը բաժանում ոտնաթաթի երկարությանը (մմ): Նորմայում այն պետք է հավասար լինի 31-29: Եթե ինդեքսը գտնվում է 29-ից մինչև 27-ի միջև, նշանակում է կամարը իջած է: 25-ից ցածր ինդեքսը խոսում է արտահայտված հարթաթաթության մասին:

Սակայն ավելի ճշտգրիտ է հարթաթաթությանը ախտորոշել իմանալով կամարի բարձրությունը՝ հատակից մինչև ոտնաթաթի կամարի փափուկ հյուսվածքները: Դրա համար կիրառում են պլանտոգրաֆիա՝ ստանում ներբանի հետքը: Ներբանին քսում են ներկող նյութեր հոլանդական մուր, թանին: Ավելի կատարելագործված եղանակ է ներբանի հատակին հպվող մասերի հայելային պատկերի ստանալը:

Ստատիկ հարթաթաթությանը բնորոշ ցավային կետերն են՝ 1) ներբանային շրջանում, կամարի կենտրոնում, կրունկի ներսային եզրին; 2) ոտնաթաթի թիկնային երեսին, դրա կենտրոնական մասում; 3) ներսային և դրսային պճեղների տակ; 4) գարշապարային ոսկրերի գլխիկների միջև; 5) սրունքի մկաններում՝ նրանց ծանրաբեռնվածության հետևանքով; 6) ծնկան և կոնքազդրային հողերում՝ դրանց բիոմեխանիկայի փոփոխության հետևանքով; 7) ազդրում՝ լայն կապանի գերձգվածության հետևանքով; 8) գոտկատեղում՝ կոմպենսատոր արտահայտված լորդոզի հետևանքով: Ցավերը ուժեղանում են երեկոյան՝ ոտքի վրա երկար կանգնելուց հետո և թուլանում հանգստից: Երբեմն ոտնաթաթերը այտուցվում են, հատկապես դրսային պճեղի շրջանում:

Արտահայտված հարթաթաթությանը բնորոշ են հետևյալ ախտանիշները՝ ոտնաթաթը երկարացած է և միջին մասում լայնացած, երկայնական կամարը՝ իջած, ոտնաթաթը վարիակված է, նավակաձև ոսկրը ուրվագծում է ոտնաթաթի մեղիալ եզրին: Քայլվածքը խանգարված է, ոտնաթաթի ծայրերը զատված են դեպի դուրս: Երբեմն շարժումների ծավալը ոտնաթաթի հողերում լինում է սահմանափակ:

Ռենգենաբանական եղանակները հաստատում և ճշտում են ստացված տվյալները: Այն կատարում են կանգնած դիրքում և, ծանրաբեռնվածության տակ հարթաթաթության աստիճանը, կողմնային նկարների տակ:

Տ ա թ Բ ե թ ա կ ի չ ա խ տ ո թ ո շ ու մ : Հիմնականում կատարում են հարթաթաթությունների և պողազրայի, աքիլոբուրսիտի, խրոնիկ մկանային ռևմատիզմի, կրնկոսկրի խթանի, ոտնաթաթի տուբերկուլյոզի, Կելերի հիվանդության, ողնաշարի գոտկային շրջանի օսթեոխոնդոզի, իշիալգիկ երկրորդային ցավերի միջև:

Կ ա ն խ ա թ գ ե լ ու մ ը : Հարկավոր է վաղ հասակից մշակել ճիշտ քայլվածք և խուսափել ներբանների ծայրերը զատելուց: Այն անձինք, որոնք հարկադրված են երկար ժամանակ մնալ կանգնած, պետք է ժամանակ առ ժամանակ հանգստանան՝ հենվելով վերիակված ոտքերի արտաքին եզրերին: Աշխատանքի վերջում խորհուրդ է տալիս ընդունել տաք լոգանք և կատարել ոտնաթաթի կամարի և վերիակիչ մկանների մերսում: Կարևոր նշանակություն ունեն հետևյալ միջոցառումները՝ ոտաբոբիկ քայլել անհարթ մակերեսի և ավազի վրա, քայլել ոտքի մատերի վրա, ցատկել, մասնակցել շարժուն խաղերին: Կարևոր է կոշիկի ճիշտ ընտրությունը:

Կոշիկի միջային եզրը պետք է լինի ուղիղ, որպեսզի առաջին մատը չշեղվի, կոշիկի քթային ծայրերը պետք է լինեն լայն, իսկ կրունկների բարձրությունը՝ 3-4սմ: Առավել ֆիզիոլոգիական են սուպինատոր ունեցող կոշիկները:

Հարթաթաթայության կանխարգելման և ցավերը մեղմացնելու նպատակով գոյություն ունեն բազմաթիվ հարմարանքներ, ընդհուպ հատուկ կոշիկի կրելը: Թեթև դեֆորմացիաների դեպքում կիրառում են մեջդիրներ: Բարդ դեֆորմացիաների դեպքում օգտագործում են հատուկ պատրաստված կոշիկներ կամ օթոպեդիկ մեջդիրներ:

Բ ու ժ ու մ ը : Հարթաթաթայության ծանր ձևերի դեպքում, երբ կան մշտական ցավեր, ցուցված է վիրահատական բուժում, որը հաճախ կատարում են ոտնաթաթի ուղղված դիրքում մի շարք ռեդրեսացնող վիրակապեր դնելուց հետո: Եթե հնարավոր է լինում ոտնաթաթին տալ ճիշտ դիրք, կատարում են երկար նրբոլոքային մկանի ջլի տեղափոխում ոտնաթաթի ներսային եզրին, իսկ այդ մկանի դիստալ ծայրը կարում են կարճ նրբոլոքային մկանի ջլին: Վիրահատությունը ուղեկցվում է Աքիլեյան ջլի տենոտոմիայով: Վերջում դնում են գիպսային վիրակապ 4-5 շաբաթով:

Ոսկրային փոփոխությունների դեպքում, երբ հնարավոր չէ ոտնաթաթը ուղղել, կատարում են սեպաձև կամ մանգաղաձև ռեզեկցիա և որոշ հատվածների հեռացում: Վիրահատությունը ուղեկցվում է երկար նրբոլոքային մկանի ջլի պատվաստումով ոտնաթաթի ներսային եզրին: Ոսկրային վիրահատությունները առավել էֆեկտիվ են, քանի որ պատվաստված մկանները չեն կարող երկար ժամանակ դիմանալ ստատիկ ծանրաբեռնվածությանը: Վիրահատությունից հետո դնում են գիպսային կապ 4-5 շաբաթով:

Խորակամար ոտնաթաթ: Կարող է լինել բնածին և տարած հիվանդությունների (պոլիոմիելիտի, սպաստիկ պարալիչների, Ֆրիդրեյխի հիվանդության) հետևանք: Սմբակաձև ոտնաթաթը հաճախ հանդիսանում է ժառանգական նշան և հաճախակի հանդիպում ողնաշարի գոտկասրբանային հատվածի աղեղիկների թերի զարգացման դեպքում: Սակայն հաճախ բարձր երկայնակի կամարներով ոտնաթաթերը համարվում են նորմալի տարատեսակ:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Սմբակաձև ոտնաթաթի հատկապես միջին ծանրության և ծանր դեպքերում բնորոշ է ոտնաթաթի առաջային հատվածի իջեցում՝ կրունկը ձգվում է դեպի վեր, ձևավորվում է ձիու սմբակի նման ոտնաթաթ: Վեգոսկրը գտնվում է դեպի առաջ երկարացած վզիկով ենթահոդախախտի դիրքում: Ներքանային ապոնևրոզը զգալի լարված է: Ոտնաթաթի մատերը հաճախ ունենում են մրճանման տեսք: Նախագարշապարային միջին ոսկրերի գլխիկների տակ առկա են կոշտուկներ: Ցավերը այդ ոսկրերի գլխիկների տակ և հարմար կոշիկ ընտրելու անհնարությունը ստիպում են հիվանդներին դիմել բժշկի:

Բ ու ժ ու մ ը : Բուժման ընտրությունը կախված է էթիոլոգիայից, դեֆորմացիայի աստիճանից և հիվանդի տարիքից: Թեթև ձևերը դեպքում հատուկ բուժում չի պահանջվում: Նշանակում են բուժական մարմնամարզություն, մերսում, ֆիզիոթերապիա, ուղղող կոշիկների կրում:

Խորակամար ոտնաթաթի դեպքում վիրահատությունը կատարվում է ոսկրերի վրա, քանի որ մկանների ջլերի փոխպատվաստումը արդյունավետ չէ: Կիրառում են ոտնաթաթի եռակի արթրոդեզ, երբեմն լրացնելով այն շոպարյան հողի արթրոդեզով, կատարում ոտնաթաթի ոսկրերի սեպաձև և մանգաղաձև օսթեոտոմիա:

Ոտնաթաթի զգալի դեֆորմացիաների դեպքում լավ արդյունք է տալիս Միտքեյտի վիրահատությունը, որն իր մեջ ընդգրկում է եռակի արթրոդեզ, նախագարշապարային I ոսկրի օսթեոտոմիա, աքիլեյան ջլի երկարացում և մկանների տեղափոխում:

Ոտնաթաթի լայնակի փոխվածություն և դրսադարձ բթամատ (hallux valgus):

Լայնական հարթաթաթոթյան ծագման մեջ բացի ոտնաթաթի մկաններից և միջոսկրային փակեղից, հիմնական դերը պատկանում է ներբանային փակեղին: Ուստի լայնական հարթաթաթոթյունը հարկավոր է համարել կապանային ապարատի անբավարարություն:

Նորմայում՝ քայլելիս մաքսիմալ ճնշումը ընկնում է նախագարշապարային I ոսկրի վրա, իսկ մինիմալը՝ IV-V ոսկրերի վրա: Լայնական հարթաթաթոթյան ժամանակ նկատվում է նախագարշապարային I ոսկրի վրա ճնշման կտրուկ իջեցում և նախագարշապարային միջին ոսկրերի գլխիկների վրա ճնշման բարձրացում: Եթե նորմայում մարմնի զանգվածի 50%-ը բաժին է ընկնում նախագարշապարային I ոսկրի գլխիկի վրա, ապա լայնական հարթաթաթոթյան ժամանակ՝ միայն 14%:

Լայնական հարթաթաթոթյան դեպքում նախագարշապարային I ոսկրը պտտվում է երկայնակի առանցքի շուրջը և բարձրանում վեր: Նախագարշապարային միջին ոսկրերը մնում են իրենց տեղում: Նախագարշապարային I ոսկրի շեղման դեպքում սեսամաձև ոսկրերը շոշափվում են միջոսկրային տարածության մեջ, այսինքն տեղի է ունենում հոդախախտ նախագարշապարասեսամաձև հոդում:

I մատի մեկուսացված շեղումը նախագարշապարային I ոսկրի նկատմամբ նորմայում կազմում է մոտ 10 °, V մատինը՝ 5 °: Տարբերում են դրսադարձ բթամատի հետևյալ աստիճանները. I աստիճան՝ I մատի շեղումը 15 °, V մատինը 7-8 °; II աստիճան՝ I մատի շեղումը 20 °; III աստիճան՝ I մատը շեղված է դուրս 30 °-ից ավել:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Դրսադարձ բթամատի դեպքում լինում են ցավեր՝ հատկապես կոշիկ հագնելիս, նախագարշապարային I ոսկրի գլխիկի ճնշման հետևանքով: Տիպիկ է բուրսիտի առկայությունը նախագարշապարային I ոսկրի գլխիկի շրջանում; Այն բնորոշվում է կարմրությամբ, ուռածությամբ, երբեմն սինովիալ հեղուկի առկայությամբ:

Բ ու ժ ու մ ը : Լայնական հարթաթաթոթյան և դրսադարձ բթամատի դեպքում բուժումը կոնսերվատիվ է և վիրահատական:

Կոնսերվատիվ բուժումը կայանում է տարբեր ձևի օրթոպեդիկ կոշիկ կրելու մեջ: Թեթև ձևերի (I աստիճանի) դեպքում կոշտուկներից ներքև կարելի է դնել փոքրիկ գլանիկ: Տար լոգանքները, մերսումը և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները նվազեցնում են ցավը:

Ներկայումս առաջարկված են դրսադարձ բթամատի վիրահատական բուժման ավելի քան 150 եղանակ: Աննշան արտահայտված լայնական հարթաթաթոթյան և դրսադարձ բթամատի դեպքում առավել տարածում է գտել վիրահատությունը ըստ Շեդեի (I-II աստիճան):

I մատի միջին աստիճանի շեղումների դեպքում առավել հաճախ կիրառվում են վիրահատության հետևյալ տեսակը՝ 1) նախագարշապարային I ոսկրի գլխիկի մեղիալ եզրով ոսկրաաճառային գերաճների հեռացում (ըստ Շեդեի); 2) I մատի պրոքսիմալ ֆալանգի հիմքի հատում (ըստ Բրանդեսի); 3) նախագարշապարային I ոսկրի հիմքի օսթեոտոմիա ոսկրային սեպի ներխրումով, 4) I մատի երկար ծալիչի ջլի տեղափոխում դեպի ներս; 5) ներբանային լայնակի կապանի ձևավորում լավասնե ժապավենով կամ մետաքսե թելերով, որոնք անց են կացնում նախագարշապարային I և V ոսկրերի դիաֆիզների շուրջը, ձգում և կապում ներբանային կողմում, թիկնային մակերեսը թողնելով ազատ (Կուսիկի եղանակի ձևափոխում); 6) մատերի մրճանման դեֆորմացիայի վերացում միջին ֆալանգի պրոքսիմալ հատվածի հատման միջոցով:

Գիպսային կապը դնում են մինչև ծնկան հոդը 8 շաբաթ ժամկետով:

Մրճանման մատ: Որպես ինքնուրույն հիվանդություն հանդիպում է ոչ հաճախ, սովորաբար՝ ոտնաթաթի այլ դեֆորմացիաների հետ զուգակցված: Դեֆորմացիայի զարգացման դեպքում հնարավոր է մատերի (հիմային ֆալանգների) ենթահոդախախտ

նախագարշապարաֆալանգային հողերում: Այս դեպքում մատերը չեն մասնակցում հենման ֆունկցիային և քայլելիս ծանրության ուժը ընկնում է նախագարշապարային ոսկրերի գլխիկների վրա: Այս ոսկրերի գլխիկների տակ՝ մաշկի վրա առաջանում են կոշտուկներ: Մրճանման մատի ժամանակ ցավի հիմնական պատճառ է հանդիսանում նախագարշապար-ֆալանգային հողերի դեֆորմացնող արթրոզը և միջֆալանգային հողերի թիկնային մակերեսին գտնվող կոշտուկը (առավել հաճախ՝ II մատի):

Բ ու ժ ու մ ը : Մրճանման մատերի դեպքում կոնսերվատիվ բուժումը ցուցված է միայն այն դեպքում, եթե վիրահատությունը որոշ պատճառներով հակացուցված է (տարիքը, հիվանդի ընդհանուր վիճակը, շաքարախտը դեկոմպենսացիայի շրջանում և այլն.): Այս դեպքերում լավ արդյունք է տալիս հատուկ կոշիկ կրելը:

Մրճանման մատերի դեպքում առաջարկված են ավելի քան 40 վիրահատություն, սակայն առավել տարածում է գտել հիմնային ֆալանգի դիաֆիզի հատվածի հատումը միջին և դիստալ հատվածով (մոտ 1 սմ երկարությամբ): Դեֆորմացիան վերացնելուց հետո վիրահատական սեղանի վրա դնում են գիպսային կապ (սանդալի տիպի) 4 շաբաթով:

Կրնկախթան: Կրնկոսկրի ներբանային մակերեսի էկզոստոզն է (օսթեոֆիտը), որի հիմքը միաձուլված է կրնկոսկրի հետ: Հիվանդները գանգատվում են կրոնկի ստորին մակերեսի խիստ արտահայտված ցավերից: Երբեմն ցավերը լինում են հանկարծակի և կտրուկ:

Ռենտգենյան նկարների վրա հաճախ տեսանելի են լինում ոսկրային արտացցվածքներ, վերնոսկրի հաստացում, կրնկոսկրի ուրվագծերի անհստակություն: Որոշ դեպքերում օսթեոֆիտները կարող են չհայտնաբերվել: Այդպիսի դեպքերում հարկավոր է ենթադրել, որ ցավերը պայմանավորված են ուղեկցող պերիոստիտով կամ բուրսիտով: Ակնհայտ է, որ ցավերը առաջանում են նաև պրոցեսի մեջ վերնոսկրի հետ կապված նյարդաթելերի ներգրավման հետ:

Բ ու ժ ու մ ը : Եթե կրնկախթանները պայմանավորված են հարթաթաթությամբ, բուժումը պետք է լինի օրթոպեդիկ կոշիկ կամ հատուկ միջադիր կրելը: Բացի այդ, ցանկալի է կիրառել հակաբորբոքիչ միջոցներ՝ տաք լոզանքներ, պարաֆինային ապլիկացիաներ, ցեխաբուժում, նովոկաինի ներմուծում առավել ցավոտ կետում: Ֆիզիոթերապիայի և հատկապես ուլտրաձայնային բուժման անարդյունավետության դեպքում խորհուրդ են տալիս ռենտգեն բուժում (75 Ռ ամեն 3-4 օրը, 4-5 պրոցեդուրա): Եթե կոնսերվատիվ բուժումը արդյունք չի տալիս ցուցված է կրնկախթանի հեռացում:

Շքերթային կոտրվածք (Դեյչլենդերի հիվանդություն): Այս կոտրվածքը, որը առավել հաճախ հանդիպում է նախագարշապարային II և III ոսկրերում: Պատճառը համարվում է գերծանրաբեռնվածությունը: Դա հաստատվում է այն փաստով, որ նման կոտրվածքները հաճախ հանդիպում են զինվորների մոտ, որոնք երկար քայլում են վարժապարտակում: Միկրոսկոպիկ հետազոտման դեպքում հայտնաբերում են բազմակի միկրոկոտրվածքներ Լոոզերի գոտիների վերակառուցման պատկերով:

Կ լ ի ն ի կ ա ն : Շոշափման ժամանակ նշում են ցավոտություն և այտուց նախագարշապարային II և III ոսկրերի շրջանում: Ախտորոշումը հաստատում են ռենտգենաբանական հետազոտության միջոցով: Սովորաբար այդ կոտրվածքները լավ են սերտաճում և ոսկրային կոշտուկի լրիվ վերակառուցումը նկատվում է 4-6 ամիսից: Հաճախ այս կոտրվածքները չեն ախտորոշվում, քանի որ երբեմն ցավերը լինում են աննշան: Բժիշկին դիմելու պահին ռենտգեն նկարի վրա արդեն հստակ երևում է ոսկրային կոշտուկը: Չնայած լավ պրոգնոզի, ցավերը կարող են շարունակվել մի քանի ամիս:

Բ ու ժ ու մ ը : Մուր շրջանում անհրաժեշտ է անկողնային ռեժիմ 7-10 օրով և անշարժացում գիպսային կապով: Հետո թույլ են տալիս քայլել՝ հենակների վրա՝ աստիճանաբար ավելացնելով

ծանրաբեռնումը ոտնաթաթի վրա: Անց են կացնում ֆիզիոթերապևտիկ բուժում: Հետագայում ցուցված է կրել ներդրվող միջադիր կամ օրթոպեդիկ կոշիկ:

ԹԵՄԱ 5

ԲԱԶԿՈՍԿՐԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Բազկոսկրի կոտրվածքների դասակարգումը: Բազկոսկրի կոտրվածքները կազմում են բոլոր կոտրվածքների մոտ 9-12 %: Տարբերում են բազկոսկրի պրոքսիմալ ծայրի, դիաֆիզի և դիստալ մետաֆիզի կոտրվածքներ:

Պրոքսիմալ ծայրի կոտրվածքները առավել հաճախ հանդիպում են ծերունական հասակի անձանց մոտ, իսկ դիաֆիզի և դիստալ մետաֆիզի կոտրվածքները՝ երիտասարդ հասակում կամ երեխաների մոտ:

Այս վնասվածքները կարող են առաջանալ վնասման ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով:

Բազկոսկրի պրոքսիմալ ծայրի կոտրվածքներ

Բազկոսկրի պրոքսիմալ հատվածում տարբերում են ներհողային և արտահողային կոտրվածքներ: Առաջին խմբի մեջ են մտնում բազկոսկրի գլխիկի և անատոմիական վզիկի կոտրվածքները, որոնք հիմնականում հանդիպում են մեծահասակների և ծերերի մոտ: Այս վնասվածքները հաճախ ուղղակի հարվածի հետևանք են: Կամ առաջանում են անուղղակի մեխանիզմով՝ արմուկի կամ դաստակի վրա վայր ընկնելու հետևանքով:

Երբեմն անատոմիական վզիկի կոտրվածքի ժամանակ դիստալ ոսկրաբեկորը ներ է մղվում բազկոսկրի գլխիկի մեջ, առաջանում է այսպես կոչված ներմղված կոտրվածք:

Կլինիկական և ախտորոշումը: Արտաքին զննման ժամանակ հայտնաբերում են ուսահողի չափերի մեծացում, որը հեմարթրոզի հետևանք է: Հոդի ուրվագծերը հարթված են, կա արտահայտված լարվածություն: Ակտիվ շարժումները հողում խիստ սահմանափակ են կամ լրիվ բացակայում են: Պասիվ շարժումները նույնպես սահմանափակված են ցավային արտահայտված ախտանիշի հետևանքով:

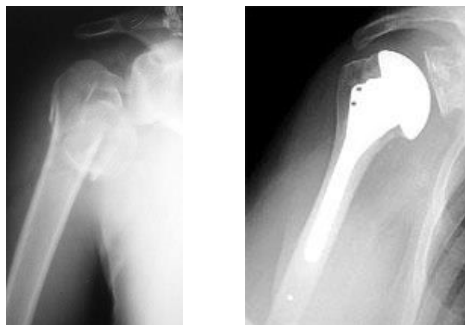
Արմնկահողի շրջանում ըստ առանցքի թեթև հարվածելու դեպքում հիվանդը նշում է խիստ արտահայտված ցավ վնասված հողում:

Բուժումը այսպիսի կոտրվածքների դեպքում կայանում է ցավազրկման և վերջույթի կարճատև անշարժացման մեջ: Հոդի մեջ ներմուծում են 20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ, որից հետո վերին վերջույթը 6-10օրով անշարժացնում են սեպածև բարձիկի վրա գլխաշորի օգնությամբ: Առաջին իսկ օրերից հիվանդը պետք է կատարի շարժումներ մատերում և ճաճանչադաստակային հողում, 3-4-րդ օրից՝ արմնահողում, իսկ 5-6-րդ օրից՝ վնասված հողում: 10-15 օր անց արտաքին անշարժացումը հանում են և հիվանդին նշանակում են ավելի ակտիվ բուժական մարմնամարզություն, ինչպես նաև ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ, մերսում և այլն.:

Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում վնասվածքի վայրը ցավազրկելուց հետո կատարում են կոտրվածքի միամոմենտ համադրում և վերջույթը անշարժացնում վերը նշված եղանակով: Բուժման տակտիկական նույնն է:

Այն դեպքերում, երբ ուղղումը չի հաջողվում, հատկապես երիտասարդ տարիքում, ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ օստեոսինթեզ թ-ձև մետաղյա թիթեղիկների կամ պտուտակների միջոցով:

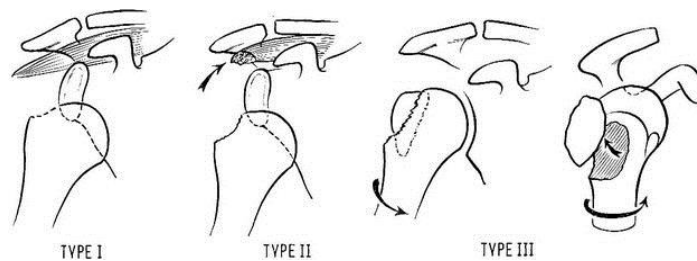
Բազկոսկրի գլխիկի ծանր բազմաբեկոր կոտրվածքների դեպքում, երբ օստեոսինթեզը տեխնիկապես անհնար է, կատարում են բազկոսկրի գլխիկի բեկորների հեռացում և էնդոպրոթեզավորում:



Բարձի թողի դեպքերում, երբ հայտնաբերվում է հողում ծանր հետվնասվածքային դեֆորմացնող արթրոզ և հողանակերեսների անհամապատասխանություն, կարելի է կատարել հողի արթրոդեզ կամ տոտալ էնդոպրոթեզավորում:



Բազկոսկրի պրոքսիմալ ծայրի արտահոդային կոտրվածքների խմբին են պատկանում մեծ թմբկի, փոքր թմբկի և վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքները: Հիմնականում հանդիպում են մեծ թմբկի պոկումներ տեղաշարժով, որը լինում է անուղղակի վնասվածքի հետևանք: Հաճախ այս կոտրվածքը ուղեկցվում է բազկոսկրի գլխիկի հողախախտով:



Շոշափման ժամանակ մեծ թմբկության շրջանում հայտնաբերում են ցավոտություն: **Տուժում է բազկի պտույտը դեպի դուրս և գատումը, քանի որ մեծ թմբկի շրջանում բազկոսկրին է կաչում այն դեպի դուրս պտտող մկանները (mm. infraspinatus, teres minor) և գատում կատարող (m.supraspinatus) մկանները:** Բազկի մեծ թմբկության տեղաշարժով կոտրվածքների անբավարար բուժումը առաջացնում է ախտահարված ուսահողի պտտող և գատող կոնտրակտուրա՝ Իմպինջմենթ համախտանիշ:

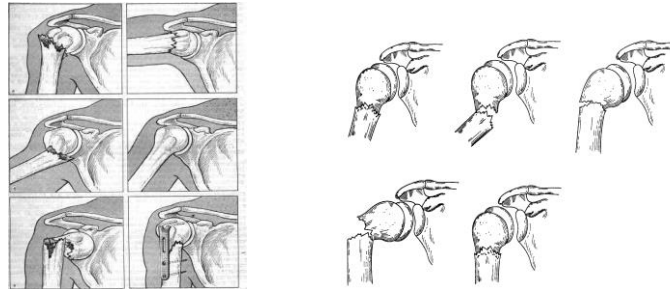
Բուժումը: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում այն կոնսերվատիվ է: Վերջույթը 10-15 օրով անշարժացնում են գլխաշրոով, որից հետո անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն և մերսում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-2 ամիս անց:

Մեծ թմբկության պոկման դեպքում, երբ կա արտահայտված տեղաշարժ, կատարում են կոտրվածքի օստեոսինթեզ պտուտակի կամ շուղերի միջոցով:



Վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքները հանդիսանում են բազկոսկրի պրոքսիմալ կոտրվածքների մեջ առավել հաճախ հանդիպող կոտրվածքը: Հիմնականում առաջանում է անուղղակի մեխանիզմով՝ նախաբազկի կամ արմնկային հողի վրա վայր ընկնելու դեպքում: Եթե վայր ընկնելու պահին ձեռքը լինում է գատման դիրքում, տեղի է ունենում աբդուկցիոն կոտրվածք: Այդ դեպքում կենտրոնական ոսկրաբեկորը առբերված է և պտտված դեպի ներս, պերիֆերիկ ոսկրաբեկորը՝ ուղղված դեպի առաջ

և վեր: Կենտրոնական և պերիֆերիկ ոսկրաբեկորների միջև առաջանում է դեպի դուրս և հետ բացված անկյուն: Եթե վայր ընկնելու պահին ձեռքը լինում է առբերման դիրքում, տեղի է ունենում ադդուկցիոն կոտրվածք, որի դեպքում կենտրոնական ոսկրաբեկորը զատվում է և պտտվում դեպի դուրս, իսկ դիստալ ոսկրաբեկորի պրոքսիմալ ծայրը տեղաշարժվում է դեպի դուրս և առաջ և պտտվում դեպի ներս: Ոսկրաբեկորների միջև առաջանում է դեպի ներս և հետ բացված անկյուն: Եթե ձեռքը եղել է միջին դիրքում, ապա հաճախ լինում է դիստալ ոսկրաբեկորի ներմղում պրոքսիմալի մեջ և առաջանում է բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի ներմղված կոտրվածք: Նկ.15



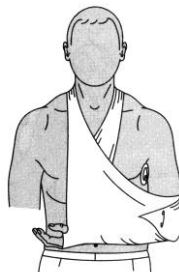
Նկ.15

Վերը նշված բոլոր կոտրվածքները երբեմն ուղեկցվում են բազկոսկրի լրիվ հոդախախտով կամ ենթահոդախախտով, որը ավելի է բարդացնում բուժումը:

Կլինիկան և ախտորոշումը: Հիվանդը նշում է ցավ, որը ուժեղանում է շարժումների ժամանակ: Արտաքին զննման ժամանակ բազկոսկրի վերին երրորդականի շրջանում հայտնաբերում են այտուց և ենթամաշկային հեմատոմա: Երբեմն հաջողվում է շոշափել կոտրված բեկորների ծայրերը: Տեղաշարժի դեպքում փոխվում է բազկոսկրի առանցքը: Հայտնաբերվում է բազկոսկրի անկյունային տծնություն ուղղված դեպի ներս կամ դուրս: Շոշափման ժամանակ երբեմն նկատվում է ախտաբանական շարժունություն և ոսկրային կրեպիտացիա: Իտարբերություն բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտի այս դեպքում զսպանակային դիմադրություն չի հայտնաբերվում, իսկ գլխիկը շոշափվում է իր բնական տեղում:

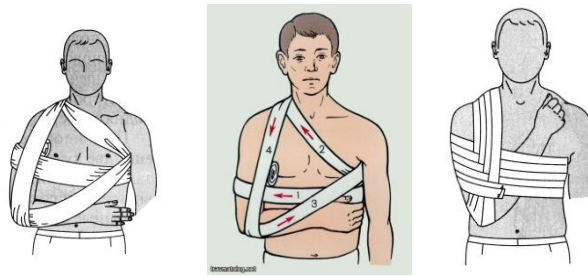
Ներմղված կոտրվածքների դեպքում կլինիկական նշանները լինում են ավելի աղքատիկ՝ կարող է հայտնաբերվել միայն տեղային թույլ արտահայտված ցավոտություն և թեթև այտուց: Ակտիվ շարժումները լինում են չափավոր սահմանափակված: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը օգնում է ճիշտ ախտորոշել վնասվածքի բնույթը:

Բուժումը: Մեծահասակների և ծերերի մոտ վիրաբուժական վզիկի կոտրվածքները հաճախ ներուղղման կարիք չեն ունենում, կատարվում է ֆունկցիոնալ բուժում ըստ Գորինսկայայի, բուժումը տարվում է գլխաշորի վրա արմունկի 60-70 ° ծալման դիրքում: Երկրորդ օրվանից սկսած հիվանդը կատարում է շարժումներ մատերում, ճաճանջադաստակային հոդում և արմնկային հոդում, իսկ 5-6-րդ օրից սկսած՝ նաև վնասված հոդում:



Ադդուկցիոն կոտրվածքների դեպքում կատարում են ոսկրաբեկորների ներուղղում տեղային ցավազրկման տակ (20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ) հետևյալ կերպ. կատարում են բազկոսկրի ձգում ըստ առանցքի և զատում: Այս դիրքում վերջույթը ֆիքսում են զատող բեկակալի կամ սեպածև բարձիկի վրա: Վերջինս պետք է գտնվի արմնկային հոդի շրջանում:

Աբդուկցիոն կոտրվածքի դեպքում ցավազրկելուց հետո կատարում են բազկոսկրի ձգում ըստ առանցքի և առբերում: Ապա անթափոսի շրջանում դնում են փոքրիկ բարձիկ և վերջույթը անշարժացնում Դեզոյի կան Վիլպոյի վիրակապերով:



Երբեմն այս կոտրվածքների բուժման ժամանակ կիրառում են կմախքային ձգում ստանդարտ գատող բեկակալների վրա: Շուրջ անց են կացնում արմնկելունից:

Արտաքին անշարժացումը վերը նշված կոտրվածքների ժամանակ տևում է 5-6 շաբաթ, որից հետո հիվանդին նշանակում են բուժական մարմնամարզություն և մերսում:

Բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի ներմղված և առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում նույնպես տարվում է ֆունկցիոնալ բուժում գլխաշորի վրա: Անշարժացման առաջին իսկ օրերից հիվանդներին նշանակում են բուժական մարմնամարզություն վնասված հոդում: Անշարժացման տևողությունն է 2-3 շաբաթ:

Բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի արտահայտված տեղաշարժով ինչպես ադդուկցիոն, այնպես էլ աբդուկցիոն կոտրվածքների դեպքում, երբ ոսկրաբեկորների չեն հաղորդակցվում միմյանց հետ և փակ ներուղղումը անարդյունավետ է, անհրաժեշտ է դիմել վիրահատական բուժմանը:

Օստեոսինթեզը իրականացնում են հատուկ թ-ձև կամ Ձ-ձև թիթեղիկների կամ պտուտակների միջոցով: Վիրահատությունից հետո վերին վերջույթը անշարժացնում են Դեզոյի փափուկ վիրակապով: Անութային փոսի շրջանում դնում են փոքրիկ բարձիկ: Անշարժացման տևողությունն է 2-3 շաբաթ, որից հետո հիվանդները սկսում են կատարել շարժումներ վիրահատված հոդում:



Երբեմն, այսպիսի կոտրվածքների դեպքում, կատարում են արտաօջախային օստեոսինթեզ ծողային սարքերի միջոցով փակ եղանակով: Օստեոսինթեզի այս եղանակը հնարավորություն է տալիս կատարել ակտիվ շարժումներ սկսած 2-3-րդ օրից:



Բազկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածք

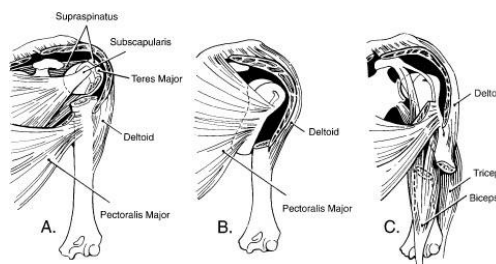
Բազկոսկրի դիաֆիզար հատվածի կոտրվածքները, ըստ գրականության տվյալների, հանդիպում են 26 % դեպքերում: Դրանք կարող են լինել բաց և փակ կոտրվածքներ:

Ըստ կոտրվածքի գծի բնույթի տարբերում են թեք, միջածիգ, պտուտակածև և բեկորային: Ըստ տեղակայման լինում են վերին, միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածքներ: Միջածիգ և բեկորային կոտրվածքները հիմնականում առաջանում են ուղղակի հարվածից, իսկ պտուտակածև կոտրվածքները՝ վնասման անուղղակի մեխանիզմով:

Դիաֆիզար կոտրվածքները հիմնականում լինում են տեղաշարժով: Վերջինիս բնույթը կախված է լինում կոտրվածքի մակարդակից: Այսպես, եթե կոտրվածքի գիծը գտնվում է դելտայածև մնակի կաման վայրից վեր, ապա կենտրոնական ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է դեպի ներս և հետ, իսկ դիստալը՝ դեպի դուրս: Եթե կոտրվածքի գիծը անցնում է դելտայածև մկանի կաման վայրից ցած, ապա պրոքսիմալ բեկորը տեղաշարժվում է դեպի դուրս և վեր, իսկ դիստալը՝ դեպի վեր և մի փոքր հետ:

Միջին երրորդականի կոտրվածքի համար տեղաշարժը բնորոշ է:

Ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում եռազլուխ մկանի ազդեցության հետևանքով առաջանում է տեղաշարժ, որի դեպքում ոսկրաբեկորների միջև եղած անկյունը ուղղված է լինում դեպի հետ:



Կլինիկան և ախտորոշումը: Դիաֆիզար կոտրվածքներին բնորոշ են այտուցը, ուռածությունը, վերջույթի տծնությունը, ախտաբանական շարժունությունը և ոսկրային կրեպիտացիան համապատասխան մակարդակի վրա: Արտահայտված տեղաշարժի դեպքում հայտնաբերում են վերջույթի բացարձակ կարճացում:

Ըստ առանցքի հարվածելիս հիվանդը նշում է խիստ ցավոտություն վնասվածքի շրջանում: Խանգարվում են նաև կոտրվածքի հարևան հոդերի ֆունկցիաները:

Երբեմն դիաֆիզի կոտրվածքները բարդանում են նյարդերի կամ անոթների վնասումով: Այսպիսի դեպքերում հայտնաբերում են նյարդային կամ անոթային ծայրամասային փոփոխություններ, որոնք պահանջում են համապատասխան բուժում:

Բուժումը: Յուրաքանչյուր հիվանդի մոտ բուժման տակտիկան կոտրվածքի մակարդակից, ձևից, տեղաշարժի բնույթից, հիվանդի տարիքից և այլ գործոններից:

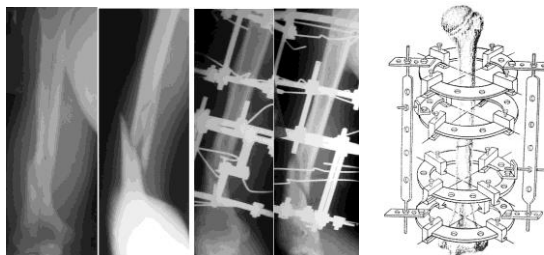
Այսպես, առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում վերջույթը անշարժացնում են գիպսային կապով մատների հիմից մինչև առողջ կողմի թիակի եզրը:

Տեղաշարժով պտուտակածև և թեք կոտրվածքների դեպքում ցավազրկելուց հետո վերջույթը անշարժացնում են հետին գիպսային լոնգետի վրա և կախում գլխաշորի օգնությամբ: Այսպիսի անշարժացման ժամանակ ցանկալի է, որպեսզի հիվանդը սկսած երկրորդ օրվանից կատարի շարժումներ մատերում և ճաճանչադաստակային հոդում: Ոսկրային կոշտուկը սկսում է առաջանալ 5-6 շաբաթից, որից հետո արտաքին անշարժացումը հանում են և հիվանդը ստանում է բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցներ:

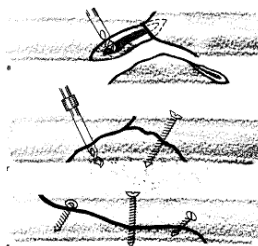
Որոշ դեպքերում պահանջվում է տեղաշարժի համադրում փակ միամոմենտ եղանակով, որի համար հենատոմայի մեջ ներարկում են 20-30 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ: Ուղղելուց հետո վերջույթը անշարժացնում են թորակորբախեալ գիպսային կապով կամ իրականացնում կմախքային ձգում զատող բեկակալի վրա 4-5 կգ քաշով: Շուրջ անց են կացնում արմնկելունից: Անշարժացման տևողությունն է 1.5-2 ամիս:

Վիրահատական բուժումը ցուցված է բաց կոտրվածքների, նյարդերի վնասման, չներուղվող կոտրվածքների դեպքում, երբ առկա է փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիա: Վիրաբուժական եղանակի և մետաղական կոնստրուկցիայի ընտրությունը նույնպես կախված կոտրվածքի մակարդակից, դրա ձևից, տեղաշարժի բնույթից և այլ գործոններից:

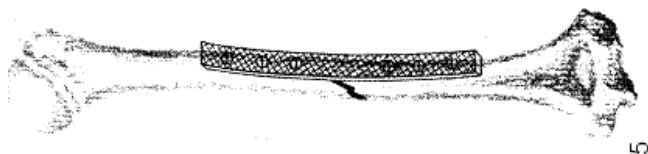
Կիրառում են ինչպես տեղային օստեոսինթեզ, այնպես էլ արտաօջախային կոնստրուկցիոն-դիստրակցիոն օստեոսինթեզ շուղային կամ ձողային սարքերի օգնությամբ:



Թեք և պտուտակաձև կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորները ֆիքսում են մետաղական պտուտակներով:



Միջաձիգ կոտրվածքների դեպքում ցուցված է կատարել արտաոսկրային օստեոսինթեզ մետաղական թիթեղիկով և պտուտակներով: Ըստ որում, կիրառում են հատուկ թիթեղներ, որոնք ոչ միայն անատոմիորեն ճիշտ են անշարժացնում կոտրվածքը, այլև հնարավորություն են ընձեռում ոսկրաբեկորները հաստատուն ուժով ֆիքսել միմյանց, որը նպաստում է արագ սերտաձմանը:



Ներոսկրային օստեոսինթեզ ցանկալի չէ կիրառել, քանի որ վիրահատության ժամանակ ձողը անցնում է ուսահողով և կարող է դառնալ հետվիրահատական դեֆորմացնող արթրոզի պատճառ:



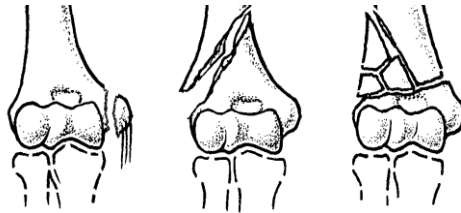
Ինչպես արտաօջախային, այնպես էլ մետաղական կայուն օստեոսինթեզից հետո հիվանդները հնարավորություն ունեն շարժումներ կատարել վերջույթի բոլոր հողերում:

Նյարդերի վնասման դեպքում (առավել հաճախ վնասվում է ճաճանչային նյարդը դիաֆիզար միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածքների դեպքում) անհրաժեշտ է կատարել վերջինիս ֆունկցիայի ստուգում և համապատասխան վիրաբուժական միջոցառումներ: Այսպես, եթե նյարդը սեղմված է ոսկրաբեկորների մեջ, սակայն դեռ ամբողջական է, ապա այն զգուշությամբ անջատում են բեկորներից և կպումներից, որից հետո միայն իրականացնում օստեոսինթեզը: Եթե նյարդի ամբողջականությունը խախտված է, ապա կատարում են առաջնային նեյրոռաֆիա (նյարդի ամբողջականության վերականգնում հանգույցային կարերով):

Բազկոսկրի դիստալ եզրի կոտրվածք

Այս կոտրվածքները լինում են արտահոդային և ներհոդային: Առաջին խմբին են պատկանում վերկոճային կոտրվածքները, իսկ երկրորդ խմբի մեջ են մտնում ներկոճային կոտրվածքները, դրսային և ներսային կոճերի մեկուսացված կոտրվածքները, միջկոճային T-ձև և V-ձև կոտրվածքները: Արտահոդային վերկոճային կոտրվածքները հաճախ հանդիպում են երեխաների մոտ, երիտասարդ տարիքում և ստորաբաժանվում երկու խմբի՝ տարածիչ կոտրվածքներ, երբ ոսկրաբեկորների միջև եղած անկյունը բացված է դեպի հետ, և ծալիչ կոտրվածքներ, երբ անկյունը բացված է դեպի առաջ: Առավել հաճախ հանդիպում է վերկոճային ծալիչ կոտրվածքը, որն առաջանում է ծավված արմնկային հոդի վրա վայր ընկնելիս:

Վերկոճային կոտրվածքները երբեմն կարող են բարդանալ նյարդաանոթային ցողունի վնասումով:



Կլինիկան և ախտորոշումը: Վերկոճային տարածիչ կոտրվածքի դեպքում արմնկային հոդի շրջանում հաճախ հայտնաբերում են զգալի ուռածություն և այտուց: Արմնկելունից մի փոքր վեր շոշափման ժամանակ նկատվում է փափուկ հյուսվածքների ներանկում: Երբեմն առջևից շոշափվում է կենտրոնական ոսկրաբեկորի ծայրը: Բացի դա կա նաև վերջույթի կարճացում, ինչպես նաև բազկոսկրի անկյունային դեֆորմացիա ուղղված դեպի հետ: Այդ շրջանի շոշափումը խիստ ցավոտ է, հայտնաբերվում է նաև ոսկրային կրեպիտացիա և ախտաբանական շարժունություն:

Ծալիչ կոտրվածքի դեպքում դեֆորմացիայի անկյունը ուղղված է դեպի առաջ, արմնկելունից վեր շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է կենտրոնական ոսկրաբեկորի սուր ծայրը: Հաճախ կոտրվածքը ուղեկցվում է արմնկային հոդի շրջանում զգալի չափսերի հասնող հեմատոմայի առկայությամբ:

Վերկոճային կոտրվածքի ժամանակ բնականաբար խիստ տուժում է արմնկային հոդի ֆունկցիան, իսկ պասիվ շարժումները լինում են խիստ ցավոտ: Զգացվում է ոսկրային կրեպիտացիա:

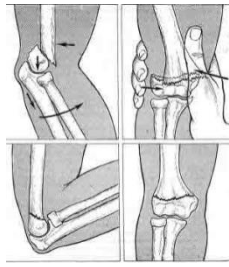
Ի տարբերություն նախաբազկի ոսկրերի հոդախախտի, այս կոտրվածքի ժամանակ զսպանակային դիմադրություն չի հայտնաբերվում:

Բուժումը: Վերկոճային առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում 3 շաբաթով դնում են գիպսային հետին լոնգետ մատերի հիմից մինչև ուսահոդը՝ արմնկային հոդը $80-100^\circ$ ծավման դիրքում, նախաբազկի պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում: Որից հետո արտաքին անշարժացումը հանում են և հոդում կատարում ծալիչ և տարածիչ շարժումներ: Բժշկական մեթոդները արմնկային հոդում արգելվում է օստիֆիկացնող միոզիտից խուսափելու նպատակով:

Տեղաշարժումով կոտրվածքները համադրում են միամոմենտ փակ եղանակով տեղային (20 սլ նովոկաինի 1 % լուծույթ) կամ ընդհանուր անզգայացման տակ:

Վերկոճային տարածիչ կոտրվածքների դեպքում կատարում են 90° անկյան տակ ծավված նախաբազկի ձգում դեպի ցած: Վիրաբույժը մի ձեռքով ֆիքսում է կոնտրոնական ոսկրաբեկորը, իսկ մյուսով դեպի առաջ և մի փոքր դուրս տեղաշարժում դիստալ փոքր ոսկրաբեկորը: Որից հետո նախաբազուկը ծավում են $60-70^\circ$ անկյան տակ և դնում գիպսային լոնգետ պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում:

Վերկոճային ծալիչ կոտրվածքի դեպքում օգնականը ձգում է նախաբազկից, միաժամանակ այն տարածելով և ենթարկելով պրոնացիայի: Վիրաբույժը ուղղում է կոտրվածքը դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժելով դեպի հետ և մի փոքր ներս: Արմնկային հոդը տարածման դիրքում անշարժացնում են գիպսային հետին լոնգետով:



Երկու դեպքերում էլ ներուղղումից հետո կատարում են վերահսկիչ ռենտգենաբանական հետազոտություն: Արտաքին անշարժացման տևողությունը կազմում է 2-3 շաբաթ, որից հետո նշանակում են բուժական մարմնամարզություն:

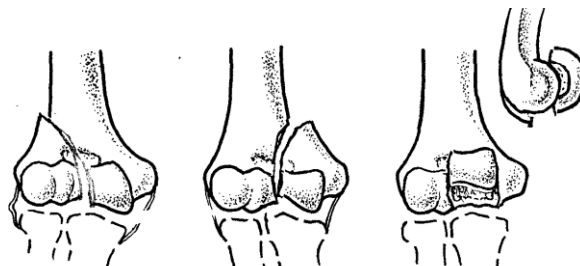
Վերկոճային կոտրվածքները երբեմն բարդանում են բազկային զարկերակի, նյարդերի ճնշումով և վնասումով, որի հետևանքով հաճախ զարգանում է վերջույթի, այսպես կոչված, Ֆուլկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրա: Այս ծանր բարդությունից խուսափելու համար հարկավոր է հնարավորին չափ արագ և ատրավմատիկ եղանակով վերացնել ոսկրաբեկորների տեղաշարժը:

Չներուղղվող, հնացած և ոչ ճիշտ սերտաձած վերկոճային կոտրվածքների դեպքում կատարում են վիրահատություն, որի ընթացքում աշխատում են հնարավորին չափ ճիշտ վերականգնել բազկոսկրի դիստալ մետաֆիֆիզի անատոմիան: Հաճախակի այս վիրահատությունից հետո արմնկային հողում զարգանում է շարժումների արտահայտված սահմանափակում: Այս բարդությունից խուսափելու համար հարկավոր է կոտրվածքի կայուն օստեոսինթեզը համակցել բուժական վաղ մարմնամարզության հետ, այսինքն, վիրահատությունից հետո չդնել արտաքին անշարժացում կամ վերջույթը ֆիքսել կարճ ժամանակով:



Ներհոդային կոտրվածքներ (դրսային և ներսային կոճերի կոտրվածքներ): Դրսային կոճի կոտրվածքը առաջանում է ուղղված և գատված ձեռքի դաստակի վրա վայր ընկնելիս: Կոտրվածքները լինում են առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով:

Ներսային կոճի կոտրվածքները հանդիպում են զգալիորեն հազվադեպ: Վնասման մեխանիզմը՝ արմունկի վրա վայր ընկնելը: Այդ ժամանակ հաճախ կոտրվում է նաև արմնկելունը: Ինչպես դրսային, այնպես էլ ներսային կոճերի կոտրվածքը կարող է լինել նաև կոճերի շրջանում ուղղակի հարվածի հետևանք:

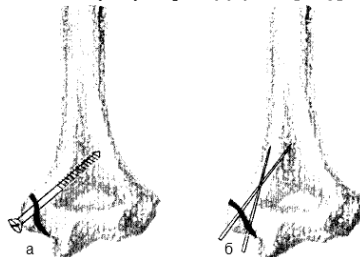


Կլինիկան և ախտորոշումը: Արմնկային հողը լինում է իր ծավալով մեծացած այտուցի, հեմատոմայի և հեմարթրոզի հաշվին: Կոճերի շրջանի շոշափման ժամանակ նշվում է ուժեղ ցավ և հատկապես խիստ ցավոտություն նախաբազուկը պտտելիս: Երբեմն այդ ժամանակ լսվում է ոսկրաբեկորների կրեպիտացիա, Գյունտերի եռանկյունը դառնում է ասիմետրիկ: Ներսային կոճի կոտրվածքի դեպքում

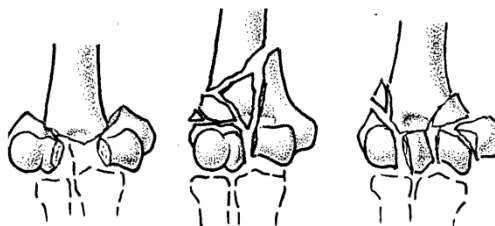
բախաբազուկը գտնվում է առբերման դիրքում, իսկ դրսային կոճի ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում նախաբազուկը թեքվում է դեպի դուրս:

Բուժումը: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում վերջույթը 3 շաբաթով ֆիքսում են գիպսային հետին լոնգետով ուսային հողից մինչև նախադաստակա-ֆալանգային հողավորումները: Նախաբազուկը պետք է գտնվի սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրքում, իսկ ծալման անկյունը

արմնկային հողում պետք է հավասար լինի 100-110 °: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժի դեպքում անհրաժեշտ է դրանց համադրել: Այդ նպատակով կատարում են ձգում բազկոսկրի առանցքով արմնկային հողում ուղղված նախաբազկից, որը զատում են ներսային կոճը ներուղղելու ժամանակ և առբերում են դրսայինը ներուղղելիս: Սեղմելով ոսկրաբեկորը դեպի ցած և արմնկային հողը կողմերից ճնշելով կատարում են ներուղղում, որից հետո դնում են գիպսային լոնգետ նույն ժամկետով, ինչպես և կոճերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի բուժման ժամանակ: Եթե համադրումը չի հաջողվում, կիրառում են վիրահատական բուժում: Կողմային կոտրվածքով բացում են կոտրվածքի վայրը, կոճերը իջեցնում և ֆիքսում են շուղերով, պտուտակներով և ֆիքսող այլ միջոցներով:



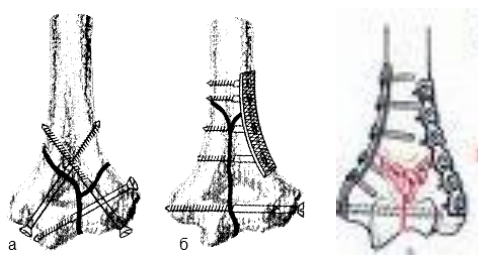
Միջկոճային կոտրվածքները լինում են T-ձև և V-ձև: Դրանք առաջանում են արմունկի վրա վայր ընկնելիս: Զգալի ուժի ներդրման դեպքում արմնկելունը ձեղքում է կոճերը և ներխրվում դրանց միջև:



Կլինիկան և ախտորոշումը: Արմնկային հողը կտրուկ մեծացած է իր ծավալով, հատկապես իր լայնակի չափով: Շոշափումը խիստ ցավոտ է, ակտիվ շարժումները անհնար են, պասիվ շարժումների ժամանակ հայտնաբերվում է ախտաբանական շարժունություն կողմային ուղղություններով:

Բուժումը: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում բուժումը անց են կացնում գիպսային կապի վրա այնպես, ինչպես և կոճերի մեկուսացված կոտրվածքների դեպքում: Տեղաշարժով կոտրվածքները լավ են ենթարկվում կմախքային ձգման միջոցով անցկացված համադրմանը: Ձեռքը տեղադրում են զատիչ բեկակալի վրա, կմախքային ձգումը դնում արմնկելունից: համադրումը վերահսկում են ռենտգենաբանորեն: Ըստ առանցքի տեղաշարժը վերացնելուց անմիջապես հետո, արմնկային հողը կողմերից սեղմելով, կոճերի մոտեցնում են իրար: Դրանից հետո, կմախքային ձգումը չհանելով, 3 շաբաթ ժամկետով դնում են V-ձև գիպսային լոնգետ արմնկային հողով բազկոսկրի դրսային ներսային մակերեսով:

Եթե այդ եղանակներով ոսկրաբեկորները չի հաջողվում համադրել, ցուցված է կատարել կոճերի օստեոսինթեզ շուղերով, պտուտակներով, հեղույսներով, V-ձև թիթեղիկներով: Վիրահատությունից հետո անց են կացնում բուժում միջկոճային առանց տեղաշարժի կոտրվածքների ժամանակ ցուցված եղանակով:



Մեծահասակների մոտ հաճախ համադրումից հետո մնում է արմնկային հոդի շարժումների ժավալի որոշակի սահմանափակում:

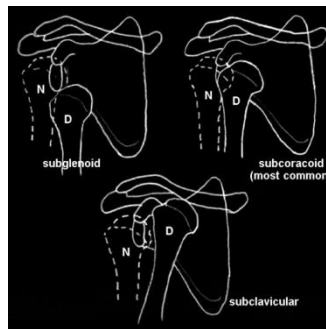
Բազկոսկրի դիստալ ծայրի վնասվածքների ժամանակ հանդիպող բարդությունները կարելի է ստորաբաժանել երկու խմբի՝ 1) համադրման ժամանակ առաջացող բարդություններ (օրինակ՝ նյարդերի վնասումներ); 2) համադրումից հետո առաջին օրերին առաջացող և արմնկային հոդի շրջանը գիպսային կապով կամ հեմատոմայով չափից ավելի ուժգին սեղմվելու հետ կապված բարդություններ (պատիճակապանային համակարգի ոսկրացում, ոսկրացնող միոզիտ): Այս բարդությունները կանխելու նպատակով հարկավոր է խուսափել կոպիտ, վնասող գործողություններից և արմնկային հոդում պասիվ վաղ շարժումներից: Մերսումը համարվում է հետերոտոպիկ օստիֆիկացիայի առաջացման պատճառներից մեկը:

Բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտ

Բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտը կազմում է բոլոր հոդախախտերի 50-60 %: Այսպիսի հաճախականությունը բացատրվում է ուսահոդի անատոմոֆիզիոլոգիական առանձնահատկություններով՝ թիակի հոդափոսի մակերեսը 3-4 անգամ փոքր է բազկոսկրի գլխիկի մակերեսից, որը գնդաձև է; հոդապարկը մեծածավալ է և բարակ:

Բազկոսկրի գլխիկի վնասվածքային հոդախախտը առավել հաճախ զարգանում է անուղղակի վնասման ժամանակ (օրինակ՝ տարածված ձեռքի վրա դեպի հետ կամ զատված ձեռքի վրա դեպի առաջ վայր ընկնելը):

Հոդախախտի ժամանակ բազկոսկրի գլխիկը կարող է տեղաշարժվել հոդափոսից դեպի առաջ, հետ կամ ցած: Ելնելով բազկոսկրի հոդախախտված գլխիկի դիրքից տարբերում են առաջային, հետին և ստորին հոդախախտեր:



Առավել հաճախ հանդիպում են առաջային հոդախախտեր (98 %) և հազվադեպ՝ հետին:

Բազկոսկրի գլխիկի հոդախախտը միշտ ուղեկցվում է հոդի պատիճի պատռվածքով: Այդ ժամանակ կարող են պոկոտվել կամ լրիվ պատռվել մկանների, հատկապես վերնոսկրային մկանի, ջլերը: Բավականին հաճախ նշվում է բազկոսկրի մեծ թմբի (10-40 %), զգալի հազվադեպ՝ փոքր թմբի պոկում դրանց կաչող մկանների ջլերի պատռվածքով:

Վնասված ձեռքի ուսը իջած է, հիվանդը զլուխը պահում է թեքված դեպի վնասված կողմը: Նա պահում է վնասված վերջույթը առողջ ձեռքով, աշխատելով տալ դրան հանգիստ դիրք: Ձեռքը գտնվում է զատման դիրքում, ծալված է արմնկային հոդում և թվում է երկարացած: Բազկոսկրի առանցքը շարունակվում է դեպի վեր և եթե նորմալում այն անցնում է թիակի ակրոմիալ ելունի միջով, ապա հոդախախտի ժամանակ՝ անրակի միջով: Բազկոսկրի գլխիկի ավելի ցած դիրքի հետևանքով ակրոմիալ ելունից մինչև բազկոսկրի դրսային կոճը ընկած տարածությունը կլինի ավելի երկար, քան առողջ կողմի վրա: Դելտայաձև մկանի մոտ ուսահոդի շրջանի նորմալ կլորությունը հոդախախտի ժամանակ անհետանում է, այդ տեղում շոշափվում է անհարթ տափակ մակերես, որն առաջացել է հոդափոսում գլխիկի բացակայության հետևանքով: Այդ մակերեսի վերևում շոշափվում է ազատ ակրոմիալ ելունը: Ակտիվ շարժումները հոդում բացակայում են կամ խիստ դժվարեցված են: Պասիվ շարժումների՝ հիվանդի ձեռքը բարձրացնելու, այն զատելու կամ առբերելու փորձի դեպքում նշվում է բազկի »առածգական ֆիքսացիա«, զսպանակային դիմադրություն: Արմնկային հոդը անհնար է առբերել դեպի մարմին: Շոշափման ժամանակ նշվում է հոդի շրջանի ցավոտություն:



Արմունկը թեքելով դեպի դուրս պտուտակային շարժումները փոխանցվում են բազկոսկրի գլխիկի վրա, որը շոշափվում է կտցածև շրջանի տակ կամ անթափոսի ստորին հատվածում: Ուսահողը շրջապատող մկանները (հատկապես դելտայածևը) լարված են: Բազկոսկրի տեղաշարժված գլխիկը կարող է ճնշել կամ վնասել ուսային հյուսակը և անոթները: Դրա հետևանքով հնարավոր են մատերի մաշկային ծածկույթների ցիանոզը կամ գունատությունը, զգայունության իջեցումը, պարեսթեզիաներ և այլն.: Անոթազարկը ճաճանչային զարկերակի վրա լինում է թուլացած կամ բացակայում է:

Բազկոսկրի գլխիկի հողախախտը երբեմն ուղեկցվում է բազկոսկրի վիրաբուժական վզիկի կտրվածքով: Կտրվածքի դեպքում բազուկը սովորաբար լինում է կարճացած և չի լինում գատված: Այդպիսի դեպքերում բազուկը առբերելու կամգատելու փորձի ժամանակ բացակայում է հողախախտին բնորոշ զսպանակային դիմադրությունը: Բազկի շարժման ժամանակ նշվում է կրեպիտացիա: Ջգալի դժվար է կլինիկորեն ախտորոշել բազկոսկրի գլխիկի հողախախտը դրա վզիկի միաժամանակյա ներմղված կտրվածքի հետ: Կտրվածքի ժամանակին ախտորոշումը մինչև ներուղելը շատ կարևոր է, քանի որ ներուղղման ժամանակ կարող է առաջանալ ներմղված կտրվածքի տարանջատում: Այդ պատճառով կլինիկական հետազոտումը ավարտում են երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությամբ, որը ճշտում է դիագնոզը:

Բուժումը ուսահողում թարմ հողախախտի դեպքում սկսում են նարկոզի տակ դրա ներուղղումից անհապաղ օգնության կարգով: Երբեմն ներուղղումը կարելի է անցկացնել տեղային անզգայացման տակ: Այդ նպատակով մինչև ներուղղումը հիվանդին ներ են մուծում 1 մլ պանտոպոնի կամ մորֆինի 1 % լուծույթ: Ապա անց են կացնում ուսահողի անզգայացում հողապատիճի մեջ ներմուծելով 30-40 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ: Գոյություն ունի բազկոսկրի գլխիկի հողախախտի ներուղղման բազմակի եղանակներ: Առավել հաճախ կիրառում են հետևյալները:

Հիպոկրատ-Կուպերի եղանակ: Բժիշկը նստում է դեմքով մեջքի վրա պառկած հիվանդին հողախախտի կողմից և երկու ձեռքով բռնում դաստակը: Ապա հողախախտված վերջույթին նույնանուն ոտքից հանում կոշիկը, տեղադրում իր կրունկը հիվանդի անթափոսի շրջանում և ճնշում այնտեղ տեղաշարժված գլխիկի վրա, միաժամանակ իրականացնելով ձգում ձեռքի առանցքով: Բազկոսկրի տեղաշարժված գլխիկը ներ է ուղղվում հողափոսի մեջ:

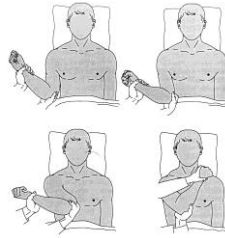
Կոխերի եղանակ: Կիրառում են առաջային հողախախտերի ժամանակ: Հիվանդը պառկում է մեջքի վրա սեղանի վրա այնպես, որ հողախախտված վերջույթը դուրս գա սեղանի եզրից: Եղանակը կազմված է չորս հաջորդաբար իրականացվող փուլերից:

Առաջին փուլ: Վիրաբույժը մի ձեռքով բռնում է հիվանդ ձեռքի նախաբազկի ստորին երրորդականը, իսկ մյուսով, հողախախտվածին տարանունով արմունկը, որը ծավված է ուղիղ անկյան տակ, և զգուշությամբ առբերում այն դեպի մարմինը, իրականացնելով ձգում բազկի առանցքով: Օգնականը ֆիքսում է նախաբազուկը:

Երկրորդ փուլ: Զթուլացնելով ձգումը բազկի առանցքով, որը սեղմված է մարմնին, վիրաբույժը դանդաղ պտտում է բազուկը դեպի դուրս այնքան, մինչև նախաբազուկը չընկնի մարմնի ֆրոնտալ հարթությունը: Այդ ժամանակ բազկոսկրի գլխիկը իրեն հողային մակերեսով պտտվում է դեպի առաջ: Հաճախակի երկրորդ փուլի ընթացքում տեղի է ունենում հողախախտի ներուղղում՝ այդ դեպքում լսվում է ներուղղմանը հատուկ խրթոց:

Երրորդ փուլ: Պահպանելով դեպի դուրս պտտման դիրքը և չթուլացնելով ձգումը, սկսում են նախաբազուկը աստիճանաբար բարձրացնել դեպի վեր և առաջ, հիվանդի մարմնին սեղմված արմունկը տեղաշարժելով դեպի միջային գիծը և դեպի վեր: Այդ ժամանակ գլխիկը սովորաբար կանգնում է հողապարկի պատռվածքի դիմաց: Երբեմն գլխիկը կարող է ներուղղվել այս փուլից հետո: Չորրորդ փուլը սկսվում է փութաջանորեն իրականացված նախորդ փուլից հետո: Նախաբազուկը օգտագործելով որպես լծակ, կտրուկ կատարում են պտտում դեպի ներս: Այդ ժամանակ տուժածի

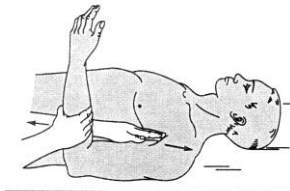
դաստակը տեղաշարժում են հակառակ կողմի ուսահողի վրա, իսկ նախաբազուկը դնում հիվանդի կրծքավանդակի վրա: Այդ պահին սովորաբար տեղի է ունենում ներուղղում: Եթե այն տեղի չի ունեցել, հարկավոր է անշտապ փութաջանորեն կրկնել բոլոր փուլերը, խուսափելով կոպիտ և կտրուկ շարժումներից:



Ջանելիծեի եղանակ: Ցավազրկելուց հետո տուժածին պառկեցնում են սեղանի վրա հիվանդ կողմի վրա այնպես, որ սեղանի եզրը ընկնի անթափոսի մեջ, իսկ հողախախտված ձեռքը ազատ կախվի ցած: Այս դիրքում հիվանդը պետք է մնա 10-20 րոպե, որպեսզի տեղի ունենա ուսագոտու մկանների թուլացում: Ապա վիրաբույժը կանգնում է հիվանդի դիմաց, բռնում արմնկային հողում ծալված նախաբազուկը և սեղմում դրա վրա արմունկին մոտ, զուգակցելով ճնշումը ուսահողի թեթև պտուտակային շարժումների հետ: Այդ ժամանակ տեղի է ունենում հողախախտի ներուղղում: Դրանից հետո դնում են ձեռքը կրծքավանդակին ֆիքսող գիպսային կապ 2-3 շաբաթ ժամկետով: Ներուղղումից հետո հարկավոր է անցկացնել ռենտգենաբանական հետազոտություն, որպես բուժակտիվացման համոզվել, որ հողախախտը ներուղղված է և ոսկրային վնասվածքները բացակայում են: 5-7 օր անց նշանակում են բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ արագ վերականգնման նպատակով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 35-40 օր անց: Հողախախտի կրկնվելուց խուսափելու նպատակով հիվանդներին հարկավոր չէ զբաղվել ծանր ֆիզիկական աշխատանքով 3 ամսվա ընթացքում:



Չակլինի եղանակ: Հիվանդը պառկած է մեջքի վրա: Բժիշկը ձգում է առբերված բազուկը ըստ երկայնքի, երկրորդ ձեռքով անթափոսից հրելով բազկոսկրի գլխիկը դեպի դուրս: Չակլինի եղանակը ավելի քիչ տրավմատիկ է և իրականացվում է նարկոզի տակ: Այս եղանակը հատկապես ցուցված է բազկոսկրի գլխիկի կոտրվածքահողախախտերի ժամանակ:



Չներուղղվող թարմ հողախախտեր: Ներուղղման համար անատոմիական արգելք կարող է հանդիսանալ բազկոսկրի գլխիկը շրջապատող երկգլխանի մկանի երկար գլխիկի ջիլը կամ պոկված մեծ թմբիկը, ինչպես նաև պատիճի պատռման անցքում բազկոսկրի գլխիկի սեղմվելը կամ փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիան: Չներուղղվող հողախախտերը կարելի է ներուղղել միայն վիրաբուժական ճանապարհով:

Հնացած հողախախտեր: Չախտորոշված և սխալ բուժված հողախախտերը ուղեկցվում են հողի պատիճի սպիական ձևափոխմամբ, սպիերով կազմված բազմաթիվ ներաճուկներով, մկանների առաձգականության կորուստով: Բազկոսկրի գլխիկի հնացած հողախախտի ժամանակ հողի դեֆորմացիան ավելի ցայտուն է դառնում արյունազեղումը ներծծվելուց և մկանների սկսվող

ատրոֆիայից հետո: Ակտիվ և պասիվ շարժումների ծավալը մեծանում է, սուր ցավերը անհետանում: Սակայն թիակը ֆիքսված վիճակում ձեռքի գատումը և և վեր բարձրացնելը լինում են անհնար: Հնացած հողախախտերի բուժման եղանակ է հանդիսանում վիրաբուժական ներուղղումը:

Բուժումը բազկոսկրի գլխիկի չներուղղվող և հնացած հողախախտերի ժամանակ լինում է վիրահատական: Վիրահատությունը անց են կացնում ընդհանուր անզգայացման տակ: Հիվանդին պառկեցնում են մեջքի վրա, ուսերի տակ դնում բարձ: Հողի մեջ են ներթափանցում բազկոսկրի կողմային ակոսով: Կտցածն ելունը հատում են դրան կաշող մկանների հետ և գատում դեպի ցած: Ի նկատի ունենալով բազկոսկրի գլխիկով անոթանյարդային խրձի դեպի առաջ տեղաշարժի հնարավորությունը, վիրաբույժը պետք է լինի հատկապես ուշադիր, որպեսզի չվնասի անոթը և նյարդային գոյացությունները: Ապա բացահատում են հողի պատիճը: Դրա խռռչը, ինչպես և գլխիկը, ազատում են միակցումներից և սպիերից, որից հետո գլխիկը ներ են ուղղում հողի մեջ: Պատիճը կարում են, իսկ կտցածն ելունը ամրացնում իր տեղում: Դնում են գատող թորակորբախեալ վիրակապ: 8-10 օր անց սկսում են կատարել պասիվ շարժումներ ուսային հողում:

Ուսային հողի սովորությային հողախախտը առաջանում է առանց մեծ ջանք գործադրելու ձեռքով կտրուկ թափահարելիս, ծանրություն բարձրացնելիս, հագնվելիս, լողալիս, ձգվելիս, վայր ընկնելիս: Երբեմն հողախախտը առաջանում է քնի մեջ բազկի գատման և դրսային պտտման դիրքում:

Եթե հողախախտը կրկնվել է թեկուզ երկու անգամ, այն համարում են սովորությային: Այդ վիճակի պատճառներ են հանդիսանում վնասված հողապարկի լրիվ անատոմիական վերականգնման բացակայությունը և սխալ բուժումը: Հողախախտի կրկնվելուն նպաստող պատճառներն են բազկոսկրի գլխիկի հողամակերեսի և թիակի հողափոսի անհամապատասխանությունը; առաջաստորին պատի շրջանում պատիճի բարակելը (մկաններով և կապաններով չամրացված հատված), հողի պատիճի գերծգումը, դրա պոկվելը թիակից կամ գլխիկից, մկանների պատռվածքները; աճառային գլանիկի վնասումը և պատռվածքները, որի ինտերպոզիցիան հողամակերեսների միջև բերում է բազկոսկրի գլխիկի հողախախտին:

Հողախախտի կրկնվելու պատճառների հատուկ խումբ են կազմում սովորությային հողախախտով հիվանդների բուժման թերությունները և բացթողումները՝ հողախախտի ներուղղելը առանց ցավազրկելու, ներուղղման վնասվածքայնությունը, սխալ կատարված և կարճաժամկետ անշարժացումը կամ դրա բացակայությունը, անշարժացումից հետո ֆունկցիոնալ բուժման կուրսից հրաժարվելը, ֆունկցիոնալ վաղ ծանրաբեռնումը ձեռքը դեպի վեր բարձրացնելով, այսինքն՝ հողերի վնասված հյուսվածքների անատոմիական և ֆունկցիոնալ լիարժեք վերականգնման ժամկետից շուտ:

Սովորությային հողախախտը կարող է կապված լինել բազկոսկրի գլխիկի անատոմիական անբավարար ամրակայման հետ: Սովորությային հողախախտը ուսահողում կազմում է այդ հողի բոլոր վնասվածային հողախախտերի 12-16 %: Հաճախ լինում է 20-40 տարեկան տղամարդկանց մոտ:

Բազկոսկրի գլխիկի սովորությային հողախախտի դիագնոզը հաստատում են անամնեզի, կլինիկական և ռենտգենաբանական օբյեկտիվ հետազոտությունների հիման վրա: Անամնեզից սովորաբար հաջողվում է պարզել, որ բազկոսկրի գլխիկի առաջին հողախախտից հետո 3-6 ամսից մինչև 1-2 տարի ժամանակահատվածում տեղի է ունեցել հողախախտի ռեցիդիվ: Հետագայում հիվանդի հարցման ժամանակ պարզվում է, որ հողախախտի պատճառը հաճախանալու հետ մեկտեղ դառնում է քիչ զգալի, իսկ ռեցիդիվների միջև ընկած ժամանակահատվածը կրճատվում է: Մի շարք հիվանդների մոտ հողախախտը կրկնվում է կրկնակի վնասվածքի (վայր ընկնելու կամ կտրուկ շարժման) հետևանքով, մյուս խմբի մոտ՝ առանց որևէ վնասվածքի սովորական կտրուկ շարժումների (օրինակ՝ որևէ առարկային հասնելու փորձի, հագնվելու) ժամանակ:

Կլինիկական հետազոտության ժամանակ հայտնաբերում են բազկի, ուսային գոտու և ուսի մկանների հիպոտրոֆիա: Մկանների հիպոտրոֆիայի արտահայտվածության աստիճանը լինում է տարբեր՝ ուսահողի շրջանի ուրվագվերջույթների հարթվածությունից մինչև մկանների զգալի արտահայտված հիպոտրոֆիա: Բացի այդ, բազկոսկրի գլխիկի սովորությային հողախախտի ժամանակ դիտվում են՝ Վայնշտեյնի ախտանիշ. մինչև ուղիղ անկյուն գատված բազկի դրսային ակտիվ պտտման սահմանափակում; Բաբիչի ախտանիշ. հիվանդի պասիվ շարժումները բժիշկի փորձի ժամանակ այն, վախենալով կրկնակի հողախախտից, չի կարողանում թուլացնել մկանները և դիմադրում է պասիվ

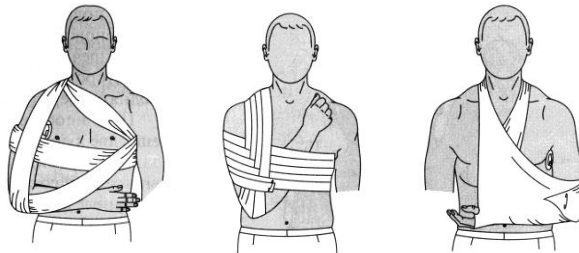
շարժմամբ; հիվանդը այդ ժամանակ ինքն է դեկավարում հողի շարժումները; Խիտրովի ախտանիշ. առբերման դիրքում բազուկը դեպի ցած ձգելու ժամանակ բազկոսկրի գլխիկի և թիակի ակրոմիալ ելունի միջև առաջանում է դիաստագ:

Բազկոսկրի գլխիկի ներուղղումը տեղի է ունենում սովորաբար շատ հեշտ և որոշ հիվանդներ սովորում են դա անել ինքնուրույն:

Դիագնոզը դնում են անամնեզի հիման վրա: Կլինիկական օբյեկտիվ տվյալներ բազկոսկրի գլխիկի սովորությային հողախախտի ժամանակ քիչ են լինում: Երբեմն նշում են վնասված հողի շրջանում մկանների որոշակի ատրոֆիա և ցավային զգայունության իջեցում:

Բուժումը սովորությային հողախախտի ժամանակ վիրահատական է: Առաջարկում են բազմաթիվ վիրահատություններ՝ կապսուլոռաֆիա, տենոտոմիա, հողապարկը ամրացնող պլաստիկ վիրահատություններ պատիճի, կապանների, ջլերի վրա; ոսկրային փոխպատվաստում և ալոպլաստիկա: Անհրաժեշտ է նշել, որ բոլոր առաջարկված վիրահատությունները բազկոսկրի գլխիկի սովորությային հողախախտի դեպքում դեպքերի որոշակի տոկոսով տալիս են հողախախտի ռեցիդիվ: Նվազագույն թվով ռեցիդիվներ են նկատվում Բոյչևի կողմից առաջարկված՝ այսպես կոչված, Բոյչև II վիրահատությունից հետո

Վիրահատությունը կատարում են նարկոզի տակ, հիվանդի մեջքի վրա պառկած և ուսերի տակ զլանիկ դրված դիրքով: Կատարում են կտրվածք դելտայաձև-կրծքային ակոսով: Կտցածն ելունը հատում են երկգլխանի մկանի կարճ գլխիկի, կտցաբազկային մկանի և կրծքային փոքր մկանի հատվածի հետ: Կտցածն ելունը ցած իջեցնելուց հետո երևում է լայնակի պառկած ենթաթիակային մկանը: Կորնցանգով մկանի տակ են անցկացնում հատված կտցածն ելունը դրան կպած ջլերով և մկաններով և ֆիքսում իր տեղում կարերով: Ձեռքի վրա դնում են զատող թորակորբախեալ վիրակապ 4-6 շաբաթ ժամկետով:



ԹԵՄԱ 6

ՆԱԽԱԲԱԶԿԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Այս կտրվածքները կազմում են բոլոր փակ կտրվածքների մոտ 25.3% և դասվում ծանր և բարդ վնասվածքների շարքին (Ա.Վ. Կապլան): Տարբերում են՝

Արմնկահողում ներհողային կտրվածքներ, ոսկրաբեկորների տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի;

1) արմնկելունի կտրվածքներ, 2) ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կտրվածքներ, 3) ծղիկոսկրի պսակածն ելունի կտրվածքներ և պոկում:

Նախաբազկի ոսկրերի դիաֆիզի կտրվածքներ տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի;

1) զույգ ոսկրերի կտրվածքներ, 2) ծղիկոսկրի մեկուսացված կտրվածք առանց ճաճանչոսկրի գլխիկի հողախախտի և հողախախտով 3) ճաճանչոսկրի մեկուսացված կտրվածք ծղիկոսկրի գլխիկի հողախախտով և առանց հողախախտի;

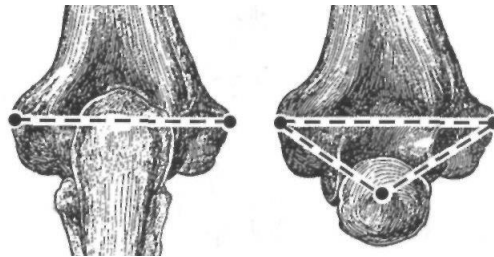
Արմնկելունի կտրվածք

Այսպիսի կտրվածքը առավել հաճախ առաջանում է ուղղակի հարվածի, հազվադեպ՝ բազկի եռազուլխ մկանի կտրուկ կծկման արդյունքում: Արմնկելունի լայնակի կամ թեք լայնակի գծով կտրվածքը կարող է առաջանալ ցանկացած մակարդակի վրա: Մեծամասամբ դեպքերում արմնկելունի կտրվածքը հանդիսանում է ներհողային:

Ախտորոշումը: Արմնկելունի զննման ժամանակ նշվում է ուռածություն: Հողի հետին մակերեսի ուրվագծերը հարթված են: Հաճախ ձեռքը գտնվում է հարկադրական դիրքում: Այդ դեպքում այն ուղղված է, կախված և ֆիքսված մարմնին առողջ ձեռքով: Պասիվ շարժումները պահպանված են,

բայց ցավոտ են: Արմնկային հոդում ակտիվ ծալելը հնարավոր է, նախաբազկի ակտիվ տարածելը տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում անհնար է: Ակտիվ տարածելու հնարավորությունը ստուգելու նպատակով ձեռքը զատում են կողմ մինչև հորիզոնական գիծը, նախաբազուկը ծալում արմնկային հոդում մինչև 90° և կատարում բազկի ներսային թեթևակի պտտում: Այս դիրքից հիվանդը փորձում է ակտիվ տարածել նախաբազուկը հաղթահարելով դրա ծանրության ուժը: Եռագլուխ մկանի ջլի պատռվածքի դեպքում հիվանդը չի կարողանում ակտիվ տարածել նախաբազուկը: Պասիվ տարածելը նախաբազկի ծանրության ուժի ազդեցության տակ հնարավոր է, սակայն կտրուկ ցավոտ է: Արմնկելունի շրջանի շոշափումը առաջացնում է ցավոտություն, իսկ ճնշելը՝ կտրուկ ցավ: Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում շոշափման ժամանակ ոսկրաբեկորների միջև հայտնաբերում են ճեղք կամ ներսանկում:

Արմնկելունի գազաթը տեղակայվում է բազկուկի վերկոճերը միացնող գծից վեր: Գյունտերի եռանկյունին այլևս հավասարակողմ չէ՝ կողմերը հիմքից փոքր են:



Դիագնոզը ճշտվում է արմնկային հոդի երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո: Առավել ինֆորմատիվ է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարը:

При повреждении плеча или локтевого сустава



Բուժումը: Արմնկելունի առանց տեղաշարժի կամ մինչև 2-3 մմ դիաստազով կոտրվածքները բուժում են անշարժացման միջոցով գիպսային հետին լոնգետով, որը դնում են բազկի վերին երրորդականից մինչև նախադաստակաֆալանգային հոդերը 3-4 շաբաթ ժամկետով պրոնացիայի և սուպինացիայի

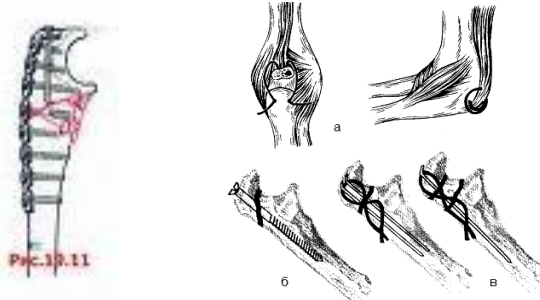
միջին դիրքում և արմնկային հոդում նախաբազուկը $90-110^{\circ}$ անկյան տակ ծալման դիրքում:

Եթե արմունկը ծալված դիրքում ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ ոսկրաբեկորների միջև հայտնաբերում են ավելի մեծ աստիճանի՝ մինչև 5 մմ դիաստազ, որը վերանում է տարածման դեպքում, ձեռքի վրա դնում են գիպսային կապ նախաբազուկի տարածման դիրքում 4-6 շաբաթ ժամկետով: 2-րդ օրվանից նշանակում են բուժական մարմնամարզություն մատերի, իսկ 3-րդ օրվանից՝ ուսային հոդի համար: Շարժումները ամբողջ ծավալով վերականգնվում են, որպես կանոն, 1.5-2 ամիս անց:

Եթե արմնկելունի կոտրվածքի դեպքում կա ոսկրաբեկորների տարանջատում 5 մմ և ավելի, ցուցված է վիրահատական բուժումը՝ կատարում են օստեոսինթեզ կամ հեռացնում փշրված ելունը (մինչև դրա մեծության 1/3-ը): Ի տարբերություն արմնկելունի մեկուսացված կոտրվածքի Մալգենի կոտրվածքահողախախտի (արմնկելունի կոտրվածք նախաբազկի առաջային հողախախտի հետ) դեպքում չի թույլատրվում հեռացնել արմնկելունը նույնիսկ դրա բազմաբեկոր վնասվածքի դեպքում, քանի որ դա կարող է դառնալ նախաբազկի սովորույթային հողախախտի պատճառ:

Վիրահատական բուժում – Ոսկրաբեկորների ֆիքսացիան իրականացվում է երկար մետաղական պտուտակներով, Վիրշների մետաղական շուղերով և սերկյաժով՝ «ձգող օղակ» Վեբեր-Մյուլերի վիրահատություն, որը համարվում է նախընտրելի մեթոդ: Վիրահատությունից հետո վերջույթը անշարժեցվում է զլխաշորով կամ արմնկահողի համար նախատեսված ֆիքսատորով. 3-5 օր հետո

թույլատրվում է շարժումների ակտիվացում, լրիվ ծավալով շարժումները վերականգնվում են 3-5 շաբաթվա ընդացքում. Մետաղական կոնստրուկցիան հեռացվում է 3-4 ամիս անց.



Վիրահատական բուժման բոլոր դեպքերում անհրաժեշտ է վերացնել բեկորների միջև եղած ինտերպոզիցիան, ֆիքսել դրանք նախաբազուկը մինչև 90-110 ° ծավալան դիրքում և փութաջանորեն վերականգնել բազկի եռագլուխ մկանի ջիլերի գերծգումը:

Պսակաձև ելունի կոտրվածք

Ծղիկոսկրի պսակաձև ելունի կոտրվածքը հանդիպում է հազվադեպ և կազմում նախաբազկի բոլոր կոտրվածքների մոտ 1 %: Առաջանում է ծավալած արմնկային հողի վրա վայր ընկնելիս:

Ախտորոշումը: Ձննման ժամանակ արմնկային հողի առաջային մակերեսին նշվում է ուռածություն, իսկ ավելի ուշ՝ նաև արյունազեղում: Արմնկային փոսիկի սահմանները հարթված են: Նախաբազկի մաքսիմալ ծալելը սահմանափակված է կտրուկ ցավերի պատճառով, պրոնացիան և սուպինացիան խախտված չեն: Պսակաջև ելունի (արմնկային փոսիկի ներսային կեսի) շրջանում շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում են տեղային ցավոտություն: Վերջնական ախտորոշման համար անհրաժեշտ է ռենտգենաբանական հետազոտություն կողմային և թեք (3/4) պրոյեկցիաներով

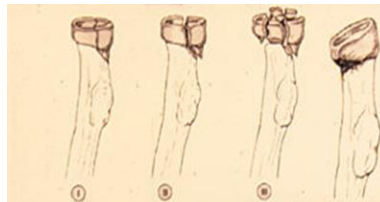
Առաջին օգնություն՝ Արմնկահողում 90-100 ° անկյան տակ ծավալած դիրքում անշարժեցվում է վերջույթը տրանսպորտային բեկակալով և տրվում են ցավազրկողներ, հիվանդը տեղափոխվում է ստացիոնար.

Առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում - Դրվում է հետին գիպսային լոնգետ ֆալանգնախադաստակային հողերից մինջև բազկի վ/3-ը արմնկահողում 90-100 ° ծավալած վիճակում 2 շաբաթ ժամկետով. Ռեաբիլիտացիան տևում է 3.5 շաբաթ, աշխատունակությունը վերականգնվում է 1-1.5 ամիս անց.

Վիրահատական բուժում - Ցուցված է պսակաձև ելունի մեծ տեղաշարժով կամ բազմաբեկոր կոտրվածքների դեպքում. Կատարվում է բեկորների ֆիքսում կամ կարում, մանր բեկորնե ռի հեռացում. Գիպսային անշարժեցումը՝ 4-6 շաբաթ, ռեաբիլիտացիան՝ 3.5-4 շաբաթ, աշխատունակության վերականգնում՝ 2 ամիս անց

Ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կոտրվածք

Ճաճանչոսկրի գլխիկի և վզիկի կոտրվածքը առաջանում է անուղղակի վնասվածքի արդյունքում ուղղված ձեռքի վրա վայր ընկնելիս:



Ախտորոշումը: Արմնկային փոսիկը գննելիս նշվում է ուռածություն: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է տեղային ցավոտություն, որը ուժեղանում է շարժման ժամանակ: Ակտիվ շարժումները սահմանափակված են և ցավոտ: Ճաճանչոսկրի գլխիկը չի մասնակցում սուպինացիային և պրոնացիային: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը:

Առաջին օգնություն՝ Հարմար դիրքում անշարժեցվում է վերջույթը տրանսպորտային բեկակալով և տրվում են ցավազրկողներ, հիվանդը տեղափոխվում է ստացիոնար.



Բուժումը: Ճաճանչուսկրի գլխիկի և վզիկի առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով և գլխիկի մինչև 20 ° թեքումով կոտրվածքների դեպքում 2-3 շաբաթով ձեռքի արմնկային հոդում 90-100 ° անկյան տակ ծալման դիրքում դնում են գիպսային լոնգետ նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև բազկի կեսը: Նախաբազկին տալիս են սուալինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք: Ռեաբիլիտացիան տևում է 3.5 շաբաթ, աշխատունակությունը վերականգնվում է 1-1.5 ամիս անց:

Տեղաշարժով և գլխիկի առավել քան 20 ° թեքումով կոտրվածքների դեպքում ցուցված է ձեռքային միամունենտ համադրումը: Ընդհանուր անզգայացման տակ կատարվում է ոսկրաբեկորների փակ ռեպեզիցիա՝ տեղաշարժին հակառակ ուղղությամբ ճաճանչի գլխիկի վրա ճնշում գործադրելով: Դրա համար նախաբազուկը ծալում են արմնկային հոդում 90° անկյան տակ և վերհակում: Անշարժեցումը կատարում են նույն դիրքում մատների հիմնից մինչև բազկի վ/3-ը 4-5 շաբաթով, 1 շաբաթ անց կոնտրոլ R- գռաֆիա: Ռեաբիլիտացիան տևում է 2-4 շաբաթ, աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-2 ամիս անց:

Ոսկրաբեկորների անհաջող համադրման դեպքում ցուցված է վիրահատությունը՝ ճաճանչուսկրի գլխիկի բաց ներուղղում և տրանսարտիկուլյար ֆիքսում շուղով կամ ոսկրային շտիֆտով: Եթե ճաճանչուսկրի գլխիկը չի ներուղղվում, այն հեռացնում են: Բազմաբեկոր կոտրվածքների դեպքում՝ երբ վերականգնումը անհնար է, կատարվում է գլխիկի ռեզեկցիա մինչև օղակաձև կապանը, ոսկրի ծայրատը ծածկվում է փափուկ հյուսվածքներով: Երիտասարդներին ցուցված է ճաճանչուսկրի գլխիկի էնդոպրոթեզավորում:



Անշարժեցումը կատարվում է գիպսային լոնգետայով վերջույթի միջին ֆիզիոլոգիական դիրքով 1.5-2 շաբաթով: Ռեաբիլիտացիան տևում է 2-4 շաբաթ, աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-2 ամիս անց:

Ծղիկուսկրի մեկուսացված կոտրվածք

Ծղիկուսկրի դիաֆիզի կոտրվածքները հաճախ տեղի են ունենում ուղղակի վնասման հետևանքով: Ծղիկուսկրի մեկուսացված կոտրվածքի դեպքում հնարավոր է ոսկրաբեկորների տեղաշարժ, առավել հաճախ ըստ լայնության: Չվնասված ճաճանչուսկրի բեկակալող ազդեցության հետ կապված ծղիկի բեկորների տեղաշարժ ըստ երկայնքի չի նկատվում:

Ծղիկուսկրի մեկուսացված կոտրվածքը կարող է լինել ցանկացած մակարդակի վրա, սակայն առավել հաճախ այն առաջանում է դրա դիստալ հատվածում:

Ախտորոշումը: Կոտրվածքի շրջանը գննելիս հայտնաբերում են փափուկ հյուսվածքների դեֆորմացիա և ուռածություն: Ծղիկուսկրը շոշափելիս նշում են տեղային ցավոտություն կոտրվածքի շրջանում, ծղիկուսկրի անընդհատության խախտում, ոսկրաբեկորների ոչնորմալ շարժունություն: Նախաբազուկի ոսկրերը մոտեցնող կողմային ճնշումը բերում է ցավերի ուժեղացմանը: Արմնկային հոդում ծալման և տարածման ակտիվ շարժումները, նախաբազկի պրոնացիան և սուալինացիան հնարավոր են ոչ մեծ ծավալով: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ճաճանչադաստակային և արմնկային հոդերի ընդգրկումով ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել կլինիկական դիագնոզը, որոշել կոտրվածքի և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը:

Բուժումը: Ծղիկոսկրի մեկուսացված առանց տեղաշարժի կամ ոսկրի տրամագծի կեսից ոչ ավելի տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մատերի հիմքից մինչև բազկոսկրի վերին երրորդականը: Արմնկային հողում մինչև 90 ° ծավված նախաբազուկը ֆիքսում են սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրքում: Անշարժացումը անց են կացնում 12-14 շաբաթ:

Այն դեպքերում, երբ ծղիկոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքի ժամանակ կա ոսկրաբեկորների դեպի առաջ և ներս անկյան տակ (դեպի ճաճանչոսկրը) տեղաշարժ, անհրաժեշտ է կատարել փութաջան համադրում: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը կարելի է վերացնել ձեռքային համադրման միջոցով, սակայն ցանկալի է օգտվել դիստրակցիոն սարքով: Համադրումից հետո 12-14 շաբաթով դնում են գիպսային կապ նախադաստակաֆալանգային հողերից մինչև բազկի վերին երրորդականը: Համադրման անհաջողության դեպքում կատարվում է ոսկրաբեկորների բաց ռեպոզիցիա ֆիքսացիա հարթակով և պտուտակներով կամ ինտրամեդուլյար ձողերով օստեոսինթեզ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 16-18 շաբաթ անց:

Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք

Ճաճանչոսկրի մեկուսացված կոտրվածքը սովորաբար առաջանում է ուղղակի վնասման ազդեցության տակ: Կոտրվածքի գիծը առավել հաճախ տեղակայվում է լայնակի: Ճաճանչոսկրի կոտրվածքը առավել հաճախ տողակայվում է նախաբազկի ստորին և միջին, միջին և վերին երրորդականների սահմանին: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը պայմանավորվում է կոտրվածքի մակարդակով և նախաբազկի ոսկրերին կաչող մկանների ազդեցությամբ:

Ախտորոշումը: Ճաճանչոսկրը տեղակայվում է ծղիկոսկրից ավելի խորը, այդ պատճառով ծղիկոսկրի ամբողջական լինելու դեպքում ճաճանչոսկրի մեկուսացված կոտրվածքը դժվար է հայտնաբերել: Կոտրվածքի շրջանի զննման ժամանակ հայտնաբերում են ոսկրաբեկորների տեղաշարժով և փափուկ հյուսվածքների ուռածությամբ պայմանավորված դեֆորմացիա: Ճաճանչոսկրի շոշափման ժամանակ հայտնաբերում են տեղային ցավոտություն կոտրվածքի շրջանում, որը ուժեղանում է ճնշելիս: Նախաբազկի առանցքով ծանրաբեռնումը, ինչպես նաև նախաբազկի ոսկրերի վրա մոտեցնող ծանրաբեռնումը ցավոտ է կոտրվածքի շրջանում: Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքին բնորոշ է նախաբազկի պրոնացիոն և սուպինացիոն ակտիվ շարժումների բացակայությունը: Նախաբազկի պասիվ պտույտային շարժումները խիստ ցավոտ են: Ճաճանչոսկրի գլխիկը այդ ժամանակ կարող է մնալ անշարժ: Դիագնոզը ճշտելու համար անհրաժեշտ է երկու պրոյեկցիաներով կատարված և արմնկային ու ճաճանչադաստակային հողերը ընդգրկող ռենտգենաբանական հետազոտությունը:

Բուժումը: Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի վերին և միջին երրորդականի առանց տեղաշարժի մեկուսացված կոտրվածքները բուժում են գիպսային կապի վրա, որը դնում են մատերի հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդականը: Արմնկային հողում մինչև 90 ° ծավված նախաբազուկը ֆիքսում են սուպինացիայի դիրքում: Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում գիպսային կապը դնում են մինչև բազկի ստորին երրորդականը: Նախաբազուկը այս դեպքում ֆիքսում են պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում: Անշարժացումը անց են կացնում 8-10 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթից:

Այն դեպքերում, երբ կա ճաճանչոսկրի դիաֆիզի տեղաշարժով կոտրվածք, անհրաժեշտ է ոսկրաբեկորների համադրումը: Կլոր վարիակիչ մկանի կպման վայրից վեր տեղակայվող կոտրվածքի դեպքում տեղաշարժված բեկորները համադրում են նախաբազկի լրիվ սուպինացիայի և դրա առանցքային ձգման պայմաններում: Կլոր վարիակիչ մկանի կպման վայրից ցած տեղակայվող կոտրվածքի դեպքում համադրում է անհրաժեշտ է անցկացնել նախաբազուկը պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում գտնվելու և դրա առանցքային ձգման պայմաններում: Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի ստորին երրորդականի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում ոսկրաբեկորների համադրումը անց են կացնում նախաբազկի լրիվ վերհակման, աբդուկցիայի, էքստենզիայի և I մատից ձգման պայմաններում: Այդ ժամանակ վիրաբույժը ճնշում է դեֆորմացիայի շրջանի վրա, նպաստելով տեղաշարժի վերացմանը: Ապա, պահպանելով ձգումը և նախաբազկի պտույտի աստիճանը, դնում են գիպսային կապ բազկոսկրի և նախաբազկի վրա, պահպանելով վերջինի վերհակումը: Միջոսկրային հատվածում գիպսը հարկավոր է փութաջանորեն մոդելավորել կամ գիպսային կապի

տակ ոսկրաբեկորների ծայրերի մակարդակին դնել խիտ բամբակաթանգիֆե պելուտներ: Վերջույթը անշարժացնում են 10-12 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-14 շաբաթ անց: Ոսկրաբեկորների անհաջող համադրումը, դրանց երկրորդային տեղաշարժը, մկանային ինտերպոզիցիան հանդիսանում են վիրահատության ցուցում: Կատարում են էքստրամետրուլյար օստեոսինթեզ մետաղական թիթեղով կամ ինտրամետրուլյար օստեոսինթեզ մետաղական ձողերով կամ շուղերով: Ճաճանչոսկրի ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում ոսկրաբեկորները բաց համադրումից հետո բավականին լավ են պահվում և երբեմն չի լինում դրանց վիրաբուժական ֆիքսման պահանջ: Վիրահատությունը ավարտվում է գիպսային կապ դնելով:

Նախաբազկի երկու ոսկրերի կոտրվածք

Նախաբազկի ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքները կազմում են վերին վերջույթների ոսկրերի բոլոր կոտրվածքների 53 % և կարող են առաջանալ վնասման ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով: Ի տարբերություն այլ տեղակայման կոտրվածքների նախաբազկի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքներին բնորոշ է ճաճանչ և ծղիկ ոսկրերի բեկորների մոտեցում, որը պայմանավորվում է միջոսկրային թաղանթի ձգմամբ: Այդ տեղաշարժը և այն հեռացնելու բարդությունները որոշում են բուժման եղանակի ընտրությունը:

Ախտորոշումը: Հիվանդը ձեռքին տալիս է խնայողական դիրք՝ տուժած ձեռքը ֆիքսված է մարմնին առողջով: Դեֆորմացիայի աստիճանը որոշվում է ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթով և աստիճանով: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժի առկայության դեպքում վնասված նախաբազուկը լինում է ավելի կարճ, քան առողջը: Շոշափման ժամանակ նախաբազկի ամբողջ երկարությամբ նշվում է ցավոտություն, որը կտրուկ ուժեղանում է կոտրվածքի շրջանում: Ցավը առաջանում է առանցքային ծանրաբեռնման դեպքում և նախաբազուկը կոտրվածքից հեռու սեղմելիս (ճաճանչ և ծղիկ ոսկրերը մոտեցնող ճնշում), կոտրվածքի վայրում նշվում է բեկորների շարժունություն, հնարավոր է դրանց կրեպիտացիան: Նախաբազկի ֆունկցիան խիստ խախտված է:

Դիագնոզը ճշտելու և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը որոշելու նպատակով անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենաբանական հետազոտություն երկու պրոյեկցիաներով՝ ընդգրկելով ճաճանչադաստակային և արմնկային հոդերը:

Բուժումը: Նախաբազկի երկու ոսկրերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դնում են լոնգետաշրջանաձև գիպսային կապ նախադաստակային ոսկրերի գլխիկներից մինչև բազկոսկրի կեսը նախաբազուկը արմնկային հոդում մինչև ուղիղ անկյուն ծալման դիրքում: Նախաբազկին տալիս

են սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք՝ դաստակին տալիս են թիկնային ծալման դիրք 25-35 ° անկյան տակ: 2-3-րդ օրվանից թույլ են տալիս կատարել ակտիվ շարժումներ մատերում և ուսային հոդում: Անշարժացման ժամկետն է 8-10 շաբաթ, որից հետո սկսում են կատարել չափավորված շարժումներ արմնկային հոդում և նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթ անց:

Համադրումը, իսկ առավել ևս ոսկրաբեկորների ուղղված դիրքում երկարատև պահելը նախաբազկի ոսկրերի տեղաշարժով դիաֆիզար կոտրվածքների բուժման ժամանակ հաճախակի ներկայացնում են մեծ բարդություններ: Միամոմենտ համադրումը կատարում են ձեռքային եղանակով կամ դիստրակցիոն սարքի օգնությամբ:

Ընդունված կանոն է հանդիսանում վերջույթին որոշակի դիրք տալը կապված կոտրվածքի մակարդակից՝ վերին երրորդականի (կլոր վարիակիչի կապման վայրից վեր) կոտրվածքի դեպքում նախաբազուկին հարկավոր է տալ մաքսիմալ վերահկման (սուպինացիայի) դիրք (այս դիրքը մոտեցնում է ճաճանչոսկրի բեկորները իրար): Միջին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում նախաբազկի դիստալ հատվածին և դաստակին տալիս են կիսապրոնացիայի դիրք, իսկ ստորին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում համադրումը իրականացնում են վարիակման (պրոնացիայի) դիրքում, իսկ հետո դիստալ հատվածին և դաստակին տալիս են կիսապրոնացիոն դիրք: Գիպսային կապը դնելուց հետո ռենտգենաբանական վերահսկումը պարտադիր է: Անշարժացումը տևում է 10-12 շաբաթ: Գիպսային կապը հանելուց հետո նշանակում են ֆիզիոթերապիա և բուժական մարմնամարզություն: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-14 շաբաթ անց: Սակայն նախաբազկի դիաֆիզար կոտրվածքների մեծամասամբ դեպքերում չի հաջողվում վերացնել

տեղաշարժման բոլոր տեսակները կամ կանխել երկրորդային անկյունային տեղաշարժը, որը պայմանավորված է լինում ճաճանչ և ծղիկ ոսկրերի բեկորների իրար մոտեցումով:

Նախաբազկի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքների վիրահատական բուժման ցուցում են հանդիսանում փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիան, ոսկրաբեկորների տեղաշարժը ավելի քան ոսկրի տրամագծի կեսը, ոսկրաբեկորների երկրորդային և անկյունային տեղաշարժը: Նախաբազկի ոսկրերի բեկորները կարելի է ֆիքսել վերոսկրային, միջոսկրային կամ ներոսկրային օստեոսինթեզի միջոցով՝ թիթեղիկներով, պտուտամեխերով, մետաղական ձողերով կամ պտուտակներով, արտառջախային ֆիքսացիայի ապարատներով: Անատոմիորեն հիմնավորված է զուգակցել ծղիկոսկրի ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզը ձողով և ճաճանչոսկրի էքստրամեդուլյար օստեոսինթեզ կոնպրեսիոն թիթեղով:



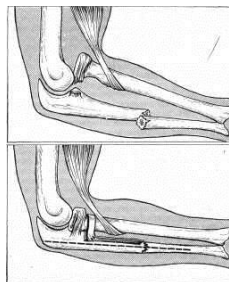
Նախաբազկի ոսկրերի օստեոսինթեզի վիրահատությունից հետո արմնկային հողում 90° անկյան տակ ծավված ձեռքի վրա դնում են գիպսային լոնգետ նախադաստակաֆալանգային հողերից մինչև բազկի վերին երրորդականը: Վերջույթը անշարժացնում են 10-12 շաբաթ: Այս ժամկետը կապված դանդաղած սերտաձման հետ կարող է երկարացվել: 4-6 շաբաթ անց գիպսային կապը արմնկային հողից կարելի է հանել և սկսել չափավորված բուժական մարմնամարզություն: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 14-18 շաբաթ անց:

Մոնթեջի կոտրվածք

Ծղիկոսկրի կոտրվածք ճաճանչոսկրի գլխիկի հողախախտով

Ձեռքի վրա հենվելով վայր ընկնելիս, վայր ընկնելու ժամանակ նախաբազուկը ամուր առարկային խփելիս, առաջ և վեր բարձրացած 90° անկյան տակ ծավված նախաբազուկով հակահահարվածելիս նախաբազկի միջին և վերին երրորդականների սահմանին կամ վերին երրորդականում կարող է զարգանալ ծղիկոսկրի կոտրվածք, որը ուղեկցվում է ճաճանչոսկրի գլխիկի հողախախտով: Տարբերում են ծղիկոսկրի ծալիչ և տարածիչ կոտրվածքներ:

Ծալիչ կոտրվածքի դեպքում առկա է ծղիկոսկրի կոտրվածք, ոսկրաբեկորների միջև անկյունը բացված է դեպի առաջ, ճաճանչոսկրի գլխիկը տեղաշարժված է դեպի հետ: Տարածիչ տեսակի դեպքում ճաճանչոսկրի գլխիկը օղակածն կապանի պատռվածքից հետո հողախախտվում է դեպի առաջ, ծղիկոսկրի բեկորները կազմում են անկյուն, որը բացվում է դեպի հետ:



Ախտորոշումը: Ձննման ժամանակ նշում են տվյալ վնասվածքի համար բնորոշ վերջույթի դեֆորմացիա՝ ծղիկոսկրի կողմից կա ներսանկում, ճաճանչոսկրի վրա՝ արտափքում: Նախաբազուկը կարճացած է: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերում են ծղիկոսկրի անընդհատության խախտում և դրա բեկորների սանդղածն տեղաշարժ, ինչպես նաև ճաճանչոսկրի հողախախտված գլխիկը:

Դեֆորմացիայի տեղերում շոշափումը առաջացնում է տեղային ցավ և ցավի ուժեղացում ճնշելիս: Ակտիվ շարժումները անհնար են: Պասիվ ծալելու դեպքում նշվում է ցավ և զսպանակային դիմադրություն: Նյարդաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ժամանակին հայտնաբերել ճաճանչային նյարդի և դրա ճյուղերի վնասումը: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ճաճանչ և արմնկային հոդերի անպայման ընդգրկումով ռենտգենաբանական հետազոտությունը ճշտում է վնասվածքի բնույթը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի աստիճանը:

Բուժումը: Մոնթեջիի կոտրվածքի ծալիչ տեսակի դեպքում ծղիկոսկրի բեկորները հաջողվում է բավական լավ համադրել: Համադրումը իրականացնում են ներոսկոպիկ, հաղորդչական կամ ընդհանուր ցավազրկման տակ: Ոսկրաբեկորների համադրումը կատարում է վիրաբույժը երկու օգնականների հետ: Հիվանդին պառկացնում են սեղանի վրա: Մի օգնականը կատարում է ձգում դաստակից, մյուսը՝ հակաձգում բազկից: Ծղիկոսկրի բեկորների ճշտագրիտ համադրմանը ավելի հեշտ է հասնել վերջույթի տարածման դիրքում: Վիրաբույժը մի ձեռքով սեղմում է ճաճանչոսկրի գլխիկի վրա ետևից դեպի առաջ և վերևից դեպի ցած, իսկ մյուսով կատարում հակաձգում, սեղմելով արմնկային փոսիկի շրջանը: Ճաճանչոսկրի գլխիկը սովորաբար հեշտ է ներուղղվում, որը ուղեկցվում է թեթև չրխկոցով: Շարունակելով ձգումը և դիստալ ոսկրաբեկորը ճնշելով ետևից դեպի առաջ համադրում են ծղիկոսկրի բեկորները: Ուստի անհրաժեշտ է սուպինացիայի դիրք: Վերջույթը ֆիքսում են գիպսային լոնգետով նախաբազուկը սուպինացիայի դիրքում, ձեռքը տարածման դիրքում նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև անթափոսը: 2-3-րդ օրվանից նշանակում են ակտիվ շարժումներ մատերում և ուսային հոդում: Տարածիչ կոնտրակտուրայի կանխարգելման նպատակով 4 շաբաթ անց նախաբազուկին 2-3 փուլերով տալիս են մինչև ուղիղ անկյուն ծալված դիրք: Հիվանդին հարկավոր է սովորեցնել կատարել մկանային ռիթմիկ կծկումներ անշարժացման անբողջ ընթացքում, որը տևում է 6-8 շաբաթ: Նշանակում են բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 8-10 շաբաթ անց:

Եթե միամոմենտ համադրումը չի հաջողվում, դիմում են վիրահատական ներուղղմանը և ծղիկոսկրի բեկորների օստեոսինթեզին: Ճաճանչոսկրի գլխիկը փորձում են ներուղղել կոնսերվատիվ եղանակով կատարելով ձգում նախաբազկից և ճնշում գլխիկի վրա: Ապա կատարում են ծղիկոսկրի մետալաօստեոսինթեզ: Եթե ճաճանչոսկրի գլխիկը չի հողախախտվում արմնկային հոդի շարժումների և նախաբազկի սուպինացիոն-պրոնացիոն շարժումների ժամանակ, վիրահատությունը այդպիսով ավարտում են: Եթե գլխիկը չի մնում իր տեղը, իրականացնում են դրա բաց ներուղղում և ֆիքսում Կիրշների շուղով, որը անց են կացնում լայնակիորեն ճաճանչոսկրի գլխիկի և ծղիկոսկրի միջով: Շուղը պահում են 3-4 շաբաթ: Մեծահասակների մոտ ճաճանչոսկրի հնացած հողախախտների դեպքում ցուցված է դրա ռեզեկցիան: Գիպսային անշարժացումը տևում է 6-8 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 8-10 շաբաթ անց:

Մոնթեջիի կոտրվածքի տարածիչ տեսակի դեպքում ճաճանչոսկրի գլխիկի ներուղղումը և ծղիկոսկրի բեկորների համադրումը կարելի է անցկացնել ձեռքով կամ դիստրակցիոն սարքի օգնությամբ:

Նախաբազուկը սուպինացիայի դիրքում ծալված է արմնկային հոդում մինչև 90 °: Օգնականները կատարում են ճնշում դաստակից և հակաճնշում բազկից: Համադրումը սկսում են ճաճանչոսկրի գլխիկը ներուղղելուց դրա վրա սեղմելով I մատով առջևից հետ: Այդ նույն ուղղությամբ վիրաբույժը սեղմում է ծղիկոսկրի պրոքսիմալ բեկորի դիստալ հատվածի վրա: Համադրումից հետո վերջույթի վրա նախադաստակաֆալանգային հոդերից մինչև բազկոսկրի վերին երրորդականը դնում են գիպսային կապ, պահպանելով նախաբազկի ձգումը սուպինացիայի դիրքում մինչև գիպսի ամրանալը: Այդ պահին հարկավոր է լրացուցիչ սեղմել ճաճանչոսկրի գլխիկի վրա: 2-3-րդ օրվանից նշանակում են ակտիվ շարժումներ շատերով և ուսային հոդում: Հիվանդը պետք է կատարի նախաբազկի մկանների ռիթմիկ կծկումներ անշարժացման անբողջ ընթացքում: 4-5 շաբաթ անց գիպսային կապը հանում են, նախաբազուկին տալիս սուպինացիայի և պրոնացիայի միջին դիրք, որը ֆիքսում են նոր կապով: Անշարժացումը տևում է համադրումից հետո մինչև 8-12 շաբաթ: Գիպսային կապը հանելուց հետո նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ և պարտադիր ակտիվ և պասիվ շարժումներ արմնկային և ճաճանչածղիկային հոդերում:

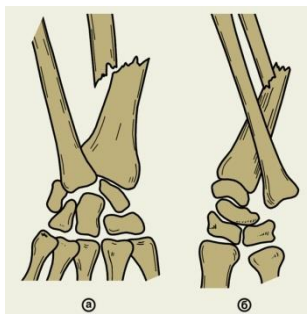
Եթե ճաճանչոսկրի գլխիկի ներուղղումը և ծղիկոսկրի բեկորների համադրումը միամոմենտ եղանակով չի հաջողվում, որը հաճախ լինում է օղակածև կապանի պատռվածքի և փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիայի ժամանակ, դիմում են վիրահատական բուժմանը:

Վիրահատությունը ավարտում են գիպսային կապ դնելով նախադաստակային ոսկրերի գլխիկներից մինչև բազկի վերին երրորդականը 8-10 շաբաթ ժամկետով: Դանդաղած սերտաձման դեպքում անշարժացման ժամկետը կարելի է ավելացնել մինչև 12-14 շաբաթ, այսինքն մինչև ծղիկոսկրի լրիվ սերտաձելը: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-16 շաբաթ անց:

Գալեացիի կոտրվածք

Ճաճանչոսկրի կոտրվածք ծղիկոսկրի գլխիկի հոդախախտով

Ըւղղված ձեռքի վրա հենումով վայր ընկնելիս (սակայն ավելի հաճախ նախաբազկին հարվածելիս) կարող է առաջանալ Ճաճանչոսկրի դիաֆիզի ստորին երրորդականի կոտրվածք և ծղիկոսկրի գլխիկի հոդախախտ: Ճաճանչոսկրը կոտրվում է իր առավել թույլ տեղում (կոտրվածքի շրջանում): Ճաճանչոսկրի բեկորները տեղաշարժվում են դեպի առաջ, առաջացնելով անկյուն, որը բացվում է դեպի հետ, իսկ ծղիկոսկրի գլխիկը տեղաշարժվում է դեպի ափային կամ թիկնային կողմ: Դիստալ ոսկրաբեկորը, բացի դեպի վեր տեղաշարժվելուց, մկանների կծկման ազդեցության տակ ընդունում է վարիակման դիրք:



Ախտորոշումը: Ձննման ժամանակ նախաբազկի ստորին երրորդականում և Ճաճանչադաստակային հոդի շրջանում որոշվում է տվյալ վնասվածքին բնորոշ դեֆորմացիա: Նախաբազկի թիկնային մակերեսին Ճաճանչոսկրի կողմում կա ներսանկում, իսկ ափային մակերեսին՝ դուրսանկում, պայմանավորված Ճաճանչոսկրի բեկորների անկյունային տեղաշարժով: Ճաճանչադաստակային հոդի թիկնային կամ ափածղիկային մակերեսին նկատվում է դուրսանկում և համապատասխան ներսանկում այդ շրջանի ափային կամ թիկնային կողմից, պայմանավորված ծղիկոսկրի գլխիկի տեղաշարժով: Շոշափման ժամանակ նշվում է ցավոտություն վնասվածքի շրջանում, Ճաճանչոսկրի առանցքի թեքվածություն: Ճաճանչադաստակային հոդի ծղիկային կողմում հեշտությամբ որոշվում է ամուր ոսկրային դուրսցվածություն՝ ծղիկոսկրի գլխիկը: Նախաբազկի առանցքով ծանրաբեռնումը ցավոտ է: Ծղիկոսկրի գլխիկի շրջանի վրա սեղմելիս այն հեշտությամբ ներ է ուղղվում և նորից տեղաշարժվում է ճնշումը վերացնելու կամ նախաբազկուկը շարժելու դեպքում: Նախաբազկի երկու պրոյեկցիաներով կատարված և Ճաճանչադաստակային ու արմնկային հոդերը ընդգրկելով ռենտգենաբանական հետազոտությունը ճշտում է դիագնոզը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժման բնույթը:

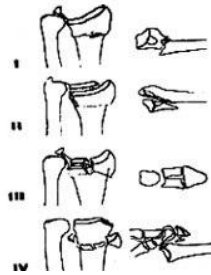
Բուժումը: Ոսկրաբեկորների համադրելը և ծղիկոսկրի գլխիկի ներուղղելը բարդ խնդիր է, քանի որ կա գլխիկի հոդախախտի կրկնման նախատրամադրվածություն: Համադրումից հետո վերջույթի վրա մատերի հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդականը դնում են գիպսային կապ 8-10 շաբաթ ժամկետով: Ոսկրաբեկորների համադրման և ծղիկոսկրի գլխիկի ներուղղման անհաջող փորձի դեպքում ցուցված է վիրահատական բուժումը: Վիրահատության նպատակը կայանում է Ճաճանչոսկրի բեկորների բաց համադրման և օստեոսինթեզի, ինչպես նաև ծղիկոսկրի գլխիկի բաց ներուղղման և ներուղղված դիրքում այն պահելու մեջ: Վիրահատությունը ավարտում են մատերի հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդականը գիպսային կապ դնելով (8-10 շաբաթ): Աշխատունակությունը վերականգնվում է 12-14 շաբաթ անց:

Ճաճանչի կոտրվածք տիպիկ տեղում

Վերին վերջույթի ոսկրերի առավել հաճախ հանդիպող կոտրվածքներից է հանդիսանում Ճաճանչոսկրի դիստալ մետաէպիֆիզի կոտրվածքը՝ տիպիկ տեղի կոտրվածքը, որը կազմում է բոլոր կոտրվածքների մոտ 15-20 %: Ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղի կոտրվածքը ծեր կանանց մոտ առաջանում է 2-3 անգամ ավելի հաճախ, քան տղամարդկանց մոտ: Այս կոտրվածքի

հաճախականությունը ունի սեզոնային կախվածություն՝ ծնունդ ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղի կոտրվածքների քանակը կտրուկ աճում է:

Ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղում կոտրվածք ասելով հասկանում են կոտրվածք հողային մակերեսից 2-3 սմ կողմնայնորեն: Կոտրվածքի գիծը անցնում է լայնակի կամ թեքլայնակի ուղղությամբ:



Մեծահասակների մոտ նկատվում է ճաճանչոսկրի դիստալ ծայրի բազմաբեկոր (ջախջախված) կոտրվածք: Ստորին էպիֆիզի կոտրվածքը առավել հաճախ առաջանում է ուղղված ձեռքի վրա վայրընկնելիս, երբ դաստակը գտնվում է թիկնային կամ ափային ծալման դիրքում: Եթե հիվանդը ընկնում է թիկնային ծալման դիրքում գտնվող դաստակի վրա, դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժվում է դեպի թիկնային և ճաճանչային կողմը և թեթևակի վերհակվում է, իսկ կոնտրոնականը՝ ափածղիկային կողմը (Կոլլիսի էքստենզիոն կոտրվածք)



Ափային ծալման դիրքում գտնվող դաստակի վրա վայրընկնելիս առաջանում է դիստալ մետաէպիֆիզի ֆլեքսիոն կոտրվածք (Սմիտի կոտրվածք): Այդ ժամանակ դիստալ ոսկրաբեկորը որոշակի վարհակվում է և տեղաշարժվում դեպի ափային կողմ, այն ժամանակ երբ կոնտրոնական ոսկրաբեկորը՝ վերհակվում է և տեղաշարժվում դեպի թիկնային կողմ:

Ախտորոշումը: Արտաքին զննման ժամանակ ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում հայտնաբերում են եղանածև կամ սվինանման դեֆորմացիա: Կոլլիսի կոտրվածքի դեպքում նախաբազկի թիկնային մակերեսի վրա կարելի է շոշափել դիստալ ոսկրաբեկորը, իսկ ափայինի վրա՝ պրոքսիմալը: Դաստակը դիստալ ոսկրաբեկորի հետ մեկտեղ տեղաշարժվում է դեպի ճաճանչային կողմ: Սմիտի կոտրվածքի դեպքում, հակառակը, դիստալ ոսկրաբեկորը շոշափվում է նախաբազկի ափային մակերեսին, իսկ պրոքսիմալը՝ թիկնայինին: Ճաճանչոսկրի շոշափումը նախաբազկի թիկնային կամ ափային մակերեսից և ծղիկոսկրի մախաթածևելունի շոշափումը կոտրվածքի առկայության դեպքում խիստ ցավոտ են: Առանցքային ծանրաբեռումը բերում է կոտրվածքի շրջանի ցավերի սաստկացմանը: Ճաճանչադաստակային հողի շարժումները խիստ սահմանափակ են և ցավոտ: Ոսկրաբեկորների միջև եղած շարժունությունը և ոսկրային կրեպիտացիան ստուգելու հարկավոր չէ: Ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղի կոտրվածքների դեպքում երբեմն տեղաշարժված ոսկրաբեկորներով վնասվում են միջային նյարդը, ինչպես նաև միջային և ճաճանչային նյարդերի միջոսկրային ճյուղերը (Տուրների ներիտ), որը արտահայտվում է կտրուկ ցավերով, պարեսթեզիաներով կամ անզգայունության գոտիներով, իսկ հետագայում՝ «դաստակի ձիգ այտուցով», դաստակի ոսկրերի բծավոր օստեոպորոզով և այլն.: IV-րդ մատերի շարժումները սահմանափակված են, մաշկը դաստակի թիկնային մակերեսին փայլում է:

Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը ունի մեծ նշանակություն ճաճանչոսկրի տիպիկ տեղում կոտրվածքի հստակ ախտորոշման համար: Երբեմն անհրաժեշտ է լինում կատարել երրորդ նկարը Է պրոյեկցիայով կոտրվածքի և ոսկրաբեկորների առկայությունը որոշելու, դիստալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժը գնահատելու համար: Տեղաշարժը գնահատելու նպատակով կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա անց են կացնում ճաճանչոսկրի առանցքը ըստ կոնտրոնական ոսկրաբեկորի, իսկ ճաճանչադաստակային հողի մակարդակին՝ գիծ, որն ուղղահայաց է ճաճանչոսկրի առանցքին, և գիծ, որը միացնում է դրա հողային մակերեսի ծայրերը: Նորմայում ճաճանչոսկրի հողային մակերեսի ծայրերը միացնող գիծը

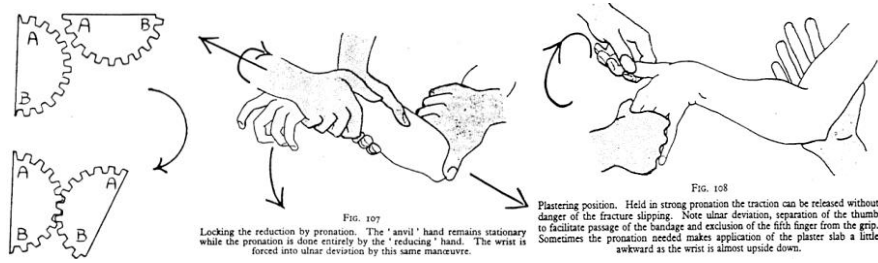
պետք է համընկնի դրա առանցքին գծված ուղղահայացին, կամ կարող է թեքվել ուղղահայացից դեպի ավային կողմը 10° , այսինքն առանցքի և ճաճանչուսկրի հողային մակերեսի ծայրերը միացնող գծի միջև եղած անկյունը պետք է կազմի $80-90^{\circ}$: Եթե այդ անկյունը 90° ավել է, դիստալ ոսկրաբեկորը տեղաշարժված է դեպի թիկնային կողմը՝ Կոլլիսի կոտրվածք: 80° փոքր անկյունը խոսում է դիստալ ոսկրաբեկորի ավային տեղաշարժի մասին՝ Սմիտի կոտրվածք: Դիստալ ոսկրաբեկորի չվերացված անկյունային տեղաշարժը սահմանափակում է ոսկրի ավային ծալումը Կոլլիսի կոտրվածքի դեպքում, և թիկնային ծալումը Սմիտի կոտրվածքի դեպքում: Լոլիկ-ճաճանչային անկայն չափը դիստալ հատվածում $\frac{1}{2}$ ՍձՍ չ 30° : Առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա հայտնաբերվող տեղաշարժը ունի ավելի փոքր նշանակություն ֆունկցիայի խախտման առումով:

Բուժումը: Ճաճանչուսկրի տիպիկ տեղում առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում բավական է դաստակի և նախաբազկի ֆիքսացիան ավային կամ թիկնային գիպսային լոնգետով մատերի հիմքից մինչև նախաբազկի վերին երրորդականը: Նախաբազուկը ֆիքսում են պրոնացիայի և սուպինացիայի միջին դիրքում, դաստակին տալիս թիկնային թեթև ծալման դիրք: Նախապես կոտրվածքի տեղում ներ են մուծում $10-20$ սլ նովոկաինի 1% լուծույթ: Առաջին իսկ օրերից հիվանդին նշանակում են մատերի ակտիվ շարժումներ: Անշարժացումը տևում է $3-4$ շաբաթ, որից հետո ցուցված են բուժական մարմնամարզությունը և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները: Աշխատունակությունը վերականգնվում է $5-6$ շաբաթ անց:

Եթե կա ոսկրաբեկորների տեղաշարժ, տեղային անզգայացման տակ անց են կացնում կոտրվածքի համադրում ձեռքով կամ դիստրակցիոն սարքի վրա:

Սարքի վրա դիստրակցիայի ժամանակ վիրաբույժը ճնշում է ոսկրաբեկորների վրա դրանց տեղաշարժմանը հակառակ ուղղությամբ: Գիպսային կապը դնելուց հետո սարքը հանում են: Առավել տարածված է ոսկրաբեկորների համադրման ձեռքային եղանակը:

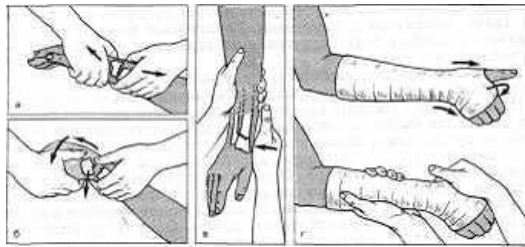
Ճաճանչուսկրի բեկորների ձեռքային համադրման տեխնիկան Կոլլիսի կոտրվածքի ժամանակ: Հիվանդը նստում է աթոռի վրա կողքով դեպի դրա թիկնակին; բազկային հողում զատված և արմնկային հողում մինչև 90° ծալված ձեռքը պառկած է սեղանի վրա այնպես, որ դիստալ ոսկրաբեկորը և դաստակը կախվեն սեղանի ծայրից: Ձգումը իրականացնում է օգնականը, որը մի ձեռքով բռնում է վնասված վերջույթի I մատը, մյուսով՝ II, III և IV մատերը: Հակաձգումը բազկից իրականացնում է մյուս օգնականը: Օգնականները $3-5$ բուպեների ընթացքում սահուն և դանդաղ ձգում են ոսկրաբեկորները, վերացնելով նախաբազկի կարճացումը: Չընդհատվող ձգման ընթացքում վիրաբույժը երկու բութ մատերով ճնշում է դիստալ ոսկրաբեկորի վրա: Այդ նույն ժամանակ առաջին օգնականը դաստակին տալիս է ավային ծալման և ուլնար զատման դիրք: Հնարումից հետո ոսկրաբեկորները ֆիքսում են մատերով, իսկ դաստակին տալիս թիկնային թեթևակի ծալման և ուլնար զատման դիրք: Ձգումը չթուլացնելով դնում են գիպսային լոնգետ մատերի հիմքից մինչև նախաբազկի վերին երրորդականը $3-4$ շաբաթ ժամկետով:



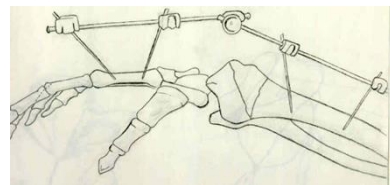
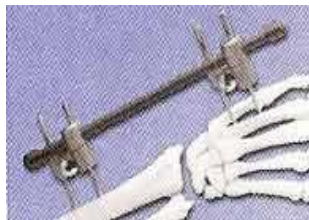
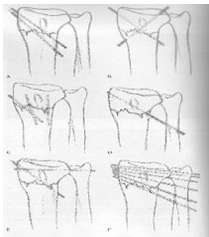
Եթե տեղի է ունեցել կրկնակի տեղաշարժ գիպսային կապի մեջ, ոսկրաբեկորների համադրումը կրկնում են և դաստակի սահմանափակ ավային ծալման դիրքում դնում թիկնային գիպսային լոնգետ: $2-3$ շաբաթ անց կապը հանում են, դաստակը զգուշությամբ հանում թիկնային ծալման դիրքից, նախաբազուկը ֆիքսում նոր թիկնային գիպսային լոնգետով: Նյարդաբանական և անոթային խանգարումները կանխելու նպատակով հարկավոր է հիվանդին հետևել 12 ժ ընթացքում:

Անշարժացման ժամկետը երկարացնում են 1-2 շաբաթով: Գիպսային լոնգետը հանում են կոտրվածքի սերտաձման ժամանակ:

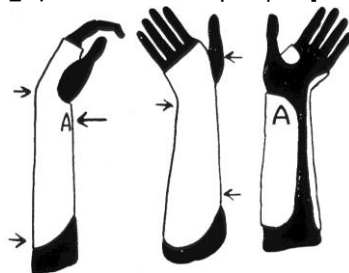
Ճաճանչոսկրի բեկորների ձեռքային համադրման տեխնիկան Սմիտի կոտրվածքի ժամանակ: Հիվանդի, նրա ձեռքի և օգնականների դիրքը նման է այն դիրքին, որը նշվել է Կուլիսի կոտրվածքի դեպքում ոսկրաբեկորների համադրման ժամանակ: Այդ նույն ձևով անց են կացնում նախաբազկի ձգումը իր առանցքի շուրջը: Դաստակին տալիս են ծղիկային զատման դիրք: Ավային ուղղությամբ ճաճանչոսկրի դիստալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժի առկայության դեպքում դաստակին տալիս են թիկնային ծալման դիրք: Այդ նույն ժամանակ, ձգումը չընդհատելով, վիրաբույժը ճնշում է դիստալ ոսկրաբեկորի վրա սեղմելով այն դեպի թիկնային և ծղիկային կողմ: Գիպսային լոնգետը դնում են մատերի հիմքից մինչև նախաբազկի վերին երրորդականը դաստակի թեթևակի թիկնային ծալման դիրքում: Ձգումը վերացնում են գիպսը չորանալուց հետո: Առաջին իսկ օրերից նշանակում են շարժումներ մատերում և արմնկային հոդում: Վերջույթի անշարժացումը շարունակում են 4-6 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 6-8 շաբաթ անց:



Համադրման անհաջողության դեպքում կամ ներհոդային բազմաբեկոր կոտրվածքների դեպքում կատարվում է վիրահատական միջամտություն՝ ոսկրաբեկորների համադրում և ֆիքսացիա շրուդերով կամ արտաօջախային դիստրակցիոն ապարատով բաց ռեպոզիցիա ֆիքսացիա հարթակով և պտուտակներով.



Տուրների ներիտը կանխելու նպատակով հարկավոր է որքան հնարավոր է շուտ կատարել ոսկրաբեկորների համադրումը սպիրտանովոկաինային անզգայացման տակ: Հեմատոմայի մեջ ներմուծում են մինչև 30 մլ սպիրտանովոկաինային լուծույթ (10 մլ 96 % սպիրտ և 90 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ): Ջարգացող ներիտի դեպքում նշանակում են վիտամինաբուժում B խմբի վիտամիններով, անաբոլիկ հորմոններ, պրոզերին, թիրեոկալցիտոնին; ներոսկրային ճանապարհով ներ են մուծում նովոկաինի լուծույթ ժգուտի տակ, որը դնում են 30-40 րոպեով:



Իշեմիկ կոնտրակտուրան հանդիսանում է վերջույթների վնասվածքների և դրանց բուժման առավել ծանր բարդություններից մեկը: Եթե վերջույթի հատվածի երկարատև լրիվ իշեմիան ավարտվում է դրա գանգրենայով, ապա ոչ լրիվը կամ ավելի քիչ տևողություն ունեցողը բերում է մկանների և նյարդերի դեգեներատիվ փոփոխությունների, մկանաթելերի մասնակի մեռուկացմանը և դրանց

սպիական փոխարինմանը: Արդյունքում մկանները կարճանում են, պայմանավորելով դիստալ հատվածի հողերի կոնտրակտուրան: Առավել հաճախ իշեմիկ կոնտրակտուրան զարգանում է ծեռքերի վրա: Իշեմիայի պատճառ կարող է հանդիսանալ բազկային զարկերակի վնասումը կամ կոնտուզիան բազկոսկրի վերաճեղային տարածիչ կոտրվածքի, գիպսային կապի մեջ ոսկրաբեկորներով կամ այտուցով անոթների ճնշման ժամանակ: Այս երկու գործոնները և դրանց զուգակցումը հանդիսանում են իշեմիկ կոնտրակտուրայի զարգացման առավել հաճախակի պատճառ:

Ֆուլկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրայի ժամանակ նշվում է մաշկի գույնի փոփոխություն, որը, հատկապես մատերի վրա, լինում է ստորոֆիկ: Որպես կանոն, կա զգայունության բացակայություն: Անոթազարկը ճաճանչային զարկերակի վրա բացակայում է: Առավել արտահայտված է լինում մատերի խորանիստ ծալիչի կոնտրակտուրան, որը պայմանավորում է դաստակի բնորոշ կոնտրակտուրան՝ նախադաստակաֆալանգային հողերի գերտարածում և միջֆալանգային հողերի ծալում: դաստակի ափային ծալման դեպքում դեֆորմացիան փոքրանում է, իսկ տարածման ժամանակ, հակառակը, ավելանում:

Բուժումը: Ֆուլկմանի իշեմիկ կոնտրակտուրայի ժամանակ կիրառում են ուղղող կապեր, մկանների կպման կետերի տեղափոխում, մկանների փոխպատվաստում, ոսկրերի կարճացում և հողերի արթրոդեզ: Բուժումը շարունակվում է երբեմն երկար տարիներ և չի տալիս դաստակի ֆունկցիայի լրիվ վերականգնում, այդ պատճառով հատուկ նշանակություն ունեն ոսկրերի կոտրվածքից հետո առաջին իսկ ժամերին վնասված հատվածի արյան մատակարարման խախտման հայտնաբերելը, կանխելն ու բուժումը:

Վաղ ժամկետներում առավել կարևոր ախտանիշեր են հանդիսանում ցավը, անոթազարկի և վերջույթի դիստալ հատվածի գույնի փոփոխությունը: Վերջույթի դիստալ հատվածի ցավը, որը գիպսային կապ դնելուց հետո պետք է թուլանա, հակառակը, կտրուկ ուժեղանում է, դառնում այրող, անտանելի: Անոթազարկը պերիդերին զարկերակների վրա լինում է թուլացած կամ, ավելի հաճախ, ընդհանրապես չի որոշվում: Ջարգանում են մատերի ցիանոզ և այտուց, վերջույթի դիստալ հատվածի թմրածություն: Դաստակը թմրելուց հետո ի հայտ են գալիս պարեսթեզիաներ և անեսթեզիաներ, հատկապես միջամտությունյին նյարդի նյարդավորման գոտում: Ապա զարգանում է դաստակի մատերի կոնտրակտուրա: Մկանային կոնտրակտուրայի ի հայտ գալը չի կարելի համարել վաղ ախտանիշ, քանի որ այն վկայում է արդեն առաջացած մկանաթելերի փոփոխման մասին:

Ֆուլկմանի կոնտրակտուրայի կանխարգելումը կայանում է արյան մատակարարման վաղ վերականգնման մեջ: Այսպես, եթե բազկի վերաճեղային կոտրվածքի ժամանակ բացակայում է անոթազարկը ճաճանչային զարկերակի վրա, հարկավոր է անհապաղ կատարել կոտրվածքի համադրում: Երբեմն այդ գործողությունը ապահովում է զարկերակային արյան շրջանառության վերականգնումը: Եթե այն տեղի չի ունեցել, անց են կացնում բազկային հյուսակի նովոկաինային բլոկադա: Արտաքին ճնշումը վերացնելու նպատակով կատարում են գիպսային կապի հատում, ծալումը արմնկային հողում փոքրացնում են մինչև բութ անկյուն: Ձեռքը հարկավոր է տեղադրել զատող բեկակալի վրա: Եթե կատարված գործողություններից հետո 1-1.5 ժամ անց ճաճանչային զարկերակի վրա անոթազարկը չի վերականգնվում, ցուցված է կատարել վիրահատություն: Անոթների դեկոմպրեսիայի նպատակով նախաբազկի խորանիստ փակեղը լայն բացազատում են արմնկային ծալքի սահմաններում: Ջարկերակը բացում են վնասվածքի մակարդակին և ազատում ճնշումից: Դրա շուրջը ներ են մուծում նովոկաինի 2 % լուծույթ: Ջարկերակը ցողում են նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ գոլ լուծույթով: Դրա լուսանցքի մեջ ներարկում են պապավերինի և նովոկաինի լուծույթ սպազմը վերացնելու նպատակով: Եթե վիրաբուժական միջամտության ժամանակ հայտնաբերում են զարկերակի պատի վնասվածք, կատարում են վիրահատություն անոթի վրա:

Գիպսային կապով ճնշման հետևանքով առաջացած Ֆուլկմանի կոնտրակտուրայի կանխարգելումը կայանում է գիպսային լոնգետային կամ կտրվող կապերի դնելու մեջ, քանի որ վնասվածքից կամ վիրահատությունից հետո մոտակա ժամանակում վիրակապի տակ հնարավոր է փափուկ հյուսվածքների այտուցի առաջանալը:

Գիպսային կապով հիվանդին հարկավոր է աննդհատ հետևել: Դիստալ հատվածի արյան շրջանառության խախտման ախտանիշերի առաջացման դեպքում վիրակապը հարկավոր է հատել ամբողջ երկարությամբ և թեթևացնել դրա ճնշումը հյուսվածքների վրա:

Ձեռնաթաթի ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀՈՂԱԽԱՆՏԵՐ

Ձեռնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքները կազմում են բոլոր ոսկրերի կոտրվածքների մինչև 35 %:

Դաստակի ոսկրերի կոտրվածքներ

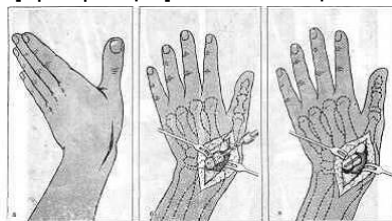
Այս վնասվածքները հաճախակի ախտորոշվում են որպես կապանների գերձգում: Ըստ գրականության տվյալների, դաստակի ոսկրերի կոտրվածքները կազմում են ձեռնաթաթի կոտրվածքների 2.5-5 %: Առավել հաճախ հանդիպում է նավակաձև ոսկրի, հազվադեպ՝ կիսալուսնաձև և առավել հազվադեպ՝ դաստակի մյուս ոսկրերի կոտրվածքները:

Նավակաձև ոսկրի կոտրվածք: Առաջանում է հիմնականում պարզած ձեռքի վրա ընկնելուց: Որպես կանոն, ոսկրը բաժանվում է 2 մասի: Ավելի հազվադեպ լինում է բեկորային կոտրվածք: Կոտրվածքը կարող է լինել երեք մակարդակներում՝ հաճախ լինում է միջին, նեղացած մասում (տալիա), մոտիկ պրոքսիմալ կամ դիստալ ծայրերին: Այս կոտրվածքները ներհողային են:



Ախտորոշումը: Առկա է այտուցը, ցավը և ճաճանջ-դաստակային հողի դժվարաշարժությունը: Ցավը և այտուցը տեղակայվում են անատոմիական ծխախոտատուփի շրջանում: Ձեռնաթաթի թիկնային ծալումը ուժեղացնում է ցավը, ավային ծալման ժամանակ ցավը քիչ է: Ախտորոշումը հաստատում է երեք քառորդով կատարված ռենտգեն-հետազոտությունը, որի դեպքում լավ է արտահայտվում ոսկրի պրոֆիլը: Թարմ դեպքերում ախտորոշումը երբեմն դժվարացած է: 2-3 շաբաթ հետո կատարվում է կրկնակի ռենտգեն-նկարահանում ախտորոշումը ճշտելու համար:

Բուժումը: Ոսկրի սերտաձման համար պայմանները անբարենպաստ են, քանի որ այն սնուցող ներոսկրային անոթները վնասվում են: Բացի դրանից դաստակի ոսկրերը վերնոսկր չունեն: Եթե չստեղծել երկարատև անշարժացում, առաջանում է կեղծ հող և սկսվում է ասեպտիկ մեռուկացում: Դրվում է առանց ներդիրի գիպսե կապ մատների հիմքից մինչև բազկի վերին երրորդը I մատի սևեռումով նախադաստակ ֆալանգային հողում թույլ ծալման վիճակում 10-12 շաբաթ տևողությամբ: Հետո կապը հեռացվում է սերտաձման աստիճանը որոշելու համար և նորից է դրվում նույն ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-6 ամիս հետո:



Նախադաստակային ոսկրերի կոտրվածքներ

Ըստ Ստոյանովի այս կոտրվածքները կազմում են բոլոր կոտրվածքների 11,5%: Ըստ Ե.Վ. Ուսուլցևայի այս ոսկրերի բաց կոտրվածքները ավելի հաճախ են հանդիպում քան փակը:

Նախադաստակային ոսկրի հիմնային կոտրվածք: Այս կոտրվածքը հաճախ է հանդիպում, հատկապես տղամարդկանց մոտ: Այն պահանջում է հատուկ ուշադրություն, քանի որ I մատի շարժումները ունեն մեծ նշանակություն աշխատանքում և նրանց ոչ ճիշտ բուժումը նվազեցնում է ոչ միայն I մատի, այլև ողջ ձեռնաթաթի ֆունկցիոնալ հնարավորությունները:

Տարբերակվում են այս կոտրվածքի 2 տեսակ:

Առաջին տեսակի դեպքում առաջանում է I նախադաստակային ոսկրի հիմքի կոտրվածք: Ոսկրաբեկորը ունի եռանկյունաձև տեսք և մնում է իր տեղում: Մատը հողախախտվում է նախադաստակի դաստակային հողում դեպի թիկնա-ճաճանջային կողմ: Այս կոտրվածքը կոչվում է Բենետի կոտրվածք, նկարագրված 1881թ.՝ I մատի կոտրվածք հողախախտ:

Երկրորդ տեսակի կոտրվածքը համարվում է արտահողային:

Ախտորոշումը: Այս կոտրվածքի ժամանակ I մատը լինում է առբերման վիճակում, նրա թիկնային մակերեսին՝ հիմքի մոտ նկատվում է ցավոտ ցցուն: Այնտեղ էլ առաջանում է ցավ I նախադաստակային ոսկրի գլխիկի շոշափման և ճնշման դեպքում: Մատը ձգելիս առաջանում է ցավ, ախտաբանական շարժունակություն և ոսկրային կրեպիտացիա: 2 պրոեկցիայով կատարված ռենտգենոգրամման ճշգրտում է ախտորոշումը և կոտրվածքի տեսակը:

Բուժումը: Կատարվում է միանվագ ձեռքային համադրում տեղային անզգայացմամբ: Գիպսե կապը դրվում է I մատի առավելագույն զատման վիճակում 4-6 շաբաթ տևողությամբ: Գիպսը հանելուց հետո հատուկ ուշադրություն է դարձվում նախադաստակ-ֆալանգային հողի շարժունակությանը: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-8 շաբաթվա ընթացքում:

Վիրահատական բուժումը: Հեշտությամբ տեղաշարժվող կոտրվածքների ժամանակ կարելի է բեկորները համադրելուց հետո սևեռել շյուղով փակ եղանակով: Չհամադրված կոտրվածքների դեպքում ցուցված է բաց համադրում և շյուղով սևեռում:

I նախադաստակային ոսկրի մարմնի կոտրվածքը առաջանում է ուղղակի վնասվածքից: Տեղաշարժով և առանց տեղաշարժի կոտրվածքները համադրումից հետո բուժվում են գիպսե կապով: Անկայուն կոտրվածքները համադրումից հետո սևեռում են շյուղով: Գիպսային անշարժացումը հեռացվում է 3-4 շաբաթից հետագա վերականգնողական բուժմամբ:

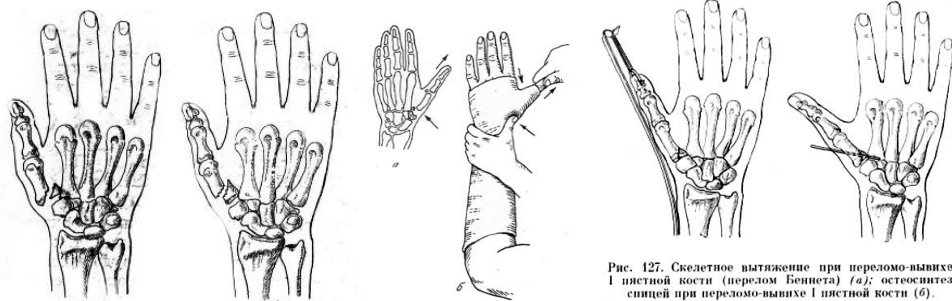


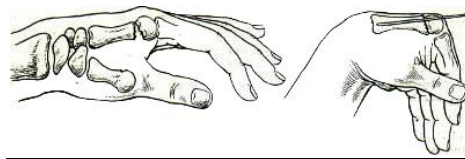
Рис. 127. Скелетное вытяжение при переломо-вывихе I пястной кости (перелом Беннета) (а); остеосинтез сицей при переломо-вывихе I пястной кости (б).

II, III, IV և V նախադաստակային ոսկրերի կոտրվածքը առաջանում են ուղղակի վնասվածքից:

Ախտորոշումը: Նախադաստակային ոսկրերը շոշափմամբ հասանելի են և տեղաշարժը հեշտ է նկատել: Շոշափումը, առանցքյին ծանրաբեռնումը և համապատասխան մատից ձգումը առաջացնում են ցավ կոտրվածքի վայրում: Երբեմն կա ոսկրային կրեպիտացիա:

Բուժումը: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքները բուժվում են գիպսե կապով: Անկյունային տեղաշարժով կոտրվածքները համադրվում են և բուժվում գիպսե կապով:

Մեկ կամ մի քանի նախադաստակային ոսկրերի տեղաշարժով և անկայուն կոտրվածքները համադրումից հետո բուժվում են վիրահատությամբ: Կատարվում է ներոսկրային օստեոսինթեզ մետաղե շյուղով: Գիպսային անշարժացումը հանվում է 4 շաբաթ հետո: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-6 շաբաթից:



Մատերի ֆալանգների կոտրվածքներ

Ֆալանգների կոտրվածքները հատուկ ուշադրության են արժանի, ոչ միայն որ հանդիպում են հաճախ, այլև որ ձեռնաթաթի լիարժեք ֆունկցիան հիմնականում պայմանավորվում է մատների նորմալ ֆունկցիայով:

Այս կոտրվածքները հիմնականում առաջանում են ուղղակի վնասվածքից: Տարբերում են ներ- և հարիողային կոտրվածքներ և ֆալանգների մարմնի կոտրվածքներ:

Կոտրվածքների հիմնական մասը ընկնում է հիմնային ֆալանգին, որի դեպքում լինում է բնորոշ անկյունային տեղաշարժ թիկնային բացվածքով: Այդպիսի կոտրվածքներ նկատվում են նաև միջային ֆալանգներում:

Եղնգային ֆալանգների կոտրվածքները հիմնականում լինում են բեկորային և հիմնականում ուղեկցվում են ստորեղնգային հեմատոմայով: Որոշ դեպքերում առաջանում է մատի տարածիչ ջլի պոկում իր կաման տեղից, եղնգային ֆալանգի հիմքից եռանկյունաձև ոսկրաբեկորի պոկմամբ:

Ախտորոշումը: Տեղաշարժով կոտրվածքները բնորոշվում են մատի ձևախեղմամբ և կարճացմամբ: Զգալի այտուցը և արյունազեղումը հարթեցնում են ձևախեղումը: Շոշափումը և առանցքային ծանրաբեռնումը առաջացնում են ցավ կոտրվածքի վայրում: Այդտեղ լինում է նաև աննորմալ շարժունակություն և ոսկրային կրեպիտացիա:

Կոտրվածքի ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի ռենտգեն-հետազոտությունը:

Բուժումը: Համադրումը պետք է կատարել մանրակրկիտ: Գիպսային կապով անշարժացումը կատարվում է մատի ծաված վիճակում կոնտրակտուրայից խուսափելու նպատակով: Անշարժացվում է միայն վնասված մատը 2-3 շաբաթով, հետագա վերականգնողական բուժմամբ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 2-4 շաբաթվա ընթացքում:

Հիմնային և միջային ֆալանգների կոտրվածքի դեպքում կիրառվում է կմախքային ձգում եղնգային ֆալանգից:

Եթե համադրումը չի հաջողվում ցուցված է վիրահատական բուժում ներոսկրային շյուղերի ներմղմամբ:

Ներ- և հարիոդային կոտրվածքների դեպքում կիրառվում է Վոլկով- Հովհաննիսյանի ապարատը:

ԹԵՄԱ 7

ԿՈՆՔԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ

ՆԵՐԿՈՆՔԱՅԻՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ՎՆԱՍՈՒՄՆԵՐ

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները կազմում են կմախքի բոլոր վնասվածքների 4-7 % և ուղեկցող վնասվածքների ու մահացության թվով զիջում միայն գանգի ոսկրերի կոտրվածքներին: Կոնքի վնասվածքները կարող են ուղեկցվել առավել ծանր շոկով պայմանավորված ռեֆլեքսոգեն հարուստ զոտու զրգռմամբ և սպունգանման ոսկրերից դեպի հյուսվածքներ զանգվածային՝ 2 լ-ից ավելի արյունահոսությունով: Մահացությունը կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում կազմում է 5-20 %:

Ձայլոսկրի և դրա ճյուղերի կոտրվածքները կազմում են կոնքի բոլոր կոտրվածքների 70 %: Կոնքի մյուս ոսկրերի կոտրվածքների հաճախականությունը ըստ նվազման կարգի հետևյալն է՝ աջ զստոսկր, ձախ զստոսկր, նստոսկր, ձախ քացախափոս և աջ քացախափոս: Սրբոսկրագետային կոտրվածքները ուղեկցվում են առավել զգալի արյունահոսությամբ: Կոնքի կոտրվածքների դեպքում զանգվածային արյունահոսությունով հիվանդներին կարող է պահանջվել վիրաբուժական միջամտություն:

Կոնքային օղի տեղաշարժով կոտրվածքը խոսում է այլ կոտրվածքով կամ հոդախախտով զուգակցված կոտրվածքի առկայության մասին: Հոդախախտ առավել հաճախ լինում է սրբոսկրագետային հոդում:

Հետանցքը, ուղիղ, սիզմայածև և վայրէջ աղին տեղակայված են կոնքի խոռոչում: Այս զոյացությունները կարող են վնասվել կոնքի կոտրվածքների ժամանակ, սակայն ավելի հաճախ դրանք վնասվում են կոնքի թափանցող վիրավորումների դեպքում: Կոնքի կոտրվածքների ժամանակ հաճախակի վնասվում է և անմիջապես ցայլային սիմֆիզի հետևում գտնվող միզապարկը: Միզապարկի պատռվածքը կարող է տեղի ունենալ երկու տեղերում կախված ազդող ուժի տեսակից և վնասման ժամանակ միզապարկի լցվածության աստիճանից: Միզապարկի պատռվածքները մեծամասամբ դեպքերում տեղի են ունենում միզասեռական ստոծանուց վեր՝ այդ ժամանակ մեզը թափանցում է կոնքի խոռոչ: Միզապարկի զմբեթի պատռվածքը բերում է մեզի ներորովայնային զեղմանը: Կոնքի առաջային կոտրվածքները կարող են ուղեկցվել միզուկի պատռվածքով: Եթե միզուկի պատռվածքը տեղի է ունենում միզասեռական ստոծանուց ցած, ապա մեզը թափանցում է ամորձապարկ, շեքի մակերեսային հատված և որովայնամիզ:

Դասակարգումը: Ըստ կոտրվածքին կոնքային օղի և քացախափոսի մասնակցության կոնքի ոսկրերի վնասվածքները բաժանում են հետևյալ խմբերի՝

Եզրային կոտրվածք: Կոնքային օղի առաջացմանը չմասնակցող կոնքոսկրերի կոտրվածք՝ փշերի, նստաթմբերի, պոչուկի կոտրվածքներ, սրբոսկրի լայնակի կոտրվածք սրբոսկրազստային հողավորումից ցած, զստոսկրի կոտրվածք:

Կոնքային օղի կոտրվածք առանց դրա ամբողջականության խախտման: Կոնքային օղը կազմող ոսկրերի կոտրվածք: Կոնքային օղի ամրությունը իջնում է, բայց պահպանվում է դրա հենարանային ֆունկցիան, քանի որ կոնքի երկու կեսերն էլ ինչպես անմիջականորեն, այնպես էլ մյուս կեսի միջոցով կապված են մնում սրբոսկրի հետ: Այդպիսի վնասվածքներից են՝ 1) ցայլոսկրի միևնույն ճյուղի մեկ կամ երկկողմանի կոտրվածքը; 2) նստոսկրերի մեկ կամ երկկողմանի կոտրվածքը; 3) ցայլոսկրի ճյուղերից մեկի կոտրվածքը մի կողմից և նստոսկրինը՝ մյուս կողմից:

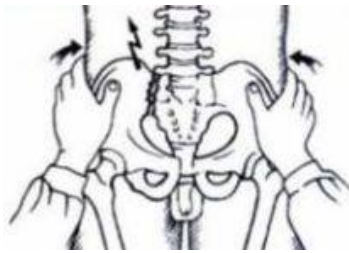
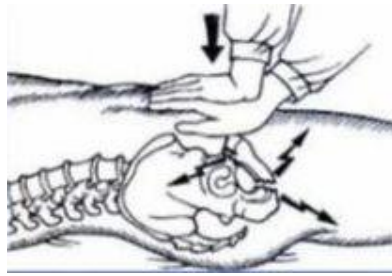
Կոնքային օղի ամբողջականության խախտումով վնասվածքներ: Այսպիսի վնասվածքների դեպքում կոնքի ամեն մի կեսը կապված է լինում սրբոսկրի հետ միայն մեկ կողմից: Կտրուկ խախտվում է կոնքի հենարանային ֆունկցիան: Այդպիսի վնասվածքներից են՝ 1) սրբոսկրի ուղղահայաց կոտրվածքը կամ սրբոսկրի կաղմային զանգվածի կոտրվածք; 2) սրբոսկրազստային հողավորման պատռվածքը; 3) զստոսկրի ուղղահայաց կոտրվածքը; 4) ցայլոսկրի երկու ճյուղերի կոտրվածքը մեկ կամ երկու կողմերից; 5) ցայլոսկրի և նստոսկրի կոտրվածքը մեկ կամ երկու կողմերից («թիթեռի» տիպի կոտրվածք); 6) սիմֆիզի պատռվածքը:

Առաջային և հետին կիսաօղերի ամբողջականության միաժամանակյա խախտումով՝ Մալգենի տիպի վնասվածքներ: Այսպիսի վնասվածքների դեպքում լրիվ խախտվում է կոնքի մի կեսի կապը սրբոսկրի հետ: Կոնքի հենարանային ֆունկցիան բացակայում է: Ողնաշարի՝ սրբոսկրի հետ կապը կորցրած կոնքի կեսը մեջքի և որովայնի մկանների ձգման ուժի ազդեցության տակ տեղաշարժվում է դեպի վեր: Տարբերում են՝ 1) Մալգենի տիպի երկկողմանի կոտրվածք, երբ առաջային և հետին կիսաօղերը վնասվում են երկու կողմերից; 2) Մալգենի տիպի միակողմանի կամ ուղղահայաց կոտրվածք՝ առաջային և հետին կիսաօղերի միակողմանի կոտրվածք; 3) Մալգենի տիպի թեք կամ անկյունագծային կոտրվածք, երբ առաջային կիսաօղը կոտրվում է մի կողմից, իսկ հետինը՝ մյուսից; 4) կոնքոսկրի հողախախտ՝ սրբոսկրազստային հողավորման և սիմֆիզի պատռվածք; 5) սիմֆիզի պատռման զուգակցում հետին կիսաօղի կոտրվածքի հետ կամ սրբոսկրազստային հողավորման պատռման զուգակցում կոնքի առաջային կիսաօղի կոտրվածքի հետ:

Քացախափոսի կոտրվածք: Տարբերում են՝ 1) քացախափոսի եզրի կոտրվածք, որը կարող է ուղեկցվել ազդրի, հաճախ հետին վերին հողախախտով; 2) քացախափոսի հատակի կոտրվածք, որը կարող է ուղեկցվել ազդրի կենտրոնական հողախախտով՝ ազդրոսկրի գլխիկի տեղաշարժով ներս դեպի կոնքի խոռոչ:

Ախտորոշումը: Բազմակի վնասվածքներ ունեցող և անգիտակից վիճակում գտնվող բոլոր հիվանդների մոտ հարկավոր է կասկածել կոնքոսկրերի կոտրվածքի առկայություն, եթե ապացուցված չէ հակառակը: Կոնքի կոտրվածքները կարող են բերել արյունազրկման և հարկավոր է անմիջապես պունկցիայի ենթարկել մի քանի երակ և սկսել ինֆուզիոն թերապիա պատվիրելով համատեղելի արյուն, որպեսզի անհարաժեշտության դեպքում օգտագործել այն: Այսպիսի հիվանդներին հարկավոր է որքան հնարավոր է քիչ շարժել կամ իրականացնել որևէ գործողություններ արյունահոսությունը չուժեղացնելու և հետագա բարդությունների ռիսկը չավելացնելու նպատակով: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներով հիվանդներին հարկավոր է տեղափոխել վահանակով պատգարակի վրա: Նպատակահարմար է ծնկերի տակ դնել զլանակ, օրինակ՝ ծավված ծածկոց, և ոտքերը կապել պատգարակին: Ի տարբերություն մի շարք այլ կոտրվածքների, կոնքի կոտրվածքների բուժման ժամանակ հիմնական ուշադրությունը հարկավոր է ուղղել ոչ թե կոտրվածքների, այլ ուղեկցող վնասվածքների ախտորոշմանն ու բուժմանը:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների ժամանակ հաճախ տուժում է միզասեռական համակարգը և այդ պատճառով տուժածներին հարցեր են տալիս միզելու ցանկության, միզարձակման անկարողության, վերջին մենստրուացիայի ժամկետի և վագինալ արյունահոսության առկայության վերաբերյալ: Կոնքի կոտրվածքների կասկածի դեպքում հետազոտումը պետք է իր մեջ ներառի ամբողջ օղի ուղղակի պալպացիան հատուկ ուշադրություն դարձնելով ցայլային սիմֆիզի, սրբոսկրազստային հողավորման և սրբոսկրի վրա: Մեղիալ ուղղությամբ զստոսկրի երկու թևերի վրա միաժամանակյա սեղմումը կարող է ուժեղացնել կամ սրացնել ցավը կոնքային օղի կոտրվածքի շրջանում կամ ավելացնել անկայունությունը:



Քաջախափոսի վնասվածքը ժխտելու համար անհրաժեշտ է հետազոտել երկու կոնքազորային հոդերը որոշելով շարժումների ծավալը դրանցում: Բացի այդ, կոնքի կոտրվածքների դեպքում անհրաժեշտ է կատարել շագանակագեղձի ուղիղաղիքային մատային հետազոտում որոշելով դրա դիրքը: Շագանակագեղձի տեղաշարժը վկայում է միզուկի թաղանթային հատվածի հնարավոր պատռվածքի մասին:

Կոնքի հնարավոր կոտրվածքների երկրորդային ախտանիշներն են՝

- 1) Դեստոտի ախտանիշը՝ մակերեսային հեմատոմա աճուկային կապանից վեր կամ ամորձապարկում;
- 2) Ռուի ախտանիշը՝ տամբիոնից մինչև ցայլային փուշտը տարածության միակողմանի կարճացում, որը կարող է լինել տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում, երբ ոսկրաբեկորները անցնում են մեկը մյուսի վրա;
- 3) Էռլի ախտանիշը՝ ուղիղաղիքային հետազոտման դեպքում հայտնաբերվում է մեծ հեմատոմա, ոսկրային պաթոլոգիական ցցվածություն կամ շոշափման դեպքում կոտրվածքի ցավոտ գիծ:

Կոնքի կոտրվածքի բոլոր կասկածների դեպքում ռենտգենաբանական հետազոտությունը հարկավոր է սկսել առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված կոնքի ռենտգեն նկարների գնահատումով: Կոտրվածքի բացահայտ գծերը սովորաբար հեշտ ախտորոշվում են: Բացի այդ կարելի է առանձնացնել կասկածելի դաշտեր և կատարել համապատասխան նկարներ թեք պրոյեկցիաներով: Կասկածելի կոտրվածքների հստակ ախտորոշման համար կարող են պահանջվել կողմային, աքսիալ և առաջահետին պրոյեկցիաներ սեղանի գլխային մասի 35° թեքումով: Ստորին միզուղիները հարկավոր է հետազոտել նախ ռետրոգրադ ուրետրոգրաֆիայի եղանակով: Եթե պաթոլոգիա չի հայտնաբերվում, հարկավոր է կատարել էքսկրետոր ցիստոուրետրոգրաֆիա ներմուծելով մեծահասակներին 250 մլ կոնտրաստ նյութ: Դրա ներթափանցումը հսկելու համար անհրաժեշտ է կատարել մի շարք էքսկրետոր ուրոգրամաներ:

Կոնքի կոտրվածքների ժամանակ մահացության բարձր մակարդակը կապված է արյունահոսությունների, շոկի և ներքին օրգանների վնասումների հաճախության հետ: Կոնքի կոտրվածքների ժամանակ մահվան հիմնական պատճառ է հանդիսանում հեմոռագիկ շոկը: Կոնքի բոլոր կոտրվածքների մոտ 50 % պահանջում են տրանսֆուզիա: Կոնքային օղի երկակի պատռվածքով և տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում տրանսֆուզիա պահանջող արյունահոսության հավանականությունը ավելանում է երկու անգամ համեմատած կոնքային օղի միակի կոտրվածքների հետ: Կոնքի հետին կոտրվածքների դեպքում արյունահոսությունը ավելի ուժեղ է, քան առաջայինների դեպքում: Հիմնականում անոթային վնասումները մեծամասամբ դեպքերում տեղի են ունենում զստային երակներում և զարկերակներում, որտեղից արյունահոսությունը սովորաբար լինում է աննկատ: Լայնածավալ հետորովայնամզային հեմատոման տարածվում է մինչև հարերիկամային բջջանքը և կարող է պայմանավորել որովայնի մկանների լարվածությունն ու որովայնամզի գրգռման ախտանիշը: Այդ դեպքում որովայնի թեքվածքներում պերկուտոր կարող է նշվել բթացում, որը չի տեղաշարժվում մարմնի դիրքը փոխելիս՝ Ջոյսի ախտանիշ: Երբեմն սուր որովայնի կլինիկան լինում է այնքան արտահայտված, որ ստիպված են լինում դիմել ախտորոշիչ լապարոցենտեզի կամ լապարոսկոպիայի, իսկ երբեմն էլ ախտորոշիչ լապարոտոմիայի:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներով հիվանդներին պահանջվում է անոթների կաթետերիզացիա լայն լուսանցքով կաթետերներով և արյան խմբի որոշում կապված ծանր արյունահոսության վտանգի հետ: Հիպովոլեմիայի զարգացման դեպքում հարկավոր է ներմուծել կրիստալիոլներ, արյուն և կիրառել հակաշոկային կոստյում: Շարունակվող արյունահոսության աղբյուրը առանձնացնելու նպատակով խորհուրդ է տրվում կատարել արտերիոգրաֆիա, վենոգրաֆիա:

Արյունահոսության վիրաբուժական ընդհատելը և անոթային կար դնելը ցուցված են ոչ բոլոր դեպքերում: Վիրաբուժական միջամտության ցուցում կարող է հանդիսանալ ադեկվատ ռեհիդրատացիայից հետո չպաշարվող շոկը կամ 20 միավորի ավելի ծավալով տրանսֆուզիայի անհրաժեշտությունը:

Կոնքի վնասվածքները 30 % դեպքերում ուղեկցվում են շոկով: Հատկապես ծանր է ընդանում շոկը առաջային և հետին կիսաօղերի ամբողջականության միաժամանակյա խախտման դեպքում, երբ կա սպունգանման ոսկրի լայնածավալ վնասում: Կոնքի վնասման դեպքում առաջացող շոկի առանձնահատկությունը կայանում է նրանում, որ բացի ռեֆլեքսոգեն հարուստ գոտու գրգռմամբ պայմանավորված ցավային կոմպոնենտից, միշտ կա նաև զգալի արյունազեղում ներկոնքային բջջանքի մեջ: Հիվանդի տեղաշարժը կամ անզգույշ տեղափոխումը կարող է բերել ոսկրաբեկորների երկրորդային տեղաշարժմանը, արյունահոսության ուժեղացմանը և շոկի խորացմանը: Ցանկալի է մինչև շոկային վիճակում գտնվող հիվանդին ստացիոնար տեղափոխելը, եթե պայմանները թույլ են տալիս, կատարել կոտրվածքի անզգայացում և կարգավորել հակաշոկային արյան փոխարինիչների շիթային ներարկումը: Կոնքի կոտրվածքների ցավազրկման համար սովորաբար կատարում են ներկոնքային անզգայացում ըստ Շկոլնիկով-Սելիվանովի: Ներկոնքային անզգայացման տեխնիկան: Հիվանդի մեջքի վրա պառկած դիրքում մաշկը անզգայացնելուց հետո զստոսկրի առաջային փշից 1 սմ դեպի ներս ներ են մտցնում 14-15 սմ երկարությամբ ասեղ: Ասեղի շարժմանը նախորդում են նովոկաինի 0.25 % լուծույթի ներմուծումը: Ասեղը շարժում են առջևից դեպի հետ: Այդ ժամանակ ասեղի կտրվածքը պետք է սահի զստոսկրի ներքին մակերեսով: 12-14 սմ խորության վրա ասեղի ծայրը հայտնվում է զստափոսում, որտեղ և ներ են մուծում 250-300 մլ նովոկաինի 0.25 % լուծույթ: Երկկողմանի կոտրվածքի դեպքում ներկոնքային անզգայացումը կատարում են երկու կողմից:

Սրբոսկրի, պոչուկի մեկուսացված կոտրվածքների և սիմֆիզի պատռման դեպքում առավել նպատակահարմար է տեղային ցավազրկումը, անզգայացնող միջոցը ներմուծելով անմիջապես վնասման տեղում:

Ներքին օրգանների վնասումները զուգակցված կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների հետ բերում են բարձր մահացության: Առավել հաճախ հանդիպում է ստորին միզուղիների վնասումը, այդ թվում և միզապարկի ու միզուկի վնասումները: Միզուկը վնասվում է երկու անգամ ավելի հաճախ, քան միզապարկը: Առաջային միզուկի վնասումները նկատվում են ավելի հաճախ, քան հետին: Այդ վնասումները, որպես կանոն, հանդիպում են ցայլոսկրերի ճյուղերի երկկողմանի երկակի կոտրվածքի կամ դրանց տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում: Հետին միզուկի պատռվածքի դեպքում հաճախ վնասվում է ոչ թե շագանակային, այլ թաղանթային հատվածը: Ցայլոսկրերի ճյուղերի կոտրվածքների դեպքում այդպիսի վնասումը նկատվում է 10 % դեպքերում:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների դեպքում միզապարկի վնասումները հանդիպում են 6 % դեպքերում: Միզապարկի արտաորովայնամզային պատռվածք սովորաբար լինում է լցված միզապարկի դեպքում: Որովայնի խոռոչի ստորին հատվածի ցավերի, միզարձակման անկարողության կամ միզուկից արյունահոսության հետ զուգակցված շոկը կարող է հանդիսանալ միզապարկի վնասման վաղ նշան: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքներով և համապատասխանաբար ստորին միզուղիների վնասման կասկածով հիվանդներին առաջին հերթին հարկավոր է խնդրել միզել: Միզապարկի պատռվածքի դեպքում դա կլինի անհնար: Եթե հաջողվում է ստանալ մեզ, այն հարկավոր է հետազոտել էրիթրոցիտներ հայտնաբերելու համար: Հիվանդին նաև հարկավոր է զննել շեքից կետային արյունազեղումներ՝ էկսիմոզներ կամ արյունահոսություն հայտնաբերելու նպատակով և կատարել ուղիղաղիքային հետազոտում շագանակազեղծի դիրքը պարզելու համար: Եթե առկա պոկումային կոտրվածքի կամ առանց կոնքային օղի ամբողջականության խախտման կոտրվածքի դեպքում չկա արյունամիզություն կամ զննման ժամանակ չեն հայտնաբերվել միզուղիների վնասման ախտանիշեր, հետագա ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր չէ:

Կոնքային օղի ամբողջականության խախտումով կոտրվածքների դեպքում պարտադիր է կատարել ցիստոուրետրոգրաֆիա: Ուրետրոգրամնա կարելի է ստանալ միզուկի մեջ զգուշությամբ ներմուծելով 20 մլ կոնտրաստ նյութ հետագա ռենտգենոգրաֆիայով:

Եթե հիվանդը չի կարողանում միզել, հեղինակները խորհուրդ են տալիս փորձել զգուշությամբ մտցնել միզուկային կաթետր: Անհաջող փորձի դեպքում հարկավոր է կատարել ուրետրոգրաֆիա և ելտելով

ստացված պատասխաններից կարող է առաջանալ ակցանով կաթետերի մտցնելու կամ վերցայլքային ցիստոտոմիայի անհրաժեշտություն:

Ռետրոգրադ ցիստոգրաֆիան անց են կացնում կաթիլային եղանակով միզապարկի մեջ 250 մլ կոնտրաստ նյութ (յոդոլիպոլ և այլն.) ներմուծելու ճանապարհով: Լցված միզապարկի պայմաններում, ինչպես նաև միզարձակումից հետո կատարված նկարները հարկավոր է փութաջանորեն հետազոտել դուրս ծորելու ցուցանիշը հայտնաբերելու համար: Ստորին միզուղիների վնասումները սովորաբար բուժում են վիրահատական ճանապարհով: Առաջային միզուկի փոքր չափերի պատռվածքները սովորաբար չեն պահանջում վիրաբուժական վերականգնում, քանի որ լավ բուժվում են Ֆոլեի կաթետերի վրա: Միզապարկի և հետին միզուկի պատռվածքները նպատակահարմար է բուժել միրահատության միջոցով: Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքները կարող են ուղեկցվել գինեկոլոգիական վնասումներով: Կարևոր է պարզել, եղել է արդյոք հիվանդի մոտ մենստրուացիա վնասման պահին, քանի որ արյունահոսությունը հեշտոցից կարող է խոսել հեշտոցի կամ արգանդի պատռման մասին:

Սրբոսկրի կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են նյարդերի վնասումով: Որպես կանոն, գերծգման, մանր ոսկրաբեկորների անջատման կամ հեմատոմայի առաջացման արդյունքում տուժում են I և II միջոդային անցքերը և համապատասխան նյարդերը: Այդպիսի վնասումները սովորաբար հայտնաբերվում են նյարդաբանական փութաջան հետազոտման ժամանակ: I և II միջոդային անցքերի վնասման դեպքում, որպես կանոն, նշվում է ոտնաթաթի դեպի հետ ծալման թուլացում, հետույքային մկանների և ազդրի ծալիչ, ինչպես նաև սրունքի մկանների թուլություն: Սրբոսկրագոտային հողավորման վնասման դեպքում կարող է տուժել նստանյարդը: Այդ դեպքում նյարդաբանական հետազոտությունը կբացահայտի ոտնաթաթի մեծ մատի հիմքի զգայունության իջեցում և սրունքի առաջային խմբի մկանների թուլություն:

Կոտրվածքների հետ զուգակցված աղեստամոքսային տրակտի վնասումները հանդիպում են, որպես կանոն, միայն թափանցող վիրավորումների դեպքում: Աղեստամոքսային տրակտի ստորին հատվածի վնասման կասկածի դեպքում հարկավոր է կատարել հոգնա ջրալուծ կոնտրաստ նյութով:

Կոնքի ոսկրերի կոտրվածքների հետ կապված կարող են զարգանալ երկարատև բարդություններ՝ Սրբոսկրագոտային հողավորման վնասվածքներից հետո կարող է զարգանալ խրոնիկ արթրիտ, որը արտահայտվում է սրբոսկրային մշտական ցավով և երբեմն պահանջում է վիրաբուժական միջամտություն:

Կոտրվածքների բուժումը կարող է բարդանալ ոչ ճիշտ կամ դանդաղած սերտաճումով:

Կոտրվածքների սկզբնական շրջանում կարող են նկատվել այնպիսի բարդություններ, ինչպիսիք են թոքային զարկերակի էմբոլիա և ճարպային էմբոլիա:

Ներքին օրգանների պատռման և հեմատոմայի մանրէական վարակման դեպքում կարող է զարգանալ սեպսիս:

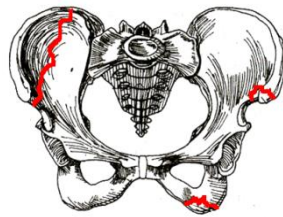
Եզրային կոտրվածք

Եզրային կոտրվածքը, որպես կանոն, առաջանում է վնասման ուղղակի մեխանիզմով, երբ վնասող գործոնի ուժը անմիջականորեն ուղղվում է դեպի ոսկրի այս կամ այն հատվածը: Բացի այդ, գոտոսկրի թևի կոտրվածքի առաջացումը հնարավոր է կոնքի կարճատև ճնշման դեպքում: Առաջային վերին փշի կոտրվածքը կարող է լինել պոկումային մկանների կտրուկ լարման դեպքում՝ վազքի ժամանակ, ֆուտբոլ խաղալիս և այլն.: Սրբոսկրագոտային հողավորումից և պոչուկից ցած սրբոսկրի կոտրվածքը հաճախ առաջանում է հետույքի վրա վայր ընկնելիս: Այդպիսի վնասվածքները համարվում են թեթև վնասվածքներ և հազվադեպ են ուղեկցվում շոկով: Հիվանդները նույնիսկ կարող են ինքնուրույն ոտքով գալ բժշկի մոտ:

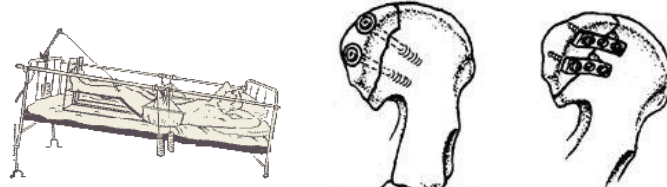
Ջստոսկրի առաջային վերին փշի պոկում: Նշվում է ցավոտություն պոկման շրջանում և տեղային ուռածություն: Դերձակների և ազդրի լայն փակեղը լարող մկանների ազդեցության տակ ոսկրաբեկորները տեղաշարժվում են դեպի ցած և դուրս, որի հետևանքով ստեղծվում է վերջույթի կարճացման կեղծ պատկերացում: Մի շարք դեպք կարող է արտահայտված լինել Լոզինսկու »հետընթացքի« ախտանիշը, որը կայանում է հետկայում. դեպի առաջ քայլելիս ազդրը ծալելու փորձի դեպքում կոտրվածքի շրջանում փշին կաչող մկանների լարման հետևանքով առաջանում է կտրուկ ցավ: Իսկ ոտքի շարժումը դեպի հետ առաջացնում է ավելի թույլ ցավ, այդ պատճառով էլ հիվանդը նախընտրում է քայլել մեջքով դեպի առաջ:

Բուժումը: Առաջային վերին փշի կոտրվածքի և պոկման դեպքում ցավազրկում են կոտրվածքի տեղը հենատոմայի շրջանում ներմուծելով 20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ և 2 շաբաթ բեռնաթափում կոտրվածքը: Փշից կաչող մկանների թուլացման համար ոտքը թեթևակի զատման դիրքում տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա: Հազվադեպ, երբ այդ դիրքով չի հաջողվում վերացնել ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժը, դիմում են տեղաշարժված ոսկրաբեկորների վիրահատական ֆիքսմանը պտուտամեխով կամ ոսկրային բույթով:

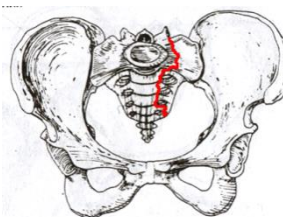
Զստոսկրի կոտրվածք քացախափոսի վերին հատվածի Դյուվերնեի տիպի վնասվածքով: Առաջանում է ցավ զստոսկրի թևի շրջանում, որը ուժեղանում է որովայնի թեք մկանների լարման դեպքում: Վնասվածքի կողմում սահմանափակվում են կոնքազդրային հոդի շարժումները: Զստոսկրի թևի վրա սեղմումը ուղեկցվում է զգալի ցավոտությամբ: Այդ ժամանակ երբեմն նշվում են շարժունություն և ոսկրային կրեպիտացիա: Մկանների ձգման ուժի ազդեցության տակ զստոսկրի թևը կարող է տեղաշարժվել վեր, որը հաստատվում է թրածն ելունից մինչև առաջային վերին փուշը ընկած տարածության կարճացումով:



Բուժումը: Ցավազրկմանը հասնում են կատարելով ներկոնքային անզգայացում վնասման կողմից: Զստոսկրի թևին կաչող մկանների թուլացման և կոտրվածքի շրջանում հատգիստ ապահովելու նպատակով ոտքը տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա: Բուժման առաջին իսկ օրերից նշանակում են բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Զստոսկրի թևի դեպի դուրս զգալի տեղաշարժի դեպքում վերընկարագրված բուժմանը ավելացնում են տեղադրումը զամակի մեջ, որը բերվում է հիվանդի կոնքի տակ ստորին կողերից մինչև ազդրի միջին երրորդականը: Գամակը թոգերով կապվում է մահճակալի հեծաններից: Այն ճնշում է կոնքը կողմային ուղղությամբ և ապահովում կոտրվածքի աստիճանական համադրումը: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը կազմում է 3 շաբաթ: Շատ դեպքերում դիմում են վիրահատական միջամտության հիվանդի արագ ռեաբիլիտացիայի նպատակով՝ կատարվում է օստեոսինթեզ հարթաով և պտուտակներով



Սրբոսկրի և պոչուկի լայնակի կոտրվածք: Բացի սրբոսկրի (պոչուկի) շրջանի ցավերից, նշվում է դեֆեկացիայի դժվարացում և ցավոտություն, նստելու փորձի դեպքում ցավի զգալի ուժեղացում: Զննման ժամանակ սրբոսկրի շրջանում հայտնաբերվում է ուռածություն: Ուղիղադիրքային հետազոտման ժամանակ կոտրվածքից կողմնայնորեն դիստալ բեկորի վրա սեղմելիս վնասվածքի շրջանում առաջանում է կտրուկ ցավ: Այդ ժամանակ հայտնաբերվում է պոչուկի (սրբոսկրի) դիստալ հատվածի պաթոլոգիական շարժունություն: Երբեմն սրբոսկրի դիստալ հատվածը տեղաշարժվում է առաջ և կարող է վնասել սրբոսկրային նյարդը: Այդ դեպքում զարգանում է անմիզապահություն և զգայունության կորուստ հետույքի շրջանում: **Հիմնական վստահելի ախտորոշման եղանակները՝ ռենտգեն, ԿՏ, ՄՌՏ.**



Բուժումը: Ցավագրկմանը հասնում են տեղային (20 մլ նովոկաինի 1 % լուծույթ) կամ հարսրբոսկրային անզգայացման միջոցով: Հիվանդին պառկեցնում են վահանակով մահճակալի վրա: Ողնաշարի գոտկային հատվածի և սրբոսկրի պրոքսիմալ հատվածի տակ տեղադրում են լայն գլանակ, որի բարձրությունը ընտրում են այնպես, որ սրբոսկրի (պոչուկի) ստորին հատվածը կախվելով մահճակալի վրա չդիպչի դրան: Այդպիսով կոտրվածքը բեռնաթափվում է: Դրան կարելի է հասնել նաև կիրառելով գաման: Այդ դեպքում կոտրե լայն գամակը անց են կացնում մեջքի տակ թիակների անկյունից մինչև սրբոսկրի (պոչուկի) կոտրվածքի շրջանը: Ձգման ուժը գամակի վրա ընտրում են այնպես, որ սրբոսկրի և պոչուկի դիստալ բեկորը չդիպչի մահճակալին:

Նշանակում են **ռչսթերոիդային**, մահանորմով (բելլադոննայով) մոմիկներ, գոլ հոգնաներ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 3 շաբաթ է: Անց են կացնում ֆիզիոթերապևտիկ բուժում, որի նշանակությունը հատկապես մեծ է սրբոսկրային դիստալ նյարդերի վնասման դեպքում: Սրբոսկրի կոտրվածքի համադրումը ուղիղ աղու միջով ճնշման եղանակով հակացուցված է, քանի որ դրա ժամանակ հնարավոր է վնասել այն ոսկրի սուր բեկորներով: Այդ վտանգը բացակայում է պոչուկի հողախախտի դեպքում, երբ չկան սուր ոսկրաբեկորներ: Եթե պոչուկի կոտրվածքից հետո նախքին կոտրվածքի շրջանում մնում են կայուն ցավեր, կիրառում են կրկնակի հարսրբոսկրային բլոկադաներ, ինտենսիվ ֆիզիոթերապիա: Կոնսերվատիվ բուժման անհաջողության դեպքում ցուցված է ոսկրաբեկորի վիրահատական հեռացումը:

Կոնքային օղի կոտրվածք առանց դրա ամբողջականության խախտման

Այս վնասվածքների մեխանիզմը սովորաբար լինում է ուղղակի: Սակայն հազվադեպ դեպքերում կոտրվածք կարող է առաջանալ և վնասման անուղղակի մեխանիզմով՝ կոնքի առաջայիտետին ուղղությունով ժնշման (նստոսկրի կոտրվածք) կամ մեծ տամբիոնի ծանրաբեռնման (ցայլոսկրի կոտրվածք) հետևանքով:

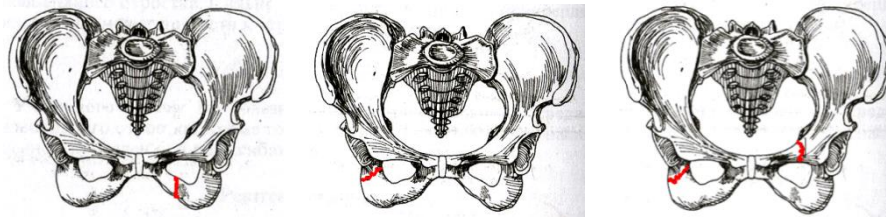
Ախտորոշումը: Կոնքային օղի չբարդացած կոտրվածքով հիվանդների ընդհանուր վիճակը սովորաբար լինում է միանգամայն բավարար: Նրանք գանգատվում են վնասված կողմի ցավերից ցայլքի շրջանում ցայլոսկրերի կոտրվածքի դեպքում կամ շեքի շրջանում նստոսկրերի կոտրվածքի դեպքում, որոնք ուժեղանում են ոտքը շարժելու փորձի ժամանակ: Բնորոշ է Գաբայի ախտանիշը՝ մեջքից կողքի վրա շրջվելիս հիվանդը պահում է կոնքի վնասված կողմի ոտքը սրունքով կամ առողջ կողմի ոտքի ոտնաթաթով; կողքից մեջքի վրա շրջվելիս հիվանդը պահպանում է երկու ոտքերի այդ ֆիքսված դիրքը: Կոնքի սեղմումը կողմային և առաջային հետին ուղղություններով, ինչպես նաև ցայլքի կամ նստաթմբերի պալպացիան առաջացնում է ցավ կոտրվածքի շրջանում:

Մի շարք դեպքերում կարող է դրա կան լինել «կպչած կրունկի» ախտանիշը՝ հիվանդը չի կարողանում բարձրացնել ուղիղ ոտքը հենարանից, սակայն մի փոքր բարձրացրած վերջույթը կարողանում է ինքնուրույն պահել: Սակայն հաճախ հիվանդը չի կարողանում ոչ բարձրացնել ուղիղ ոտքը հենարանից, ոչ էլ պահել այն բարձրացրած դիրքում:

Բուժումը: Կոտրվածքի տեղը անզգայացնելուց հետո հիվանդին պառկեցնում են վահանակով կոշտ մահճակալի վրա: Միակողմանի կոտրվածքի դեպքում վնասված կողմի ոտքը թեթևակի զատման դիրքում տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա: Երկկողմանի կոտրվածքների դեպքում հիվանդին տալիս են «գորտի դիրք»՝ ոտքերը թեթևակի ծալում են ծնկան և կոնքազդրային հողերում, ծնկերը տարածում, ազդրերը պտտում դեպի դուրս, իսկ ոտնաթաթերը մոտեցնում իրար: Ծնկերի տակ դնում են գլանակ կամ հիվանդին տալիս համապատասխան դիրք ֆունկցիոնալ մահճակալի վրա:



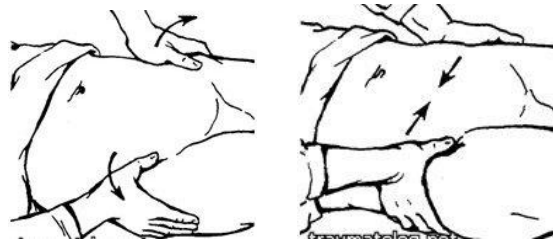
Եթե հիվանդը չի կարողանում պահել այդ դիրքը, խորհուրդ են տալիս կապել սրունքաթաթային հողերը, իսկ ծնկերի տակ դնել լրացուցիչ գլանակ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 4-5 շաբաթ է: Կոնքային օղը կազմող ոսկրերի առանց դրա ամբողջականության խախտման կոտրվածքները ունեն բարենպաստ ընթացք: Դրանցից հետո սովորաբար լինում է ֆունկցիոնալ և անատոմիական լիակատար վերականգնում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 10-12 շաբաթ անց:



Կոնքի ոսկրերի կոտրվածք կոնքային օղի ամբողջականության խախտումով

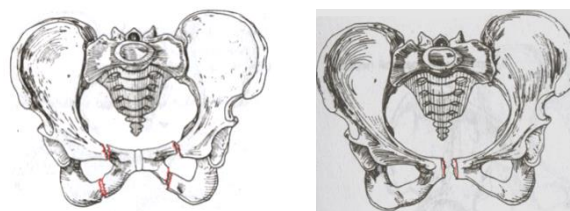
Դա կոնքի ծանր վնասվածքների առավել հաճախ մինչև 50 % դեպքերում հանդիպող խումբն է: Դրանք հաճախ ուղեկցվում են շոկով և կոնքի օրգանների վնասումով Վնասման մեխանիզմը, որպես կանոն, անուղղակի է՝ կոնքի առաջահետին կամ կողմային ճնշում, զգալի բարձրությունից վայր ընկնել և այլն.: սիմֆիզի պատռվածքը կարող է լինել նաև ծննդաբերական վնասվածքի արդյունք:

Կոնքի առաջային կիսաօղի վնասվածքներ: Հիվանդները զանգատվում են ցավերից կոնքային շրջանում կամ շեքում: Ծարժումը ոտքերով առաջացնում է ցավերի ուժեղացում: Դիրքը հարկադրական է: Ցայլուսկրի վերին ճյուղի և նստոսկրի կոտրվածքի դեպքում ոտքերը թեթևակի ծավված են կոնքազդրային և ծնկան հողերում, ազդրերը տարածված՝ »գորտի դիրք« (Վոլկովիչի ախտանիշ): Սիմֆիզից կողմնայնորեն տեղակայված կոտրվածքի և դրա պատռվածքի դեպքում ազդրերը առբերված են և թեթևակի ծավված; դրանց տարածելու փորձի դեպքում առաջանում է սուր ցավ: »Կաչած կրունկի« ախտանիշը կտրուկ դրական է: Ցայլքի և նստաթմբերի պալպացիան ցավոտ է: Կոնքի առաջահետին և կողմային սեղմումը ուժեղացնում է կոտրվածքի շրջանի ցավերը:



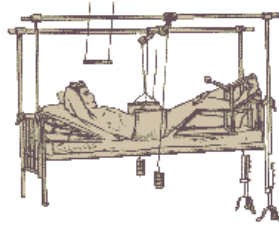
Ցավերի կտրուկ ուժեղացում նշվում է նաև զստոսկրերը դեպի կողմեր տարածելու փորձի դեպքում: Ցայլուսկրերի մեծ տեղաշարժով պատռվածքի դեպքում երբեմն հնարավոր է լինում շոշափել դրանց միջև եղած փոսությունը:

Ռենտգեն նկարները հետազոտելիս հարկավոր է հաշվի առնել, որ ցայլային հողավորման լայնությունը տարիքի հետ փոխվում է՝ այսպես, 18 տարեկանում այն հավասար է 6 մմ, իսկ հետագայում փոքրանում է մինչև 2 մմ:

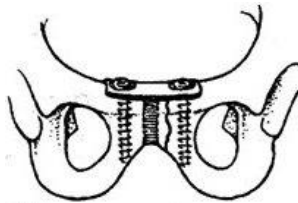


Բուժումը: Առաջային կիսաօղի առանց տեղաշարժման կոտրվածքների դեպքում հիվանդին պառկեցնում են վահանակի վրա Վոլկովիչի դիրքում: Առաջին շաբաթի վերջից սկսում են բուժական մարմնամարզություն, անց են կացնում ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 5-6 շաբաթ է: »Թիթեռի« տիպի ցայլուսկրերի և նստոսկրերի տեղաշարժով երկկողմանի կոտրվածքը բուժում են հիվանդին տալով դիրք ըստ Վոլկովիչի: X-ձև հաստվածի դեպի վեր տեղաշարժի դեպքում անհրաժեշտ է նաև թուլացնել որովայնի ուղիղ մկանները, որոնք կաչում են ցայլուսկրերին: Այդ նպատակով մարմնի վերին կեսի տակ դնում են լրացուցիչ բարձեր, որպեսզի կորացնեն ողնաշարը և մոտեցնեն որովայնի ուղիղ մկանների ամրացման կետերը: Եթե չի հաջողվում իջեցնել կոտրված ոսկրաբեկորները, լրացուցիչ անց են կացնում կմախքային ձգում ազդրոսկրի առանցքով ամեն ոտքին 4-5 կգ քաշով:

Սիմֆիզի պատռման դեպքում ավելի տարածված է գամակի վրա բուժման եղանակը, որի ծայրերը անց են կացնում ծողերի վրայով և դրանց վրա կախում ծանրություններ: Այդ դեպքում կոնքի կետերի մոտեցումը միմյանց կարելի է իրականացնել երկու եղանակով՝ կամ գամակի ծայրերը խաչում են հիվանդի առջևով այնպես, որ ձգման ուժը ուղղվի հակառակ կողմեր, կամ ծողերը տեղադրում են այնպես, որ լայնությունը դրանց միջև լինի ավելի քիչ, քան զստոսկրերի թևերի միջև եղած հեռավորությունը: Քաշը գամակի ծայրերին ընտրում են այնպես, որ ապահովվի կոնքի կետերի մոտեցումը:

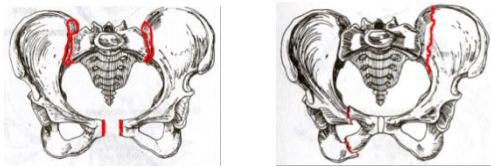


Սիմֆիզի պատռման վիրահատական բուժմանը հաճախ դիմում են վնասումից հետո ուշ ժամկետներում, երբ կան »բադի քայլվածքի« տիպի ստատիկ խախտումներ: Վիրահատության ժամանակ բացում են երկու ցայլուկները: Հողավորման հողային եզրերը իրար մոտեցնելուց հետո համադրում են ցայլուկները: Ստացված դիրքը ֆիքսում են մետաղական թիթեղիկով:

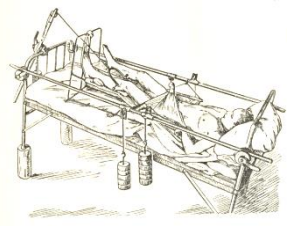


Վերքը շերտ առ շերտ խուլ կարում են: Հետվիրահատական շրջանում 6 շաբաթվա ընթացքում անց են կացնում բուժում գամակի վրա խաչաձև ձգումով: **Սիմֆիզի պատռման ժամանակ օգտագործում են նաև արտաօջախային ֆիքսացիայի ապարատներ:**

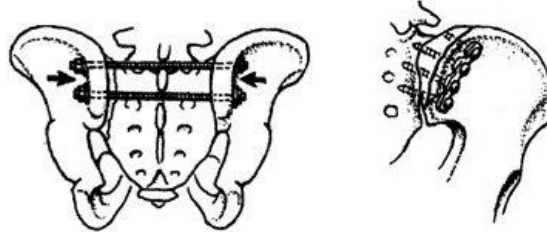
Հետին կիսաօդի վնասվածքներ: Հետին կիսաօդի մեկուսացված վնասվածքները՝ սրբոսկրազստային հողավորման պատռվածքը, սրբոսկրի կամ զստոսկրի ուղղահայաց կոտրվածքը ի տարբերություն առաջայինի հանդիպում են ավելի հազվադեպ: Զննման ժամանակ այս վնասվածքի մասին կարելի է կասկածել ելնելով հիվանդի դիրքից: Կոնքը թեթևակի շրջված է այնպես, որ հիվանդը պառկում է առողջ կողմի վրա: Վնասման կողմի ոտքի ակտիվ շարժումները սահմանափակված են ու ցավոտ: Պալպացիայի ժամանակ վնասման շրջանում նշվում է ցավոտություն: Սրբոսկրազստային հողավորման պատռվածքի դեպքում հաջողվում է շոշափել զստոսկրի դեպի հետ տեղաշարժված եզրը: Երբեմն առահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարների վրա չի հաջողվում բացահայտել նման պատռվածքը: Այդպիսի դեպքերում դիմում են հատուկ դիրքերին, կոնքը 20° թեքելով հակառակ կողմը:



Բուժումը հետին կիսաօդի մեկուսացված կոտրվածքների դեպքում իրականացնում են վահանակի վրա առանց խաչաձև ծանրաբեռնման գամակի մեջ:

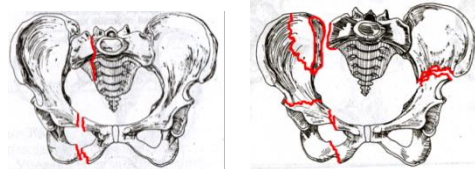


Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 8-9 շաբաթ է: Տեղաշարժով վնասվածքների դեպքում համադրումը իրականացնում են ոտքից կմախքային ձգման միջոցով: Այն դեպքում, երբ սրբուկրագետային հողավորման տեղաշարժով պատռվածքի ժամանակ կմախքային ձգման օգնությամբ կատարվող ներուղղումը չի հաջողվում, ցուցված է կատարել սրբուկրագետային հողավորման արթրոդեզ: Այդ վիրահատությանը ստիպված են լինում դիմել նաև վնասման ուշ ժամկետներում, երբ կայուն ցավերը կապված են պահպանված տեղաշարժումով և սրբուկրագետային հողավորման վնասվածքային արթրոզի հետ:



Առաջային և հետին կիսաօղերի ամբողջականության միաժամանակյա խախտումով վնասվածքներ՝ Մալգենի կոտրվածք

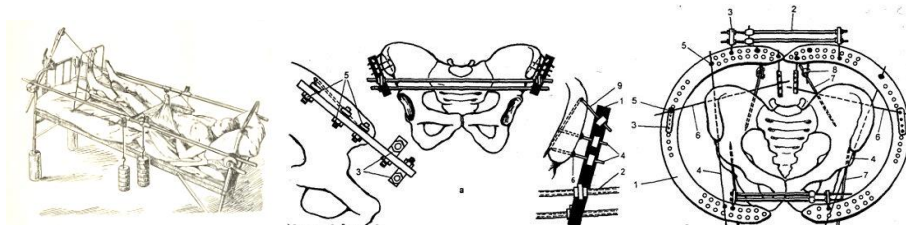
Կոնքային օղի ամբողջականության խախտումով կոտրվածքի այս տարատեսակը կոնքի առավել ծանր վնասումն է և բոլորից հաճախ է ուղեկցվում շոկով: Վնասման առավել հաճախ մեխանիզմն է կոնքի ճնշումը, հազվադեպ, բարձրությունից վայր ընկնելը և այլն.: Վնասման մեխանիզմը միշտ անուղղակի է: Բացի կոտրվածքի շրջանի ցավերից, նշում են նաև ստորին վերջույթների ֆունկցիայի խախտում: Վնասվածքից հետո առաջին ժամերին ամորձապարկի, շեքի և աճուկային կապանի շրջանում առաջանում են կապտուկներ: Ջննշան ժամանակ կարելի է հայտնաբերել կոնքի կետերի ասիմետրիա, կոնքի կետերից մեկի տեղաշարժ դեպի 2-3 սմ վեր: Կոնքի կեսի տեղաշարժը դեպի վեր որոշում են երկու կողմերից համեմատելով թրածն ելունից մինչև առաջավերին փշերի միջև եղած հեռավորությունները: Կողմային սեղման կամ կոնքի կետերը տարածելու փորձի դեպքում բացի կոտրվածքի շրջանի ցավերի կտրուկ սրացումից նշում են կոնքի կեսի շարժունություն:



Բուժումը: Այս խմբի վնասվածքների դեպքում շոկի բուժման հիմնական կոմպոնենտներից են հանդիսանում ներկոնքային անզգայացումը և արյան կորստի փոխհատուցումը շիթային, իսկ ապա կաթիլային եղանակով: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում հիվանդին տեղադրում են առանց խաչաձև ծանրաբեռնման գամակի վրա, իրականացնում կմախքային կամ սոսնձային ձգում երկու ազդրոսկրերից (կոճերից) ստանդարտ բեկակալների վրա՝ ամեն ոտքի վրա 4-5 կգ քաշով: Կոնքի կեսի դեպի վեր և ներս տեղաշարժի դեպքում կմախքային ձգման քաշը տեղաշարժման կողմում ավելացնում են մինչև 10-14 կգ: Այդ ոտքի ձգումը անց են կացնում գատման դիրքում: Հակաձգման նպատակով որոշ դեպքերում ցուցված է աճուկի տակով հակառակ կողմից անցկացնել բամբակամաշյայե օղ, որը ֆիքսում են մահճակալի գլխային ծայրից: Գամակը աիդ դեպքում կիրառում են միայն կոնքի տեղաշարժված կեսը իջեցնելուց հետո:

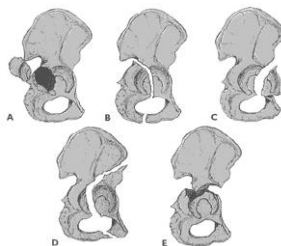
Երկկողմանի ուղղահայց կոտրվածքի դեպքում, երբ կա տեղաշարժ դեպի վեր և ներս, ձգումը անց են կացնում մեծ՝ 10-14 կգ ծանրություններով երկու ոտքերին գատման դիրքում:

Սիմֆիզի պատռման դեպքում կոնքի կետերի մոտեցումը խաչաձև ծանրաբեռնումով գամակի վրա սկսում են վեր տեղաշարժված կոնքի կեսը իջեցնելուց հետո, բայց 3 օրից ոչ ուշ: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը 10-12 շաբաթ: Ռեպոզիցիայի և հիվանդի արագ ռեաբիլիտացիայի նպատակով կատարվում վիրահատական միջամտություն՝ օստեոսինթեզ հարթակներով, իսկ ոչ ստաբիլ կոտրվածքների ժամանակ արտաօջախային ֆիքսացիայի ապարատներով:



Քացախափոսի կոտրվածք

Առավել ծանր է ընթանում քացախափոսի հատակի կոտրվածքը ազդրի կենտրոնական հողախախտով: Քացախափոսի կոտրվածքները առաջանում են վնասման միայն անուղղակի մեխանիզմով՝ կոնքի կողմային ճնշում մեծ տամբիոնների վրա կամ, հազվադեպ, վնասված կողմի մեծ տամբիոնի ծանրաբեռնում: **Կոտրվածքի հիմնական հետևանքները (բարդությունները)՝ կոքսարտրոզ, օսիֆիկատներ, կոնտրակտուրաներ:**



Ախտորոշումը: Կլինիկական պատկերում գերակշռում է ցավը կոնքազդրային հողի շրջանում և դրա ֆունկցիայի խախտումը տարբեր աստիճանով արտահայտվածությամբ: Եթե կոտրվածքին ուղեկցում է ազդրի հողախախտը, ապա տեղի է ունենում կոնքազդրային հողի ֆունկցիայի զգալի խախտում: Այդ դեպքում մեծ տամբիոնի գագաթը լինում է Ռոզեր-Նելատոնի գծից վեր: Ոտքը ընդունում է հողախախտի համար բնորոշ դիրք: Ազդրի կենտրոնական հողախախտի դեպքում հայտնաբերում են մեծ տամբիոնի ներանկում: Քացախափոսի կոտրվածքի դեպքում ցավը ուժեղանում է ազդրի վրա առանցքային ծանրաբեռնման և մեծ տամբիոնի վրա բախման ժամանակ:

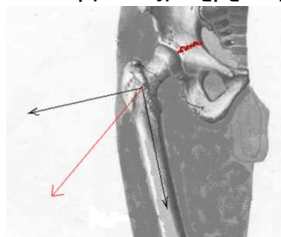
Բուժումը: Քացախափոսի ցավազրկմանը հասնում են կոնքազդրային հողի մեջ ներմուծելով 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ կամ ներկոնքային անզգայացումով ըստ Շկոլնիկով-Սելիվանովի: Քացախափոսի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում ազդրոսկրի առանցքով իրականացնում են կմախքային ձգում ստանդարտ բեկակալի վրա մինչև 5-7 կգ քաշով: Շուրջ անց են կացնում ազդրոսկրի աճեղների կամ ոլոքի վերին մետաֆիզի միջով:

Քացախափոսի վերին ծայրի կոտրվածքի դեպքում կիրառում են նույնպիսի ձգում, բայց ավելի մեծ քաշով:

Քացախափոսի հետին վերին ծայրի զգալի հատվածի փակ համադրման անարդյունավետության դեպքում ցուցված են բաց համադրումը և քացախափոսի կոտրված ծայրի օստեոսինթեզը:



Քացախափոսի հատակի, ազդրի կենտրոնական հողախախտով ուղեկցվող, կոտրվածքների դեպքում անց են կացնում կմախքային ձգում ձգման երկու ուժերի համակարգով ազդրոսկրի առանցքով և մեծ տամբիոնից կամ ենթատամբիոնային շրջանից:



Կմախքային ձգումը իրականացնում են սվինաձև կորացված շուղից, որը անց են կացնում ազդրոսկրի ենթատամբիոնային շրջանի միջով ներսից դուրս Կյուլենսկու եղանակով, կամ երկար պտուտամեխից, որը մտցնում են ենթատամբիոնային շրջան ազդրոսկրի արտաքին մակերեսին արված ոչ մեծ կտրվածքից ըստ Լավրովի:

Երկու՝ կողմային և ազդրոսկրի երկայնքով ձգման ուժերի հավասարազորը պետք է ուղղված լինի ազդրոսկրի վզիկի առանցքով, այլապես ազդրոսկրի գլխիկը կկաշի քացախափոսի եզրին և համադրումը չի հաջողվի: Ազդրոսկրի վզիկի առանցքով օգտագործում են 6-10 կգ քաշով ձգում: Ձգման ուժը ընտրում են ըստ ուժերի տեղաբաշխման սխեմայի: Մեծամասամբ դեպքերում կողմային ձգման ուժը հավասար է ազդրի երկայնքով ուժի 100-125 %: Ըստ Կյուլենսկու կոնքից հակաձգման համար երկու գստոսկրերի առաջային վերին փշերի միջով անց են կացնում սվինաձև կորացված շուղեր: Կոնքի խռոչից ազդրոսկրի գլխիկը հանելուց և կոնքի բեկորները համադրելուց հետո մեծ տամբիոնից կատարված ձգումը նվազեցնում են մինչև 3-4 կգ: Մի շարք դեպքերում համադրմանը կարելի է հասնել ազդրոսկրի առանցքով կատարված մինչև 10-12 կգ քաշով կմախքային ձգման ճանապարհով ոտքերի մաքսիմալ գատման դիրքում: Կմախքային ձգման ընդհանուր ժամկետը 8-10 շաբաթ է, անկողնային ռեժիմինը՝ 10-12 շաբաթ: Ուղքի վրա ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս վնասումից հետո 4-5 ամսից ոչ շուտ:

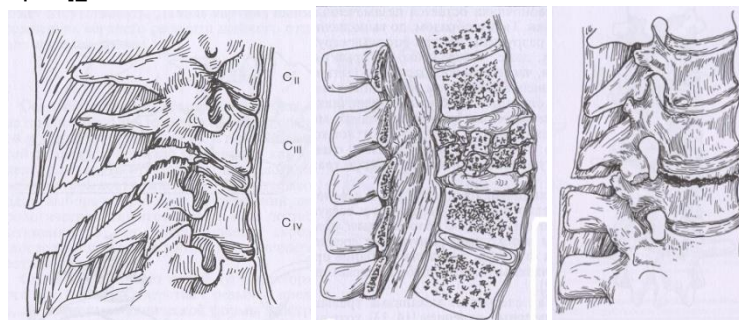
Փակ համադրման անհաջող փորձի դեպքում իրականացնում են ազդրի կենտրոնական հողախախտի բաց ներուղղում և քացախափոսի բեկորների օստեոսինթեզ մետաղական թիթեղիկներով: Քացախափոսի ավերված հատակը փոխարինում են գստոսկրի թևից ստացված ոսկրային թիթեղիկով:

Գլուխ 10

ՈՂՆԱՇԱՐԻ ԶԲԱՐԴԱՑԱԾ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ողնաշարի վնասվածքները դասվում են առավել ծանր վնասվածքների թվին: Ողնաշարի վնասվածքով տուժածները կազմում են ստացիոնար վնասվածքաբանական հիվանդների 17.7 %: Ողնաշարի վնասումներ գոտկային հատվածում ավտորոշվում են 45-50 %, կրծքային հատվածում՝ 40-45 %, պարանոցային հատվածում՝ մոտ 24 % դեպքերում: Ողնաշարի պարանոցային հատվածում առավել հաճախ վնասվում է IV պարանոցային ողը, կրծքայինում՝ XII-րդը և գոտկայինում՝ I ողը:

Զբարդացած են կոչվում ողնաշարի այնպիսի վնասվածքները, որոնք չեն ուղեկցվում ողնուղեղի և դրա արմատիկների վնասումով: Դրանց շարքում պրոգնոստիկորեն առավել անբարենպաստ են հանդիսանում ողերի հողախախտը և կոտրվածքը: Այս վնասվածքների ուշացած ավտորոշումը կարող է դառնալ ինչպես ողերի, այնպես էլ դուրալ պարկի պարունակության՝ ողնուղեղի և դրա արմատիկների երկրորդային վնասման պատճառ: Հարկավոր է հիշել, որ մեջքի սալջարդի, կապանների վնասման և այլն. դիագնոզը կարելի է դնել միայն այն դեպքում, երբ լիովին բացառվում է ողերի վնասման դիագնոզը:



Ողերի մարմինների հողախախտ և կոտրվածք

Վնասման մեխանիզմը: Ողերի մարմինների վնասվածքները հաճախ առաջանում են վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքում առանցքային ծանրաբեռնում ողնաշարի վրա, դրա կտրուկ կամ չափազանց ծալում կամ (հազվադեպ) գերտարաքում: Երբեմն կարող են զուգակցվել ծանրաբեռնման երկու և, նույնիսկ, երեք ձև: Օրինակ՝ վնասման այսպես կոչված մտրակային մեխանիզմի՝ մեքենայի

վրայերթի, կտրուկ արգելակման դեպքում և այլն., զուգակցվում են ողնաշարի պարանոցային հատվածի կտրուկ կորացումը և ուղղումը:

Մեծահասակների մոտ հաճախ վնասվում են ֆիզիոլոգիական մեկ ծովածքից մյուսին անցման, այսինքն ստորին պարանոցային և վերին կրծքային, ստորին կրծքային և վերին գոտկային շրջանի որերը:

Հոդախախտը հաճախ հանդիպում է պարանոցային հատվածում, այն ժամանակ երբ կրծքային և գոտկային հատվածներում գերակշռում են կոտրվածքները և կոտրվածքահոդախախտերը:

Ողնաշարի վնասման կայունությունը որոշվում է հետին կապանային համակարգի ամբողջականությամբ, որի մեջ մտնում են միջվիշային, վերվիշային և դեղին կապանները, ինչպես նաև միջողային հոդերը: Հետին կապանային համակարգի լրիվ խախտումով ուղեկցվող վնասվածքները կոչվում են անկայուն, մնացածները՝ կայուն: Անկայուն վնասվածքների դեպքում կա ողերի առաջահետին տեղաշարժման հակում դուրալ պարկի պարունակության ճնշման սպառնալիքով: Կայուն կոտրվածքի դեպքում այդպիսի հակում չկա: Անկայուն վնասվածքներին են պատկանում ողերի հոդախախտը և կոտրվածքահոդախախտը, ողի մարմնի առաջային հատվածի կոտրվածքը դրա բարձրության կետով և ավելի սեպածև կոմպրեսիայով, ինչպես նաև ֆլեքսիոն-ռոտացիոն **և այսպես կոչված պայթյունային կոտրվածքները**: »Պայթյունային« կոտրվածքը առաջանում է առանցքային ծանրաբեռնման դեպքում առանց ողնաշարի կորացումով և ուղղումով: Այս դեպքում կոտրվում են ողի փակողական թիթեղը: Հարակից ողերի դոնդողանման միջուկները ներդրվում են ողի մարմնի մեջ և հիդրավլիկական հարվածի սկզբունքով ձեղքում այն ներսից մի քանի հատվածի:

Ողերի մարմինների կայուն կոտրվածքներն են՝ անկյունի պոկումը, **ողի մարմնի բարձրության կեսից պակասի սեպածև կոմպրեսիան**. Կայուն վնասվածքները հանդիպում են ավելի հաճախ, քան անկայունները:

Ախտորոշումը: Վնասման վաղ ժամկետներում բոլոր հիվանդների առավել տարածված գանգատն է հանդիսանում ցավը ողնաշարի վնասված հատվածում: Ցավերի ինտենսիվությունը կախված է ոչ միայն ոսկրային վնասվածքների ծանրությունից, այլ նաև փափուկ հյուսվածքների վնասումից, հիվանդի ընդհանուր վիճակից, զգայունության անհատական շեմքից և այլն.: Այն դեպքերում, երբ ողնաշարի վնասումը ուղեկցվում է այլ օրգանների վնասվածքով, հիվանդը կարող է չիրավիրել բժշկի ուշադրությունը ողնաշարի ցավերի վրա և վնասվածքը մնա աննկատ: Այդ դեպքում ճիշտ դիագնոզին նպաստում են մանրամասն անամնեզի հավաքելը և կլինիկական մանրագնին հետազոտությունը:

Հիվանդի մարմնի վրա կապտուկի և քերծվածքի առկայությունը հնարավորություն են տալիս ճշտել վնասող ուժի ներդրման կետը և վնասման մեխանիզմը: Ողնաշարի կոտրվածքի դեպքում հիվանդները սովորաբար գտնվում են հարկադրական դիրքում, որը հատկապես նկատելի է պարանոցային ողերի կոտրվածքների և հոդախախտների ժամանակ: Մեջքի գնման ժամանակ առաջին հերթին հարկավոր է ուշադրություն դարձնել ողնաշարի ֆիզիոլոգիական ծովածքների փոփոխության վրա: Իրական կուզ նկատվում է հազվադեպ, սակայն գոտկային լորդոզի հարդվածություն կամ կրծքային արտահայտված կիֆոզ նկատվում են բավականին հաճախ: Մի շարք դեպքերում հնարավոր է նաև կողմային (սկոլիոտիկ) դեֆորմացիա: Լավ զարգացած մկանունքով անձանց մոտ արտահայտված է լինում »սանձերի« ախտանիշը՝ վնասված ողերի փուշելուններ երկու կողմերից մեջքի երկար մկանների լարումը գլանակների ձևով: Պարանոցային ողերի վնասման դեպքում պարանոցի մկանների սպաստիկ կծկումը հանդիսանում է համարյա մշտական ախտանիշ: Վնասված շրջանի փուշելունների պալպացիան ցավոտ է: Բացի ցավոտությունից պալպացիայի ժամանակ կարող է նշվել կոտրված ողի փուշելունի ցցում դեպի հետ և վնասվածքի շրջանում միջվիշային տարածության մեծացում:

Գոտկային ողերի կոտրվածքի դեպքում հնարավոր են ցավեր որովայնում և որովայնային առաջային պատի մկանների որոշակի լարում: Դա բացատրվում է կոտրվածքը ուղեկցող հետորովայնամզային հեմատոմայի առկայությամբ: Հետորովայնամզային հեմատոման, արևային հյուսակի և սիմպաթիկ սահմանային ցողունի գրգռումը կամ վնասումը բերում են կեղծ որովայնային համախտանիշի՝ կեղծ սուր որովայնի կլինիկայի առաջացմանը, որը կարող է լինել այնքան արտահայտված, որ երբեմն ստիպված են լինում դիմել ախտորոշիչ լապարոսկոպիայի և նույնիսկ լապարոտոմիայի:

Որպեսզի տարբերակել գոտկային կամ ստորին կրծքային ողի մարմնի կոտրվածքը մեջքի փափուկ հյուսվածքների վնասումից և լայնակի ելունների կոտրվածքից, հարկավոր է կատարել փուշելունների

պալպացիա մեջքի վրա պառկած դիրքից ուղղված ոտքերը բարձրացնելու ժամանակ՝ Սիլինի ախտանիշ: Սալջարդի, կապանների ձգման կամ լայնակի ելունների կոտրվածքների դեպքում ցավերը չեն ուժեղանում, այն դեպքում երբ ողերի մարմինների, փուշելունների կամ փոքր լծաղեղների կոտրվածքի դեպքում ցավերը կտրուկ ուժեղանում են: Նշված ախտանիշը հատկապես մեծ նշանակություն ունի վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում ողերի կոտրվածքների ախտորոշման ժամանակ, երբ մնացած բոլոր ախտանիշերը լինում են ոչ հստակ:

Ողնաշարի վրա առանցքային ծանրաբեռնումը կրունկների վրա թեթևակի թակման կամ գլխին սեղման ձևով թույլատրելի է միայն հիվանդի պառկած դիրքում: Ողնաշարի վրա կոպիտ առանցքային ծանրաբեռնումը և շարժումների ծավալի որոշումը, հատկապես ուղղահայաց դիրքում, անթույլատրելի են:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը սկսում են երկու՝ առաջահետին և կողմային պրոյեկցիաներով կատարված ամփոփիչ ռենտգեն նկարներից: Հետագայում, անհրաժեշտության դեպքում կատարում են նշանային նկարներ, ողնաշարի տոնոգրամմաներ և ռենտգենոգրամմաներ թեք պրոյեկցիայով, որոնք թույլ են տալիս ավելի մանրամասնորեն պարզել ինչպես ողի մարմնի, այնպես էլ դրա հետին հատվածների՝ փոքր լծաղեղների, հողային և փուշ ելունների պաթոլոգիական փոփոխությունները: Ողի մարմնի կոտրվածքի առավել մշտական ախտանիշ է հանդիսանում դրա սեպաձև դեֆորմացիան, որը տեսանելի է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա: Ստորին կրծքային և գոտկային ողերի կոտրվածքի բուժումը: Ողնաշարի կոտրվածքի կասկածով տուժածին առաջին օգնություն ցույց տալիս հարկավոր է հիշել, որ ողնաշարի շարժումը, հատկապես դրա կորացումը, կարող են բերել ողնաշարի և ողնուղեղի էլ ավելի մեծ վնասմանը: Այդպիսի հիվանդները պետք է տեղափոխվեն վահանակով հատուկ պատզարակների վրա կամ ձեռքի տակ եղած կոնստրուկցիաների վրա, որոնք բացառում են ողնաշարի կորացումը:

Ողերի կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժման բազմաթիվ եղանակներից առավել տարածում են գտել միամոմենտ համադրումը կորսետի հետագա դնումով, ֆունկցիոնալ եղանակը և աստիճանական համադրումը կորսետի հետագա դնումով:

Միամոմենտ համադրումը և կորսետի հետագա դնելը ցուցված է ողի մարմնի բարձրության զգալի՝ մոտ կեսի և ավելի սեպաձև կոմպրեսիայի դեպքում:

Եղանակի էությունը կայանում է ողնաշարի ուժային ուղղման միջոցով կոտրված ողի ուղղելու և մինչև կոտրվածքի լավանալը էքստենզիոն կորսետ դնելու մեջ: Միամոմենտ համադրումը անց են կացնում նարկոզի կամ տեղային անզգայացման տակ: Առավել հասարակ է հանդիսանում անզգայացման եղանակը ըստ Բելերի, երբ կոտրված ողից վեր միջփշային տարածության մեջ 2-4 սմ խորության վրա ներմուծում են 20 մլ նովոկաինի 0.5 % լուծույթ: Տեղային անզգայացումը լրացվում է ցավազրկող միջոցների ենթամաշկային ներմուծումով:

Համադրումը կարելի է իրականացնել տարբեր բարձրության սեղանների վրա ողնաշարի ուղղումով ըստ Ռուտտոն-Ջոնս-Բելերի ողանակի կամ ըստ Դեվիսի եղանակի վեր բարձրացնելով դեմքով ցած պառկած հիվանդի ոտքերը: Սակայն առավել նպատակահարմար է համադրումը կատարել օրթոպեդիկ ունիվերսալ սեղանի վրա: Այս դեպքում ողնաշարի էքստենզիան ապահովվում է սեղանի ուղեայուների մոտեցման ժամանակ առաջացող զսպանակային ժապավենների կորության փոփոխումով:

Կորսետը դնում են ողնաշարի ուղղման դիրքում միամոմենտ համադրումից և ռենտգենաբանական վերահսկումից անմիջապես հետո: Այդ դեպքում հարկավոր չէ փոխել հիվանդի դիրքը: Ողնաշարի կոմպրեսիոն կոտրվածքի դեպքում գիպսային կորսետը ունի որոշակի առանձնահատկություններ: Դրա հիմնական նպատակն է խոչընդոտել ուղղման դիրքում գտնվող ողնաշարի կորացումը: Այդ պատճառով այսպիսի կորսետը կոչվում է էքստենզիոն: Կորսետը պետք է ունենա հենման երեք կետ՝ կրծոսկր, սիմֆիզ և ողնաշարի գոտկային հատվածը մաքսիմալ լորդոզի շրջանում: Անհրաժեշտ է ձգտել, որ մեջքը մնա հնարավորին չափ բաց: Դա հետագայում կհեշտացնի ֆիզիոթերապևտիկ և հիգիենիկ պրոցեդուրաների իրականացումը մեջքի շրջանում, հնարավոր կդարձնի մեջքի մկանների մերսումը: Կորսետը դնում են Յունաշկի, Սիլինի և Տալամբուսի եղանակով: Այդ կորսետը տարբերվում է էքստենզիոն նմանօրինակ կորսետներից նրանով, որ գիպսային բինտի դարձապատույտները կորսետի վրա անց են կացնում ուժային ծանրաբեռնման գծերով: Դրանով ապահովվում է նյութերի միմիմալ ծախսը, բաց է մնում մարմնի զգալի մասը, նվազում կորսետի քաշը:

Առաջին իսկ օրերից անց են կացնում ֆիզիոթերապիա, մերսում, բուժական մարմնամարզություն: Կորսետով քայլել թույլ են տալիս համադրումից 3-4 շաբաթ հետո: Կորսետը հանում են 4-6 ամիս անց: Հետագայում և զգալի կոմպրեսիայի դեպքերում կարելի է խորհուրդ տալ կրել օրթոպեդիկ հանովի կորսետ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է կոտրվածքից հետո 1 տարի անց:

Ֆունկցիոնալ եղանակը ցուցված է ոչ մեծ աստիճանի՝ ողի մարմնի բարձրության 1/3 ոչ ավելի կոմպրեսիայի և ողնուղեղային խողովակի պարունակության ճնշման բացակայության դեպքում:

Եղանակի էությունը կայանում է անկողնային ռեժիմի և ողնաշարի երկայնակի ձգման միջոցով կոտրվածքի անշարժացման և լիարժեք »մկանային կորսետի« ստեղծմանը ուղղված բուժական մարմնամարզության վաղ նշանակման մեջ: Այս դեպքում կոտրված ողի ուղղում չեն կատարում: Ողնաշարի դեֆորմացիան հետագայում շտկում են դրա հարակից հատվածների կոմպենսատոր ծռման հաշվին: Տիպիկ դեպքերում կորսետ չեն դնում: Այս եղանակը մանրամասնորեն մշակվել է Վ. Վ. Գորինսկայայի և Ե. Ֆ. Դրեվինգի կողմից և ստացել լայն տարածում:

Առանցքային ծանրաբեռնման համար կիրառում են թեք վահանի վրա երկայնակի ձգում անթափոսերից: Ֆիզիոլոգիական լորդոզների տակ դնում են գլանակներ, որպեսզի ապահով են ողնաշարի մաքսիմալ բեռնաթափումը: Գլանիկները պետք է լինեն այնպիսի բարձրության, որ լրացնեն եղած լորդոզը, բայց չավելացնեն ողնաշարի ուղղումը: Հիվանդը առաջին իսկ օրերից պետք է զբաղվի բուժական մարմնամարզությունով: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը՝ 1.5-2 ամիս: 4-6 ամիս անց որոշվում է աշխատունակության վերականգնման հարցը: Սակայն ֆիզիկական ծանր ծանրաբեռնվածության հետ կապված աշխատանքը պետք է բացառել վնասվածքից հետո մեկ տարվա ընթացքում:

Աստիճանական համադրման եղանակը ունի նույն ցուցումները, ինչ որ միամոմենտ համադրումը:

Եղանակի էությունը: Համադրումը կատարում են ողնաշարի ուղղման էտապային՝ 1-2 շաբաթների ընթացքում մեծացման և հետագայում էքստենզիոն կորսետ դնելու միջոցով: Համադրումը իրականացնում են վահանակով մահճակալի վրա գոտկային հատվածի տակ դնելով լայն գլանակներ: 2-3 օր անց գլանակների բարձրությունը ավելացնում են և 7-10-րդ օրերին հասցնում այն մինչև 10-12 սմ: Աստիճանական համադրումը կարելի է իրականացնել հատուկ կոնստրուկցիաների օգնությամբ, որոնք ապահովվում են ողնաշարի աստիճանական ուղղման հնարավորությունը:

Առավել հաճող կոնստրուկցիա է հանդիսանում Յունաշևի և համահեղինակների պնևմոթելիմատորը, որը կազմված է մեկը մյուսի վրա տեղակայված ռետինե օդախցիկներից: Օդախցիկները մեկուսացված են միմյանցից և ունեն 15, 10 և 5 լ տարողություն: Ապաստեպացման (ռեկլինացիայի) աստիճանը կարգավորվում է ռեկլինատորի օդախցիկները օդով աստիճանական լցնելու միջոցով: Հիվանդները ավելի լավ են տանում պնևմոթելիմատորը, քան մետաղական կոնստրուկցիաները:

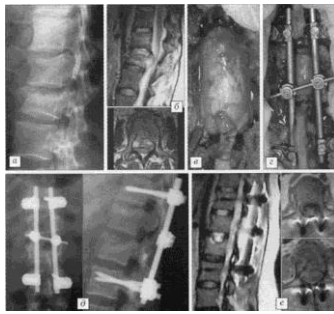
Աստիճանական համադրման հետ միաժամանակ անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, մերսում և ֆիզիոթերապիա: 15-20-րդ օրը դրվում է էքստենզիոն կորսետ հիվանդի մեջքի վրա պառկած դիրքում: Հետագա բուժումը նույնն է, ինչ որ միամոմենտ համադրումից հետո:

Ողնաշարի վիրահատական հետին ֆիքսացիան ցուցված է ողի մարմինների չբարդացած ֆլեքսիոն կոտրվածքների դեպքում:

Եղանակի էությունը: Կոտրվածքը համադրելուց հետո ֆիքսում են ողնաշարի վնասված հատվածի փուշելուները, փոքր լծաղեղները կամ լայնակի ելուները: Դրանով ծանրաբեռնումը տեղաշարժվում է ողնաշարի հետին չվնասված հատվածի վրա և ողի վնասված մարմինը բեռնաթափվում է կոտրվածքի լավացման ամբողջ շրջանի ընթացքում: Ողնաշարի արտաքին անշարժացում չեն կիրառում:

Կոտրված ողի ուղղումը իրականացնում են նախավիրահատական շրջանում միամոմենտ կամ աստիճանական համադրման եղանակով:

Ողերի կայուն առանց ողնուղեղային խողովակի առաջային պատի վնասման կոտրվածքը կարելի է ֆիքսել Ցիվյանի և Ռամիխի մետաղական առձգիչով, Վեյսֆլոգի կոնտրակտորով կամ իրականացնել ալոպլաստիկ ֆիքսում առանց մեջքի մկանների վնասման ըստ Յունաշև-Սիլինի: Այս եղանակով վիրահատության դեպքում ֆիքսում են վնասվածքից վեր և ցած գտնվող մեկական ողերի փուշելուները:



Անկայուն վնասվածքների և ողնուղեղային խողովակի առաջային պատի ամբողջականության խախտումով ողերի մարմինների կոտրվածքի դեպքում ցուցված է կատարել ֆիքսում մետաղական թիթեղներով, ընդ որում ֆիքսում են վնասվածքից վեր և ցած գտնվող երկուական ողեր:

Հետվիրահատական շրջանում մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել մեջքի մկանների ամրացմանը ուղղված բուժական մարմնամարզության և մերսման վրա:

Անկողնային ռեժիմի ժամկետը որոշվում է ողնաշարի կոտրվածքի բնույթով և վիրահատության ժամանակ մեջքի մկանների վնասման ծավալով: Այսպես, Յունաշև-Սիլինի եղանակով ողնաշարի ֆիքսման դեպքում հիվանդներին ուղի են կանգնեցնում 4-6 օր հետո, Տիվյանի և Ռամիխի կոնտրակտորով ֆիքսացիայից հետո՝ 14-16 օր հետո, իսկ թիթեղիկներով ֆիքսացիայից հետո, երբ ավելի շատ են վնասվում մեջքի մկանները, անկողնային ռեժիմի ժամկետը երկարացնում են մինչև 3 շաբաթ: 2-3 ամիս անց որոշում են աշխատունակության վերականգնման հարցը:

»Պայթյունային« կոտրվածքների դեպքում, երբ սկավառակի դոմդողանման միջուկը ներդրվում է կոտրված ողի հատվածների միջև (ինտերպոզիցիա սկավառակով) և խանգարվում է կոտրվածքի լավացումը, նպատակահարմար է կատարել ոսկրաբեկորների վիրահատական հեռացում և ողի մարմնի փոխարինում ոսկրային փոխպատվաստուկով:

Միջին և վերին կրծքային ողերի կոտրվածքների բուժումը: Ողնաշարի միջին և վերին կրծքային հատվածները լավ ֆիքսված են կրծքավանդակով, այդ պատճառով այդպիսի տեղակայում ունեցող կոտրվածքը սովորաբար չի բերում զգալի կոմպրեսիայի և հազվադեպ է ուղեկցվում ողի հողախախտով: Այդ պատճառով էլ չի հաջողվում նաև հասնել կոտրված ողի որոշ չափով զգալի ուղղման:

Վերին և միջին կրծքային ողերի կոտրվածքները բուժում են ֆունկցիոնալ եղանակով ըստ Գորինսկայայի և Դրևինգի: Վերին կրծքային (մինչև Th₇) ողերի կոտրվածքի դեպքում ձգումը իրականացնում են ոչ թե անթափուսերից, այլ գլխի վրայով Գլխսունի օղով:

Պարանոցային ողերի կոտրվածքի և հողախախտի բուժումը: Կոտրվածքի և հատկապես հողախախտի ձեռքային միամոմենտ համադրումը կարող է բերել ողնուղեղի վնասման և պետք է իրականացվի միայն փորձառու մասնագետի կողմից: Մեծ տարածում է գտել ձգման եղանակը Գլխսունի օղով, իսկ վերին երեք ողերի վնասվածքների դեպքում **հալոսարքեր** կամ կմախքային ձգման եղանակը գազաթային թմբիկներից կամ այտուսկրային աղեղներից թեք վահանի վրա: Ձգմանը հասնում են կախելով 6-7 կգ-ից մինչև 15 կգ ծանրություն կոտրվածքի դեպքում և ավելի՝ հողախախտի դեպքում կամ բարձրացնելով մահճակալի գլխային ծայրը 50-60 սմ:

Դեպի առաջ բացվող անկյունի առաջացումով ֆլեքսիոն կոտրվածքի դեպքում մեջքի տակ մինչև պարանոցի հիմքը դնում են գլանակ: Ձգման ուժը հիվանդի հանդեպ ուղղված է վեր և հետ: Դեպի հետ բացվող դեֆորմացիայի անկյան առաջացումով էքստենզիոն կոտրվածքի դեպքում գլանակը դնում են գլխի տակ և ձգման ուժը ուղղված է վեր և առաջ: Կոտրվածքը համադրելուց հետո ծանրության քաշը պակասեցնում են մինչև 3-4 կգ: Եթե ձգմանը հասնում էին մարմնի գանգվածի հաշվին, ապա մահճակալի գազաթային ծայրը իջեցնում են մինչև 25-30 սմ: Բուժման հետագա վարումը կարող է լինել երկակի:

Համադրումից հետո 5-7 օրից ոչ շուտ ձգումը փոխարինում են պարանոցային հատվածի ուղղման դիրքում դրվող վզնոցով կորսետով (գիպսային կամ ուրիշ նյութից պատրաստված օրթոպեդիկ կորսետով): Թորակոցերվիկալ կիսակորսետը պետք է հենվի ուսերի, կրծոսկրի և ողնաշարի վերին հատվածի վրա, իսկ վերին մասով պահի գլուխը հենվելով կզակի և ծոծրակային թմբի վրա: Վզնոցով կորսետի միջոցով անշարժացման ժամկետը կազմում է 2-3 ամիս:

Կայուն կոտրվածքի դեպքում հետագա վարումը կարող է լինել և ֆունկցիոնալ՝ անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա և մերսում: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը՝ 1.5-2 ամիս:

Եթե հողախախտի կոնսերվատիվ ուղղումը չի հաջողվում, ինչպես նաև եթե նախօրոք չի ձեռնարկվել փակ ներուղղման փորձը, նյարդաբանական ցուցումների կամ բարդությունների հնարավորության առկայության դեպքում կարելի է իրականացնել վիրահատական ներուղղում, դիսկէկտոմիա և առաջնային սպոնդիլոլեզ կամ դեպի հետ ցցվող ողի մարմնի հատում դրա փոխարինումով ոսկրային փոխպատվաստուկով: Ողնաշարի պարանոցային հատվածի հետին վիրահատական ֆիքսացիան մեծ տարածում չի ստացել:

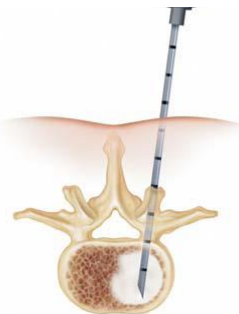
Ողերի սենիլ կոտրվածք

Սենիլ են կոչվում մեծահասակ և ծերունական տարիքում բնորոշ օստեոպորոզի ֆոնի վրա առաջացող ողերի մարմինների կոտրվածքները: Վնասվածքը առաջանում է կրծքային կամ գոտկային հատվածներում ողնաշարի առանցքային ծանրաբեռնման կամ կորացման դեպքում աննշան ուժ գործադրելիս: Դրա ժամանակ տեղի է ունենում ողի մարմնի սեպաձև կոմպրեսիա կամ դրա առաջային անկյան պոկում: Սենիլ կոտրվածքը դասվում է կայուն կոտրվածքների խմբին:

Ախտորոշումը: Կլինիկական պատկերը բնորոշվում է վնասման շրջանում առաջացող անհստակ ցավերով: Հաճախ ցավերը տեղակայվում են կոտրվածքից կողմնայնորեն: Դա պայմանավորված է ողնաշարի դեզեներացիայի ենթարկված միջողային սկավառակների և կապանային համակարգի ուղեկցող վնասումներով: Այնուամենայնիվ մանրագնին հետազոտման դեպքում կարելի է բացահայտել գոտկային և կրծքային հատվածների ողերի մարմինների կոտրվածքի համար բնորոշ ախտանիշերի մեծամասնությունը:

Ռենտգենաբանորեն հետազոտում են ոչ միայն ցավային գոտին, այլ և կոտրվածքի տիպիկ տեղակայման տեղը՝ Th1X-ից մինչև L111: Ռադիկուլյար ցավերի ի հայտ գալը վկայում է արմատիկների ճնշման մասին պայմանավորված միջողային սկավառակի ճողվածքով և շրջակա հյուսվածքների այտուցով:

Բուժումը: **Կոնսերվատիվ բուժումը** իրականացնում են ֆունկցիոնալ եղանակով հորիզոնական մահճակալի վրա, որն ունի վահանակ: Մահճակալի վրա սահմանափակում են միայն հիվանդի ողնաշարի կորացման հետ կապ ունեցող շարժումները: Առաջին իսկ օրերից անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն հաշվի առնելով տարիքը և ուղեկցող հիվանդությունները, օստեոպորոզի դեղորայքային բուժում, մեջքի և ոտքերի մերսում: 3-5 շաբաթից թույլատրվում է հիվանդի ուղղահայաց դիրքը մինչև 3 ամիս ժամկետով թեթևացված փափուկ կորսետի կամ մեջքաբռնիչի կրումով: Վիրահատական բուժման համար օգտագործում են ցեմենտային վերտեբրոպլաստիկա:



Ողերի լայնակի ելունների կոտրվածք

Ողերի լայնակի ելունների կոտրվածքը, որպես կանոն, տեղի է ունենում գոտկային հատվածում: Սովորաբար այն լինում է վնասման անուղղակի մեխանիզմի հետևանք ելուններին կաշող քառակուսի և մեծ կլոր գոտկային մկանների կտրուկ լարման դեպքում:

Ուղղակի վնասման՝ լայնակի ելույթների շրջանում հարվածի արդյունքում առաջացող կոտրվածքները հանդիպում են ավելի հազվադեպ: Մկանները լարելու դեպքում կոտրված ելույթները տեղաշարժվում են ցած և դուրս:

Ախտորոշումը: Լայնակի ելույթների կոտրվածքի դեպքում ցավային համախտանիշը սովորաբար լինում է կտրուկ արտահայտված: Ցավը ուժեղանում է, երբ հիվանդը մեջքի վրա պառկած դիրքում փորձում է բարձրացնել ուղղված ոտքերը: Այդ դեպքում կարող է դրական լինել «կաշած կրունկի» ախտանիշը, երբ անհնար է բարձրացնել ուղիղ ոտքի կրունկը հենարանից: Ողնաշարի շարժումները սահմանափակված են ցավերի պատճառով: Հարողնաշարային շրջանի շոշափման ժամանակ վնասման մակարդակին նշվում է ցավոտություն: Ակտիվ թեքվելը դեպի ցավոտ կողմը և պասիվ՝ դեպի առողջը առաջացնում են ցավերի ուժեղացում:

Ռենտգենաբանական ախտորոշումը սովորաբար պարզ է՝ կոտրվածքը հայտնաբերվում է առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա: Կոտրվածքի գիծը անհարթ է և անցնում է լայնակի, թեք կամ, շատ հազվադեպ, հորիզոնական ուղղությամբ:

Բուժումը: Կոտրվածքի շրջանը 10 մլ նովոկաինի 0.5 % լուծույթով ցավազրկելուց հետո հիվանդին պառկեցնում են վահանակով մահճակալի վրա: Գոտկային մկանները թուլացնելու նպատակով կարելի է տալ «գորտի դիրք»՝ ազդրոսկրերը տարածում են, կրունկները միացնում իրար, ծնկերի տակ դնում զլանակ: Անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա, մերսում: Անկողնային ռեժիմի ժամկետը՝ 2-3 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-6 շաբաթից:

Ողերի փուշելույթների կոտրվածք

Փուշելույթները կարող են կոտրվել վնասման ինչպես ուղղակի (հարված ելունի շրջանում), այնպես էլ անուղղակի (ողնաշարի ուղղում կամ կտրուկ կորացում) մեխանիզմի դեպքում: Հնարավոր է միաժամանակ մի քանի փուշելույթների կոտրվածք:

Ախտորոշումը: Հիվանդներին անհանգստացնում է տեղային ցավը կոտրված ելունի շրջանում, որը ուժեղանում է ողնաշարի կորացման և ուղղման դեպքում: Շոշափման ժամանակ վնասված փուշելունի վրա նշվում է ուռածություն, կտրուկ ցավոտություն: Երբեմն շոշափման ժամանակ հայտնաբերվում է փուշելույթների միջև եղած տարածության փոփոխություն, վնասված ելունի շարժունություն և դրա տեղաշարժ միջին գծից կողմնայնորեն: Կոտրվածքի գիծը երևում է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա:

Բուժումը: Կոտրվածքի տեղում ներմուծում են 5-ական մլ նովոկաինի 0.5-1 % լուծույթ: Ցավերի դեպքում անզգայացումը ստիպված են լինում կրկնել 2-3 օր անց: Անկողնային ռեժիմը պահպանում են 2-3 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-5 շաբաթ անց:

Վերփշային և միջփշային կապանների վնասվածքներ

Վերփշային և միջփշային կապանների վնասվածքները հաճախ նկատվում են պարանոցային և գոտկային հատվածներում: Վնասման մեխանիզմը անուղղակի է: Կապանները կարող են պատռվել ողնաշարի կտրուկ կորացման կամ սեղմվել հարևան փուշելույթներով ողնաշարի արագ ուղղման դեպքում:

Ախտորոշումը: Հետին կապանների թարմ մեկուսացված վնասվածքների դեպքում հիվանդներին անհանգստացնում է տեղային ցավը մեջքում: Ողնաշարի շարժումները ցավոտ են: Հատկապես խախտվում է դրա ուղղումը, որը երբեմն լինում է տանջալի ցավոտ, պայմանավորված ուղղման ժամանակ փուշելույթներով վնասված կապանների ճնշման հետ: Մեջքի զննման ժամանակ վնասված կապանների շրջանում կարելի է հայտնաբերել հեմատոմայով պայմանավորված ուռածություն: Միջփշային տարածությունների պալպացիան վնասման մակարդակին ցավոտ է: Միջփշային կապանների վնասման դեպքում կտրուկ ցավեր են առաջանում, երբ սեղմում են միջփշային տարածության վրա ոչ թե միջին գծով, այլ քիչ դրանից կողմնայնորեն: Շոշափման ժամանակ կարելի է հայտնաբերել վնասված կապանների որոշակի դեֆեկտ, իսկ դրանց լրիվ պատռման դեպքում մատը համարյա ազատ անցնում է փուշելույթների միջև: Կապանների թարմ մեկուսացված պատռվածքների դեպքում փուշելույթների հեռացում մինյանցից, որպես կանոն, չի լինում: Սովորական

սպոնդիլոգրամմաները փոփոխություններ ցույց չեն տալիս: Սակայն ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր է ոսկրային վնասվածքը բացառելու համար:

Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում վերփշային և միջփշային կապանների վնասմանը բնորոշ են լյումբագոյի տիպի համառ ցավերը վնասման շրջանում: Հիվանդները նշում են մեջքի մկանների արագ հոգնածություն: Հետագայում կարող են առաջանալ և արմատիկային ցավեր, որոնք հաճախ կապված են լինում վնասվածքի մակարդակին միջողային սկավառակի երկրորդային դեգեներատիվ փոփոխությունների հետ սկավառակի հետին և հետին կողմային ճաղվածքի առաջացումով: Ողնաշարի շարժունակությունը սահմանափակված է, հատկապես խախտվում է դրա ուղղումը: Շոշափման ժամանակ հայտնաբերվող առավել մշտական ախտանիշերն են՝ միջփշային տարածության ցավոտությունը և լայնացումը, միջփշային կապանների թուլությունը:

Վերփշային և միջփշային կապանների վնասման դեպքում վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում կլինիկական պատկերը նման է մի շարք այլ պաթոլոգիական վիճակներին, օրինակ՝ ողնաշարի օստեոխոնդրոզին: Այդ պատճառով վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում միջփշային կապանների վնասումը ախտորոշելու համար անհրաժեշտ է կիրառել հետազոտման հատուկ եղանակներ: Դրանցից առավել պարզ է հանդիսանում վնասված կապանների ցավերի անզգայացման միջոցով ժամանակավոր պաշարման փորձը: Միջփշային տարածություն են ներմուծում 3-5 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ: Եթե հիվանդի մոտ իսկապես կա կապանների վնասում, ապա անզգայացումից հետո մեջքի ցավը ժամանակավորապես անցնում է: Անցավ է դառնում նույնիսկ ողնաշարի ուղղումը՝ անզգայացումով դրական փորձ: Սակայն երբ կապանների վնասումը զուգակցված է լինում միջողային սկավառակների դեգեներատիվ փոփոխությունների հետ, անզգայացումով փորձի արդյունքը կարող է լինել բացասական, քանի որ ցավային համախտանիշը պայմանավորված կլինի ոչ միայն կապանների, այլև սկավառակների փոփոխություններով: Այդ դեպքում կարող է սխալ կարծիք ստեղծվել միջփշային կապանների լիարժեքության մասին: Այսպիսով, եթե միջփշային տարածության անզգայացումով դրական փորձը վկայում է միջփշային կապանների պատռվածքի մասին, ապա բացասական փորձը դեռևս չի բացառում այն: Կասկածելի դեպքերում ցուցված է կատարել կոնտրաստային ռենտգենաբանական հետազոտություն՝ լիզամենտոգրաֆիա: Փուշելուների երկու կողմերից ներշնչում են կոնտրաստ նյութի լուծույթ: Եթե միջփշային կապաններում կան դեֆեկտներ, կոնտրաստ նյութը լցնում է դրանք և առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարների վրա միջփշային կապանների լուսավորումների ֆոնի վրա երևում են կոնտրաստ նյութի ստվերներ:

Բուժումը: Կապանների վնասումից հետո վաղ ժամկետներում ցուցված է անցկացնել կոնսերվատիվ ֆունկցիոնալ բուժում: Ստացիոնար ընդունվելիս իրականացնում են վնասված կապանների անզգայացում: Հետագայում անզգայացումը կրկնում են 3-4 օր ընդմիջումներով: Հիվանդին պառկացնում են մեջքի վրա դիրքում վահանակով կոշտ մահճակալի վրա: Անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն: Երկրորդ շաբաթից սկսած թույլ են տալիս շրջվել որովայնի վրա: Այդ ժամանակից էլ ցուցված է մեջքի մերսումը: Անկողնային ռեժիմի ընդհանուր ժամկետը՝ 3-6 շաբաթ:

Սակայն ավելի լավ արդյունքների են հասնում կորստի կիրառման դեպքում: Բուժման այդ եղանակի էությունը կայանում է նրանում, որ լավացման ամբողջ ժամանակաշրջանում ապահովվում է պատռված կապանների մաքսիմալ մոտեցումը և անշարժացումը: Միջփշային տարածությունները անզգայացնելուց հետո ողնաշարի ուղղման դիրքում դրվում է էքստենզիոն կորսետ: Դրանով իրականացվում է փուշելուների և դրանց կաշող կապանների մաքսիմալ մոտեցումը միմյանց: Կորսետով հիվանդների հետ անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապիա: Կորսետը կրելու ժամկետը՝ 4-6 շաբաթ:

Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում կոնսերվատիվ բուժումը քիչ արդյունավետ է: Եթե կապանների պատռվածքից հետո մեկ տարվա ընթացքում չի հաջողվում կոնսերվատիվ միջոցառումների օգնությամբ հասնել լավացման, ապա անհրաժեշտ է վիրահատական միջամտությունը՝ միջփշային կապանների պլաստիկական լավսանե ժապավենով ըստ Յունաշևի, Սիլինի և Դմիտրիևի: Վիրահատությունից հետո ցուցված է անկողնային ռեժիմը կոշտ մահճակալի վրա 2 շաբաթ ժամկետով: Հիվանդի շրջվելու շարժումները մահճակալի վրա չեն սահմանափակվում: Վիրահատությունից հետո առաջին իսկ օրերից նշանակում են բուժական մարմնամարզություն և ֆիզիոթերապիա: Հիվանդին ուղի վրա կանգնեցնելուց հետո ողնաշարի արտաքին անշարժացում

չեն կիրառում: Մարմնի թեքվելը առաջ սահմանափակում են 8-10 շաբաթ ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 11-12 շաբաթ անց:

ԹԵՄԱ 8

ԱԶԴՐՈՍԿՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ

Ազդրոսկրը հանդիսանում է որգանիզմի ամենա մեծ խողովակավոր վոսկրը: Նրա կոտրվածքները դասակարգվում են խողովակավոր ոսկրերի դասակարգման հիմնական օրենքների ներքո:

Ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածի կոտրվածք

Ազդրոսկրի պրոքսիմալ հատվածը գտնվում է անատոմոֆիզիոլոգիական հատուկ պայմաններում՝

Ազդրոսկրի վզիկը ծածկված չէ վերնոսկրով, իսկ տամբիոնային հատվածում վերջինս արտահայտված է բավականին լավ:

Կոնքազդրային հողի պատիճը ազդրին է կաշուն առջևից՝ վզիկի հիմային շրջանում միջտամբիոնային գծից պրոքսիմալ և հետևից՝ միջտամբիոնային կատարին: Այսպիսով, ոչ միայն ազդրոսկրի գլխիկը, այլև դրա վզիկի զգալի հատվածը գտնվում են կոնքազդրային հողի խոռոչում:

Ազդրոսկրի գլխիկն ու վզիկը արյունով են մատակարարվում՝

ա) կլոր կապանի զարկերակով, որը մեծահասակների մոտ, որպես կանոն, լինում է օբլիտերացված;

բ) պատիճի կայման տեղից վզիկ ներթափանցող զարկերակներով: Այդ անոթներից մի մասը անցնում են սինովիալ թաղանթի տակով անմիջապես ազդրոսկրի վզիկի վրայով և մտնում գլխիկի մեջ ոսկրային մասից աճառայինի անցման տեղում;

գ) միջտամբիոնային հատվածում ոսկր թափանցող զարկերակներով: Այսպիսով, որքան պրոքսիմալ է լինում կոտրվածքը կոնքազդրային հողի պատիճի կայման տեղից, այնքան ավելի վատ կլինի ազդրոսկրի գլխիկի արյունամատակարարումը: Ազդրոսկրի տամբիոնների հատվածը բավականին լավ է մատակարարվում արյունով մկաններից թափանցող զարկերակների հաշվին:

Անատոմիորեն տարբերակում ենք պրոքսիմալ հատվածի հետևյալ կոտրվածքները

-գլխիկի կոտրվածքներ կապիտալ

- վզիկի կոտրվածքներ ցեռվիկալ

- սուբկապիտալ Ա

- տրանսցեռվիկալ Բ

-բազալ Գ

-միջտամբիոնային և ենթատամբիոնային

Նրանցից կապիտալ և ցեռվիկալ կոտրվածքները հանդիսանում են ներհողային, տամբիոնային կոտրվածքները -արտահողային:



Ա

Բ

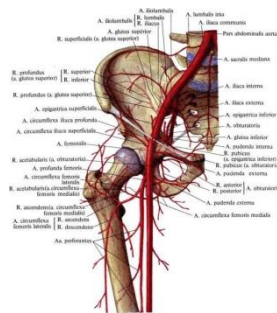
Գ

Ըստ վերը նշված արյան մատակարարման յուրահատկությունների ներհողային կոտրվածքների դեֆեքում պրոքսիմալ բեկորի սնուցուման խանգարումը ավելի արտահայտված է : Սակայն և ներհողային կոտրվածքները բաժանվում են մեղիալ (կապիտալ ,սուբկապիտալ) և լատերալ(տրանսցեռվիկալ, բազալ) կոտրվածքների և ajstex գործում է օրենքը որքան մեղիալ այնքան սնուցումը ավելի խանգարված: Սնուցման խանգարումները առավել արտահայտված են մեծահասակ մարդկանց մոտ որոց մոտ օբլիտերացված է կլոր կապանի զարկերակը:

Պրոքսիմալ կոտրվածքները նաև տարբերում ենք ըստ վզիկ դիաֆիզար անկյան փոփոխության:

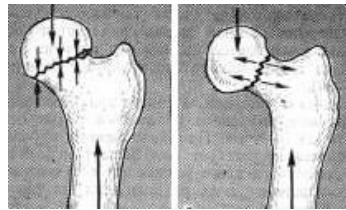
Վզիկադիաֆիզար անկյունը, որը կազմվում է վզիկի և ազդրոսկրի դիաֆիզի առանցքներով, միջինում հավասար է 127° ($115-135^{\circ}$): Որքան փոքր է լինում այդ անկյունը, այնքան մեծ է լինում

Ժանրաբեռնվածությունը ազդրոսկրի վզիկի վրա և այնքան ավելի հեշտ են առաջանում դրա կոտրվածքները: Ծերունական հասակում վզիկադիաֆիզար անկյան փոքրացումը հանդիսանում է ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքներին նախատրամադրող պայմաններից մեկը: **Այդ պատճառով և նաև մեծահասակ տարիքում օստեոպորոզի առկայության հանգամանքը ստեղծում են նախապայման ծերունական տարիքում այդ կոտրվածքների առավել հաճախ հանդիպելուն, առավել հաճախ հանդիպում է կանանց մոտ:**



Մեղիալ կոտրվածքի ժամանակ դեֆորմացիայի առանձնացումը Վալգուսային կոտրվածք: Այս դեպքում վզիկադիաֆիզար անկյունը մեծանում է: Որպես կանոն, այսպիսի կոտրվածքները լինում են ներմղված:

ըստ վզիկադիաֆիզար անկյան են



Վարուսային կոտրվածք: Այս դեպքում վզիկադիաֆիզար անկյունը փոքրանում է: Որպես կանոն, այս կոտրվածքները չեն լինում ներմղված: Սնուցման խանգարման տեսակետից վալգուսային կոտրվածքները ունեն ավելի լավ պրոգնոստիկ տենդենց:

Տամբիոնային կոտրվածքները կարող են լինել միջտամբիոնային, երբ կոտրվածքի գիծը անցնում է մեծ և փոքր տամբիոնների միջև; և ներտամբիոնային, որն անցնում է երկու տամբիոնները իրար միացնող գծով: Ներտամբիոնային կոտրվածքները հաճախ լինում են բեկորային և ուղեկցվում փոքր տամբիոնի պոկմամբ: Այդ կոտրվածքները կարող են լինել ներմղված և ոչ ներմղված: Ինչպես մեղիալ, այնպես էլ տամբիոնային կոտրվածքները սովորաբար նկատվում են մեծահասակների մոտ և հաճախ տեղի ունենում մեծ տամբիոնի հատվածի ժանրաբեռնման դեպքում (հիմնականում, վայր ընկնելիս): Այս կոտրվածքների դեպքում վնասող ուժը կարող է լինել ոչ մեծ, քանի որ կոտրվածքը տեղի է ունենում ծերունական օստեոպորոզի ֆոնի վրա:

Ախտորոշումը: Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքների ժամանակ ցավը տեղակայվում է աճուկային շրջանում և լինում է թույլ արտահայտված հանգստի պայմաններում: Կոնքազդրային հոդում շարժման փորձի դեպքում ցավն ուժեղանում է: Աճուկային (մեղիալ կոտրվածքների դեպքում) կամ տամբիոնային շրջանում հեմատոմայի առաջանալը չի հանդիսանում վաղ նշան և սովորաբար ի հայտ է գալիս կոտրվածքից մի քանի օր անց:

Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքին բնորոշ են հետևյալ ախտանիշերը.

Ոտքի դրսային պտտում (ռոտացիա): Այս ախտանիշը արտահայտվում է ելնելով ոտքի դիրքից՝ երբ այն իր ամբողջ դրսային եզրով գտնվում է հորիզոնական հարթության վրա, և ծնկան հոդի դիրքից՝ որն համապատասխանում է ոտնաթաթի դրսային պտտմանը **և թեթևակի ծավված է:**

Ոտքի ներսային ակտիվ պտտման բացակայություն:

Ցավոտություն մեծ տամբիոնի առանցքային ժանրաբեռնման դեպքում: Տարածված ոտքի կրունկի կամ մեծ տամբիոնի շրջանի բախումը առաջացնում է ցավերջույթների ուժեղացում:

Վերջույթի կարճացում: Վերջույթի բացարձակ երկարությունը չի փոփոխվում, իսկ հարաբերական կարճացումը՝ 2-4 սմ սահմաններում նկատվում է վարուսային դեֆորմացիայով կոտրվածքների դեպքում:

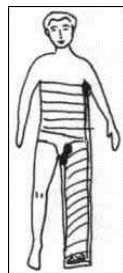
Գիրգուլավի ախտանիշ: Այդպիսի կոտրվածքների դեպքում աճուկային կապանի տակ նկատվում է ազդրային զարկերակի պուլսացիայի ուժեղացում: Հիվանդը ի վիճակի չի լինում ոտքը ոչ բարձրացնել, ոչ էլ պահել բարձրացված վիճակում, սակայն ի վիճակի է ծալել այն ծնկան և կոնքազդրային հոդերում միաժամանակ սահեցնելով կրունկը անկողնու վրայով- կաշուն կրնկի ախտանիշ:

Վարուսային դեֆորմացիայով ուղեկցվող կոտրվածքների ժամանակ մեծ տամբիոնը լինում է Ռոզեր-Նելատոնի՝ նստաթումբը առաջավերին փշի հետ միացնող գծից վեր: Մեղիալ և տամբիոնային տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում Շումախերի՝ մեծ տամբիոնի գագաթը զստոսկրի կատարի առաջավերին փշրջանառություն հետ միացնող գիծը անցնում է պորտից ցած:

Ներմղված կոտրվածքների դեպքում նկարագրված ախտանիշերից մեծամասնությունը կարող են լինել ոչ կտրուկ արտահայտված կամ ընդհանրապես բացակայել: Այդպիսի հիվանդները երբեմն մի քանի օր կամ շաբաթ նույնիսկ քայլում են մինչև որ տեղի չի ունենում կոտրվածքի »արտամղում«: Ներմղված կոտրվածքների առավել հաճախ հանդիպող նշան է հանդիսանում ցավը աճուկային և տամբիոնային շրջաններում, որն ուժեղանում է ոտքի և մեծ տամբիոնի ծանրաբեռնման ժամանակ: Երբեմն ցավը ճառագայթում է դեպի ծնկան հոդը:

Ազդրոսկրի վզիկի կոտրվածքների ռենտգենաբանական հետազոտությունը պահանջում է որոշակի պայմանների պահպանում: Ռենտգեն նկարները կատարում են առաջահետին և կողմային պրոյեկցիաներով: Անհրաժեշտության դեպքում կոտրվածքի ներմղվածությունը որոշելու համար կատարում են լրացուցիչ նկարներ ազդրոսկրի մաքսիմալ զատումով և առբերումով:

Բուժումը: Վզիկային կամ տամբիոնային կոտրվածքով հիվանդներին ցույց տրվող առաջին օգնությունը կայանում է ցավազրկման մեջ , բեկակալներով անշարժացման ոտնաթաթից **մինչև 12-րդ կող:**



Պռոքսիմալ կոտրվածքների բուժումը լինում է կոնսերվատիվ և վիրահատական:

Կոնսերվատիվ բուժում

Կոնսերվատիվ բուժման նպատակները և կիրարման արդյունավետությունը կախված է կոտրվածքի բնույթից և հիվանդների տարիքային խմբից:

Առավել անբարենպաստ կոտրվածքներն են մեղիալ կոտրվածքները: Այս դեպքում

ազդրոսկրի վզիկի վարուսային չներմղված մեղիալ կոտրվածքների բուժումը ներկայացնում է մեծ դժվարություն: Մահացությունը ծերունական հասակի հիվանդների մոտ կոնսերվատիվ բուժման դեպքում հասնում է 20 %: Սերտաձման համար պայմանները, հատկապես սուբկապիտալ և կապիտալ կոտրվածքների դեպքում, անբարենպաստ են կապված տեղային անատոմիական առանձնահատկությունների և անշարժացման դժվարության հետ: Կոտրվածքի ոսկրային սերտաձումը տեղի է ունենում 6-8 ամիս անց: Միաժամանակ անկողնային երկարատև ռեժիմը ծերերի մոտ բերում է կանգային թոքաբորբի, պառկելախոցերի, թոքմբոէմբոլիայի զարգացմանը, որը և հանդիսանում է բարձր մահացության հիմնական պատճառը: Այդ պատճառով հիվանդի երկարատև անշարժացման հետ կապված բուժման եղանակները ծերունական հասակում նպատակահարմար չէ կիրառել: Կոնսերվատիվ ձգումը և գիպսային կոնքազդրային կապը որպես բուժման ինքնուրույն եղանակներ գրեթե ներկայումս չեն կիրառվում:

Ազդրոսկրի վզիկի վարուսային չներմղված կոտրվածքների դեպքում առավել նպատակահարմար է վիրաբուժական միջամտությունը: Այն դեպքերում, երբ այն հակացուցված է (ընդհանուր ծանր վիճակ, ծերունական մարագմ կամ եթե հիվանդը չէր քայլում դեռ վնասվածք ստանալուց առաջ), իրականացնում են վաղ մոբիլիզացիա: Այս եղանակի նպատակն է՝ հիվանդի կյանքի փրկելը:

Վաղ մոբիլիզացիայի եղանակ: Սուր ցավերջույթների շրջանում (5-10 օր) կոտրվածքի տեղը անզգայացնելուց հետո դնում են կմախքային ձգում ոլոքի թմբկությունից:



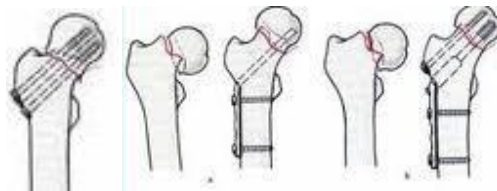
Կմախքային ձգման փոխարեն հանգստի պայմաններ ստեղծելու նպատակով ոտքի կողմերում կարելի է դնել ավազով լցված պարկեր կամ վերջույթը ֆիքսել Կեյֆերի եղանակով՝ դեռոտացիոն փայտիկի օգնությամբ, որը կարելի է ֆիքսել գիպսային լոնգետին կամ ոտնամանի կրունկին: Առաջին իսկ օրերից անց են կացնում շնչառական մարմնամարզություն: Արդեն վերջույթի անշարժացման շրջանում հիվանդներին թույլ են տալիս նստել անկողնում: Վերջույթի ֆիքսացիան հանելուց հետո հիվանդներին թույլ են տալիս պտտվել կողմի և մեջքի վրա, նստել ոտքերը կախելով անկողնուց: Կոտրվածքի տեղի անզգայացումը պարբերաբար կրկնում են: Անց են կացնում ընդհանուր բուժում: Սկսած 3-րդ շաբաթից հիվանդներին թույլ են տալիս քայլել հենակների վրա առանց վնասված վերջույթի վրա հենվելու: Փաստացի այդ դեպքում գիտակցաբար դիմում են կեղծ հոդի առաջացմանը: Հետագայում հիվանդի մոտ զարգանում է գլխիկի ասեփտիկ նեկրոզ և ոչպես հետևանք կոքսարթրոզ և կոնտրակտուրաներ: Հիվանդները ստիպված են լինում ցմահ օգտվել հենակներից:

Վիրահատական բուժումը: Վիրահատությունը կատարում են **շտապ** ցուցումներով: Եթե այն չեն կատարում հիվանդի ընդունման օրը, ապա մինչև վիրահատությունը դնում են կմախքային ձգում ոլոքի թմբկությունից 6-8 կգ քաշով Բելերի ստանդարտ բեկակալի վրա:

Գոյություն ունեն ազդրոսկրի վզիկի մեղիավ կոտրվածքների օստեոսինթեզի երկու եղանակ՝ 1) փակ (արտահոդային), երբ հոդը չեն բացահատում և կոտրվածքի վայրը չեն բացում; 2) բաց (ներհոդային), որը կիրառվում է միայն փակ համադրման անհնարինության դեպքում (առավել հաճախ պատիճով ինտերպոզիցիայի և հնացած կոտրվածքների ժամանակ: Փակ օստեոսինթեզը անց են կացնում սպինալ+էպիդուրալ ցավազրկման կամ ընդանուր անզգայացման տակ՝ օրթոպեդիկ սեղանի վրա կատարված միամոմենտ համադրումից հետո:

Միամոմենտ համադրումը ըստ Ուիթմենի: Ուղղված ոտքի երկարությամբ իրականացնում են ձգում մինչև դրա հարաբերական երկարության հավասարվելը առողջ ոտքի երկարությանը: Շարունակվող տրակցիայի պայմաններում ոտքը պտտում են դեպի ներս մինչև 40-50 և ֆիքսում 20 գատման դիրքում:

Կատարվում է օստեոսինթեզ 3 կոմպրեսիոն պտուտակներով կամ DHS(դինամիկ ազդրային պտուտակ) կոմպրեսիայով:



3-ք կոմպրեսիոն պտուտակներով եղանակը կատարվում է փակ արանց կտրվածքի և հիմնականում կարելի է կիրառել այն հիվանդների մոտ, որոնք ունեն բաց օստեոսինթեզի հակացուցումներ սակայն այդ մեթոդի կայունությունը բարձր չէ: DHS (դինամիկ ազդրային պտուտակ) կիրառումը բաց է , ավելի տրավմատիկ սակայն հանդիսանում է կայուն ֆունքցիոնալ օստեոսինթեզ: Երկու դեպքում էլ ստանում ենք բեկորների միջև հաստատուն դինամիկ կոմպրեսիա:

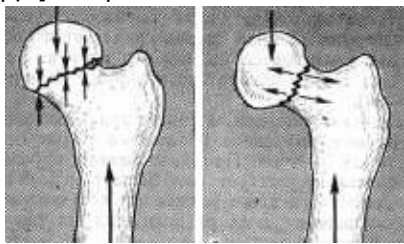
Հետվիրահատական բուժումը: Փակ օստեոսինթեզից հետո գիպսային կապ չեն դնում: Ոտքի դեպի դուրս պտտումը կանխելու նպատակով դրա կողմերին դնում են ավազով լցված գլանիկներ: Վիրահատությունից հետո առաջին իսկ օրերից ցուցված են հիվանդի ակտիվ վարքը՝ շարժումներ անկողնում, շնչառական մարմնամարզություն: 3-րդ և 4-րդ օրվանից ընթացքում հիվանդները սկսում են քայլել հենակներով առանց հիվանդ ոտքի վրա հենվելու: Ազդրոսկրի գլխիկի ասեփտիկ մեռուկը կանխելու նպատակով (հատկապես սուբկավիտալ կոտրվածքների ժամանակ) հիվանդ ոտքի

ծանրաբեռնումը թույլ չեն տալիս մինչև 2-3 ամիս վիրահատությունից հետո: Մետաղական սարքերը հեռացնում են կոտրվածքի լրիվ սերտաճումից հետո՝ սովորաբար վիրահատությունից հետո 1-1.5 տարի անց: Փակ եղանակով վիրահատվածների աշխատունակությունը վերականգնվում է 7-18 ամիս անց:

Առավել բարդությունների խումբ են ներկայացնում սուբկապիտալ և կապիտալ մեդիալ ոչներմղված կոտրվածքներով հիվանդները: Այդպիսի կոտրվածքների ֆիքսման դժվարությունները և գլխիկի արյան մատակարարման կտրուկ խանգարումները պարտադրում են վիրահատված վերջույթի երկարատև (բազմամիս) բեռնաթափում: Նույնիսկ սուբկապիտալ կոտրվածքով հիվանդների հետվիրահատական ճիշտ վարման դեպքում ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ մեռուկը նկատվում է 20 % դեպքերում: Այդ պատճառով ազդրոսկրի գլխիկի սուբկապիտալ և կապիտալ կոտրվածքներով ծեր հիվանդների մոտ ավելի նպատակահարմար է կատարել ոչ թե կոտրվածքի օստեոսինթեզ, այլ կիսահողի՝ ազդրոսկրի գլխիկի և վզիկի փոխարինում էնդոպրոթեզով: Հողի էնդոպրոթեզավորումը ազդրոսկրի վզիկի մեդիալ կոտրվածքի ժամանակ 70 տարուց ծեր մարդկանց մոտ դարձնում է հիմնականը: Դրա առավելություն է հանդիսանում նաև վիրահատված վերջույթի վաղ ծանրաբեռնումը (3-4 շաբաթ անց, իսկ ազդրոսկրում էնդոպրոթեզի ամրացման համար ոսկրային ցեմենտի կիրառման դեպքում վիրահատությունից հետո 3-4 օրից), որը ունի կարևոր նշանակություն թուլացած մեծահասակ և ծեր հիվանդների համար:



Ազդրոսկրի վզիկի մեդիալ ներմղված կոտրվածքների բուժումը: Ազդրոսկրի վզիկի ներմղված կոտրվածքները ավելի լավ են սերտաճում, քան ոչներմղվածները: Կոտրվածքի «ապաներխումը» (ոսկրաբեկորների կցորդման խանգարումը) համարվում է բարդություն և չպետք է իրականացվի: Բուժման տակտիկան մեծամասամբ դեպքերում որոշվում է ոսկրաբեկորների ներխրվածության աստիճանով և կոտրվածքի հարթության ուղղությամբ: Ըստ կոտրվածքի գլխիկի ուղղվածության տարբերում են երկու տեսակի ներմղված կոտրվածքներ՝ 1) ուղղաձիգ վալգուսային կոտրվածք, որի դեպքում դրա հարթությունը անցնում է ուղղաձիգ; 2) հորիզոնական վալգուսային կոտրվածք, որի ժամանակ դրա գիծը անցնում է հորիզոնական:



Վալգուսային կոտրվածքները համարվում են ավելի բարենպաստ, նրանց ժամանակ ասեպտիկ նեկրոզի առաջացման հաճախականությունը ավելի ցածր է: Ազդրոսկրի վզիկի մեդիալ կոտրվածքների ուշ բարդություն են հանդիսանում սերտաճման երկարատևությունը և ազդրոսկրի վզիկի կեղծ հողը, ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ մեռուկը, կոնքազդրային հողի դեֆորմացնող արթրոզը:

Ազդրոսկրի գլխիկի ասեպտիկ նեկրոզի ժամանակ, որն ուղեկցվում է դրա համարյա լրիվ ներծծմամբ, 65-70 տարուց բարձր հիվանդների մոտ առավել հաճախ ազդրոսկրի գլխիկն ու վզիկը փոխարինում են էնդոպրոթեզով, անց են կացնում վերականգնողական վիրահատություններ կոնքազդրային հողի վրա:

Մեծ տամբիոնի մեկուսացված կոտրվածք

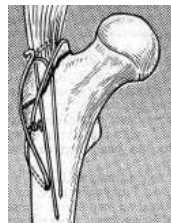
Վնասման մեխանիզմը, որպես կանոն, ուղղակի է: Որոշ դեպքերում հնարավոր են պոկումային կոտրվածքներ պայմանավորված հետույքային մկանների կտրուկ կծկման հետ: Տեղաշարժով

կոտրվածքների դեպքում տամբիոնը տեղաշարժվում է վեր դեպի հետ և առաջ հետույքային փոքր և միջին մկանների լարման հետևանքով:

Ախտորոշումը:Մեծ տամբիոնի կոտրվածքով հիվանդները սովորաբար պահպանում են քայլելու ունակությունը: Ցավը, հաճախ չափավոր, տեղակայվում է մեծ տամբիոնի շրջանում: Օբյեկտիվորեն հայտնաբերում են այդ շրջանի ուռածություն և ցավոտություն: Ջատուները սահմանափակ է և ցավոտ: Պասիվ շարժումները, հատկապես պտուտակային, առաջ են բերում կոտրվածքի շրջանի ցավերի կտրուկ ուժեղացում: Առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարների մեկնաբանությունը դժվարություն չի ներկայացնում:

Բուժումը:Առաջին օգնության ցուցաբերման ժամանակ կոտրվածքի ցավազրկման անհրաժեշտություն սովորաբար չի առաջանում:Առանձ տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում հիվանդը բուժվում է կոնսերվատիվ:Բուժումը կայանում է անշարժացման , ադեկվատ ցավազրկման և հանգստի նեջ:

Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում դիմում են վիրահատական միջամտության: Տամբիոնը իր պոկված տեղին ամրացնում են պտուտամեխով, ոսկրային բույթով կամ լավսանե լարով և վիրահատությունից 3-4 շաբաթ անց դնում կարճացված կոքսիտային կապ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5 ամսից:



Փոքր տամբիոնի մեկուսացված կոտրվածք

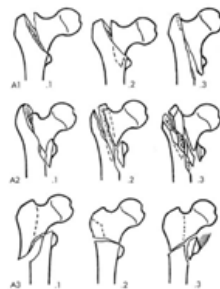
Իրենց մեխանիզմով դրանք պոկումնային կոտրվածքներ են, որոնք առաջանում են ազդրի կտրուկ տարածման կամ ծալման և զստոսկրագոտկային մկանի լարման դեպքում:

Ախտորոշումը:<հիվանդներին անհանգստացնում է ազդրի ներսային մակերեսին դրա վերին երրորդականի շրջանում տեղակայվող ցավը, որը երբեմն լինում է կտրուկ արտահայտված: Ցավը թուլանում է ազդրի մինչև ուղիղ անկյուն ծալման դիրքում: Փոքր տամբիոնի շրջանի շոշափումը ցավոտ է: Ռենտգեն նկարների վերլուծության ժամանակ կոտրվածքը անհրաժեշտ է տարբերակել փոքր տամբիոնի հիմքի մոտ գտնվող աճման գոտուց: Կասկածելի դեպքերում համեմատելու նպատակով կատարում են նաև առողջ ոտքի ռենտգեննկարում:

Բուժումը:Առաջին օգնությունը կայանում է հետևյալում: Ցավերը մեղմացնելու նպատակով ոտքը ծալում են ծնկան և կոնքազդրային հողերում: Հիվանդներին տեղափոխում են պատզարակների վրա:

Ոտքը դնում են բեկակալի վրա կոնքազդրային և ծնկան հողերում ոչ մեծ զատման և մինչև 90 ° ծալման դիրքում 10-12 օրով: 3-րդ շաբաթից ոտքը աստիճանաբար տարածում են և հիվանդին թույլ տալիս քայլել:

Տարբերում ենք նաև տամբիոնային, մինչտամբիոնային և ստորտամբիոնային կոտրվածքներ,

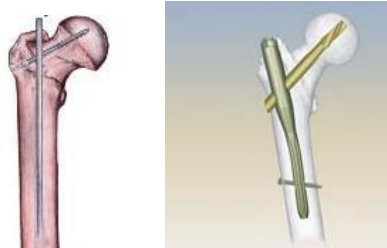


Այս տիպի կոտրվածքների ժամանակ ցավը տեղակայվում է կոնքազդրային հողից կողմնայնորեն,որը արտահայտված հանգստի պայմաններում: Կոնքազդրային հողում շարժման փորձի դեպքում ցավն ուժեղանում է: Առկա է ազդրոսկրի բացարձակ կարճեցում, վերջույթը գտնվում է էկզորոտացիայի դիրքում մկանային գերլարման պատճառով. Հիվանդի բուժման հիմնական մեթոդը վիրահատական

է: Ընդունման պահին անհապաղ վիրահատության չկատարելու դեպքում հիվանդի վնասված վերջույթի ուղքի թմբկությունից կամ ազդրի վերկոճային շրջանից տեղադրվում է կմախքային ձգում որպես հիվանդի նախավիրահատական վարման ձև: Նա ապահովվում է մկանների ռելաքսացիան , անշարժացումը և ցավազրկումը: Այն դեպքերում երբ հիվանդը ունի բացարձակ հակացուցումներ վիրահատական միջամտության նա կիրարկվում է որպես ինքնուրույն բուժման ձև:



Վիրահատական բուժումը: Վիրահատությունը կատարում են անհետաձգելի ցուցումներով: Եթե այն չեն կատարում հիվանդի ընդունման օրը, ապա մինչև վիրահատությունը դնում են կմախքային ձգում ուղքի թմբկությունից 6-8 կգ քաշով Բելերի ստանդարտ բեկակալի վրա: Կատարվում է ԷՕՊ-ի հսկողությամբ տամբիոնների ռեպոզիցիա և ֆիքսացիա տարատեսակ կոնստրուկցիաներով: Նրանք են անկյունային հարթաները, DHS և DCS համակարգերը, և առավել ժամանակակիցը PFNA համակարգը որը պատկերված է նկարի վրա և որը հանդիսանում է ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզի տարատեսակ:



Վիրահատությունից հետո առաջին իսկ օրերից ցուցված են հիվանդի ակտիվ վարքը՝ շարժումներ անկողնում, շնչառական մարմնամարզություն: 3-րդ և 4-րդ օրվանից ընթացքում հիվանդները սկսում են քայլել հենակներով առանց հիվանդ ոտքի վրա հենվելու:

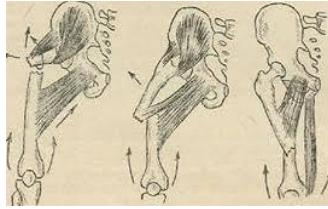
Ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածք

Ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքը հանդիսանում է ծանր վնասվածք: Նույնիսկ փակ կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են շոկով և կոտրվածքի շրջանում արյան զգալի կորստով (1-1.5 լ): Դիաֆիզար կոտրվածքների պրոքսիմալ սահման է հանդիսանում ենթատամբիոնային շրջանը (ենթատամբիոնային կոտրվածք), իսկ դիստալ՝ վերկոճային շրջանը (վերկոճային կոտրվածք): Ինչպես և դիաֆիզար այլ կոտրվածքների դեպքում, այնպես էլ ազդրոսկրի դիաֆիզար վնասվածքների առաջացումը հնարավոր է վնասման ուղղակի և անուղղակի եղանակներով: Վնասող ազդակի ուղղությամբ և գործադրման կետով որոշվում են կոտրվածքի բնույթն ու մակարդակը: Կոտրվածքի մակարդակին համապատասխան տարբերում են ազդրոսկրի վերին, միջին և ստորին երրորդականի կոտրվածք:

Ազդրոսկրի վերին երրորդականի կոտրվածքներին բնորոշ է պրոքսիմալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժը դեպի առաջ և դուրս, և դիստալի տեղաշարժը դեպի ներս և հետ: Որքան բարձր է անցնում կոտրվածքի գիծը, այնքան ավելի շատ է լինում արտահայտված տիպիկ տեղաշարժը:

Ազդրոսկրի միջին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում հնարավոր են տեղաշարժման բազմազան տեսակներ: Այս վնասվածքի համար առավել բնորոշ է տեղաշարժը ըստ երկարության:

Դիաֆիզի ստորին երրորդականում կոտրվածքի համար բնորոշ է դիստալ ոսկրաբեկորի տեղաշարժը դեպի հետ ձկնամկանի կծկման հետևանքով: Այդ ժամանակ կարող է վնասվել ենթածնկային զարկերակը: Պրոքսիմալ ոսկրաբեկորը առբերող մկանների ազդեցության տակ տեղաշարժվում է դեպի ներս:



Ախտորոշումը ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքի դեպքում բարդություն չի ներկայացնում: Բնորոշ են գործունեության կտրուկ խանգարումը և ցավը կոտրվածքի մակարդակին: Այսպես, վերին երրորդականի և վ/մ 3- ների սահմանի կոտրվածքի համար բնորոշ է «գալիֆեաձև» վարուսային դեֆորմացիան: Դիաֆիզի երկարությամբ հայտնաբերվում է շարժունություն: Այստեղ է երբեմն շոշափվում նաև ոսկրաբեկորներից մեկի ծայրը: Տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում լինում է ազդրի բացարձակ կարճացում: Ոսկրային կրեպիտացիայի որոշելը, հատկապես մինչև կոտրվածքի ցավազրկումը, հակացուցված է: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել կոտրվածքի բնույթը:

Բուժումը: Գիպսային կապը որպես ազդրոսկրի դիաֆիզի կոտրվածքի բուժման ինքնուրույն եղանակ, որպես կանոն, չի կիրառվում: Կոնսերվատիվ եղանակ է հանդիսանում բուժումը կմախքային ձգմամբ ոլոքի թմբկությունից կամ, հազվադեպ, ազդրի կոճերից Բելերի ստանդարտ բեկակալի վրա:

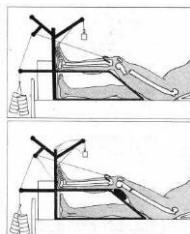
Ազդրոսկրի դիաֆիզի վերին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում ոտքին տալիս են գատման դիրք: Եթե միջին երրորդականի կոտրվածքի դեպքում չի լինում պրոքսիմալ ոսկրաբեկորի դրսային տեղաշարժ, ապա վերջույթը առանց գատման են տեղադրում ձգման:

Ազդրոսկրի ստորին երրորդականի կոտրվածքի կմախքային ձգման միջոցով բուժման առանձնահատկությունները կայանում են հետևյալում՝

Դիստալ ոսկրաբեկորը դեպի հետ տեղաշարժող ձկնամկանը թուլացնելու նպատակով բուժումը անց են կացնում ոտքը ծնկան հողում մինչև 90° ծալված դիրքում:

Ձգումը իրականացնում են ազդրոսկրի կոճերից սրունքի և ազդրոսկրի առանցքներով կազմված անկյան կիսորդի ուղղությամբ: Դա ստեղծում է նպաստավոր պայմաններ դիստալ ոսկրաբեկորի դեպի առաջ պատման համար:

Դիստալ ոսկրաբեկորի տակ դնում են լայն բամբակաթանզիֆե գլանիկ:



Երբեմն ոսկրաբեկորների համադրման համար անհրաժեշտություն է առաջանում կիրառել լրացուցիչ կողմային կամ առաջահետին ձգում փափուկ օղակով: 1.5-2 ամիս անց ձգումը հանում են և 3-3.5 ամսով դնում կոքսիտային գիպսային կապ: Կմախքային ձգումը հանելուց հետո հիվանդներին կարելի է բուժել նաև ֆունկցիոնալ եղանակով՝ առանց գիպսային կապով անշարժացնելու: Ֆունկցիոնալ բուժման մեթոդիկան նույնն է, ինչպես և տամբիոնային կոտրվածքների ժամանակ: Ֆունկցիոնալ բուժման դեպքում կոտրվածքից հետո 2-2.5 ամիս անց թույլ են տալիս քայլել հենակների օգնությամբ ոտքի թեթև ծանրաբեռնումով: Ելնելով տվյալ բուժման մեթոդի երկարատևությունից ազդրոսրի դիաֆիզար կոտրվածքների բուժման նախնորելի եղանակը գրեթե միշտ վիրաբուժականն է բացառությամբ այն դեպքերը երբ առկա է վիրահատությանը բացարձակ հակացուցումներ:

Վիրահատական միջամտության անհրաժեշտության հարցը հարկավոր է լուծել վնասվածք ստանալուց հետո առաջին 2-5 օրերի ընթացքում, որպեսզի վիրահատությունը իրականացվի վաղ ժամկետներում: Ազդրի կոտրվածքների վիրահատական բուժման նպատակով կարելի է կիրառել յուրաքանչյուր երեք օստեոսինթեզի մեթոդներից մեկը: Օրինակներն են

Ազդրոսկրի վերին երրորդականի կոտրվածքի հաստատուն (ստաբիլ) օստեոսինթեզի կարելի է հասնել կիրառելով PFNA համակարգը , որը վերտամբիոնային շրջանից ներ են

մտցնում ոսկրածուծային ուղու մեջ: Ներսից պտտելով մտնելով դիստալ ոսկրաբեկորի կորտիկալ շերտի մեջ, բույթը ամուր սեղմում է այն պրոքսիմալ ոսկրաբեկորին ստեղծելով միամոմենտ ճնշում:



Ազդրոսկրի դիֆիզի կոտրվածքի վիրահատական բուժման առավել տարածված եղանակ է հանդիսանում ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզը ինտրամեդուլյար մեխով :Մեխերը կարող են տեղադրվել անտերոգրադ, րետրոգրադ, և խառը եղանակներով:Տեղադրումը կարող է լինել ոսկրի խողովակի շաղափումով կամ առանց:



Կիրարվում է նաև հարթակների բոլոր մոդիֆիկացիաները որոնցից վերջինները LSP տեսակի հարթակները հաճախ կիրարվում են առանձ կոտրվածքի շրջանը մերկացնելու իրենց հավելյալ ստաբիլության շնորհիվ:Արտոջախային ֆիքսացիայի ապարատները կիրարվում են միայն բաց կոտրվածքների , հիվանդի խիստ ծանր վիչակի դեպքում :

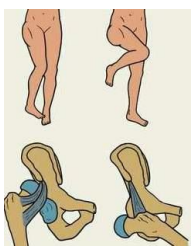
Ազդրոսկրի ստորին երրորդականի, այդ թվում և վերկոճային, կոտրվածքները ֆիքսում են ինչպես ինտրամեդուլյար մեխերով այնպես էլ DCS-կոնստրուկցիայով:



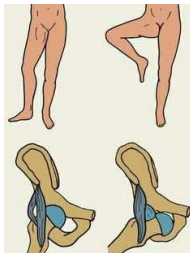
Կայուն օստեոսինթեզից հետո արտաքին անշարժացում գիպսային կապով չի կիրառվում: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3.5-6 ամսից:

Ազդրոսկրի հողախախտ

Կոնքազդրային հողի վնասվածքային հողախախտը կազմում է բոլոր հողախախտերի մոտ 5 %: Տարբերում են հետին և առաջային հողախախտեր՝ հետինները իրենց հերթին ստորաբաժանվում են վերին հետին կամ գտային, և ստորին հետին կամ նստային



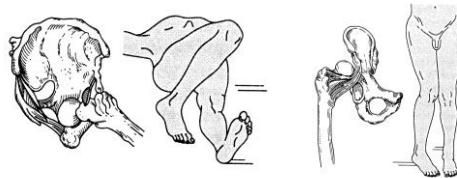
Առաջայինները՝ վերին առաջային կամ վերցայլային, և ստորին առաջային կամ փակողական:



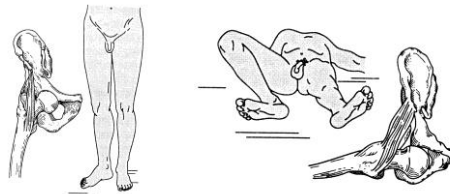
Ազդրոսկրի հետին հողախախտերը հանդիպում են 3 անգամ ավելի հաճախ, քան առաջայինները: Հետին հողախախտերից ավելի հաճախ են հանդիպում գստայինները: Ազդրոսկրի վնասվածքային հողախախտերը նկատվում են գերազանցապես ուժեղ, ֆիզիկապես լավ զարգացած մարդկանց մոտ 20-50 տարեկան տարիքում:

Հետին հողախախտի առաջացման մեխանիզմը առավել հաճախ անուղղակի աննշան ուժն է այն պայմանում, երբ ազդրը հանկարծակի կտրուկ պտտվում է դեպի ներս և միաժամանակ առբերվում: Այդ դեպքում գլխիկը պատռում է պատիճը և սեղմվում դրա ծայրերի և մկանների միջև: Կլոր կապանը սովորաբար պատռվում է լիովին: Ազդրոսկրի գլխիկը տեղադրվում է գստոսկրի թևի դրսային և հետին մակերեսների վրա: Ստորին գստային հողախախտի դեպքում գլխիկը գտնվում է քաղախափոսից հետ և ցած:

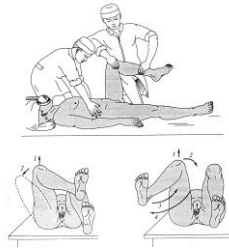
Ազդրոսկրի հողախախտը ուղեկցվում է ուժեղ ցավերով, վնասվածքից հետո ոտքի վրա կանգնելու անհնարինություն: Բնորոշ է ոտքի հարկադրական դիրքը, որը կախված է հողախախտի տեսակից: Հետին հողախախտի ժամանակ այն ծավալած է կոնքազդրային հողում, առբերված է և պտտված դեպի ներս; ակտիվ շարժումները կոնքազդրային հողում անհնար են: Վերջույթը հարկադրական դիրքից պասիվ դուրս բերելու փորձը ուղեկցվում է ցավով; այդ ժամանակ ի հայտ է գալիս հողախախտի համար բնորոշ զսպանակային դիմադրության ախտանիշը: Նշվում է ոտքի կարճացում: Աճուկային կապանի տակ նշվում է ներսանկում, իսկ հետևից երբեմն տեսանելի է լինում դուրսցցվածություն և շոշափվում է տեղաշարժված գլխիկը: Մեծ տամբիոնը տեղակայվում է Ռոզեր-Նելատոնի գծից վեր:



Առաջային հողախախտերի համար բնորոշ է վերջույթի երկարանալը: Փակողական հողախախտի դեպքում կարելի է շոշափել գլխիկը կոնքազդրային հողի ներսային կողմից, հետույքային շրջանը տափակած է, մեծ տամբիոնը չի որոշվում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը լրացնում է կլինիկական պատկերը:



Բուժումը: Ազդրոսկրի հողախախտը հարկավոր է ներուղղել նարկոզի տակ: Առավել տարածված է հետին հողախախտի ներուղղման եղանակը ըստ Կոխերի: Հիվանդը պառկած է մեջքի վրա սեղանին կամ հատակին: Օգնականը պահում է հիվանդի կոնքը տեղադրելով ձեռքերը գստոսկրերի կատարների վրա: Վիրաբույժը ծալում է վնասված վերջույթը ուղիղ անկյան տակ ծնկան և կոնքազդրային հողերում և կատարում ձգում ուղղահայաց վեր, պտտելով վերջույթը դեպի ներս: Շատ հաճախ ներուղղման ժամանակ լսվում է չրխկոց:



Ներուղղումից հետո վերջույթի վրա հարկավոր է դնել կմախքային ձգում ազդրոսկրի կոճերից կամ սրունքի թմբկությունից 7-10կգ քարշով 4 շաբաթ ժամկետով: 30 օր անց հիվանդները սկսում են քայլել հենակների վրա առանց ուղքը ծանրաբեռնելու 8-10 շաբաթների ընթացքում: Նշանակում են ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է ներուղղումից հետո 3 ամիս անց: Պրոգնոզը սովորաբար լինում է լավ: Որոշ հիվանդների մոտ հետագայում արյան խախտված շրջանառության հետևանքով ազդրոսկրի գլխիկում կարող են զարգանալ ասեպտիկ նեկրոզ և դեֆորմացնող օստեոարթրոզ:

Կոնքազդրային հոդի հնացած և չներուղղվող հոդախախտերի դեպքում ցուցված է վիրահատական ներուղղումը: Սակայն, եթե չներուղղվող հոդախախտի դեպքում դեռ կարելի է փորձել հետին դրսային կտրվածքից կատարել ներուղղում, ապա հնացած հոդախախտի դեպքում նպատակահարմար է կատարել հոդի արթրոդեզ

ԾՆԿԱՆ ՀՈՂԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Ծնկան հոդը ամենախոշոր և ամենաբարդն է: Անհրաժեշտ է առանձնացնել ազդրի հոդավորումը ծնկոսկրի և ոլոքի հետ: Հոդային մակերեսների անհամապատասխանությունը կոմպենսացվում է մահիկներով (մենիսկներով), որոնք կիսալուծված են և ունեն սեպածն կտրվածք: Լրիվ տարածման դիրքում ծնկան հոդը պասիվ կերպով կայունացվում է պատիճի, խաչածն և կողմային կապանների, ինչպես նաև սրունքի առանցքի նկատմամբ ազդրոսկրի առանցքի դեպի առաջ տեղաշարժման հաշվին: Այս դիրքում դինամիկ կայունությունը ապահովվում է նաև տարածիչ համակարգով: Սրունքը ծալելիս ծնկան հոդում առաջանում է պտուտակային շարժումների հնարավորություն, որը վնասվածքի դեպքում նախապայմաններ է ստեղծում փափուկ հյուսվածքների վնասման համար:



Հեմարթրոզ

Հեմարթրոզը՝ հոդի խոռոչի մեջ արյունահոսությունը, կարող է պայմանավորված լինել ներհոդային կտրվածքով կամ փափուկ հյուսվածքների վնասմամբ: Այն առաջանում է վնասվածքի ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով: Անհրաժեշտ է հիշել, որ հեմարթրոզը որպես հիմնական դիագնոզ կարող է դրվել միայն այն դեպքերում, երբ մանրագնին կատարված հետազոտությունից հետո չի հաջողվում բացահայտել հոդի վնասվածքի բնույթը:

Ախտորոշումը: Հեմարթրոզի հայտնաբերումը չի ներկայացնում մեծ դժվարություն: Վնասվածքից անմիջապես հետո հոդում առաջանում է ցավ և սահմանափակվում դրա ֆունկցիան: Հոդը աստիճանաբար մեծանում է իր ծավալով, սահմանները հարթվում են: Սրունքի ծավալած դիրքում արտափքումը որոշվում է ծնկոսկրի սեփական կապանի կողմերից: Հոդում հեղուկի (արյան) զգալի

կուտակման դեպքում ծնկոսկրից վեր հայտնաբերվում է լոբաձև արտափքում, որն համապատասխանում է հողի վերին ոլորքին:

Սրունքը գտնվում է սահմանափակ ծավման դիրքում, որում հողի խռոչի ծավալը մաքսիմալ չափով է մեծանում: Ցավը պայմանավորված է լինում ոչ միայն վնասվածքով, այլև կուտակված արյունով հողի պատիճի ձգմամբ: Վերին ոլորքի մակարդակին որոշվում է ծխանք (ֆյուկտուացիա):

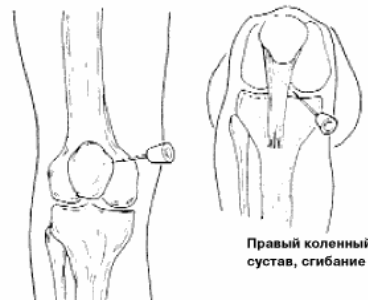
Ծնկան հողում հեղուկի կուտակմանը բնորոշ է «լողանի» կամ ծնկոսկրի «տատանման» ախտանիշը: Այն ստուգում են հիվանդի մեջքի վրա և ուղղված ոտքով դիրքում. մի ակոսով ազդրը ֆիքսում են դրա ստորին երրորդականում, մոբիլիզացնելով հեղուկը վերին ոլորանից դեպի հողաձեղքը, իսկ մյուսով՝ ճնշում ծնկոսկրը առաջից հետ: Այդ ժամանակ ծնկոսկրը խորասուզվում է և նորից «հայտնվում» ճնշումը վերացնելուց հետո:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր է ոսկրերի կոտրվածքը բացառելու համար:

Ախտորոշիչ կարևոր գործողություն է հանդիսանում հողի պունկցիան: Պունկտատում արյան առկայությունը հանդիսանում է հեմարթրոզի ստույգ նշան: Պունկտատի հետազոտման ժամանակ կարելի է հայտնաբերել էքսուդատ, որը վկայում է երկրորդային հետվնասվածքային սինովիտի մասին: Պունկտատում ճարպի կաթիլների առկայությունը թույլ է տալիս կասկածել (նույնիսկ ռենտգենաբանական բացասական տվյալների դեպքում) ներհողային կոտրվածք:

Զգալի դժվարություններ են ներկայացնում հեմարթրոզի ժամանակ հողի վնասվածքների բնույթի ախտորոշումը: Այս դեպքում առավել ինֆորմատիվ է արթրոսկոպիայի եղանակը: Արթրոսկոպը հողի պունկցիայի ճանապարհով ներ են մտցնում նարկոզի կամ տեղային անզգայացման տակ: Արթրոսկոպի կամ լրացուցիչ մտցված ասեղի միջով հողը լվանում են նովոկաինի լուծույթով կամ նատրիումի քլորիդի իզոտոնիկ լուծույթով: Արթրոսկոպը տեղաշարժելով հողի խռոչի մեջ անց են կացնում դրա ստուգումը: Ախտորոշման ճշգրտությունը արթրոսկոպիայի դեպքում գերազանցում է 90 %:

Բուժումը: Հեմարթրոզի ժամանակ բուժումը սկսում են արդեն հետազոտման ընթացքում: Այսպես, հողի ախտորոշիչ պունկցիան միաժամանակ հանդիսանում է նաև բուժիչ միջամտություն: Հողում կուտակված արյան հեռացումը բերում է հողապարկի գերծգմամբ պայմանավորված ցավերի նվազեցմանը: Դա միաժամանակ հանդիսանում է նաև հետվնասվածքային սինովիտի կանխարգելում: Բացի այդ հողի խռոչից արյան հեռացնելը կանխում է ֆիբրինի արտանկումը և ներհողային կալումների առաջացումը:



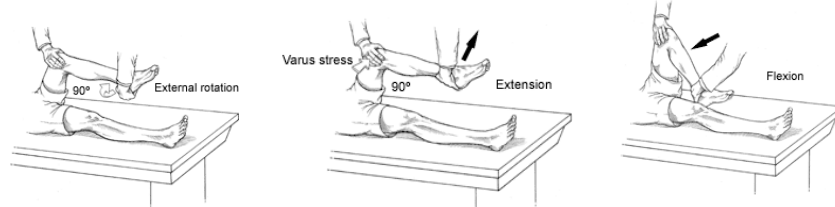
Արթրոսկոպիան հանդիսանում է նաև բուժիչ միջամտություն: բացի հողի խռոչից արյան դատարկումից, արթրոսկոպիայի ժամանակ երբեմն հաջողվում է դադարեցնել արյունահոսությունը լվացման համար օգտագործվող լուծույթի լրացուցիչ ներմուծմամբ 10-20 րոպեով ներհողային ճնշման բարձրացման ճանապարհով: Եթե հայտնաբերվում է արյունահոսող անոթը, արյունահոսությունը կարելի է դադարեցնել արթրոսկոպի միջով իրականացվող էլեկտրակոագուլյացիայով: Այդ ժամանակ հեղուկի փոխարեն օգտագործում են ածխաթթու գազ:

Հողից արյունը հեռացնելուց հետո ոտքի վրա դնում են հետին լոնգետ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հողը հողի շրջանին դրվող ճնշող կապով: Որպես ճնշող կապ կիրառում են պորոլոնե միջադիրներ, բամբակաթանգիֆե «օղաբլիթ» և այլն., որոնք վիրակապում են հողի առաջային մակերեսին: Հեմոստատիկ լավագույն էֆեկտ են ստանում Սիլինի, Մուսալատովի, Մուրադովի և Բրովկինի եղանակով կատարվելիք չափավորված ճնշման միջոցով օդաճնշական (պնևմատիկ) կապը կիրառելիս: Օդաճնշական պարկը դնում են հողի առաջային և կողմային մակերեսներին և ֆիքսում բինտի շրջանաձև փաթույթներով, որոնք անցնում են լոնգետի վրայով: Ապա պարկի մեջ ներ

Են մղում մինչև 4.-60 մմ ս. ս. Ճնշման օդ և պահպանում այն մինչև արյունահոսության լրիվ դադարելը: Հեմարթրոզն ու հետվնասվածքային սինովիտը վերացնելուց հետո լոնգետի փոխարեն 1.5-3 շաբաթով (եւնելով հեմարթրոզի արտահայտվածության աստիճանից) դնում են շրջանաձև կապ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 3-4 շաբաթ անց:

Մահիկների վնասվածք

Մահիկների (մենիսկների) վնասվածքը ծնկան հողի առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքներից մեկն է և կարող է առաջանալ ազդեցության ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմով: Սակայն վնասվածքի բնորոշ մեխանիզմ է հանդիսանում ծանրաբեռնված վերջույթի ծնկան հողի ծալումը և պտտումը: Առավել հաճախ վնասվում է ներսային մենիսկը, որն ի տարբերություն դրսայինի կապված է կողմային կապանի հետ, որը հողում շարժումների դեպքում սահմանափակում է դրա տեղաշարժը: Անատոմիական այդ առանձնահատկությունով է պայմանավորված նաև ներսային (ոլոքային) կողմային կապանի վնասման զուգակցումը: Անատոմիական այդ երկու գոյացությունների վնասումը բերում է հողի առաջաներսային հատվածի ամրության կտրուկ իջեցմանը: Այդ պատճառով էլ վնասող գործոնի շարունակվող ազդեցության դեպքում պատռվում է նաև առաջային խաչաձև կապանը: Ներսային մահիկի, ներսային (ոլոքային) կողմային և առաջային խաչաձև կապանների պատռվածքների զուգակցումը բնորոշ վնասվածք է և կոչվում է «դժբախտ եռյակ»



Ախտորոշումը մահիկների վնասվածքների ժամանակ ներկայացնում է որոշակի դժվարություններ: Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում առավել բնորոշ են հետևյալ ախտանիշերը:

Վնասված մահիկի կողմի հողաձեղքի շրջանի ցավ: Այն ուժեղանում է շոշափման ժամանակ, հատկապես սրունքի դեպի հակառակ կողմը միաժամանակ պտտման դեպքում: Մահիկների հետին հատվածների պատռվածքի դեպքում ցավը կարող է տեղակայվել ենթածնկային շրջանում:

Հողի «բլոկադայի» ախտանիշ: Ծնկան հողում շարժման դեպքում, հատկապես կապված սրունքի պտտման հետ, այն մնում է մոտ 130^o անկյան տակ ֆիքսված ծալման դիրքում: Ոտքը ծալելու կամ տարածելու փորձի դեպքում առաջ են գալիս կտրուկ ցավեր: «Բլոկադայի» վիճակը պայմանավորված է մահիկի պատռված հատվածի ազդրոսկրի և ոլոքի հողային մակերեսների միջև սեղմվածությունից: Բլոկադան երբեմն ուղեկցվում է մատնագարկին բնորոշ ձայնով:

Քառազլուխ մկանի ապաճում (ատրոֆիա) և Չակլինի ախտանիշ: Այս ախտանիշը կայանում է հետևյալում՝ երբ հիվանդը բարձրացնում է ուղիղ ոտքը ապա հայտնաբերվում է դերձակների մկանի հաստացում և լարում: Ախտանիշի արտահայտվածությունը ուղիղ համեմատական է հիվանդության երկարատևությանը:

Բայկովի ախտանիշ («տարածման» ախտանիշ): Հողաձեղքը 90^o ծալված սրունքի պայմաններում դրսային և ներսային կողմերից սեղմում են I և II մատերով: Ապա կատարում դրա պասիվ տարածում, որի ժամանակ պատռված մահիկի առկայության դեպքում ցավեր են առաջանում (եթե դրանք չկային) կամ ուժեղանում: Ուղղված սրունքի առբերումը առաջացնում է ցավերի ուժեղացում դրա վնասման դեպքում, իսկ գատումը՝ ուժեղացում է ցավը դրսային մահիկի պատռման դեպքում:

Չակլինի «մատնագարկի» ախտանիշ: Ծնկան հողում շարժումների դեպքում սրունքը դրսային կողմից դրսային մահիկի շրջանում տարածությունես թե գլորվում է արգելքի վրայով և այդ ժամանակ լսվում է մատնագարկի ձայն:

Հիվանդի «թուրքերեն» ձևով նստելու փորձի դեպքում ցավերի ուժեղացման ախտանիշ: Հողաձեղքի գծով ցավոտ գլանիկի առաջանալը հատկապես հաճախ է նկատվում կրկնական սեղմումների ժամանակ, որը պայմանավորված է հողապարկի ռեակտիվ բորբոքմամբ:

Պերելմանի «կրկնակոշիկի» ախտանիշ: Տեղային կետում ցավերի ուժեղացում վերջույթի կրկնակոշիկը հագնելը նմանակող շարժումների՝ սրունքով և ոտնաթաթով պտուտակային շարժումների դեպքում:

Տուրնների օրացուցիչ: Ծնկան ներսային մակերեսի մաշկի գերզգայություն կամ անզգայություն:

Շտեյման-Բուխարդի օրացուցիչ: Վնասված մահիկից վեր ցավերի առաջացում 90 ° անկյան տակ ծալված սրունքի դեպի դուրս կամ ներս պտտման դեպքում:

Մահիկների թարմ վնասվածքների դեպքում օրացուցիչը ներկայացնում է որոշակի բարդություններ: Մահիկների վնասման կասկածի դեպքում պարակլինիկական եղանակներից պարտադիր է ծնկան հողի ռենտգենաբանական հետազոտությունը, որը թույլ է տալիս հայտնաբերել ոսկրերի փոփոխությունները և ռենտգեն կոնտրաստային ներհոդային մարմնիկները: Աճառային մահիկները ռենտգեն նկարի վրա չեն երևում: Ռենտգեն նկարների վրա դրանց հայտնաբերելու նպատակով կիրառում են կոնտրաստային արթրոգրաֆիա: Առավել ինֆորմատիվ է, հատկապես թարմ վնասվածքների դեպքում, ծնկան հողի արթրոսկոպիան, որն հաճախ անց են կացնում ստորին դրսային կտրվածքով: Այդ ժամանակ հաջողվում է ոչ միայն բացահայտել մահիկի վնասվածքը, այլև որոշել դրա բնույթը, ինչպես նաև հողում տեղի ունեցող ուղեկցող փոփոխությունները:

Մահիկների վնասվածքներին օրացուցիչը նախադասարաններն մոտ է դրա հիվանդությունը՝ մենիսկոպատիան կամ մենիսկոզը: Դա մահիկի աճառում միկրովնասվածքների արդյունքում տեղի ունեցող դեգեներատիվ փոփոխություններն են: Մահիկի բուշտը (կիստան) հաճախ օրացուցիչում է դրսային մահիկը, որն ավելի հազվադեպ է ենթարկվում պատռման, սակայն ավելի շատ տառապում միկրովնասվածքներից, որը բերում է մահիկի դեգեներատիվ լորձային վերափոխմանը դրա դրսային եզրին տեղակայվող բուշտային խոռոչների առաջացումով:

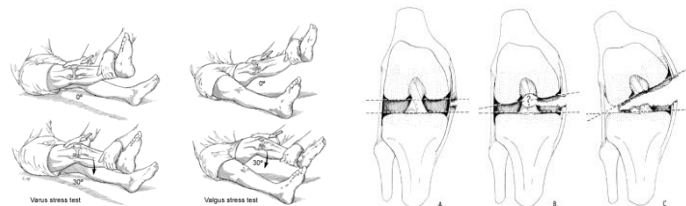
Բուժումը: Պատռված մահիկները կոնսերվատիվ բուժումով չեն սերտաճում: Այդպիսի բուժումը ուղղված է հողի վնասվածքի և սինովիտի սուր երևույթները վերացնելուն: Բլոկադայի առկայության դեպքում անհրաժեշտ է կատարել մահիկի ներուղում:

Վիրաբուժական միջամտությունը կարող է ներառել պատռված մահիկի կարում (հատկապես արդարացված է թարմ դեպքերում), մահիկի հատվածային հատում՝ դրա պոկված հատվածի հատում և պարահոդապարկային մենիսկէկտոմիա՝ ամբողջ մահիկի հեռացում թողնելով պարահոդապարկային 2-3 մմ լայնությամբ երիզ: Պարահոդապարկային մենիսկէկտոմիայից հետո առաջանում է իրեն ձևով մահիկի հիշեցնող ռեգեներատ: Տոտալ մենիսկէկտոմիան՝ մահիկի լրիվ, պարահոդապարկային գոտու ներարմամբ, հեռացումը կատարում են փոփոխված հատվածների հեռացման այլ եղանակների անհնարինության դեպքում: Վիրահատությունները առավել հաճախ կատարում են արթրոսկոպիկ եղանակով 3 ստանդարտ պորտալների օգնությամբ մուտք կատարելով ծնկահողի խոռոչ, արթրոտոմիայի պայմաններում պարապատեյար մուտքից: Վիրահատությունից հետո մի քանի ժամով դնում են պնևմատիկ վիրակապ չափավորված ճնշումով: Հաջորդ օրը վիրահատված հողում սկսում են կատարել ծալիչ շարժումներ և թույլ տալիս քայլել հենակների օգնությամբ: Ոտքի վրա չափավորված ծանրաբեռնումը սկսում են 2-3-րդ շաբաթից:

Կողմային կապանների վնասվածք

Վնասման մեխանիզմը անուղղակի է՝ սրունքի կողմային թեքում և պտտում, որոնք կարող են ուղեկցվել ծնկան հողի ծալումով:

Կողմային կապանների մասնակի պատռվածք: Ներսային կողմային կապանի մասնակի պատռվածքը առավել հաճախ առաջանում է դրա ներսային մահիկին կաշելու տեղում: Կապանի առանձին թելերի պատռվածքը չի բերում դրա երկարեցմանը անմիջապես վնասվածքից հետո



Ախտորոշումը: Վնասվածքից անմիջապես հետո սահմանափակվում է հողի գործունեությունը, երբեմն լինում է հեմարթրոզ: Վնասված կապանից վեր կարող է նշվել փափուկ հյուսվածքների ուռածություն: Բնորոշ են վնասման գոտու շոշափման ժամանակ առաջացող ցավն ու ցավոտությունը: Սրունքի

թեքումը (կողմային դեվիացիան) դեպի վնասված կապանի հակառակ կողմը առաջացնում է ցավերի ուժեղացում, սակայն կողմային ավելցուկային շարժունություն չի լինում:

Բուժումը: Անց են կացնում հեմարթրոզի բուժում, դնում գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հողը, նշանակում ֆիզիոթերապևտիկ գործողություններ, իզոմետրիկ մարմնամարզություն: Անշարժացման ժամկետը՝ 2 շաբաթ:

Կողմային կապանների լրիվ պատռվածք: Կողմային կապանի լրիվ պատռվածքը առաջացնում է ծնկան հողի անկայունություն ճակատային հարթությունում: Ծնկան հողի դրսային կողմային կապանը վնասվում է ավելի հազվադեպ, քան ներսայինը: Վնասման համար անհրաժեշտ է որոշակի ուժ, որպեսզի առաջանա սրունքի վարուսային դիրք: մեծ ուժի գործադրումը հաճախակի առաջ է բերում ծնկան հողի այլ մասնիկների՝ խաչաձև կապանների, մահիկների և այլն-ի, ինչպես նաև նրբուղքային նյարդի վնասում: Ներսային կողմային կապանի վնասվածքը, ինչպես արդեն նշվում էր, հաճախ զուգակցվում է ներսային մահիկի պատռվածքի հետ:

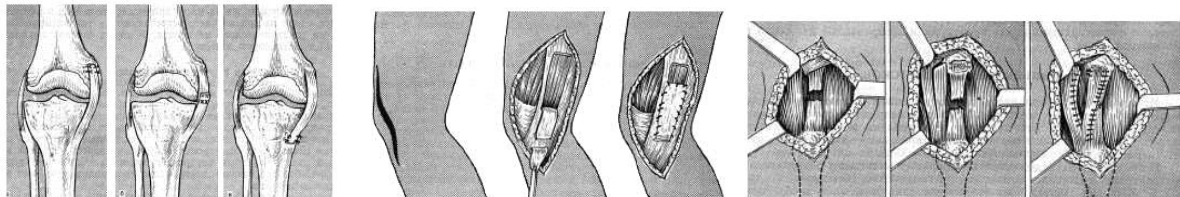
Ախտորոշումը: Սուր շրջանում կողմային կապանի լրիվ պատռվածքը մասնակիից տարբերվում է սրունքը թեքելու փորձի դեպքում դրա հավելուրդային կողմային դեվիացիայով դեպի վնասված կապանի հակառակ կողմը: Առավել հստակ այդ ախտանիշը արտահայտվում է ուշ շրջանում:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը հաստատում է կողմային կապանի պատռվածքի առկայությունը: Եթե սրունքի կողմային թեքումը չի գերազանցում 10° , ապա համապատասխան կլինիկական պատկերի առկայության դեպքում խոսում են կողմային կապանի մասնակի պատռվածքի մասին:

Եթե կողմային դեվիացիան հավասար է $10-20^{\circ}$ և ավելի, հաստատում են կողմային կապանի լրիվ պատռվածք (Միրոնովայի ախտանիշ):

Բուժումը: Թարմ դեպքերում ցուցված է վնասված կապանի կարելը: Դրա նշանակալից ապաթելիկավորման դեպքում կապանը լրացուցիչ ամրացնում են մոտակա մկանի փակեղով կամ ջլով: Վիրահատությունից հետո ցուցված է գիպսային կապով անշարժացումը հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հողը 6 շաբաթ ժամկետով:

Եթե վնասվածքից հետո վաղ ժամկետներում ներսային կողմային կապանի կարում չի կատարվում, կարելի է դիմել կոնսերվատիվ բուժման: 6 շաբաթով դնում են գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հողը սրունքի դեպի պատռված կապանի կողմը մաքսիմալ թեքման դիրքում: Այդ ժամանակ հողապարկի մեջ հյուսված կապանի պատռված ծայրերը մոտենում են: Պատռվածքի տեղում առաջանում է ռեգեներատ առանց կապանի որոշակի երկարեցման: 3 շաբաթ անց կամ ավելի ուշ պատռված կապանի ծայրերը այլևս չի հաջողվում իրար մոտեցնել դրանց կծկման պատճառով: Այդ պատճառով վնասվածքի պահից 3 շաբաթ անց ժամկետներում ներսային կողմային կապանի լրիվ պատռվածքի կոնսերվատիվ բուժումը սովորաբար լինում է անարդյունավետ: Անարդյունք է նաև դրսային կողմային կապանի վնասվածքների կոնսերվատիվ բուժումը, քանի որ այն անցնում է դուրս և լրիվ պատռվածքի ժամանակ դրա ծայրերը կարելի է մոտեցնել իրար միայն վիրահատական եղանակով:



Վնասվածքից հետո ուշ ժամկետներում, երբ չի հաջողվում կարել պատռված կապանը, այն փոխարինում են աուտոջլով կամ փակեղով, անց են կացնում ալոպլաստիկա կամ էնդոպրոթեզավորում: Որպես էնդոպրոթեզ օգտագործում են լավսանե ժապավեն, ածխածնի հիմքի վրա պատրաստված նյութ և այլն.: Հետվիրահատական անշարժացման ժամկետը որոշվում է կապանի փոխարինման տեսակով՝ մինչև 4 շաբաթ: Գիպսային կապի պայմաններում և այն հանելուց հետո անց են կացնում բուժական մարմնամարզություն, ֆիզիոթերապևտիկ գործողություններ, մկանների էլեկտրախթանում, իսկ ավելի ուշ՝ մերսում:

Պելլեգրինի-Շտիդի հիվանդություն: Իրենից ներկայացնում է հեմատոմայի ոսկրացում, որն առաջացել է ազդրոսկրից ներսային կողմային կապանի կպման տեղում վերնոսկրի պոկման հետևանքով:

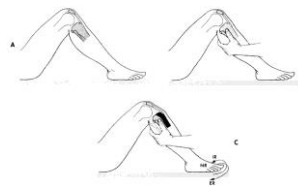
Ունեցե՛նք անախարհական հետազոտության ժամանակ ազդրոսկրի ներսային կոճի շրջանում հայտաբերվում է ոսկրային խթան կամ ասես առանձին պառկած ոսկրային թիթեղ:

Խաչաձև կապանների վնասվածք

Առաջային խաչաձև կապանը վնասվում է շատ ավելի հաճախ, քան հետինը: Խաչաձև կապանների վնասվածքը բերում է հոդի առաջահետին անկայունության առաջացմանը:

Ախտորոշումը: Ծնկան հոդի խաչաձև կապանների վնասվածքների ժամանակ հիմնական ախտանիշ է հանդիսանում «շարժական արկղի» ախտանիշը: Դրա ճիշտ որոշման համար անհրաժեշտ է ազդրի մկանների լրիվ թուլացումը, որի համար սրունքը ծալում են ուղիղ անկյան տակ: Տվյալ ախտանիշը կարելի է ստուգել հիվանդի աթոռին նստած կամ անկողնում պառկած դիրքում: Հիվանդը վնասված ոտքի մատերի ծայրերով հենվում է բժշկի կոշիկին (եթե նստած է աթոռին) կամ հետազոտողի ազդրին (եթե պառկած է): Բժիշկը ձախ ձեռքով բռնում է հիվանդի վնասված ազդրի ստորին երրորդականից, իսկ աջով պահում նրա սրունքը, որից հետո իրականացնում սրունքի դուրսբերելը դեպի առաջ (իր վրա): Եթե սրունքը ազդրոսկրի ուղղությամբ տեղաշարժվում է առաջ, ապա գործ ունենք առաջային խաչաձև կապանի պատռվածքի հետ՝ դրական «առաջային շարժական արկղի» ախտանիշ: Եթե սրունքը ազդրոսկրի ուղղությամբ բժշկի ձեռքի ազդեցության տակ տեղաշարժվում է դեպի հետ, դա ցույց է տալիս հետին խաչաձև կապանի պատռվածք՝ դրական «հետին շարժական արկղի» ախտանիշ:

Խաչաձև կապանների մասնակի պատռվածքների դեպքում նշված ախտանիշը կարող է բացակայել կամ լինել թույլ արտահայտված:



Բուժումը: Խաչաձև կապանների մասնակի վնասման դեպքում մինչև ազդրոսկրի վերին երրորդականը դնում են գիպսային կապ, որը հանում են 5 շաբաթ անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 6-7 շաբաթ անց: Վիրահատությունը ցուցված է այն դեպքում, երբ ախտորոշված է կապանի լրիվ պատռվածք: հարկավոր է հիշել, որ առաջային խաչաձև կապանը հաճախ պատռվում է կողմային կապանի հետ: Կապանի վերականգնողական միջոցառումները նպատակահարմար է անցկացնել վնասվածքից հետո առաջին 5 օրը, քանի որ արդեն 2 շաբաթ անց կապանային համակարգի առաջնային վերականգնումը լինում է բավականին դժվարեցած: Այդ պատճառով, եթե վիրահատությունը չի կատարվել վնասվածքից հետո առաջին օրերի ընթացքում, այն հարկավոր է հետաձգել 2 ամսով: Այդ ժամկետը համարվում է ամենաբարենպաստը, քանի որ հոդում դեռ չեն առաջացել դեգեներատիվ փոփոխություններ և, կարևորը, ազդրի մկանները դեռ չեն ապաճել: Խաչաձև կապանի լրիվ պատռվածքից հետո վաղ ժամկետներում (մինչև 5-րդ օրը) դրա պատռված ծայրերը միջոսկրային կարով կարում են դրա կայման սովորական տեղին: Վիրահատությունից հետո մինչև ազդրոսկրի վերին երրորդականը 6-7 շաբաթ ժամկետով դնում են գիպսային կապ:

Ուշ ժամկետներում առաջային խաչաձև կապանի վերականգնման նպատակով կիրառում են լավսանոպլաստիկա: Վիրահատության բարդությունը կայանում է ոսկրի վրա լավսանե ժապավենի երկու ծայրերի ամրակայման մեջ: Այդ առումով հաջող է հանդիսանում Սիլինի վիրահատությունը՝ առաջային խաչաձև կապանի լավսանե պլաստիկան V-ձև կարով:

Խաչաձև կապանների կարելի առանց հոդի բացահատման արթրոսկոպի հսկողության տակ ունի մի շարք առավելություններ ավանդական եղանակների հետ համեմատած, սակայն ներկայումս տեխնիկական դժվարությունների պատճառով կիրառվում է շատ քիչ կլինիկաներում:

Հողախախտ ծնկան հոդում

Սրունքի հողախախտ: Հողախախտի ժամանակ սրունքը կարող է տեղաշարժվել ինչպես առաջահետին, այնպես էլ կողմային ուղղություններով: Հազվադեպ լինում է պտուտակային տեղաշարժ: Առավել հաճախ հանդիպում են սրունքի առաջային և դրսային հողախախտեր:



Սրունքի հողախախտը անհնար է առանց կապանների և հողապարկի պատռվածքների: Հնարավոր է երկու կողմային և խաչաձև կապանների, ծնկոսկրի սեփական կապանի և մահիկների միաժամանակյա վնասվածք: Այդ ժամանակ հաճախ տեղի են ունենում անոթանյարդային խրժի ճնշում, սալջարդ կամ նույնիսկ պատռվածք:

Ախտորոշումը: Լրիվ հողախախտի դեպքում ոտքը ուղղված է, կարճացած: Ծնկան հողում լինում է սվինանման դեֆորմացիա: Ծնկան հողի ակտիվ շարժումները բացակայում են: Պասիվ շարժումները, ենթածնկային անոթների վնասման վտանգի պատճառով, ստուգել չի կարելի: Սրունքի ենթահողախախտի դեպքում այն գտնվում է որոշակի ծալված դիրքում: Հողը դեֆորմացված է, ակտիվ շարժումները բացակայում են, պասիվները՝ խիստ սահմանափակված և ցավոտ: Վերջույթի կարճացում չի նկատվում: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը: Հետազոտման ժամանակ անհրաժեշտ է ձիշտ գնահատել վերջույթի դիստալ հատվածի արյան շրջանառության և նյարդավորման խանգարման աստիճանը:

Բուժումը: Արյան շրջանառության խանգարումների խորացման վտանգի պատճառով ներուղումը անհրաժեշտ է անցկացնել անհապաղ, նարկոզի տակ: Քառազուխ մկանը թուլացնելու նպատակով ուղիղ ոտքը ծալում են կոնքազդրային հողում: Սրունքի առանցքով կատարում են ձգում, որի ժամանակ վիրաբույժը ճնշում է գործադրում ազդրի և ոլոքի դուրս ցցված կոճերի վրա, տեղաշարժելով դրանք դեպի վերջույթի առանցքի կողմը: Անկյունային շարժումները հակացուցված են անոթանյարդային խրժի վնասման վտանգի պատճառով: Դնում են խորը գիպսային լոնգետ մինչև հետույքային ծալքը: Անց են կացնում հեմարթրոզի բուժում: Ապա նախկին վիրակապը վեր են ածում խուլի: 2-3 շաբաթ անց թույլ են տալիս քայլել հենակների օգնությամբ: Ոտքի մասնակի ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս 6-8 շաբաթ անց: Անշարժացման տևողությունն է 2-2.5 ամիս: Բուժման հետագա տակտիկան կախված է ուղեկցող վնասվածքներից:

Ծնկոսկրի վնասվածքային հողախախտ: Տարբերում են ծնկոսկրի վնասվածքային հողախախտի երեք տեսակ:

Կողմային հողախախտ, որի ժամանակ ծնկոսկրը տեղաշարժվում է դեպի դուրս, հազվադեպ՝ դեպի ներս: Ծնկոսկրի դրսային հողախախտին նպաստում է ծնկան հողում տեղի ունեցող վալգուսային դեֆորմացիան, ազդրոսկրի դրսային կոճի թերզարգացումը, ծնկոսկրի լատերալ դիրքը:

Տորսիոն կամ պտուտակային հողախախտ, որի ժամանակ ծնկոսկրը պտտվում է իրեն ուղղաձիգ առանցքի շուրջը: Ըստ ծնկոսկրի հողային մակերեսի թեքվածության կողմի տարբերում են տորսիոն դրսային, ներսային և առաջային հողախախտեր: Վերջինը հանդիպում է չափազանց հազվադեպ:

Ուղղաձիգ հողախախտ հողաձեղքի մեջ ներդնումով՝ հնարավոր է միայն քառազուխ մկանի ջլային գերծգման կամ ծնկոսկրի սեփական կապանի լայնակի լրիվ պատռվածքի դեպքում: Այդ հողախախտի դեպքում ծնկոսկրը պտտվում է հորիզոնական առանցքի շուրջը ազատ ծայրով դեպի հետ:

Ախտորոշումը: Ցավային համախտանիշը լինում է կտրուկ արտահայտված: Կողմային հողախախտի ժամանակ ոտքը թեթևակի ծալված է ծնկան հողում, տորսիոնի ժամանակ՝ ուղղված: Շարժումները բացակայում են կամ խիստ սահմանափակ են: Ծնկոսկրը տեղաշարժված է լինում դեպի կողմ կամ դրա ծայրը շոշափվում է հողի առաջային մակերեսին: Քառազուխ մկանը խիստ լարված: Հողը լինում է մեծացած լայնակի (կողմային հողախախտի դեպքում) կամ առաջահետին (տորսիոն հողախախտի

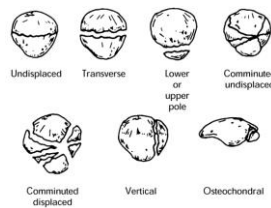
դեպքում) ուղղություններով: Ուղղաձիգ հողախախտի ախտանշաբանությունը պայմանավորված է լինում ազդրի քառագույն մկանի ջլի պատռվածքով:

Բուժումը: Ուղղաձիգ հողաճեղքի մեջ ծնկոսկրի ներդրումով հողախախտը բուժում են միայն վիրահատական եղանակով՝ իրականացնում են քառագույն մկանի ջլային համակարգի վերականգնում (նայի «Ազդրի քառագույն մկանի վնասվածք» բաժինը): Մնացած դեպքերում անց են կացնում ծնկոսկրի փակ ներուղղում նարկոզի կամ տեղային անզգայացման տակ: Արտահայտված հեմարթրոզի դեպքում ծնկան հողը նախօրոք ենթարկում են պունկցիայի: Քառագույն մկանը թուլացնելու նպատակով ուղիղ ոտքը ծալում են ծնկան հողում: Սովորաբար ծնկոսկրը հեշտ են ներուղղում տեղաշարժելով այն ելնելով հողախախտի տեսակից դեպի միջին գիծը կամ պտտելով երկայնակի առանցքի շուրջը հողային մակերեսով դեպի հողը: 3 շաբաթ ժամկետով դնում են գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև սրունք-թաթային հողը:

Ծնկոսկրի կոտրվածք

Ծնկոսկրի վնասման մեխանիզմը բավականին բնորոշ է: Կոտրվածքը տեղի է ունենում առավել հաճախ ուղղակի վնասման՝ ծնկան վրա վայր ընկնելու կամ ծնկոսկրին հարվածելու արդյունքում, հազվադեպ՝ քառագույն մկանի գերձգվելու հետևանքով: Ծնկոսկրի կոտրվածքը կարող է լինել բազմաբնույթ՝ հաճախ լայնակի, հազվադեպ՝ բեկորային, երկայնակի և այլն.:

Կոտրվածքի գիծը միշտ թափանցում է ծնկան հողի խոռոչի մեջ: Ծնկոսկրի կոտրվածքի ժամանակ սովորաբար այս կամ այն չափով վնասվում է դրա կապանային համակարգը: Կապանային տարածիչ և կողմային համակարգի պատռվածքը բերում է ծնկոսկրի բեկորի դեպի վեր տեղաշարժին քառագույն մկանի կծկման հետևանքով:



Ախտորոշումը: Ծնկոսկրի կոտրվածք ախտորոշելը, հատկապես եթե երբ լինում է դրա ոսկրաբեկորների տարանջատում, դժվար չէ: Գոյություն ունեն հինգ հիմնական ախտանիշեր, որոնք թույլ են տալիս հեշտությամբ որոշել ծնկոսկրի կոտրվածքը՝

- 1) ուղղված ոտքը բարձրացնելու անհնարինությունը, հատկապես արտաքին դիմադրության դեպքում;
- 2) հեմարթրոզ;
- 3) մատի սեղմումով որոշվող փոսություն ծնկոսկրի ոսկրաբեկորների միջև (երբեմն այն լինում է նույնիսկ տեսանելի աչքի համար);
- 4) ծնկոսկրի մատերով ֆիքսված երկու հատվածների կողմային թեթևակի տեղաշարժ (մեկը մյուսի նկատմամբ);
- 5) ծնկոսկրի կոտրված հատվածների տարանջատում, որը երբեմն հայտնաբերվում է շոշափման ժամանակ:

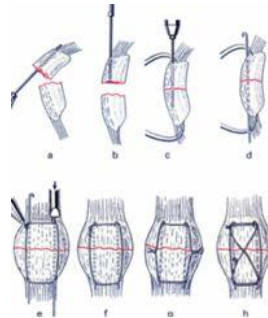
Դիագնոզը և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի բնույթը որոշելու համար անհրաժեշտ է կատարել ռենտգենաբանական հետազոտություն երկու պրոյեկցիաներով; հատկապես ցուցանշական է կողմային պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարը:

Բուժումը: Կողմային կապանի ամբողջականության դեպքում, երբ ոսկրաբեկորների տարանջատումը չի լինում 3-5 մմ ավել, անց են կացնում կոնսերվատիվ բուժում: Հիվանդի ընդունվելուց անմիջապես հետո անց են կացնում ծնկան հողի պունկցիա, դրա միջից լրիվ հեռացնելով արյունը: Դրանից հետո այդ նույն ասեղով ներ են մուծում 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ և որոշակի ծալման անկյան տակ (մինչև 175 °) դնում գիպսային տուտոր հետույքային ծալքից մինչև պճեղները: Կոնսերվատիվ բուժման դեպքում գիպսային տուտոր դնելու 3-րդ օրը հիվանդը կարող է կատարել բուժական մարմնամարզություն և լարելով մարզել ազդրի մկանները: 7-րդ օրը թույլ են տալիս քայլել, հենվելով ոտքի վրա: Եթե հիվանդը սոմատիկորեն պատրաստված է, նրան թույլ են տալիս քայլել առանց

հենակների և ձեռնափայտի: Գիպսային կապը հանում են վնասվածք ստանալուց հետո մեկ ամիս անց: Աշխատունակությունը սովորաբար վերականգնվում է 6 շաբաթից:

Ոսկրաբեկորների առաջափետին ուղղությամբ զգալի տեղաշարժը ենթակա է ձեռքային ներուղղման: Այդ նպատակով հոդի խոռոչից կուտակված արյունը հեռացնելուց հետո ծնկոսկրի հատվածները մի քանի անգամ տեղաշարժում են՝ մեկը մյուսի նկատմամբ վեր և ցած: Հետագա բուժումը ծնկոսկրի ներուղղումից հետո նույնն է, սակայն գիպսային տուտորի տակ հնարավոր տեղաշարժից խուսափելու նպատակով մաշկի վրա ծնկոսկրի շրջանում դնում են 2 սմ հաստությամբ պորոլոնե էլաստիկ միջադիր:

Ոսկրաբեկորների ավելի քան 5 մմ տարանջատման (որը վկայում է ծնկոսկրի կապանաջլային համակարգի վնասման մասին) ցուցված վիրաբուժական միջամտությունը առավել նպատակահարմար է անցկացնել վնասվածքից հետո առաջին 2 օրը կամ 8-10-րդ օրը: Վիրահատության ժամանակ պարտադիր է ծնկոսկրի կապանաջլային համակարգի վերականգնումը: Ոսկրի երկու խոշոր հատվածների ամրացության դեպքում անց են կացնում դրանց օստեոսինթեզ: Հատվածներից մեկի (հաճախ՝ ստորին) փշրման կամ ծնկոսկրի բևեռի պոկումնային կոտրվածքի դեպքում այն հեռացնում են: Բազմաբեկոր տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում հեռացնում են ամբողջ ծնկոսկրը: Վիրահատությունից հետո դնում են գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև պձեղները: Ելնելով վիրահատության ծավալից անշարժացումը տևում է 4-6 շաբաթ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-3 ամիս անց



Ազդրոսկրի և ուլոքի կոճերի հերիոդային կոտրվածքներ

Ծնկան հոդի ծանր ներհոդային վնասվածքին է պատկանում ազդրոսկրի ր ուլոքի կոճերի կոտրվածքները:

Կոճերի կոտրվածքների մեխանիզմը հիմնականում կարելի է միաբերել երեք տեսակների՝ 1) անմիջական հարված անուր առարկայով ծնկան հոդի կողմային մակերեսին, 2) ծավված ծնկան հոդի վրա վայր ընկնելը, 3) ուղղված ոտքերի վրա ընկնելը բարձրությունից: Առավել հաճախ հանդիպում է վնասվածքի կոմբինացված մեխանիզմը:

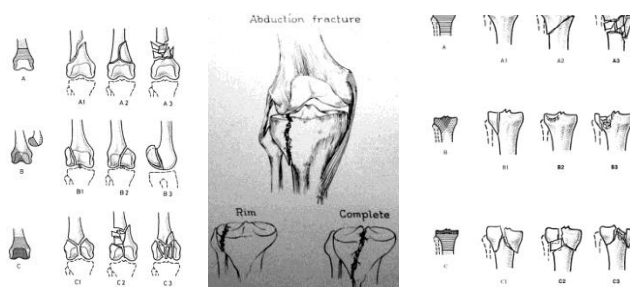
Կոճերի կոտրվածքը կարող է լինել ինչպես առանց տեղաշարժի, այնպես էլ տեղաշարժով: Պրակտիկայում կիրառում են Նովաչենկոյի դասակարգումը՝

Ուլոքի կոճերի կոտրվածք առանց հոդային մակերեսների համընկնման խախտման:

Մի կոճի կոտրվածք տեղաշարժով:

Երկու կոճերի (T- և V-ձև) կոտրվածք տեղաշարժով:

Երկու կամ մեկ կոճերի կոտրվածք սրունքի ենթահոդային խախտով:



Ախտորոշումը: Ազդրոսկրի և ոլոքի կոճերի վնասման ժամանակ կլինիկական ախտանիշերը հիմնականում բնորոշվում են ցավերով, որոնք առաջանում են վնասվածք ստանալուց անմիջապես հետո և կրում տեղային բնույթ: Ղրսային կոճի կոտրվածքի դեպքում սրունքը թեքվում է դեպի դուրս (վալգուսային դիրք), իսկ ներսային կոճի կոտրվածքի դեպքում՝ դեպի ներս (վարուսային դիրք): Վերջույթի կարճացում կարող է նկատվել միայն երկու կոճերի բազմաբեկոր կոտրվածքի կամ կոճերի, սրունքի ենթահողախախտով, կոտրվածքի դեպքում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը անհրաժեշտ է կատարել երկու պրոյեկցիաներով՝ կողմային և առաջահետին: Երբեմն, դիագնոզը ճշտելու համար, կատարում են նկարներ նաև թեք պրոյեկցիայով: Ներհողային աննշան կոճի ճեղքվածքների կամ միջկոճային բարձրության շրջանի կոտրվածքի տիպի վնասվածքների դեպքում սովորական ռենտգեն նկարները լրացնում են ռենտգենոստերեոգրամմաներով կամ տոմոգրաֆիայով:

Բուժումը: Պոնկցիայի միջոցով հողից հեռացնում են արյունը և ներմուծում 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ: Հետագա տակտիկան պայմանավորվում է կոտրվածքի բնույթով: Կոճերի առանց տեղաշարժման կոտրվածքի դեպքում դրվում է հողի վրա պատուհանով գիպսային կապ հետույքային ծալքից մինչև մատերի ծայրերը ոլոքի կոտրվածքի դեպքում և կոնքազդրային վիրակապ՝ ազդրոսկրի

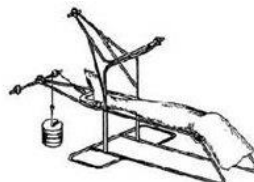
կոտրվածքի դեպքում: Ուտքը 5-7 ° ծալում են ծնկան հողում: 2-րդ օրվանից խորհուրդ են տալիս քառազուխ մկանի վարժությունները («խաղ ծնկոսկրով») ուտքի բարձրացնելը գիպսային կապի մեջ: Մեկ շաբաթ անց հիվանդը սկսում է քայլել հենակների վրա: Գիպսային կապը հանում են 4-6 շաբաթ անց ոլոքի կոճերի կոտրվածքի դեպքում և, չժանրաբեռնելով վերջույթը, ակտիվ զբաղվում բուժական մարմնամարզությամբ: Նշանակում են ջերմային չափավոր գործողություններ: Ուտքը կարելի է ծանրաբեռնել միայն կոտրվածքից հետո 2-3 ամիս անց, քանի որ հողի վաղ ծանրաբեռնման դեպքում կարող է տեղի ունենալ կոտրված կոճի նստեցում և հողային մակերեսների հանընկնման խախտում, որը կբերի ծնկան հողի դեֆորմացնող արթրոզի զարգացմանը:

Մեկ կոճի տեղաշարժով կոտրվածքի բուժումը անց են կացնում կոնսերվատիվ (ավելի հաճախ) կամ վիրահատական եղանակներով: Կոճի դրա դեպի ցած (ոլոքի կոտրվածքի դեպքում) կամ դեպի վեր (ազդրոսկրի կոտրվածքի դեպքում) տեղաշարժով կոտրվածքի բուժման ժամանակ հիմնական կանոն է հանդիսանում տեղաշարժել կոճը մինչև հողային մակերեսի մակարդակը և ֆիքսել այն ճիշտ դիրքում սերտաձման համար անհրաժեշտ ժամկետով:



2-րդ օրվանից հիվանդը կատարում է քառազուխ մկանի վարժություններ («խաղ ծնկոսկրով»): 1-ին շաբաթից թույլ են տալիս կանգնել հենակների վրա առանց ուտքը ծանրաբեռնելու: Ուտքը կարելի է ծանրաբեռնել միայն ևս 2-3 ամիս անց:

Հազվադեպ, մեկ կոճի տեղաշարժով կոտրվածքները բուժում են կմախքային ձգման եղանակով: Այդ դեպքում հիվանդի ուտքը տեղադրում են բեկակալի վրա սրունքը ծնկան հողում աննշան (10 °) ծալելով: Կրունկոսկրի միջով անցկացված շուղի վրա կախում են ծանրություն 4-5 կգ քաշով



և 1-2 օրից դնում կողմային ձգում ֆլանելե ժապավեններով այնպես, որ ֆլանելե մի բինտը տեղադրված լինի սրունքի ստորին մասում, իսկ մյուսը՝ ծնկան հողի շրջանին: Ձգման ուղղության ընտրությունը կախված է այն բանից, թե որ կոճն է կոտրված՝ եթե ներսայինը, ապա սրունքը քաշում են դեպի դուրս, իսկ եթե դրսայինը՝ դեպի ներս: Երեքական կգ-ոց քաշը կողմային երկու ձգումների վրա սովորաբար լինում է բավական, որպեսզի ներուղղել կոճը և պահել այն մինչև սերտաձելը: 4-5

շաբաթ անց կոճի հաջող կատարված համադրման դեպքում վերջույթի վրա դնում են գիպսային կապ: Հետագա բուժումը վարում են այնպես, ինչպես կոճի առանց տեղաշարժման կոտրվածքի ժամանակ: Կոճի տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում վիրահատական միջամտությունը ցուցված է միայն կոնսերվատիվ անհաջող ներուղղումից հետո: Վիրահատությունը կատարում են վնասվածք ստանալուց հետո 3-5-րդ օրը, ավելի լավ է՝ սպինալ+էպիդուրալ անզգայացման տակ: Հիվանդների հետագա բուժման տակտիկան նույնն է, ինչպես կոճի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ: Մետաղական հեղույսի կիրառման դեպքում այն հեռացնում են օստեոսինթեզից հետո 1-1.5 տարի անց: Այն դեպքերում, երբ չի հաջողվում վերականգնել կոտրված կոճի հողային մակերեսը, կատարում են դրա փոխարինում ոսկրային տրանսպլանտատով կամ էնդոպրոթեզով:

Երկու կոճերի տեղաշարժով կոտրվածքների և վիրահատական միջամտության ցուցումների դեպքում այն անց են կացնում անմիջապես երկու կոճերի վրա լաթային (Տեքստորի տիպի) կտրվածքի ճանապարհով: ներուղղված կոճերը ֆիքսում են 1-2 մետաղական հեղույսներով:

Ոլոքի կոճերի տեղաշարժով կոտրվածքների բուժման տարբեր եղանակների դեպքում հարկավոր է հիշել, որ կոճերի սերտածումը տեղի է ունենում միշտ ավելի դանդաղ, քան դիաֆիզար կոտրվածքների ժամանակ, և վերջույթի վաղ ծանրաբեռնումը կարող է առաջացնել կոճի կրկնական տեղաշարժ: Այդ պատճառով վերջույթի լրիվ ծանրաբեռնումը կարելի է թույլատրել կոտրվածքից հետո 3.5-4 ամսից ոչ շուտ:

Հուդում ազատ մարմիններ («հողային մկներ»): Հիմնականում նշում են «հողային մկան» առաջացման հետևյալ պատճառները՝ հողային աճառի հատվածի (հաճախ ոսկրի հետ միասին) պոկում, հենարթոզի ժամանակ ֆիբրինի խտացում, մահիկի հատվածի պոկում, Կենիգի հիվանդություն, ծնկան հողի օստեոարթրիտ ծնկոսկրից և կոճերից ծայրային օստեոֆիտի անջատումով, հողի խոնդրոմատոզ: Հիմնական ախտանիշերն են՝ հողի հաճախակի բլոկադաները, էքսուդատի և ցավի առաջանալը: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը պարտադիր է, քանի որ այն հաճախ պատասխանում է «հողային մկների» տեղադրման մասին հարցին: Հաշվի առնելով հողային մարմնի հողի խոռոչով արագ և անսպասելի միգրացիայի ունակությունը, որոշ դեպքերում, երբ հիվանդը շոշափում է «մուկը» մաշկի տակ, ինյեկցիոն բարակ ասեղով մաշկը և դրա տակ գտնվող հյուսվածքները ծակելով ֆիքսում են հողային մարմինը և անմիջապես այն հեռացնում: Մեկուսացված ազատ մարմինները հեռացնում են դրա տեղակայման շրջանում կատարված ոչ մեծ կոտրվածքից կամ արթրոսկոպիայի ժամանակ կատարված պունկցիոն անցքից:

ԹԵՄԱ 9

ՍՐՈՒՆՔԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Սրունքի ոսկրերի վնասվածքների մեջ հարկավոր է տարբերակել ոլոքի պրոքսիմալ հատվածի ներհողային կոտրվածքներ, դիաֆիզներից մեկի մեկուսացված վնասվածքներ, երկու դիաֆիզների կոտրվածքներ և սրունքի ոսկրերի դիստալ հատվածի վնասվածքներ: Այս վնասվածքների ամեն մի խումբը ունի ախտորոշման և բուժման իր առանձնահատկությունները:

Ոլոքի կոտրվածքների մեծ խումբը տեղակայվում է անմիջապես մաշկին մոտ, այդ պատճառով կոպիտ տեղաշարժման կամ սխալ տեղափոխման դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժը կարող է բերել մաշկի ծակվելուն և բերել երկրորդային բաց կոտրվածքի առաջացմանը: Դրա հետ կապված հատուկ նշանակություն է ձեռք բերում առաջին օգնության ցույց տալը:

Առաջին օգնությունը: Եթե թույլ են տալիս պայմանները, կատարում են կոտրվածքի անզգայացում՝ ստերիլ, մաշկը յոդով մշակելուց հետո, կոտրվածքի շրջան են ներմուծում 20 մլ նովոկաինի 2 % լուծույթ: Կատարում են անշարժացում սանդղակավոր բեկակալով ոտնաթաթի մատերից մինչև ազդրոսկրի վերին երրորդականը, իսկ սրունք-թաթային հողի կոտրվածքների դեպքում՝ մինչև ծունկը: Հնարավոր է կատարել անշարժացումը իմպրովիզացված բեկակալներով: Հիվանդներին հարկավոր է տեղափոխել միայն պառկած դիրքով տրանսպորտային բեկակալը դնելուց հետո:

Նրբուլոքի մեկուսացված վնասվածքներ

Նրբուլոքի վնասվածքների մեջ հարկավոր է տարբերակել՝ 1) նրբուլոքի գլխիկի հողախախտ; 2) նրբուլոքի դիաֆիզի կոտրվածք; 3) նրբուլոքի վնասվածքներ սրունք-թաթային հողի շրջանում:

Նրբուլոքի գլխիկի հողախախտ: Միջուլոքային հողավորման այս վնասվածքը կամ պատռվածքը հանդիպում է հազվադեպ և կարող է տեղի ունենալ վնասման ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի մեխանիզմի արդյունքում: Այդ ժամանակ կարող է վնասվել նաև նրբուլոքային նյարդը, որը անցնում է նրբուլոքի վզիկի շրջանում:

Ախտորոշումը: Պրոքսիմալ միջուլոքային հողավորման շրջանում հայտնաբերվում է դեֆորմացիա: Նրբուլոքի գլխիկը տեղաշարժված է դեպի առաջ կամ հետ, պալպացիայի ժամանակ հեշտությամբ ներ է ուղղվում և նորից տեղաշարժվում: Գլխիկի վրա սեղմելը կամ սրունքի ոսկրերը մոտեցնող ճնշումը առաջացնում է հողախախտի շրջանի ցավերի ուժեղացում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս ճշտել դիագնոզը: Նրբուլոքային նյարդի ուղեկցող վնասման դեպքում նշվում է ոտնաթաթի ներբանային կախընկվածություն:

Բուժումը: Հողախախտի կոնսերվատիվ բուժումը սովորաբար լինում է անարդյունավետ ներուղղված վիճակում գլխիկը պահելու դժվարության հետևանքով: Այդ պատճառով կիրառում են վիրաբուժական միջամտություն՝ գլխիկը միջոսկրային լավսանե կարերով կամ ոսկրային բույթով ֆիքսում են նրբուլոքի կոճին: Վիրահատությունից հետո մինչև 4 շաբաթ ժամկետով դնում են գիպսային կապ ոտնաթաթի մատերից մինչև ազդրոսկրի մեջտեղը: Վիրակապի մեջ ոտքը ծանրաբեռնելով քայլելը թույլ են տալիս վիրահատությունից հետո 2 շաբաթ անց: Գիպսային կապը հանելուց հետո անց են կացնում հողում շարժումների վերականգնում, նշանակում ֆիզիոթերապիա:

Նրբուլոքային նյարդի զուգակցված վնասվածքների դեպքում բուժումը կախված է դրա վնասման բնույթից:

Նրբուլոքի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք: Վնասվածքը հանդիսանում է, որպես կանոն, վնասման ուղղակի մեխանիզմի՝ սրունքի արտաքին մակերեսին հարվածի արդյունք:

Ախտորոշումը: Նրբուլոքի դիաֆիզի վնասվածքները դժվար է տարբերակել հետևյալ պատճառներից ելնելով: Նրբուլոքը չի կրում մարմնի ծանրությունը, դրա վերին և ստորին ծայրերը ամուր ֆիքսված են ոլոքին: Այդ պատճառով էլ ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժ տեղի չի ունենում և սրունքի հենարանային ունակությունը աննշան է տուժում: Մի շարք դեպքերում հիվանդները նույնիսկ կարող են քայլել նշելով, սակայն, ցավերի ուժեղացում կոտրվածքի վայրում: Վերջապես, նրբուլոքը բոլոր կողմերից շրջապատված է մկաններով, այդ պատճառով բացակայում է սրունքի կոտրվածքով պայմանավորված դեֆորմացիան: Շոշափել ոսկրաբեկորները և որոշել դրանց շարժունությունը չի հաջողվում: Մշտական ախտանիշեր են հանդիսանում ցավը կոտրվածքի շրջանում և տեղային ցավոտությունը շոշափման ժամանակ: Նրբուլոքի կոտրվածքը սալջարդից կարելի է տարբերակել միայն հետևյալ կերպ: Ցավոտ շրջանից կողմնայնորեն սրունքը բռնում են կողմերից և ճնշում (մոտեցնող ճնշում սրունքային ոսկրերի վրա): Այդ ժամանակ կոտրվածքի դեպքում ցավոտությունը ի հայտ է գալիս ոչ թե ճնշման վայրում, այլ ոսկրի վնասման մակարդակին: Սրունքի երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս դնել ճիշտ դիագնոզ:

Բուժումը նրբուլոքի մեկուսացված կոտրվածքների ժամանակ չի ներկայացնում բարդություն և այն կարելի է անցկացնել ամբուլատոր պայմաններում: Դնում են հետին գիպսային լոնգետ մինչև ազդրոսկրի կեսը 3-4 շաբաթ ժամկետով: 10 օր անց թույլ են տալիս քայլել օգտվելով ձեռնափայտից: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 5-6 շաբաթ անց:

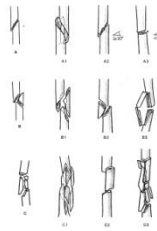
Նրբուլոքի կոտրվածքները դրա վզիկի շրջանում կարող են զուգակցվել նրբուլոքային նյարդի կամ ծնկան հողի կապանային համակարգի վնասվածքներով: Այդ դեպքերում բուժման բնույթը որոշվում է ելնելով զուգակցող վնասվածքներից:

Նրբուլոքի վնասվածքները սրունք-թաթային հողի շրջանում կքքնարկվեն 9-րդ գլխի «Պձեղների կոտրվածք» բաժնում:

Ոլոքի դիաֆիզի մեկուսացված կոտրվածք

Ոլոքի մեկուսացված վնասվածքները հանդիպում են ավելի հաճախ և բերում ֆունկցիոնալ ավելի մեծ խախտումների: Վնասման մեխանիզմը սովորաբար լինում է ուղղակի, սակայն կարող է լինել և

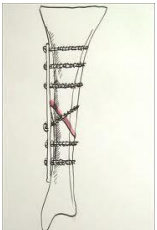
անուղղակի: Միջուլոքային սինդեսմոզների պահպանվածության դեպքում ոսկրաբեկորների տեղաշարժ ըստ երկայնքի չի լինում նրբուլոքի »բեկակալիչ« ազդեցության հետևանքով: Հանդիպում են տեղաշարժ ըստ լայնության և անկյունային տեղաշարժ: Վերջինիս դեպքում անկյունը կարող է բացվել դեպի ներս, դեպի առաջ կամ դեպի հետ: Թեք և պտուտակած կոտրվածքների ըստ լայնության տեղաշարժի դեպքում հնարավոր է մկանային ինտերպոզիցիան:



Ախտորոշումը: Ուլոքի մաշկին մոտ գտնվելու պատճառով դրա կոտրվածքների ախտորոշումը սովորաբար դժվարություն չի ներկայացնում: Երբեմն աչքով տեսանելի են լինում սրունքի դեֆորմացիան և առանցքի ծեղվածությունը: Ուլոքի կատարով շոշափման ժամանակ կոտրվածքի շրջանում հայտնաբերվում է սանդձածն դեֆորմացիա, այնտեղ է նշվում նաև ցավոտություն, որը հայտնաբերվում է նաև առանցքային ծանրաբեռնման ժամանակ: Ոսկրաբեկորների շարժունությունը հստակ արտահայտված չէ: Վերջույթի հենարանային ֆունկցիան խախտված է: Ախտորոշման որոշակի դժվարություն է ներկայացնում ուլոքի մեկուսացված առանց տեղաշարժի կոտրվածքը: Սակայն կոտրվածքից վեր գտնվող հեմատոման, սրունքային ոսկրերի շոշափման, առանցքային և մոտեցնող ծանրաբեռնման ժամանակ ի հայտ եկող ցավոտությունը, ոտքի հենարանային ֆունկցիայի խախտումը թույլ են տալիս դնել դիագնոզը դեռ ռենտգենաբանական հետազոտությունից առաջ: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգեն նկարները թույլ են տալիս ճշտել կոտրվածքի բնույթը, ոսկրաբեկորների առկայությունը և տեղաշարժման տեսակը:

Բուժումը: Ուլոքի մեկուսացված առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դնում են հետին գիպսային կապ մատերի ծայրերից մինչև ազդրոսկրի կեսը 2 ամիս ժամկետով: Այտուցը իջնելուց հետո վիրակապը դարձնում են խուլ:

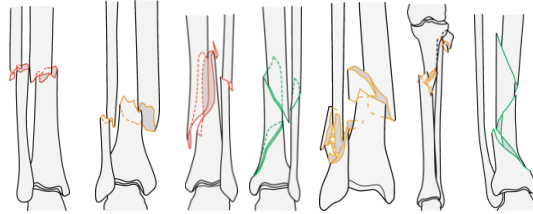
Ոսկրաբեկորների համադրման, հատկապես կոտրվածքի թեք գծի դեպքում, վկայում է ինտերպոզիցիայի առկայության մասին: Այդ դեպքում ցուցված է ուլոքի օստեոսինթեզը: Եթե նրբուլոքը խանգարում է ոսկրաբեկորների համադրմանը, այն լրացուցիչ կատարված կոտրվածքից հատում են ուլոքի կոտրվածքի մակարդակից վեր կամ ցած:



Սրունքի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածք
Սրունքի երկու դիաֆիզների կոտրվածքը հանդիպում է զգալիորեն ավելի հաճախ, քան մեկուսացված կոտրվածքները: Վնասման մեխանիզմը կարող է լինել ինչպես ուղղակի, այնպես էլ անուղղակի: Ուղղակի մեխանիզմը առավել հաճախ կապված է լինում հրելու տիպի ուժի գործադրման հետ և բերում է լայնակի կոտրվածքի առաջացմանը: Այդ նույն, բայց ավելի մեծ ուժի մեխանիզմով են բացատրվում բազմաբեկոր կոտրվածքների մեծ մասը: Օրինակ, այսպես կոչված բամպերային կոտրվածքը՝ դիաֆիզների վերին և միջին երրորդականների բազմաբեկորային կոտրվածքը սրունքին մեքենայի բամպերի հարվածի արդյունքն է: Կոտրվածքի անուղղակի մեխանիզմը հանդիպում է ծավման կամ պտտման տեսքով: Վնասող ուժի ծալիչ ազդեցության դեպքում կարող է առաջանալ ծեղվածքի ներսային հատվածում եռանկունածն բեկորով կոտրվածք: Վնասման պտուտակային մեխանիզմի համար բնորոշ է պտուտակային կոտրվածքը: Այդ ժամանակ բնորոշ է ոլոքային ոսկրերի կոտրվածքների տեղակայումը հակադիր ծայրերին: Այսպես, եթե ոլոքի

պտուտակային կոտրվածքը տեղակայվում է դիաֆիզի ստորին երրորդականում, ապա նրբուլքը կոտրվում է վերին երրորդականում և հակառակը: Այդ օրինաչափության մասին հարկավոր է հիշել հիվանդին հետազոտելիս և համապատասխան դեպքերում կատարել ամբողջ սրունքի ռենտգենաբանական հետազոտություն:

Ի տարբերություն ազդրոսկրի և բազկոսկրի կոտրվածքների սրունքի ոսկրերի բեկորների լայնակի և անկյունային տեղաշարժման բնույթը պայմանավորված է ոչ այնքան մկանների տրակցիայից, որքան վնասող գործոնի ազդեցության ուղղվածությունից: Ոսկրաբեկորների տեղաշարժը ըստ երկարության սովորաբար չի լինում զգալի:



Ախտորոշումը: Վնասվածքների այս խմբի ախտանշանությունը, որպես կանոն, բավականին հստակ է և կազմվում է դիաֆիզար բոլոր կոտրվածքներին բնորոշ նշաններով: Ջննշան ժամանակ հայտնաբերվում է մաշկային ծածկույթների դեֆորմացիա և փոփոխում: Սրունքի դիստալ հատվածը ոտնաթաթի ծանրության տակ սովորաբար լինում է պտտված դեպի դուրս: Երբեմն դա լինում է այնքան զգալի արտահայտված, որ ոտնաթաթի արտաքին հատվածը կաչում է հենարանին, որի վրա պառկած է հիվանդը:

Ի տարբերություն արտաքին պտտմանը ազդրոսկրի կոտրվածքների ժամանակ ոլոքային ոսկրերի դիաֆիզի կոտրվածքի դեպքերում վերջույթը պտտված է լինում միայն սրունքի սահմաններում և երբեք չի տարածվում ծնկան հոդի շրջանի վրա: Ջննման ժամանակ կոտրվածքի մակարդակին կարելի է հայտնաբերել սրունքի առանցքի կողմային կամ առաջահետին դեֆորմացիա:

Ոլոքի ոսկրաբեկորների մաշկին մոտ տեղակայման շնորհիվ հնարավոր է լինում հայտնաբերել մաշկի տակից շոշափվող բեկոր՝ հաճախ կենտրոնական: մաշկը դրա վրա լինում է ձգված, գունատ: Մի քանի ժամ անց կոտրվածքի շրջանում առաջանում է սրունքի այտուց, հաճախ՝ ֆիկտենաներ (էպիդեմիսի շերտազատում բշտիկների առաջացումով):

Կտրուկ ցավոտության պատճառով կոտրվածքի շրջանի շոշափումը հարկավոր է անցկանել զգույշ՝ մեկ մատով: Շոշափումը սկսում են ոլոքի կատարից վերևից ցած: Կոտրվածքի մակարդակին կարելի է հայտնաբերել սանդղածև դեֆորմացիա և կատարի տեղաշարժ դեպի կողմ: Այստեղ են նշվում նաև մաքսիմալ ցավոտությունը և ոսկրաբեկորների շարժունությունը: Մեծամասամբ դեպքերում շոշափման ժամանակ հաջողվում է ոչ միայն ախտորոշել կոտրվածքը, այլև պատկերացում կազմել կոտրվածքի բնույթի և դրա մակարդակի մասին:

Ոլոքի շոշափման ժամանակ ավելի հաճախ, քան այլ տեղակայում ունեցող կոտրվածքների դեպքում, հայտնաբերվում է կոտրվածքի վայրից վեր մաշկի ձագարածև ներքաշվելու ախտանիշը: Այն կախված է մաշկին մոտ գտնվող փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիայից և որոշվում է հետևյալ կերպ: Կոտրվածքի վայրից կողմնայնորեն սեղմում են դեպի առաջ ցցված բեկորի վրա: Բեկորի դեպի հետ տեղաշարժման հետ զուգընթաց ոսկրաբեկորների միջև սեղմված փափուկ հյուսվածքները ներ են քաշվում, իսկ մաշկի վրա առաջանում է ձագարածև փոսություն:

Նրբուլքի շոշափման ժամանակ հարկավոր է հիշել, որ պտուտածև կոտրվածքի դեպքում այն կոտրվում է ոլոքի կոտրվածքին հակառակ սրունքի ծայրին: Ոսկրային կրեպիտացիան որոշել հարկավոր չէ: Սրունքի առանցքային ծանրաբեռնումը կրունկին թեթևակի բախելով և ոլոքային ոսկրերի մոտեցնող ճնշումը առաջացնում են կոտրվածքի շրջանի ցավերի ուժեղացում: Ռենտգենաբանական հետազոտությունը անց են կացնում երկու ստանդարտ պրոյեկցիաներով՝ առաջահետին և կողմային:

Բուժումը: Հաշվի առնելով, որ նրբուլքի դիաֆիզը հանդիսանում է միայն հենք մկանները կաշելու համար և չի կրում ստատիկ ծանրաբեռնում, սրունքի երկու ոսկրերի դիաֆիզար կոտրվածքների բուժման ժամանակ հարկավոր է ուշադրություն դարձնել ոլոքի համադրմանը և սերտաձման համար պայմաններ ստեղծելուն: Սրունքի երկու դիաֆիզների փակ կոտրվածքի բուժման այս կամ այն

մեթոդի ցուցումները հեշտ որոշելու համար հարկավոր է բոլոր կոտրվածքները ստորաբաժանել ըստ ոլոքի ոսկրաբեկորների համադրման և իր դիրքում պահելու հնարավորության: Առանձնացնում են հետևյալ խմբեր՝ 1) կոտրվածքներ առանցք ոլոքի ոսկրաբեկորների տեղաշարժի; 2) համադրվող և այդ դիրքում հեշտությամբ պահվող կոտրվածքներ (օրինակ, ոլոքի կոտրման լայնակի գծով կոտրվածք); 3) համադրվող կոտրվածքներ, որոնք սակայն չեն մնում համադրման դիրքում առանց լրացուցիչ անցկացված տրակցիայի (սովորաբար դրանք կոտրման պտուտակային գծով կոտրվածքն է); 4) չհամադրվող կոտրվածքներ (դա, որպես կանոն, ոսկրաբեկորների միջև ոսկրային կամ փափուկ հյուսվածքային ինտերպոզիցիայով կոտրվածքն է):

Գիպսային կապը դնում են առանց տեղաշարժի կոտրվածքի, ինչպես նաև համադրվող և համադրման դիրքում հեշտ պահվող կոտրվածքների դեպքում: Բուժման դասական եղանակի դեպքում գիպսային կապը սրունքի ոսկրերի կոտրվածքի ժամանակ դնում են ոտնաթաթի մատերից, իսկ դրա վերին եզրը որոշվում է ելնելով կոտրվածքի մակարդակից: Սրունքի միջին կամ ստորին երրորդականում կոտրվածքի դեպքում գիպսային կապը դնում են մինչև ազդրոսկրի կեսը, իսկ սրունքի վերին երրորդականում կոտրվածքի դեպքում՝ մինչև հետույքային ծալքը: Այտուցի առկայության դեպքում դնում են կտրվող գիպսային կապ, որը փոխում են խուլի այտուցը անցնելուց հետո: Եթե այտուցը արտահայտված չէ, միանգամից դնում են խուլ գիպսային կապ:

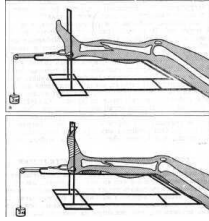
Առավել հարմար է անցկացնել համադրումը պտուտակային սարքերից մեկի վրա: Այս դեպքում կրունկոսկրի միջով անց են կացնում շուղ և ֆիքսում այն կմախքային ձգման համար նախատեսված պայտի վրա: Ձգումը իրականացնում են պայտից պտուտակային հարմարանքով: Ըստ երկարության տեղաշարժը վերացնելուց հետո ճնշելով դուրսցված բեկորի վրա վերացնում են լայնակի տեղաշարժը և ռենտգենվերահսկումից հետո դնում գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը: Ոտքը հանում են համադրող սարքից: Կրունկոսկրից հեռացնում են շուղը: Գիպսային կապը երկարացնում են մինչև ազդրոսկրի միջին երրորդականը կամ մինչև հետույքային ծալքը:

Ոտքի վրա ծանրաբեռնման ժամկետները որոշվում են կոտրվածքի մակարդակի բնույթով: Այսպես, կոտրվածքի լայնակի գծի դեպքում ոտքի լրիվ ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս անմիջապես այտուցը իջնելուց և գիպսային կապը չորանալուց հետո: Մնացած դեպքերում ոտքի ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս զգալի ավելի ուշ: Հարկավոր է հիշել, որ սերտաձման և, հետևաբար, անշարժացման ժամկետները պայմանավորվում են կոտրվածքի մակարդակով և բնույթով: Այսպես, ոլոքի ստորին երրորդականի կոտրվածքները սերտաձում են ավելի դանդաղ, քան վերին և միջին երրորդականների կոտրվածքները: Թեք և բազմաբեկոր առանց տեղաշարժի կոտրվածքները սերտաձում են լայնակի կոտրվածքներից ավելի արագ: Կոտրվածքների անշարժացման միջին ժամկետը 3-4 ամիս է:

Կմախքային ձգումով բուժումը ցուցված է առանց լրացուցիչ տրակցիայի համադրման դիրքում պահելու անհնարինությամբ կոտրվածքների դեպքում: Վնասվածքների այդ խմբին են պատկանում պտուտակային, թեք և բեկորային տեղաշարժով կոտրվածքները: Կմախքային ձգումը կիրառում են նաև կոտրվածքին ուղեկցող փափուկ հյուսվածքների և մաշկի մեծածավալ վնասվածքների, մաշկի էկզեմայի տիպի հիվանդությունների և այլնի ժամանակ, երբ գիպսային կապ դնելն ու վիրահատական բուժումը հակացուցված են:

Կոտրվածքի շրջանը 20 մլ նոսրակալի 2 % լուծույթով ցավազրկելուց հետո և շուղը անցկացնելու վայրը նոսրակալի 0.5 % լուծույթով անզգայացնելուց հետո դնում են կմախքային ձգում կրունկոսկրից կամ, հազվադեպ, վերաճեղային հատվածից: Ոտքը տեղադրում են Բելերի բեկակալի վրա այնպես, ծնկան հողի անցքը համապատասխանի բեկակալի ծալքին: Բեկակալի գամակը, որի վրա պառկած է սրունքը, հարկավոր է չէ ամուր ձգել: Այն պետք է կախվի կրկնելով ձկնամկանի կորությունը: Եթե այդ պայմանը չի պահպանվում, ապա սրունքի նշված մկանների խումբը սեղմվում է և խանգարում կոտրվածքի համադրմանը առաջահետին ուղղությամբ: Բացի այդ, խախտվում է երակային հետհոսքը վերջույթի դիստալ հատվածից: Որպեսզի կրունկի վրա չառաջանա պառկելախոց, դրա տակ կարելի է դնել բամբակաթանգիֆե »օղաբլիթ«: Սակայն ավելի լավ է ոտնաթաթը շուղով կախել բեկակալի վերին հենոցին: Ձգումը նպատակահարմար է անցկացնել ոչ թե միջին գծով, այլ ձգման ուղղությունը տեղաշարժելով փոքր ինչ ներս, որպեսզի պահպանվի սրունքի բնական վարուսային կորությունը: Սկզբում կիրառում են ձգում 7-10 կգ ծանրությունով: Ըստ երկարության տեղաշարժը վերացնելուց հետո ծանրությունը քչացնում են մինչև 5-7 կգ: Հատուկ զգուշավորությամբ է հարկավոր

կիրառել մեծ ծանրություններ կոտրվածքի լայնակի գծի դեպքում, քանի որ ոսկրաբեկորների գերծգումը կարող է բերել ինտերպոզիցիայի առաջացմանը և վիրահատության անհրաժեշտությանը:



Դիտալ բեկորի պտուտակային տեղաշարժը վերացնելու նպատակով ոտնաթաթի կախոցների երկարությունը ընտրում են այնպես, որդրա դիրքը ըստ առանցքի համապատասխանի ծնկան հողի դիրքին: Ոսկրաբեկորների կողմային տեղաշարժը վերացնում են լրացուցիչ կողմային ձգումով պելուտների օգնությամբ կամ կողմային կմախքային ձգումով սվինաձև կորացված շուղով: Որպեսզի ձգման ծանրությունը սահուն փոխանցվի վերջույթի վրա, յուրաքանչյուր քարշուժի մեջ հարկավոր է ավելացնել ամորտիզացնող զսպանակներ՝ դեմպֆերային կմախքային ձգում ըստ Միտյունինի-Կլյուչևսկու: Կմախքային ձգման ժամկետը տատանվում է 3-6 շաբաթ: Ապա դնում են խուլ գիպսային կապ մինչև ազդրոսկրի կեսը կամ հետույքային ծալքը: Դեռ մինչև հիվանդի կանգնելը հենակների վրա զբաղվում են երակների մարզումով («երակային մարզում») հիվանդը պարբերաբար իջեցնում է ոտքը ուղղահայաց դիրք և վերադարձնում այն հորիզոնական մահճակալի վրա: Սրունքի անշարժացման ընդհանուր ժամկետն է 3-4 ամիս:

Վիրաբուժական միջամտությունը փակ դիաֆիզար կոտրվածքների ժամանակ ցուցված է չհամադրվող կոտրվածքների դեպքերում: Կոտրվածքի փակ համադրման անհնարինությունը մեծամասամբ դեպքերում բացատրվում է փափուկ հյուսվածքային կամ ոսկրային ինտերպոզիցիայով: Թարմ կոտրվածքների ժամանակ վիրահատությանը դիմում են նաև այն դեպքերում, երբ որևէ պատճառով բուժումը կմախքային ձգման միջոցով անհնարին է, իսկ գիպսային կապով հնարավոր չէ կանխել ոսկրաբեկորների երկրորդային տեղաշարժը:

Սրունքի դիաֆիզի շրջանում երկու ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում կատարում են միայն ոլոքի օստեոսինթեզ:

Ըստ ֆիքսացիայի կայունության տարբերում են կայուն և համադրող օստեոսինթեզ:

Համադրող օստեոսինթեզի օրինակ է հանդիսանում բույթի ներմտցնելը ոսկրածուծային խողովակի մեջ, որը կոտրվածքի մակարդակին չի կաչում խողովակի պատերին: Այդ դեպքում հնարավոր են ոսկրաբեկորների պտուտակային և նույնիսկ կողմային տեղաշարժեր: Համադրող օստեոսինթեզը միշտ պահանջում է արտաքին կայուն և երկարատև անշարժացում, քանի որ բեկորների սերտաձելը տեղի է ունենում դանդաղ: Ոսկրային կոշտուկը կոտրվածքը սերտաձելուց հետո, որպես կանոն, լինում է հիպերտրոֆիկ:

Կայուն օստեոսինթեզի ժամանակ լրիվ բացառվում են ոսկրաբեկորների շարժումները: Այս դեպքում բուժումը գնում է առաջնային սերտաձման ձևով ինտերմեդիառ կոշտուկի հաշվին և ավելի վաղ ժամկետներում: Եթե կոնստրուկցիան ապահովում է ֆիքսման բավարար ամրությունը, ապա կայուն օստեոսինթեզի ժամանակ որոշ դեպքերում կարելի է հրաժարվել վերջույթը արտաքին անշարժացնելուց: Հարկավոր է միշտ ձգտել կայուն օստեոսինթեզ անցկացնելուն: Այն ամրակալիչները, որոնք ամրացվում են ոսկրի վրա և ծածկված են փափուկ հյուսվածքներով, կոչվում են ընկղմված: Դրանց մեջ տարբերում են ինտրամեդուլյար, որոնք անցնում են ոսկրածուծային խողովարով, և էքստրամեդուլյար, որոնք ամրացվում են ոսկրի դրսային հատվածից: Ինտրամեդուլյար օստեոսինթեզի օրինակ կարող է լինել բույթը, իսկ էքստրամեդուլյարինը՝ թիթեղը: Այն ամրակալիչները, որոնք առաջացնում են ոսկրաբեկորների միանման կազմավորող կամ մշտական մոտեցում, կոչվում են կոմպրեսիոն:

Ոլոքի օստեոսինթեզի ժամանակ հաճախ օգտագործում են ընկղմվող ինտրա- և էքստրամեդուլյար ամրակալիչներ:

Եթե օստեոսինթեզը անց են կացնում բաց եղանակով, այսինքն կոտրվածքի տեղը բացելով, ոլոքը մերկացնում են գծային կամ դեպի առաջ թեթևակի կորացված կտրվածքով, ոլոքի կատարից 1-2 սմ դեպի առաջ:

Ոլոքի վերին և ստորին երրորդականների լայնակի կոտրվածքների ժամանակ ցուցված է էքստրամետրոլյար օստեոսինթեզը կոմպրեսիոն թիթեղով: Ոլոքի միջին երրորդականի լայնակի կամ դրան մոտ կոտրվածքների ժամանակ նպատակահարմար է օստեոսինթեզը ինտրամետրոլյար բույթով: Կիրառում են ուղղակի օստեոսինթեզ, այսինքն բույթը սկսում են ներմտցնել կոտրվածքից կողմնայնորեն: Եթե կիրառում են ՎՕԿԻ սուսերանման բույթը, այն սկսում են ներմտցնել վերին մետաֆիզի առաջակողմային մակերեսից անմիջապես ոլոքի թմբկությունից դեպի ներս: Այդպիսի օստեոսինթեզը առավել հաճախ կոչվում է համադրող: Թեք և պտուտակած կոտրվածքների ժամանակ առավել դյուրին է հանդիսանում օստեոսինթեզը պտուտամեխերով կամ մետաղալարի գալարներով: Հարկավոր է կիրառել ոչ պակաս քան երկու պտուտամեխ կամ մետաղալարի երկու գալար: Կայուն օստեոսինթեզին են հասնում սովորաբար ներմտցնելով ուղիղ բույթ, որի հաստությունը կոտրվածքի մակարդակին հավասար է ոսկրածուծային խողովակի լայնությանը:

Թեք կամ պտուտակած կոտրվածքի կարճ գծի դեպքում կատարում են օստեոսինթեզ թիթեղի կամ ինտրամետրոլյար բույթի օգնությամբ: Խոշոր բեկորի առկայության դեպքում կիրառում են ինտրամետրոլյար բույթ զուգակցված մետաղալարի գալարների հետ կամ երկար թիթեղ 6-8 պտուտակների վրա:

Արտաօջախային օստեոսինթեզը կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն սարքով կարելի է կիրառել բազմաբեկոր կոտրվածքների ժամանակ կամ այն դեպքերում, երբ մաշկը կոտրվածքի շրջանից վեր փոփոխված է այնպես, որ բաց օստեոսինթեզը հնարավոր չէ (քերծվածքներ, ոսկրի հետ կաշած սպիեր, թարախակույտեր և այլն.), իսկ փակ համադրումը առանց սարքերի կիրառման արդյունավետ չէ:

Անշարժացումը օստեոսինթեզից հետո իրականացնում են նույն ժամկետներում, ինչոր և կոմպրեսիոնով բուժման ժամանակ:

Ջանգվածային բույթով կայուն օստեոսինթեզից և կոմպրեսիոն-դիստրակցիոն սարքերով իրականացվող արտաօջախային օստեոսինթեզից հետո արտաքին անշարժացում, որպես կանոն, չեն կիրառում:

Սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների բուժումը ֆունկցիոնալ վաղ ծանրաբեռնման եղանակով կարճացված գիպսային կապի մեջ վերջին տարիներին մեծ տարածում է ստանում սրունքի ոսկրերի կոտրվածքների բուժումը մինչև ծունկը կարճացված գիպսային կապով՝ վերջույթի առանցքային պարտադիր բեռնաթափումով:

Նշված եղանակը ցուցված է սրունքի ոսկրերի միջին և ստորին երրորդականներում տեղակայվող կոտրվածքների ժամանակ՝ անկախ դրա հարթության տարբերակից:

Կարճացված գիպսային կապը դնելուց առաջ հիվանդների բուժումը որոշվում է ոսկրաբեկորների դիրքի ճիշտ լինելով: Առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում և տեղաշարժը միամոմենտ համադրումով վերացնելուց հետո 10-12-րդ օրը մինչև այտուցի պակասելը դնում են գիպսային լոնգետոս »ոտնաթաթով« ազդրոսկրի միջին երրորդականից:

Կմախքային ձգումով կոտրվածքը համադրելու անհրաժեշտության դեպքում այն անց են կացնում տվյալ գլխում նկարագրված ցուցումներով և եղանակով 3 շաբաթվա ընթացքում: Այնուհետև դնում են կարճացված գիպսային կապ առաջարկված որևէ եղանակով: »Ոտնաթաթով« գիպսային կապ դնելիս դրա վերին եզրը վերջանում է առջևից. ծնկոսկրի ստորին բևեռի մակարդակին և իջնում դեպի հետ այնպես, որ ծնկափոսը մնա ազատ: Դա թույլ է տալիս ծալել սրունքը մինչև ուղիղ անկյան տակ: Ներբանի հետին և միջին երրորդականի սահմանին ամրացնում են գիպսային ներբան (կրունկ) կամ »ասպանդակ«: Առանց »ոտնաթաթի« գիպսային կապ դնելիս դրա վերին եզրին տալիս են »հեծյալի երկարաձիտք կոշիկի« տեսք, որը առջևից և կողմերից ավարտվում է ծնկափոսի վերին բևեռի մակարդակին: Հետևից գիպսային կապը ազատ է թողնում ծնկափոսի շրջանը: Գիպսային կապի ստորին հատվածը հատում են այնպես, որ հնարավոր լինի ոտնաթաթի թիկնային ծալումը: Ներգիպսային տեղադրում են, օրինակ, մոտ 90 սմ երկարություն և 7-9 սմ լայնություն ունեցող երկգոտի պայտ: 2-3 օր անց, գիպսային կապը չորանալուց հետո հիվանդներին թույլ են տալիս քայլել հենակների վրա վերջույթը չափավոր ծանրաբեռնելով: Ծանրաբեռնման աստիճանը որոշում են կոտրվածքի շրջանում ցավերի առաջանալով: Ցավերի բացակայության պայմաններում լրիվ ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս 2-3 շաբաթ անց:

Պարբերաբար անց են կացնում գիպսային կապի վիճակի և ոսկրաբեկորների դիրքի կլինիկական և ռենտգենաբանական վերահսկում: Անշարժացման ժամկետը՝ մինչև 3 ամիս: Կոտրվածքը սերտաճում է շուրջոսկրային կոշտուկի առաջացումով:

Գիպսային կապը հանելուց հետո մկանների ատրոֆիան և ֆունկցիայի սահմանափակումը լինում են ավելի քիչ արտահայտված, քան անշարժացումով բուժման այլ եղանակների կիրառման ժամանակ: Աշխատունակությունը վերականգնվում է մոտ 3-5 ամիս անց:

ՍՐՈՆՔ-ԹԱԹԱՅԻՆ ՀՈՂԻ ՎՆԱՍՎԱԾՔՆԵՐ

Վնասվածքների հաճախ հանդիպող տեսակը՝ սրունք-թաթային հողի վնասվածքը սառցակալման ժամանակաշրջանում կարող է հասնել մինչև »վնասվածքային համաճարակի«: Վնասվածքի մեխանիզմը, որպես կանոն, լինում է անուղղակի՝ ոտնաթաթի պտույտը առանցքային ծանրաբեռնման ժամանակ: Երբեմն վնասվածքը կարող է առաջանալ նաև այլ՝ այդ թվում, ուղղակի մեխանիզմով:

Առաջին մինչբժշկական և բժշկական օգնությունը սրունք-թաթային հողի շրջանի վնասվածքների ժամանակ ներառում է ասեպտիկ վիրակապություն (վերքի առկայության պարագայում) և երկու սանդղածն՝ V-ձև և հիտին մինչև ծնկան հող բեկակալներ դնելը: ցավազրկմանը հասնում են ընդհանուր կանոններով ցավազրկող և հոգեմետ դեղորայք ներմուծելով: Կոտրվածքի շրջանում նովոկաին ներարկելը թույլատրվում է միայն վարակման հնարավորությունը բացառող պայմանների առկայության դեպքում: Հիվանդներին տեղափոխում են առանց վերջույթը ծանրաբեռնելու:

Սրունք-թաթային հողի կապանների վնասվածք

Կապանային համակարգի վնասումը առավել հաճախ հանդիպող վնասվածքն է սրունք-թաթային հողի շրջանում: Սովորաբար վնասվածքը տեղի է ունենում ոտնաթաթի դեպի ներս ոլորման դեպքում, այսինքն, գերլարված վերհակման և առբերման ժամանակ: Այդ դեպքում տեղի է ունենում սրունք-թաթային հողի արտաքին կողմային կապանների թելիկների մասնակի վնասում կամ ամբողջական պատռվածք: Առաջին հերթին տուժում է վեգանրբոլոքային կապանը: Դրա ամբողջական պատռվածքի դեպքում հողախախտվում է վեգոսկրը և այնուհետև նրբոլոքային մկանների ազդեցության տակ ինքնաբերաբար ներուղղվում:

Ախտորոշումը: Առաջանում է ցավ սրունք-թաթային հողում, հատկապես դրսային պճեղի շրջանում, որը սաստկանում է շարժումների, հիմնականում ոտնաթաթի առբերման և վերհակման ժամանակ: Հողի շրջանում նկատվում է այտուց, ավելի շատ արտահայտված դրսային պճեղի մոտ:

Շոշափման ժամանակ ցավոտությունը առավելագույն է լինում դրսային պճեղի ստորին հատվածում և դրա առջևում: Դրա հետ մեկտեղ պճեղի գագաթից 1-1.5 սմ վեր և դրա հետին եզրով շոշափումը լինում է քիչ ցավոտ: Այս ախտանիշը օգնում է տարբերակիչ ախտորոշման ժամանակ, թույլտալով բացառել դրսային պճեղի կոտրվածքը:

Պասիվ շարժումները առավել ցավոտություն են առաջացնում ոտնաթաթի վերհակման ժամանակ: Վեգոսկրի տեղաշարժը դեպի առաջ և ներս ոտնաթաթի պասիվ վերհակման ժամանակ (ոտնաթաթի ենթահողախախտի ախտանիշ) վկայում է, որ ամբողջովին պատռվել է արտաքին կողմային կապանը (կամ վեգանրբոլոքային կապանը): Այս ախտանիշը ավելի ճշգրիտ է որոշվում հեմատոմայի մեջ նովոկաինի 2 % լուծույթ ներմուծելուց հետո: Կապանների թելիկների մասնակի վնասման դեպքում ոտնաթաթի ենթահողախախտի ախտանիշը բացակայում է:

Սրունք-թաթային հողի երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը թույլ է տալիս բացառել ոսկրերի կոտրվածքը: Ֆունկցիոնալ ռենտգեն նկարների վրա առաջահետին պրոյեկցիայով (ոտնաթաթի գերլարված վերհակման ժամանակ) հայտնաբերում են ոտնաթաթի ենթահողախախտ, որը վկայում է վեգանրբոլոքային կապանի ամբողջովին պատռման մասին: Բոլոր

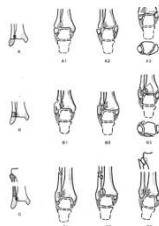
արտաքին կողմային կապանների պատռման դեպքում վեգոսկրի տեղաշարժը կարող է հասնել 40 °: Եթե կողմային կապանների ամբողջովին պատռվածքը ժամանակին չի ախտորոշվել կամ տարվել է ոչ ճիշտ բուժում, ապա զարգանում է ոտնաթաթի սովորության հողախախտ: Հիվանդները զանգատվում են անկայունության զգացումից սրունք-թաթային հողում, ոտնաթաթի հաճախակի ոլորումից, հատկապես անհարթ մակերեսի վրա քայլելիս: Կլինիկորեն և ֆունկցիոնալ ռենտգեն նկարների վրա հայտնաբերում են վեգանրբոլոքային կապանի թուլություն:

Բուժումը: Սրունք-թաթային հողի կապանների թելիկների մասնակի վնասման դեպքում բուժումը իրականացնում են հողը անշարժացնելով: Հողը անշարժացնում են 5-14 օր ութածն կապով կամ

էլաստիկ բինտով: Անշարժացնելուց առաջ մինչև վիրակապ դնելը նպատակահարմար է հենատոմայի մեջ ներմուծել նովոկաինի 1 % լուծույթ: Ավելի լավ է անշարժացնող կապը դնել թաց բինտով միաժամանակ բարձրացնելով ոտնաթաթի դրսային եզրը (պրոնացիոն դիրք): Չորանալով բինտը սեղմվում է դրանով իսկ լավացնելով ոտնաթաթի անշարժացումը: 3-4-րդ օրվանից նշանակում են տաքացնող (ներծծող) միջոցառումներ:

Կողմային կապանների լրիվ պատռվածքի դեպքում դնում են գիպսային լոնգետ ոտնաթաթի մատերից մինչև սրունքի վերին երրորդականը 8-10 շաբաթ ժամկետով: Այտուցը ներծծվելուց հետո լոնգետը վեր են ածում խուլ գիպսային կապի, որը հեռացնելուց հետո խորհուրդ են տալիս մեկ տարվա ընթացքում կրել բարձրաբուլդ կոշիկ և վերհակիչներ:

Ոտնաթաթի սովորույթային հողախախտի դեպքում բուժումը նույնն է ինչ կողմային կապանների թարմ պատռվածքի ժամանակ, սակայն բուժման և վերականգնման ժամկետները երկարացվում են: Գիպսային կապը դնում են 11-12 շաբաթ ժամկետով: Ծանր դեպքերում նշանակում են օրթոպեդիկ կոշիկների մշտական կրում կամ կատարում վեգանրբուլդային կապանի վիրաբուժական վերականգնում:

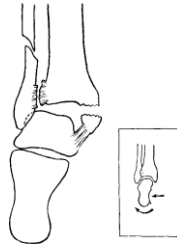


Պձեղների կոտրվածք

Պձեղների կոտրվածքները կազմում են սրունքի կոտրվածքների մինչև 60 %: Վնասվածքի այս տեսակը հազվադեպ է հանդիպում ուղղակի մեխանիզմով: Արտաքին ազդակի անմիջական ազդեցությունը սովորաբար բերում է հողի չափազանց ծանր վնասմանը կամ մեկ պձեղի կոտրվածքի: Վնասվածքի անուղղակի մեխանիզմի դեպքում հողի վնասումը առաջանում է ոտնաթաթի գեր պտույտի, դրա առբերման կամ զատման և ուղղահայաց ծանրաբեռնման արդյունքում:

Ամենից հաճախ պձեղների կոտրվածք առաջանում է ոտնաթաթի դեպի դուրս ոլորման ժամանակ: Այդ դեպքում ոտնաթաթը գտնվում է վարիակման (պրոնացիայի՝ ոտնաթաթի դարձ ներբանով դեպի դուրս), զատման (աբդուկցիայի) և ներբանային ծալման (էկվինուսի) դիրքում: Սակայն վնասման այս մեխանիզմի հիմնական տարրը հանդիսանում է վարիակումը: Այդ իսկ պատճառով այս տիպի վնասվածքները անվանում են պրոնացիոն կոտրվածքներ: Վարիակիչ կոտրվածքի ժամանակ նկատվում է ոտնաթաթի դեպի դուրս ենթահողախախտի կամ հողախախտի միտում: Ոտնաթաթի վերին հատվածի վարիակումը բերում է դելտայաձև կապանի գերլարմանը և ներսային պձեղի պոկմանը հիմքից կամ կապանի կպման տեղից: Ներսային պձեղի կոտրվածքի գիծն անցնում է միջածիգ ուղղությամբ: Ներսային պձեղի կոտրվածքի փոխարեն կարող է առաջանալ դելտայաձև կապանի պատռվածք: Վեգոսկրի հետագա դեպի դուրս տեղաշարժվելու դեպքում առաջանում է նրբուլդի կոտրվածք, որը հնարավոր է ցանկացած մակարդակի, սակայն ամենից հաճախ լինում է սրունք-թաթային հողաձեղքի մակարդակին կամ դրանից 5-7 սմ վեր, որտեղ նրբուլդը բարակած է լինում: Նրբուլդի կոտրվածքի գիծն անցնում է կամ թեք, կամ միջածիգ ուղղությամբ, իսկ վնասման մեխանիզմի պտույտային կոմպոնենտի առկայության դեպքում՝ պարուրածև ուղղությամբ: Եթե շարունակվում է վնասող ուժի ազդեցությունը, պատռվում է միջուլդային կապաններից որևէ մեկը՝ հաճախ առաջայինը: Դա միջուլդային դիստալ սինդեսմոզի մասնակի պատռվածք է: Նրբուլդի դեպի դուրս շարունակվող տեղաշարժը բերում է միջոսկրային թաղանթի դիստալ հատվածի պատռվածքին, որի ժամանակ վեգոսկրը կարող է ներխրվել ոլոքի և նրբուլդի միջև:

Վարիակիչ կոտրվածքը, որը իր մեջ ներառում է բոլոր հիմնական տարրերը՝ 1) ներսային պձեղի կոտրվածք կամ դելտայաձև կապանի պատռվածք; 2) դրսային պձեղի կամ նրբուլդի ստորին երրորդականի կոտրվածք; 3) դիստալ միջուլդային սինդեսմոզի պատռվածք; 4) ոտնաթաթի դեպի դուրս ենթահողախախտ կամ հողախախտ – կոչվում է Դյուայուիտրենի դասական «կայացած» կոտրվածք:



Եթե վարհակիչ կոտրվածքը չի պարունակում վերը թվահատվածներին ած բոլոր տարրերը, այն կոչվում է Դյուայուիտրենի կոտրվածքի տիպի կոտրվածք կամ վարհակիչ »չկայացած« կոտրվածք: Վարհակիչ վնասման տարատեսակ է հանդիսանում միջոլոքային սինդեսմոզի և դելտայաձև կապանի պատռվածքը: Հարկավոր է հիշել, որ այս մեխանիզմի դեպքում սինդեսմոզի պատռվածք առանց ներսային պլեուրի կոտրվածքի կամ դելտայաձև կապանի պատռվածքի հնարավոր չէ:

Վարհակիչ կոտրվածքի հակառակ մեխանիզմով՝ ոտնաթաթի ներքանով դեպի ներս գերլարված ոլորումը բերում է այսպես կոչված վերհակիչ (սուպինացիոն) կոտրվածքի: Ոտնաթաթի հետին հատվածի կտրուկ վերհակումը բերում է կրունկանրբոլոքային կապանի գերլարմանը, դրա պատռվածքին կամ դրսային պլեուրի պոկումով կոտրվածքին: Կոտրվածքի գիծն անցնում է միջաձիգ ուղղությամբ: Վնասող ուժի հետագա ազդեցությունն առաջացնում է ներսային պլեուրի և ոլոքի թեք- ուղղահայաց կոտրվածք պայմանավորված վեգոսկրով ճնշման հետ: Ոտնաթաթը տեղաշարժվում է դեպի ներս, տեղի է ունենում դրա ենթահողախախտ կամ հողախախտ դեպի ներս:

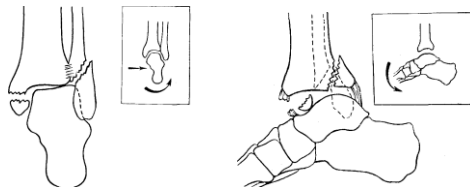
»Կայացած« վերհակիչ կոտրվածքն իր մեջ ընդգրկում է՝

Դրսային պլեուրի պոկումով կոտրվածք կամ դրա համարժեքը՝ սրունք-թաթային հողի դրսային կողմային կապանների պատռվածք;

Ներսային պլեուրի կամ ոլոքի ներսային եզրի թեք կոտրվածք;

Ոտնաթաթի ենթահողախախտ կամ հողախախտ:

Եթե ոտնաթաթի վերհակումը կամ վարհակումը զուգակցվում է դրա թիկնային կամ ներքանային գերլարված ծալումով, տեղի է ունենում լրացուցիչ վնասվածք՝ Պոտտ-Ղեստոյի կոտրվածք, որը կարող է ուղեկցվել ոտնաթաթի ենթահողախախտով կամ հողախախտով դեպի առաջ կամ հետ:



Վնասվածքի պտույտային մեխանիզմը հետևողականորեն բերում է նրբոլոքի պտուտակաձև կոտրվածքի ցանկացած մակարդակի (հաճախ պլեուրի շրջանում), միջոլոքային հողավորման պատռմանը և ներսային պլեուրի կոտրվածքին:

Ուղղահայաց գերծանրաբեռնումը կարող է բերել ոլոքի դիստալ մետաֆիզի բեկորավոր կոտրվածքի և նրբոլոքի ստորին երրորդականի կոտրվածքի:

Ոտնաթաթի ենթահողախախտով կամ հողախախտով ուղեկցվող պլեուրների կոտրվածքները կոչվում են կոտրվածք-հողախախտեր:

Այսպիսով, վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքում հնարավոր են պլեուրների ինչպես մեկուսացված, այնպես էլ սրունք-թաթային հողում կոտրվածքների և կոտրվածք-հողախախտերի տարբեր զուգակցումներ: Կոտրվածքի գծի ուղղությամբ և ոտնաթաթի տեղաշարժով կարելի է ենթադրել վնասման մեխանիզմի մասին:

Ախտորոշումը պլեուրների կոտրվածքների դեպքում սովորաբար դժվարություն չի ներկայացնում: Հիվանդներին անհանգստացնում է ցավը սրունք-թաթային հողի շրջանում: Ոտնաթաթի վրա հենվելը կոտրվածք-հողախախտի դեպքում լինում է լրիվ խանգարված, անհնարին, սակայն մեկ, երբեմն նույնիսկ երկու պլեուրների կոտրվածքների դեպքում հնարավոր է պահպանված լինի: Սրունք-թաթային հողի շրջանը այտուցված է: Վարհակիչ կոտրվածք-հողախախտի ժամանակ ոտնաթաթը լինում է թեքված դեպի դուրս և գտնվում է դրսադարձ (վալգուսային) վիճակում: Մաշկը սրունքի

դիստալ հատվածում, ոլոքի պրոյեկցիայով ձգված է: Դրա տակ շոշափվում է ոլոքի ոսկրաբեկորի սուր ծայրը: Վերհակիչ կոտրվածք-հողախախտի ժամանակ ոտնաթաթը տեղաշարժվում է դեպի ներս և գտնվում դրսադարձ վիճակում: Ոլոքի հետին եզրի կոտրվածքով Պոտտ-Դեստոյի տիպի կոտրվածք-հողախախտի համար բնորոշ է ոտնաթաթի ներբանային ծալումով դիրքը, ոտնաթաթի առաջային հատվածը կարճացած է: Սրունք-թաթային հողի շրջանում հեշտությամբ շոշափվում է ոլոքի առաջային ազատ եզրը: Ոլոքի առաջային եզրի կոտրվածքի և ոտնաթաթի դեպի առաջ հողախախտի ժամանակ նկատվում է ոտնաթաթի առաջային հատվածի երկարացում: Սրունք-թաթային հողի շրջանում ոլոքի առաջային եզրի շոշափման ժամանակ առաջանում է սուր ցավ: Ոտնաթաթը գտնվում է թիկնային ծալման դիրքում: Ոտնաթաթի դեպի դուրս կամ դեպի ներս հողախախտի զուգակցումը դեպի հետ կամ դեպի առաջ հողախախտի հետ բերում է սրունք-թաթային հողի շրջանի համապատասխան դեֆորմացիային:

Ոտնաթաթի հողախախտի բացակայության դեպքում ախտորոշումը դժվարանում է: Սակայն այդ դեպքում էլ առավելագույն ցավոտությունը ի հայտ է գալիս պճեղների գազաթներից դեպի վեր, կոտրվածքի տեղին համապատասխան, իսկ դիստալ միջոլոքային սինդեսմոզի պատռվածքի դեպքում՝ առջևից ոլոքների միջև հողաձեղքից վեր: Կողմային շարժումները սրունք-թաթային հողում ավելի ցավոտ են, քան առանցքային ճնշման ժամանակ: Սրունքի շրջանում ոլոքները մոտեցնող ճնշումը առաջացնում է կոտրվածքի շրջան ճառագայթող ցավ: Այդ դեպքում դիստալ միջոլոքային սինդեսմոզի լրիվ պատռվածքի ժամանակ առաջ է գալիս զսպանակային դիմադրության զգացում:

Առավել ինֆորմատիվ է ռենտգենաբանական հետազոտությունը, որը պարտադիր հարկավոր է կատարել երկու ստանդարտ դիրքերով՝ առաջահետին և կողմային պրոյեկցիաներով: Որոշակի դժվարություն է ներկայացնում միջոլոքային սինդեսմոզի վնասման ռենտգենաբանական մեկնաբանությունը: Նորմայում առաջահետին պրոյեկցիայով կատարված ռենտգեն նկարի վրա նրբոլոքը սինդեսմոզի մակարդակին 2/3 կամ 1/2-ով ծածկված է լինում ոլոքի ստվերով: Եթե նրբոլոքը ազատ է լինում ոլոքի ստվերից ավելի մեծ տարածության վրա, խոսում են սինդեսմոզի մասնակի վնասման մասին: Եթե սրունքի ոսկրերի ստվերները ընդհանրապես չեն ծածկում միմյանց, առկա է միջոլոքային հողավորման լրիվ պատռվածք: Առավել հստակ տեղեկություն կարելի է ստանալ սրունքի 20 ° դեպի ներս պտտումով թեք պրոյեկցիայով: Համեմատության համար օգտվում են առողջ կողմի սիմետրիկ նկարից:

Բուժումը: Մեկ և նույնիսկ երկու պճեղների առանց տեղաշարժի կոտրվածքով հիվանդներին սովորաբար բուժում են ամբուլատոր պայմաններում: Դրա հետ մեկտեղ պճեղների բաց կամ »բարդ« տեղաշարժով կոտրվածքներով, ոտնաթաթի հողախախտով և հողի շրջանի տարածուն այտուցներով հիվանդները ստացիոնար բուժման կարիք ունեն:

Միամոմենտ համադրումը և այնուհետև գիպսային կապ դնելը հանդիսանում է պճեղների տեղաշարժով կոտրվածքների կոնսերվատիվ բուժման հիմնական տեսակ: Սրունք-թաթային հողի շրջանի »բարդ« կոտրվածքների փակ համադրումը, հատկապես ուշացած ժամկետներում, կատարում են ընդհանուր անզգայացման տակ: Տեղային ցավազրկման դեպքում 10-15 մլ նովոկաինի 1-2 % լուծույթը ներ են մուծում հողախոռոչ առաջային մուտքից, ոլոքի ստորին եզրով: Դա բավարար է ներհողային բոլոր վնասվածքները ցավազրկելու համար: Արտահողային կոտրվածքի դեպքում ցավազրկող դեղամիջոցը ներմուծում են անմիջապես կոտրվածքի շրջան:

Համադրումը կարելի է կատարել հիվանդի նստած ոտքերը կախված կամ, ավելի լավ է, մեջքի վրա պառկած դիրքում: Ձկնամկանը թուլացնելու նպատակով ոտքը ծնկան հողում ծալում են մինչև 90 ° և օգնականը պահում է այն այդ դիրքում: Վիրաբույժը բռնում է ոտնաթաթը երկու ձեռքով և կատարում ձգում սրունքի առանցքով: Այնուհետև իրականացնում է հողախախտի ներուղղումը, որի համար վարիակիչ կոտրվածքի դեպքում ոտնաթաթի հետին հատվածին տալիս է վերհակման դիրք, իսկ վերհակիչ կոտրվածքի դեպքում՝ վարիակման դիրք: Որից հետո նրբոլոքը մինչև 100 ° ծալելով ոտնաթաթը բերում են միջին դիրքի: Ոսկրաբեկորների դիրքը շտկվում է պճեղների վրա մատային ճնշման միջոցով: Ոլոքների մոտեցմանը միմյանց հասնում են սրունք-թաթային հողի շրջանի կողմային մակերեսին ճնշելով: Ոտնաթաթի դեպի հետ հողախախտի կամ ենթահողախախտի ներուղղումը և ոլոքի հետին եզրի համադրումը կատարում են ոտնաթաթը դեպի առաջ բերելով և նրան մինչև 75-80

° անկյան տակ թիկնային ծալման դիրք տալով: Ոլոքի առաջային եզրի կոտրվածքի ժամանակ, երբ

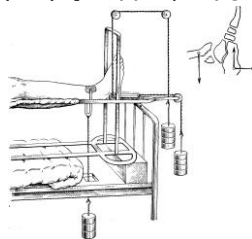
ոտնաթաթը տեղաշարժվում է դեպի առաջ, կատարում են ոտնաթաթի հետ բերում և դրան տալիս ներբանային ծալման դիրք: Գիպսային կապը դնելիս ձեռք բերված դիրքը ֆիքսում են ձեռքերով: Միջուղքային սինդեսմոզի պատռվածքի դեպքում հատկապես կարևոր է գիպսային կապի մեջ սրունքային ոսկրերը իրար մոտեցնող ճնշումը սրունք-թաթային հողի կողմերից մինչև գիպսի պնդանալը:

Եթե սրունք-թաթային հողի շրջանում է այտուցը արտահայտված է, համդրումից հետո դնում են V-ձև գիպսային լոնգետ նրբուղքի գլխիկից ներբանի տակով, սրունքի միջային մակերեսով մինչև ծնկան հողը: Ուղքի հետին կամ առաջային եզրի կոտրվածքի դեպքում դնում են նաև հետին գիպսային լոնգետ: Լոնգետները կապում են իրար փափուկ բինտով: Ուղքին տալիս են բարձր դիրք: Այտուցի ներծծման ընթացքում գիպսային լոնգետի թուլացնող եզրերը մոտեցնում են սրունքին բինտային կապերը թարմացնելու միջոցով: Պնդացնելով բինտային կապը կանխում են գիպսային լոնգետի մեջ ոսկրաբեկորների հնարավոր երկրորդային տեղաշարժը: Այտուցը լրիվ ներծծվելուց հետո դնում են խուլ գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը (երկարաձիտ կոշիկի տեսքով): Եթե այտուց չկա կամ այն արտահայտված չէ, խուլ գիպսային կապը կարելի է դնել համադրումից անմիջապես հետո: Այս դեպքում խիստ անհրաժեշտ է գիպսային կապի հետագա հսկողությունը: Վերջույթի անգամ թեթևակի ճնշման նշանների առկայության դեպքում հարկավոր է հատել գիպսային կապը ամբողջ երկարությամբ և ամրացնել փափուկ բինտով: Գիպսային կապը դնելուց կամ այն փոխելուց հետո անհրաժեշտ է ռենտգենաբանական վերահսկումը: Անհաջող համադրման դեպքում այն կարելի է կրկնել այտուցը ներծծվելուց հետո ընդհանուր անզգայացման տակ:

Համադրումից 1-2 շաբաթ անց թույլ են տալիս քայլել հենակներով: Ուղքը կարելի է թեթևակի ծանրաբեռնել 5-6 շաբաթ անց, գիպսային կապին ասպանդակ կամ կրունկ կապնելուց հետո: Գիպսային կապը հանում են 2-3 ամիս անց ելնելով կոտրվածքի ծանրության աստիճանից, սակայն մեկ տարվա ընթացքում անհրաժեշտ է լինում օգտվել սուպինատորներից (վերհակիչներից): Աշխատունակությունը վերականգնվում է 2.5-4.5 ամսից:

Մեկ կամ երկու պճեղների առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ դնում են V-ձև գիպսային լոնգետ, որը այտուցը ներծծվելուց հետո վեր են ածում խուլ գիպսային կապի մինչև ծնկան հողը: 1 շաբաթվա վերջին թույլ են տալիս ուղքը թեթևակի ծանրաբեռնել: Միապճեղ առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում անշարժացման տևողությունը 4 շաբաթ է, երկպճեղի դեպքում 6 շաբաթ, իսկ Դեստոյի առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում 7-8 շաբաթ հետագայում հարթաթաթությունը կանխելու նպատակով սուպինատորներ կրելով:

Կմախքային ձգումը ցուցված է այն կոտրվածքների ժամանակ, որոնք մաշկային ծածկույթների տարածուն վնասման պատճառով հնարավոր չէ միամոմենտ համադրել: Այդպիսի դեպքերում կմախքային ձգումը կիրառում են ոսկրաբեկորները համադրելու և ֆիքսելու համար մինչև այտուցի ներծծվելը և մաշկային վերքերի լավանալը: Այնուհետև դնում են գիպսային կապ, որից առաջ, անհրաժեշտության դեպքում, կատարում են ոսկրաբեկորների ձեռքային փակ համադրում: Կմախքային ձգումը ցուցված է նաև ուղքի դիստալ մետաֆիզի կամ մետաէպիֆիզի ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ: Ձգման շուղը անց են կացնում կրունկոսկրից: Ձգման քաշը սրունքի առանցքով՝ 5-7 կգ: 4 շաբաթ անց կմախքային ձգում փոխարինում են գիպսային կապով մինչև ազդրոսկրի միջին երրորդականը կոտրվածքի պահից 3-4 ամիս ժամկետով:



Ուղքի հետին եզրի տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում, երբ բեկորը գերազանցում է հողային մակերեսի 1/3-ը, անց են կացնում կմախքային ձգում Կապլանի եղանակով: Ձգման շուղերը անց են կացնում ճակատային հարթությամբ կրունկոսկրի և ուղքի վերապճեղային շրջանի միջով: Կրունկոսկրից իրականացնում են ձգում երկու քարշուժով. սրունքի առանցքով՝ 6-7 կգ քաշով և առաջին քարշուժին ուղղահայաց դեպի առաջ՝ 3-4 կգ քաշով: Այդ նույն քաշով էլ (3-4 կգ) անց են կացնում սրունքից ձգումը

դեպի հետ, սրունքի նկատմամբ 90 ° անկյան տակ: 4 շաբաթ անց ձգումը փոխարինում են գիպսային կապով կոտրվածքի պահից մինչև 3 ամիս ժամկետով:

Վիրաբուժական միջամտությունը ցուցված է սրունք-թաթային հողի շրջանի բաց կոտրվածքների ժամանակ և այն դեպքերում, երբ ոսկրաբեկորների փակ համադրումը լինում է անարդյունք, այսինքն պահպանվում է պճեղների, ոլոքի հետին (առաջային) ծայրի տեղաշարժը կամ ոլոքային ոսկրերի հեռանալը միմյանցից:

Ներսային պճեղի համադրման անհաջողության պատճառ հաճախ հանդիսանում է փափուկ հյուսվածքների ինտերպոզիցիան (վարիակիչ կոտրվածքի դեպքում) կամ պճեղի պտույտը իր առանցքի շուրջը (պտուտակային կոտրվածքի դեպքում): Միջոլոքային սինդեսմոզի վնասման ժամանակ սրունքի ոսկրերի համադրման կամ դրանց մոտեցված դիրքում պահելու անհնարինությունը սովորաբար պայմանավորված է լինում կամ սինդեսմոզի լրիվ պատռվածքով կամ համադրման ուշացած ժամկետով:

Պճեղների և ոլոքի եզրի օստեոսինթեզը իրականացնում են պտուտամեխերի, շուղերի կամ մետաղական բույթերի օգնությամբ: Ղիստալ սինդեսմոզը ֆիքսում են պտուտամեխի կամ հեղույսի օգնությամբ, դրսային պճեղի ուղեկցող կոտրվածքի դեպքում լրացնելով այն վերոսկրային թիթեզով:

Այն դեպքերում, երբ բաց կոտրվածքի ժամանակ առաջանում է թարախակալման վտանգ (փափուկ հյուսվածքների տարածուն վնասում, վերքի առատ ախտոտում), ընկղմվող ամրակայիչների կիրառումը նպատակահարմար է: Վիրաբուժական մշակումը և ոսկրաբեկորների համադրումը կարելի է ավարտել Իլիզարովի սարք ղնելով կամ վերմաշկային (պերկուտանեալ) ոտնաթաթի հետին հատվածից ներմտցված շուղերով տրանսարտիկուլյար ֆիքսացիայով:

Վիրահատությունից հետո դնում են կտրվածքով գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը, որը կարերը հանելուց և այտուցը ներծծվելուց հետո փոխարինում են խուլ գիպսային կապի: Հիվանդների հետագա բուժումը նույնն է, ինչ կոնսերվատիվ բուժման ժամանակ: Պերկուտանեալ մտցված շուղերը, որոնք մնացել են մաշկից դուրս, հեռացնում են 3-4 շաբաթ անց: Ընկղմվող ամրակայիչները հեռացնում են ոսկրաբեկորների լրիվ սերտաձելուց հետո:

Վեզոսկրի կոտրվածք և հողախախտ

Տարբերում են վեզոսկրի վզիկի, մարմնի և հետին ելունի կոտրվածքներ: Վնասման մեխանիզմը, որպես կանոն, անուցցակի է՝ բարձրությունից ոտքերի վրա ընկնելը, ավտոմեքենայի կտրուկ արգելակման ժամանակ ոտնաթաթի առաջամասով դրա հատակին կամ դեկավարման լծակներին ուժեղ հենվելը և այլն.: Այդ դեպքում տեղի է ունենում վեզոսկրի ձգում ոլոքի և կրունկոսկրի միջև, նույնը տեղի է ունենում ոտքի վրա առանցքային ճնշման ժամանակ:

Ոտնաթաթի թիկնային կտրուկ ծալվելը առաջացնում է վեզոսկրի վզիկի կոտրվածք: Այդ կոտրվածքը կարող է լինել առանց տեղաշարժի, վեզոսկրի գլխիկի թիկնային տեղաշարժով, ինչպես նաև այդ ոսկրի մարմնի դեպի հետ հողախախտով:

Ախտորոշումը: Սրունք-թաթային հողը մեծացած է իր ծավալով, ակտիվ շարժումները դրանում, սուր ցավերի պատճառով, խիստ սահմանափակ կամ անհնարին են: Հնարավոր է սրունք-թաթային հողի և ոտնաթաթի վերին հատվածի դեֆորմացիա: Ղեֆորմացիայի բնույթը կախված է կոտրվածքի հարթությունից և ոսկրաբեկորների տեղաշարժի չափերից: Սրունք-թաթային հողի շոշափումը ցավոտ է: Առավելագույն ցավոտություն նշվում է կոտրվածքի շրջանի վրա: Կրունկի բախումը առաջ է բերում ցավերի սաստկացում:

Ռենտգենաբանական հետազոտությունը կատարում են երկու պրոյեկցիաներով, որոնցից մեծ նշանակություն ունի կողմայինը: Վեզոսկրի վզիկի կոտրվածքով հիվանդների ռենտգեն նկարները վերլուծելիս հատուկ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել վեզակրունկային հողավորման հետին հատվածի հողամակերեսների հարաբերակցության վրա:

Վեզոսկրի հետին ելունի կոտրվածքը անհրաժեշտ է տարբերակել լրացուցիչ ոսկրից: Կասկածելի դեպքերում կատարում են առողջ ոտնաթաթի ռենտգենաբանական հետազոտություն:

Բուժումը: Վեզոսկրի վզիկի առանց տեղաշարժի կոտրվածքների դեպքում 7-8 շաբաթով դնում են գիպսային կապ մատերի ծայրից մինչև ծնկան հողը: Տեղաշարժով կոտրվածքի համադրումը նպատակահարմար է կատարել ընդհանուր անզգայացման տակ: Թիկնային կողմ տեղաշարժված գլխիկի կոտրվածքների ժամանակ այն համադրում են ոտնաթաթին տալով ներբանային ծայրագույն

ծալման դիրք (էկվիլիբրում), մշտապես ձգելով կրունկոսկրից: Այդ դիրքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը: 4-6 շաբաթ անց ոտնաթաթը հանում են այդ դիրքից, տալիս 90⁰ անկյան տակ ծալման դիրք և կրկին դնում գիպսային կապ վնասվածքի պահից 3 ամիս ժամկետով:

Վեգոսկրի մարմնի հողախախտի ուղղումը հարկավոր է կատարել անհետաձգելի ցուցումներով: Հակառակ դեպքում առաջանում են պառկելախոցեր ոսկրաբեկորների ճնշման տակ: Վեգոսկրի կոտրվածքի փակ համադրումը առավել դժվար է և հաճախ չի հաջողվում: Նման դեպքերում կատարում են բաց համադրում և օստեոսինթեզ մեղաշուղերով: Վիրահատությունից հետո դնում են գիպսային կապ 3-3.5 ամիս ժամկետով:

Վեգոսկրի մարմնի կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը, որը հանում են 2-3 ամիս անց կապված ոսկրաբեկորների տեղաշարժի աստիճանից: Որոշ հեղինակներ առաջարկում են գիպսային կապը հանել 2-3 շաբաթ անց և վաղաժամկետ բուժական մարմնամարզություն առանց ոտքի վրա հենվելու: Սակայն երկու դեպքում էլ ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժի դեպքում զարգանում է դեֆորմացնող արթրոզ սրունք-թաթային հողում:

Հետին ելունի կոտրվածքները բուժում են 2-3 շաբաթ գիպսային կապ դնելով և պիրկ բինտավորումով: Աշխատունակությունը հետին ելունի կոտրվածքների ժամանակ վերականգնվում է մոտ 1 ամսից, իսկ վեգոսկրի վզիկի և մարմնի կոտրվածքի դեպքում վնասվածքից հետո 2.5-4.5 ամիս անց: Կոտրվածքից հետո մեկ տարվա ընթացքում խորհուրդ են տալիս կրել սուպինատորներ:

Վեգոսկրի վզիկի և մարմնի կոտրվածքից հետո հաճախ զարգանում է ասեպտիկ մեռուկացում: Այս երևույթի հետ կապված հատուկ նշանակություն է ձեռք բերում վերջույթի երկարատև բեռնաթափելը: Դրա ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս 3 ամիս անց, իսկ վեգոսկրի մարմնի տեղաշարժով կոտրվածքի կամ դրա դեպի հետ հողախախտի դեպքում վնասվածքից 4 ամիս անց: Կտրուկ արտահայտված ասեպտիկ մեռուկացման և դեֆորմացնող արթրոզի դեպքում ցուցված է կատարել սրունք-թաթային, իսկ երբեմն էլ ենթավեգային հողի արթրոզեզ:

Գլուխ 9

ՈՏՆԱԹԱԹԻ ՈՍԿՐԵՐԻ ԿՈՏՐՎԱԾՔՆԵՐ ԵՎ ՀՈՂԱԽԱԽՏԵՐ

Ոտնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքները հանդիպում են այդ շրջանի հողախախտերից ավելի հաճախ: Դա բացատրվում է ոտնաթաթի հողերի անատոմիական առանձնահատկություններով:

Առաջին օգնությունը ոտնաթաթի վնասվածքի դեպքում պետք է ընդգրկի ցավազրկումը և տրանսպորտային անշարժացում: Վերջինը իրականացնում են մինչև ծնկան հողը դրվող բեկակալների միջոցով: Անշարժացման համար կարելի է օգտագործել սանդղակավոր, պլաստմասայե, ինչպես նաև փչովի բեկակալներ: Ստանդարտ բեկակալների բացակայության դեպքում անշարժացումը հարկավոր է իրականացնել ձեռքի տակ եղած միջոցներով: Բաց վնասվածքի դեպքում վերքի շրջանը ծածկում են պաշտպանիչ ասեպտիկ վիրակապով: Ոտնաթաթի բաց կոտրվածքի ժամանակ վերքի զգալի ախտոտվածության դեպքում ցավազրկող դեղամիջոցի ներմուծելը կոտրվածքի շրջանում հարկավոր է հետաձգել մինչև հիվանդին վնասվածքաբանական կետ կամ ստացիոնար ընդունվելը:

Ոտնաթաթի կոտրվածքների և հողախախտերի բուժման ժամանակ մեծ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել ոտնաթաթի կամարի վերականգնմանը: Գիպսային կապ դնելիս առանձնահատուկ փութաջանությամբ են ձևավորում ոտնաթաթի կամարը: Ֆիզիոթերապևտիկ բուժում նշանակում են դեռևս վերջույթը գիպսային կապի մեջ գտնվելիս: Գիպսային կապը հանելուց հետո մեխանոթերապիայի, մերսման, բուժական մարմնամարզության և ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումների գլխավոր խնդիրը հանդիսանում է ոտնաթաթի հողերում շարժումների վերականգնումը և դրա կամարի ձևավորելը: Հետվնասվածքային հարթաթաթության կանխարգելման նպատակով ոտնաթաթի ոսկրերի կոտրվածքներից և հողախախտերից հետո, բացի մատերի վնասվածքներից, նշանակում են սուպինատորների կրում մինչև մեկ տարի ժամկետով:

Ոտնաթաթի ենթավեգոսկրային հողախախտ

Վնասման անուղղակի մեխանիզմի դեպքերում հողախախտը տեղի է ունենում վեգակրունկային և վեգամակույթային հողերում: Ենթավեգոսկրային հողախախտի ժամանակ ոտնաթաթը ամենից

հաճախ տեղաշարժվում է դեպի ներս կամ դեպի հետ և ներս՝ ներսային և հետին ներսային հողախախտ:

Ախտորոշումը: Ենթավեգոսկրային շրջանը դեֆորմացված է: Ոտնաթաթը կտրուկ տեղաշարժված է դեպի ներս, գտնվում է էկվինուսի, վերհակման և ներսադարձ դիրքում: Ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին հստակ շոշափվում է վեգոսկրի գլխիկը: Դրանից դեպի ներս շոշափվում է տեղաշարժված նավակոսկրը: Հետին ներսային հողախախտի ժամանակ, բացի դրանից, առկա է ոտնաթաթի առաջային հատվածի կարճացում և կրունկի երկարացում: Շոշափելիս հիվանդը նշում է տարածուն ցավոտություն: Ոտնաթաթի ֆունկցիան խիստ խանգարված է: Ախտորոշումը դժվարություն չի ներկայացնում:

Բուժումը: Ենթավեգոսկրային հողախախտի ժամանակ դրա ուղղումը ձեռնարկում են հնարավորինս շուտ ժամկետներում, ընդհանուր անզգայացման տակ: Անշարժացնում են մինչև ծնկան հողը դրվող զիպսային կապով 3-4 շաբաթ ժամանակով, այնուհետև անցկացնում ֆունկցիոնալ բուժում: Հետին ներսային հողախախտի դեպքում ներուղղումն իրականացնում են հետևյալ կերպ՝ սրունքը ծալում են ծնկան հողում 90 ° անկյան տակ: Ոտնաթաթը բռնում են կրունկից և ոտնաթաթի առաջային հատվածից տալով դրան ծայրաստիճան առբերման, վերհակման և էկվինուսի դիրք: Այնուհետև կատարում են ձգում և ոտնաթաթի վարհակում, զատում և դրա ժամանակ ուղղակի ճնշում ներսից դեպի դուրս: Օգնականը, ֆիքսելով սրունքի ստորին հատվածը, գործադրում է հակաճնշում: Հողախախտի փակ ներուղղման անհաջողության դեպքում ցուցված է շտապ վիրաբուժական ներուղղումը: Ոտքի լրիվ ծանրաբեռնելը թույլ են տալիս 6-8 շաբաթ անց:

Կրունկոսկրի կոտրվածք

Որպես կանոն, կրունկոսկրի կոտրվածքի մեխանիզմը ուղղակի է: Ամենից հաճախ այն տեղի է ունենում բարձրությունից կրունկների վրա ընկնելիս կամ թռնելով իջնելիս: Այդ ժամանակ հնարավոր է երկու կրունկոսկրերի կոտրվածքը:

Կրունկոսկրի կոտրվածքների տարատեսակները աչքի են ընկնում բազմատեսակությամբ, սակայն ամենից հաճախ հանդիպող և ծանր կոտրվածքները կրունկոսկրի կոմպրեսիոն կոտրվածքներն են: Այդ կոտրվածքի ժամանակ կրունկոսկրը ճնշվելով վեգոսկրի և վնասող ազդակի միջև փշրվում է, վերածվելով մի քանի բեկորների: Կրունկոսկրի կոմպրեսիոն տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում հարթվում է ոտնաթաթի կամարը, խանգարվում կրունկավեգոսկրային և կրունկախորանարդոսկրային հողերի հողամակերեսների փոխհարաբերությունը: Կոմպրեսիոն կոտրվածքից բացի հնարավոր են եզրային և կրունկոսկրի առանձին գոյացությունների մեկուսացված կոտրվածքներ: Նշված կոտրվածքները նվազ ծանր են և պրոգնոստիկ տեսակետից՝ ավելի բարենպաստ:

Ախտորոշումը: Կոմպրեսիոն կոտրվածքի ժամանակ հիվանդները չեն կարողանում քայլել խիստ ցավերի պատճառով: Կրունկային հատվածը լինում է լայնացած: Հեմատոմա և առավելագույն այտուց նկատվում է ենթապճեղային շրջաններում: Ոտնաթաթի երկայնակի կամարը հարթված է, իսկ մեծ տեղաշարժով կոտրվածքների դեպքում առենտոգենաբանական հետազոտությունասարակ բացակայում: Ձկնամկանի լարվածությունը առաջացնում է ցավերի սաստկացում: Կրունկային շրջանի շոշափումը ցավոտ է: Եզրային կամ մեկուսացված կոտրվածքների կլինիկական պատկերը ավելի աղքատիկ է: Երբեմն հիվանդները կարող են քայլել նույնիսկ հենվելով կրունկների վրա: Առավելապես միշտ պահպանվող, հաստատուն ախտանիշ է ցավը կրունկային շրջանում, որն առավել արտահայտված է լինում կոտրվածքի մակարդակին:

Կողմային և թիկունքաներբանային (աքսիլյար) պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս ճշտել դիագնոզը:

Բուժումը եզրային և մեկուսացված կոտրվածքների ժամանակ սովորաբար առանձնակի դժվարություն չի ներկայացնում: Կոտրվածքի համադրումը իրականացնում են տեղային կամ ընդհանուր անզգայացման տակ տեղաշարժված ոսկրաբեկորների վրա մատային կամ սարքային, ինչպես նաև որոշ այլ հարմարանքներով ճնշման տակ: Կրունկոսկրի »բադի կտուց« տեսակի հորիզոնական կոտրվածքը բուժում են Յունաշև-Սիլինի եղանակով: Դեպի վեր տեղաշարժված ոսկրաբեկորից անմիջապես վերևոյնները անց են կացնում Կիրշների շուղը, որը ամրացնում են կմախքային ձգման պայտի վրա: Վերջույթը ծնկան հողում ծալում են 60-80 ° անկյան տակ, իսկ

կրունկիտակ դնում պինդ (ցանկալի է՝ փայտյա) հենման բարձիկ: Վնասվածքաբանը երկու ձեռքով բռնում է պայտի հիմքից և սեղմում կրունկային թմբկությանը (սեղմում է հենման բարձիկի և Կիրշների շուղի միջև): Այդ նույն ժամանակ ոտնաթաթին տալիս են ներբանային չափավոր ծալում: Չթուլացնելով ճնշումը կրունկոսկրին, դնում են գիպսային կապ: Այս եղանակի կիրառման դեպքում ուշադրություն են դարձնում, որ գիպսային կապը սերտորեն նստի շուղի վրա, սահմանափակելով դրա տեղաշարժը պրոքսիմալ ուղղությամբ: Կրունկի շրջանում գիպս չեն դնում: Պայտը ֆիքսում են գիպսային կապի մեջ: Կատարում են հսկող ռենտգենաբանական հետազոտություն: 3 շաբաթ անց շուղը հեռացնում են և ևս 2 շաբաթ անց հանում գիպսային կապը: Նույնատիպ եղանակով կարելի է համադրել կրունկելունի ուղղահայաց կոտրվածքը, միայն այն տարբերությամբ, որ հենման բարձիկը տեղադրում են ոչ թե կրունկի տակ, այլ դրանից առաջ: Կիրշների շուղի կիրառումը այս դեպքերում թույլ է տալիս խուսափել ոսկրաբեկորների երկրորդային տեղաշարժից ձկնամկանի լարման ժամանակ:

Մի շարք դեպքերում փակ համադրման անհնարինության դեպքում դիմում են վիրաբուժական միջամտության՝ ոսկրաբեկորների բաց համադրմանը և շուղով կամ պտուտակով դրանց ֆիքսմանը: Համադրումից հետո դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը 1-1.5 ամիս ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-3 ամիս անց:

Կրունկոսկրի կոմպրեսիոն կոտրվածքների բուժման ժամանակ անհրաժեշտ է ձգտել ոսկրաբեկորների լավագույն համադրմանը և հողամակերեսների նորմալ փոխհարաբերությանը վեգակրունկային և կրունկախորանարդաոսկրային հողերում: սակայն նման վնասվածքներով հիվանդների բուժման հիմնական խնդիրը ոտնաթաթի երկայնակի կամարի վերականգնումն է:

Առանց ոտնաթաթի կամապի հարթեցման կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը 1.5-2 ամիս ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 2-4 ամիս անց: Եթե առկա է կրունկի լայնացում, կատարում են ձեռքային կամ սարքի միջոցով ճնշում կրունկոսկրի վրա դրա երկու կողմերից:

Ոսկրաբեկորների տեղաշարժով կոմպրեսիոն կոտրվածքի դեպքում կրունկելունը վնասող ազդակի ազդեցության և ձկնամկանի լարվածության տակ տեղաշարժվում է դեպի վեր: Բացի այդ, ներբանային մկանների ազդեցության տակ տեղի է ունենում կրունկելունի տեղաշարժ դեպի առաջ: Այդ դեպքում իրականացնում են կողմային ձգում ըստ Կապլանի: Ձգման համար շուղը անց են կացնում կրունկոսկրի դիստալ բեկորով: Շուղի անցկացման տեղը նշում են ռենտգենաբանական հետազոտության ժամանակ: Դնում են ձգում սրունքի առանցքով 8 կգ քաշով: 3-4-րդ օրը քաշը թեթևացնում են մինչև 6 կգ և նույն շուղից սրունքի առանցքին ուղղահայաց կախում 4-8 կգ ծանրություն: 5 օր անց երկու ծանրություններն էլ նվազեցնում են մինչև 4 կգ:

Կրունկոսկրի տեղաշարժված ոսկրաբեկորների համադրումը կարելի է իրականացնել Յունաշկի եղանակով: Շուղը առանց դրելի անց են կացնում ոչ թե կրունկոսկրի ոսկրաբեկորով, այլ կրունկոսկրից անմիջապես վեր, աքիլեյան ջլի կպման տեղից առաջ: Ոտնաթաթը կախում են ծապավենով, որոնք կապված են շուղից և Բելերի բեկակալի վերին շրջանակից: Դնում են ձգում արունքի առանցքով 6-7 կգ քաշով:

Ձգող ուժի ներգործության կետի առավելագույնս դեպի հետ՝ դեպի աքիլեյան ջիլը տեղափոխված լինելու հետևանքով, ոտնաթաթը ձգման արդյունքում ստանում է թիկնային ծալման դիրք և ձգման ուղղությունը մոտենում է կրունկելունի առանցքին:

Բուժման այս եղանակը ունի մի շարք առավելություններ: Նախ, շուղը կրունկոսկրից վեր անցկացնելը ավելի հեշտ է, քան ոսկրաբեկորով, հատկապես բազմաբեկոր կոտրվածքի ժամանակ: Վերջինիս դեպքում շուղը կարող է անցնել ոսկրաբեկորների արանքով և ձգման տակ կտրել փափուկ հյուսվածքները: Երկրորդ, շուղը ոսկրից դուրս (ոչ ոսկրի միջով) անցկացնելով խստագույնս նվազեցնում է կմախքային ձգման այնպիսի առեղիքի բարդությունը, ինչպիսին է կրունկոսկրի օստեոմիելիտը: Եվ վերջույթներիապես, վերանում է լրացուցիչ ձգման անհրաժեշտությունը:

Յունաշկի և համահեղինակների կամ Կապլանի եղանակով բուժման 7-10-րդ օրը մամլիչով սեղմում են կրունկոսկրը և դնում լոնգետով գիպսային խուլ կապ, առանց կմախքային ձգումը հանելու: 30-40-րդ օրը հանում են կմախքային ձգումը և դնում գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը վնասվածքից հետո 2.5-3 ամիս ժամկետով: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 4-5 ամիս անց:

Գարշապարի առաջային հատվածի ոսկրերի կոտրվածք

Նավակաձև, խորանարդաձև և սեպաձև ոսկրերի կոտրվածքներ, որպես կանոն, առաջանում են վնասման ուղղակի մեխանիզմի ժամանակ: Ամենից հաճախ դա ծանր առարկայի ընկնելն է ոտնաթաթի թիկնային մակերեսի վրա: Միայն նավակաձև ոսկրի որոշ կոտրվածքները հնարավոր են վնասման անուղղակի մեխանիզմով: Կոտրվածքների այս խմբի համար ոսկրաբեկորների զգալի տեղաշարժը բնորոշ է: Այնուամենայնիվ գարշապարի առաջային հատվածի ոսկրերի կոտրվածքների ժամանակ զգալիորեն խանգարվում է դթնաթաթի երկայնակի կամարի ամրությունը, որը անհրաժեշտ է նկատի ունենալ բուժման, ինչպես նաև անշարժացման տեսակի և ժամկետների որոշման ժամանակ:

Ախտորոշումը: Բնորոշ է անամնեզը՝ ծանրության ընկնելը ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին: Հիվանդները կարող են քայլել հենվելով միայն կրունկին: Ոտնաթաթի թիկնային մակերեսին նկատվում է ուռածություն: Առավել ցավոտություն նշվում է կոտրված ոսկրի վրա: Ոտնաթաթի, հատկապես կողմային և պտուտակային շարժումները նույնպես ցավոտ են: Նախագարշապարային ոսկրերի առանցքի ուղղությամբ ճնշումը, կոտրված ոսկրի ուրվագծով, առաջ է բերում ցավերի սաստկացում: Վերջնական դիագնոզը ճշտվում է երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո:

Բուժումը: Առանց տեղաշարժի կամ աննշան տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը: Քանի որ ոտնաթաթի կամարի ձևավորելը ուղեկցվում է ցավերի կտրուկ սաստկացմամբ, անհրաժեշտ է կատարել կոտրվածքի ցավազրկում նովոկաինի 1-2 % լուծույթով: Գիպսային կապը հանում են 1-2 ամիս անց: Աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-3 ամսից:

Լիսֆրանկի հողի հողախախտ

Հողախախտն առաջանում է նախագարշապարային ոսկրերի հետ գարշապարի դիստալ շարքի ոսկրերի հողավորման շրջանում: Հողախախտը կոչվում է լրիվ, երբ հողախախտվում են նախագարշապարային բոլոր ոսկրերը: Հողախախտը սովորաբար ուղեկցվում է հողը կազմող ոսկրերի կոտրվածքով:

Բուժումը: Ներուղղումը կատարում են ընդհանուր անզգայացման տակ: Երբեմն ներուղղմանը հասնում են փակ եղանակով՝ համապատասխան մատից ձգելով և տեղաշարժված ոսկրահատվածի վրա ճնշելով: Սակայն հաճախ, անհետաձգելի ցուցումներով, ստիպված են լինում դիմել հողախախտի բաց ներուղղմանը և տրանսարտիկուլյար ֆիքսացիային: Հողախախտը ներուղղելուց հետո դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը 4 շաբաթ ժամկետով: Վերջույթի վրա աստիճանաբար ավելացվող ծանրաբեռնումը թույլ են տալիս առաջին ամսվա վերջից: Հնացած հողախախտի դեպքում ցուցված է կրել օրթոպեդիկ կոշիկ: Ուշ ժամկետներում վիրաբուժական միջամտությունը կարող է լինել անարդյունք:

Նախագարշապարային ոսկրերի և մատերի ֆալանգների կոտրվածք

Այս կոտրվածքները նկատվում են հիմնականում վնասման ուղղակի մեխանիզմի դեպքում: Հաճախակի են բաց և բազմակի վնասվածքները: Նախագարշապարային ոսկրերի մեկուսացված կոտրվածքների համար ոսկրաբեկորների մեծ տեղաշարժեր բնորոշ չեն, սակայն բազմակի կոտրվածքները հաճախ ուղեկցվում են ոսկրերի զգալի տեղաշարժով:

Ախտորոշումը: Վնասվածքի մեխանիզմը, տեղային ուռածությունը, ցավն ու ցավոտության սաստկացումը առանցքային ճնշման կամ համապատասխան մատը ձգելու ժամանակ, երբեմն ախտաբանական շարժումն ու ոսկրային կրեպիտացիան թույլ են տալիս ենթադրել կոտրվածք: Նախագարշապարային ոսկրերի կոտրվածքին բնորոշ է Յակոբսոնի ախտանիշը՝ նախագարշապարային ոսկրի գլխիկին սեղմելիս ցավի սաստկացում կոտրվածքի շրջանում: Դիագնոզը ճշտվում է ռենտգենաբանական հետազոտությունից հետո:

Բուժումը: Նախագարշապարային ոսկրերի առանց տեղաշարժի կոտրվածքի դեպքում դնում են գիպսային կապ մինչև ծնկան հողը 4-6 շաբաթ ժամկետով: Այն դեպքում առաջ կատարում են կոտրվածքի անզգայացում նովոկաինի 1-2 % լուծույթով: Ոտնաթաթի երկայնակի և լայնակի

կամարների լավագույն ձևավորման համար համապատասխան տեղերում ամրացնում են թանգիվե պելուտներ:

Մատերի ֆալանգների առանց տեղաշարժի կոտրվածքի ժամանակ բավական է համապատասխան մատը 1-2 շաբաթով անշարժացնել կաշող սպեղանու մի քանի շրջանաձև շերտերով:

Մատերի ֆալանգների և նախագարշապարային ոսկրերի տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում դնում են կմախքային ձգում կամ կատարում ձեռքային համադրում: Առանձնահատուկ ուշադրություն է հարկավոր դարձնել անկյունային տեղաշարժով ոսկրաբեկորների համադրմանը, երբ անկյունը բացված է դեպի թիկնային կողմ: Նույնը վերաբերվում է նախագարշապարային ոսկրերի վզիկների կոտրվածքին: Ձեռքային համադրումը կատարում են մատի առանցքով ձգելու ժամանակ տեղաշարժված բեկորի վրա ճնշում գործադրելու կամ սեղմելու միջոցով: Գիպսային կապը դնում են մինչև ծնկան հողը: Եթե միամոմենտ համադրումը չի հաջողվում կամ կոտրվածքը գիպսային կապի մեջ ունի տեղաշարժման միտում, դնում են կմախքային ձգում փափուկ հյուսվածքներից ըստ Կապլանի կամ կմախքային ձգում ծայրային ֆալանգներից Չերկես-Ջադեի սարքի վրա: Կմախքային ձգման սարքի շրջանակի թևերը ամրացնում են գիպսային կապի մեջ, որը դրված է սրունքի ու ոտնաթաթի վրա: Ձգումը հանում են 3-4 շաբաթ անց: Գիպսային կապով անշարժացման ժամկետը նախագարշապարային ոսկրերի տեղաշարժով կոտրվածքների ժամանակ կազմում է 7 շաբաթ, մատերի ֆալանգների կոտրվածքների դեպքում՝ 3 շաբաթ:

Վիրահատական բուժմանը դիմում են անարդյունավետ փակ համադրման և բաց կոտրվածքների դեպքում: Օստեոսինթեզի համար կիրառում են մետաղաշուղեր կամ Բոգդանովի մետաղածողեր, իսկ նախագարշապարային ոսկրերի պտուտակածև կոտրվածքների դեպքում՝ մետաղալարի շրջանաձև պարույրներ (սերկլյաժ):

Վնասվածքի բնույթից կախված, նախագարշապարային ոսկրերի կոտրվածքի դեպքում աշխատունակությունը վերականգնվում է 1.5-4 ամիսների ընթացքում: Մատերի ֆալանգների առանց տեղաշարժի և տեղաշարժով կոտրվածքի դեպքում աշխատունակությունը վերականգնվում է համապատասխանաբար 2-3 շաբաթ և 1.5-2 ամիս անց:

Ոտնաթաթի մատերի հոդախախտ

Ամենից հաճախ հանդիպում է I մատի հոդախախտ դեպի թիկնային կողմը: Հոդախախտված մատը կարճացած է երևույթները, դրա դրա երկայնական առանցքը, կախված կողմային տեղաշարժերից, լինում է դեֆորմացված: Շոշափումը ցավոտ է և զգացվում է հոդախախտված հատվածի արտահայտված եզրը: Երկու պրոյեկցիաներով կատարված ռենտգենաբանական հետազոտությունը հայտնաբերում է վնասվածքի մանրամասները:

Բուժումը: Հոդախախտի ներուղղումը կատարում են ընդհանուր կամ տեղային անզգայացման տակ: Դեպի թիկնային կողմ տեղաշարժով հոդախախտված հատվածի ներուղղման ժամանակ հարկավոր է մի քիչ մեծացնել շեղումը ավելացնելով թիկնային ծալումը և սեղմելով հոդախախտված հատվածի հիմքի վրա, տեղաշարժել այն դիստալ ուղղությամբ և ծալել դեպի ներբանային կողմ: Փակ ներուղղման անարդյունավետության դեպքում ցուցված է վիրաբուժական միջամտությունը՝ ներուղղումը և տրանսարտիկուլյար ֆիքսացիան մետաղաշուղով: Գիպսային կապը դնում են մինչև սրունքի ստորին երրորդականը 2 շաբաթ ժամկետով: