

ҚЎЛ КАФТ ОЛДИ ВА КАФТ СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИНГ ТИББИЙ - ИЖТИМОЙ ТАМОЙИЛЛАРИ, ДАВОЛАШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ САМАРАДОРЛИГИ

**Ходжанов Искандар Юнусович Республика
ихтисослаштирилган Травматология ва ортопедия
илмий-амалий тиббиёт маркази профессори
Тошкент шаҳри, Ўзбекистон Республикаси
Шопўлатов Искандар Бахтиёрович т.ф.н., доцент.
Травматология ва ортопедия кафедраси
Самарқанд давлат тиббиёт университети,
Самарқанд шаҳри, Ўзбекистон Республикаси**

Резюме: Мақолада тиббий ва ижтимоий жиҳатларни ўрганиш ва қўл суяги синишларини даволашнинг энг самарали усулларини аниқлаш бўйича тадқиқотлар олиб борилган. 2020-2021-йилларда қўл панжа суяклари жароҳати билан амбулатор даволанган 18 ёшдан 74 ёшгача бўлган 242 нафар беморлар текширув ва даволаш натижалари ташкил этади. Қайиқсимон суяк синишида келиб чиқадиган асоратларида умумий меҳнат қobiliятининг 1/3 қисмидан ортиқ миқдорда йўқотишига олиб келади. Қайиқсимон суяк синишида энг самарали усул очик металлостеосинтез бўлган бўлса, кафт суяклари синишида эндопротезлаш яхши натижа беради.

Калит сўзлар: кафт олди суяклари, кафт суяклари, синишлар, оқибатлар, даволаш усули.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРИНЦИПЫ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И ЛАДОННЫХ КОСТЕЙ

**Ходжанов Искандар Юнусович Республиканский
специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии
Министерства здравоохранения Республики Узбекистан
город Ташкент, Республика Узбекистан
Шополатов Искандар Бахтиёрович к.м.н., доцент.
Кафедра травматологии и ортопедии
Самаркандский государственный медицинский университет,
город Самарканд, Республика Узбекистан**

Резюме: В статье представлены исследования, направленные на изучение медицинских и социальных аспектов и выявление наиболее эффективных методов лечения переломов кисти. Представлены результаты обследования и лечения 242 пациентов в возрасте от 18 до 74 лет, находившихся на амбулаторном лечении с травмами кисти и запястья в 2020-2021 гг. Осложнения, возникающие в результате переломов ладьевидной кости, приводят к потере более 1/3 общей трудоспособности. В то время как

открытый металлоостеосинтез является наиболее эффективным методом лечения переломов ладьевидной кости, эндопротезирование обеспечивает хорошие результаты при переломах пястных костей.

Ключевые слова: препястные кости, ладонные кости, переломы, последствия, метод лечения.

MEDICAL AND SOCIAL PRINCIPLES, EFFECTIVENESS OF TREATMENT AND REHABILITATION OF FOREARM AND PALM BONE FRACTURES

**Khodzhanov Iskandar Yunusovich Republican
Specialized Scientific and Practical Medical Institute
Traumatology and Orthopedics Medical Center
Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan
Tashkent city, Republic of Uzbekistan
Shopolatov Iskandar Bakhtiyorovich PhD, Associate Professor.
Department of Traumatology and Orthopedics
Samarkand State Medical University,
Samarkand City, Republic of Uzbekistan**

Abstract: The article presents studies aimed at studying the medical and social aspects and identifying the most effective methods for treating hand fractures. The article presents the results of examination and treatment of 242 patients aged 18 to 74 years who were treated as outpatients with hand and wrist injuries in 2020-2021. Complications resulting from scaphoid fractures lead to the loss of more than 1/3 of the total working capacity. While open metal osteosynthesis is the most effective method for treating scaphoid fractures, endoprosthesis provides good results for metacarpal fractures.

Keywords: metacarpal bones, palmar bones, fractures, consequences, treatment method.

Ҳозирги вақтда бутун дунё мамлакатларида механик фактлари таъсири билан боғлиқ жароҳатланишлар травматизм таркибида доимий равишда етакчи ўринни эгаллаб келмоқда, улар орасида таянч-ҳаракат тузилмалари жароҳатлари 22% дан 43 %гачани ташкил этган бўлса, қўл панжа суяқларининг зарарланиши умумий жароҳатланишларнинг 25,4-28,4% ни ташкил қилади ва шундан 55% дан ортиғи очик жароҳатларга тўғри келади. қўл панжа суяқлари жароҳатлари полиморфлиги ва суяк тузилмаларининг турли хилли деформацияси билан тавсифланиши, ушбу тузилмаларнинг анатомик ва функционал хусусиятларига бевосита боғлиқлиги билан изоҳланади. Қўл панжа соҳада силжувчан тузилмалар мавжудлиги ва бу соҳа суяқлари ҳамда нейроваскуляр тузилмаларининг ўта мураккаб анатомо-топографик ўзаро боғлиқлиги, бундай жароҳатланишларга доир юқори технологияли, қулай, зарарлари кам бўлган ва жароҳатлар битгунга қадар тузилмаларни маҳкам ушлаб туришни таъминлайдиган ҳамда имкон қадар

кисқароқ вақтда қўл панжа ҳаракатини тиклайдиган методларни ишлаб чиқишни тақоза этади [1; 8].

Қўл панда тузилмаларига етказилган жароҳатлар жуда хилма-хил бўлиб, бу травма ҳажмига боғлиқ бўлади. МКБ-10 (10-чи қайта кўриб чиқилган касалликларнинг халқаро таснифи, 1995) " очик жароҳатлардан кафт олди ва қўл-панжа жароҳати (С60-С69) очик яра (тишланган, кесилган, йиртилган, тешилган), очик синиш (кафт олди, кафт, бармоқларнинг фалангалари), ўк отар қуролдан синиши, эзиш (езиш), травматик ампутатсия (тўлиқ, қисман) [2].

Штутин О. А. (1999) очик қўл жароҳатлари таснифларини ишлаб чиқишда анатомик тузилмалар (I–VI), локализатсия (Т1–Т4) шикастланишларини, шунингдек қон айланишининг бузилиш даражасини (компенсатсияланган, субкомпенсатсияланган ва декомпенсатсияланган) ва терининг шикастланиш хусусиятини аниқлайди. Шикастланишнинг анатомик вариантларига қуйидагилар киради: I. уч фаланг бармоқларидан бирининг шикастланиши; II. 1-бармоқ жароҳатлари; III. Метакарпал суякларнинг шикастланиши; IV. Бармоқларнинг бир нечта шикастланиши; V. Кафт олди суякларининг шикастланиши, битта ёки иккала қўл ичидаги умумий (субтотал) жароҳатлар; VI. Юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши (нервлар, томирлар, юмшоқ тўқималарнинг нуқсонлари).

Замонавий шароитда қўл панжа суякларининг хилма хил синишлари ва жароҳатдан кейинги асоратлар бўлган беморлар юқори технологик усулларда даволаш ҳамда реабилитация усулларини ишлаб чиқишга қаратилган илмий тадқиқотлар олиб борилмоқда [3; 7]. Шунга қарамсдан қўл панжа суяклари синган беморларни даволаш ва реабилитация қилиш замонавий травматология-ортопедия фанининг жуда долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда, бу эса жароҳатланганларнинг иш қобилиятига таъсир қилиб, травмадан кейинги асоратлари ривожланиш хавфи ортиб бормоқда [4].

Ишнинг мақсади: тиббий ва ижтимоий жиҳатларни ўрганиш ва қўл суяги синишларини даволашнинг энг самарали усулларини аниқлаш бўйича тадқиқотлар.

Тадқиқот материаллари ва муҳокамаси

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиалида 2020-2021-йилларда қўл панжа суяклари жароҳати билан амбулатор даволанган 18 ёшдан 74 ёшгача бўлган 242 нафар беморлар текширув ва даволаш натижалари ташкил этди, шулардан 117 та ҳолат шахсий кузатувлар ҳисобланади. Текшириш ва даволаш амалдаги стандартга мувофиқ ўтказилди. Текширувдан ўтказилган ва даволанган беморларнинг 232 нафари эркак (95,9%) ва 10 нафари аёллар ҳисобланади (4,1%). Энг кўп жароҳатланишлар 18 ёшдан 40 ёшгача бўлганларда (83,9%) қайд этилган – 1-жадвал.

1-жадвал

Кафт оли ва кафт суяклари синиши бўлган беморларнинг жинси ва ёши бўйича тақсимооти

№	Ёш гурухи (ёш)	Пол			
		мужской	женский	Всего	
				Абс	%
1.	18-24	101	5	106	43,8%
2.	25-40	95	2	97	40,1%
3.	41-60	30	0	30	12,4%
4.	60-74	6	3	9	3,7%
	Всего	232	10	242	100,0%

Таъкидлаш лозимки, клиник материалда барча жабрланган беморларда қўл панжа суякларининг алоҳида синишлари кузатилди, чунки тадқиқотга фақат амбулатор шароитда даволанганлар киритилган. Маълумки, қўшма жароҳатланишлар асосан стационар шароитда даволанади.

Қўл панжа суяклари синишларининг асосий қисмини 3 соатгачалик муддат (44,1%) ва 1-3 суткалик (35,5%), шунингдек 4-8 соатлик (10,1%) ташкил этади. Қолган ҳолатларда 4-суткадан 22 ва ундан кўп муддатли синишлар 0,6 дан 5,0% гача ташкил этади. Кўриниб турибдики, беморларнинг аксарияти травманинг дастлабки соат ва кунларда тиббий ёрдамга мурожаат қилишган. Кафт олди тузилмаларида кўпинча қайиқсимон суякнинг синишлари (79,1%) кузатилди, қолган суякларнинг синишлари 20,9% ҳолларда қайд этилди. 19 та ҳолатда жароҳатланган шахсларда кафт олди суяклари алоҳида синишлари, қолган 5 нафарида кафт жароҳатлари тананинг бошқа қисмлар жароҳати билан бирга кузатилган: билак суяклари синиши (2), бош мия травмаси (2), елка, сон ва болдир суяклари синишлари (1). Қайиқсимон суяк синишларини (20) тип ва турларга ажратишда, ушбу тузилмалар синиши таснифи асосида тақсимланди (Herbert, Russe) – 2 жадвал.

2-жадвал

Қайиқсимон суяк синишларининг типлари ва турлари

№ н	Синиқ типлари	Синиқ типости турлари	Миқдори
1.	А типи –стабил янги синишлар	А 1 – думбоқ синиши	0
		А 2 – танасининг тугалланмаган синиши (горизонтал, яримойсимон, вертикал)	14±0,006
2.	Б типи – ностабил янги синишлар	В 1 – дистал қийшиқ синиш	0
		В 2 – танасининг тўлиқ синиши	4±0,003
		В 3 – проксимал қисмининг тугалланган синиши	0
		В 4 – қайиқсимон – перилунар синиш ва кафт олдининг чиқиши	2±0,001
3.	С типи –секин консолидация		0
4.	Д типи –	Д -1 – фиброз битмаган	0

	исботланган битмаслик	Д – 2 – псевдоартроз	0
Жами 20			20±0,005

Жадвалдан кўриниб турибдики, қайиқсимон суякда А2 типдаги синишлар (танасининг тугалланмаган синиши) энг кўп кузатилган (расм 1) ва В2 типдаги (танасининг тўлиқ синиши) 2-расм ва В4 – тип (қайиқсимон суякнинг синиши қўл панжасининг перилунар чиқиши) билан нисбатан кам бўлди. ($p \leq 0,005$). Бошқа суякларда – яримойсимон ва илмоқсимон суяклар таналарининг синиши, нўхатсимон суякнинг асоратсиз синиши ва учқиррали суякнинг қирраси синиши қайд этилган.

Кафт олди суяклари синиши билан ўз вақтида тиббий ёрдамга мурожаат қилган 18 нафар беморлар 8 - 12 ҳафтагача вақт давомида консерватив усулда, гипс боғламада даволанди, натижалари ижобий бўлди, яъни қўл панжа ва билак-кафт бўғимининг функциялари 2-3 ой давомида тўлалигича тикланди ва уларда жароҳат оқибатида умумий меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилиши қайд этилмади. Жароҳатдан сўнг бир неча ҳафта ва ой ўтгач тиббий ёрдамга мурожаат қилган 6 нафар беморларда жарроҳлик муолажаси қўлланилди, улардан 2 нафарида қўл панжа функцияси тикланди, 4 нафарида эса асоратлар кузатилиб, шунлардан 3 нафарида сохта бўғим ҳосил бўлган булса, 1 нафарида асептик некроз қайд этилди.



1-расм Рентгенография ўнг қўл панжаси, тўғри ва ён кўринишлари, қўлига таяниб йиқилган. Муддати -15 кун. Узоқ оқибат-тузалди.



2-расм. Рентгенография ўнг қўл панжаси, тўғри ва ён кўринишлари. Муддати - 22 к ун. Узоқ оқибат-билак-кафт бўғими контрактураси.

Натижалар шуни кўрсатадики, кафт олди суяги жароҳатлари таркибида қайиқсимон суяк синишлари устунлик қилади (79,1%). Қайд этилдики, ушбу тузилмада синишлар келиб чиқиши асосан, билвосита таъсирот, яъни қўл панжанинг букилиши билан боғлиқ бўлган, чунки бу ердаги сесамасимон

суяклар силжувчанлик хусусиятга эга. Таъкидлаш керакки, кафт олди суякларининг синишларида беморлар одатда оғриқни сезмайдилар ёки оғриқ ва шиш аҳамиятсиз бўлиб, беморлар бунга эътибор бермайдилар. Бу ҳолат, уларда суяк усти пардасининг йўқлиги билан боғлиқ бўлиб, шунга кўра ҳатто ўз вақтида бажарилган операциядан сўнг ҳам, синишдан сунг салбий натижа кузатилиши мумкин ва асоратлар орасида сохта бўғим юзага келиши устунлик қилади [10].

Кафт олди суяклари синишлари оқибатида асоратлар кузатилмаган ҳолларда кўлни иммобилизация қилиш ўртача 8-12 ҳафта бўлиб, уларнинг оғирлик даражаси соғлиқнинг бузилиш давомийлиги асосида баҳоланди, яъни оқибат умумий меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилишига олиб келмади. Сохта бўғим ва асептик некроз билан асоратланган қайиқсимон суякнинг синиқлари бўлган 4 беморда биллак-кафт бўғимининг функциясини жиддий бузилишига олиб келган ва функционал мажбурий ҳолат юзага келиши, жароҳат оғирлик даражасини аниқлашда инобатга олинмай қолиши ҳам мумкин. Ваҳоланки, бундай ҳолатларда, умумий меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилиш миқдори чапда-35, ўнгда-40%и ташкил этади. Кафт суяклари анатомик тузилмаларини инобатга олиб, синиш ўрни бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлинди (3-жадвал).

3-жадвал

Кафт суякларнинг анатомик тузилмалари бўйича синиш турлари

Суякларнинг анатомик қисмлари	Кафт суякларнинг анатомик қисмларидаги синиқлар сони					Абс.	%
	I	II	III	IV	V		
Дистал эпифиз (бўғим ичи)	1	0	1	2±0,001	1	5±0,001	2,3%
Бўйинчаси (бўғим олди)	6±0,003	14±0,004	9±0,004	21±0,007	57±0,02	107±0,007	49,1%
Тананинг дистал эпифизи (диафиз)	2±0,001	7±0,003	9±0,004	15±0,006	12±0,005	45±0,004	20,6%
Проксимал эпифиз (бўғим ичи)	14±0,004	5±0,002	8±0,003	12±0,005	19±0,006	58±0,004	26,6%
Комбинациялашган	0	1*		2**		3	1,4%
Жами	23±0,003	27±0,004	27±0,004	52±0,003	89±0,01	218±0,005	100%

3-жадвал маълумоти шуни кўрсатадики, аксарият ҳолларда кафт суяклари бўйинчасида бўғим олди (49,1%), бўғим ичи (расм 3), суякларнинг базал (26,6%) ва бўғим олди диафиз (20,6%) синиқлари кузатилди. Бошчанинг синиқлари ва комбинациялашган синиқлар сезиларли даражада кам учради (2,3 ва 1,4%).



3-расм. Рентгенограмма, туғри проекция, чап қўл панжаси, Бўй бараваридан йиқилиш. Муддати 3 с. Узоқ оқибати-қониқарли.

Кузатувларнинг ҳар бир кафт суякдаги синиклар табиати бўйича тақсимланиши 4-жадвалда келтирилган

4-жадвал

Кафт суяклардаги синишларнинг табиати бўйича тақсимланиши

№	Синикларнинг характери	Ҳар бир кафт суякдаги синиклар сони ва %						
		I	II	III	IV	V	VI	Жами
1.	Субкапитал (дистал эпифизнинг бўғим юзаси соҳасидан ташқарида)	1	4±0,002	13±0,005	8±0,004	20±0,01	57±0,03	103±0,01 (47,2%)
2.	Парчаланган силжишсиз (барча қисмларда)	4±0,002	5±0,002	1	10±0,005	8±0,004	8±0,004	34±0,003 (15,6 %)
3.	Қийшиқ (диафиз соҳасида, асосида)	7±0,003	0	4±0,002	2±0,001	9±0,004	9±0,004	31±0,003 (14,2%)
4.	Кўндаланг (бошчасидан ташқари барча қисмларида)	1	1	4±0,002	5±0,002	9±0,004	6±0,003	26±0,003 (11,9%)
5.	Парчаланиб силжиган (барча қисмларда)	0	2±0,001	5±0,003	2±0,001	6±0,003	9±0,004	24±0,002 (11,0%)
Жами		13±0,003 (6,0%)	10±0,002 (4,6%)	27±0,005 (12,4%)	27±0,005 (12,4%)	52±0,01 (23,9%)	89±0,02 (40,8%)	218±0,004 (100%)

4-жадвал маълумоти шуни кўрсатадики, синишлар: V-чи (40,8%) ва IV-чи (23,9%) кафт суякларда кўп кузатилган. Бошқа кафт суякларнинг синиши 4,6 дан 12,4% гачани ташкил этди. Кафт суякларнинг турли қисмларида куйидаги синиш турлари фарқланди: қийшиқ (31), кўндаланг (26), силжимасдан парчаланган (34) ва парчаланиб силжишли (24). Қолган

ҳолатларда (103) суякларнинг бўйинчасида субкапитал синиклари қайд этилган ($p \leq 0,001$).

4-жадвалда кўрсатилган маълумотларга кўра, қийшиқ синиклар асосан IV-V қафт суякларида кузатилган. Таъкидлаш керакки, қафт суякларининг қийшиқ синишларига синик бўлақларининг силжиши хос бўлиб, даволаш жарроҳлик усулида амалга оширилади. Бунда синик юзалари катталиги сабабли, уларда битиш жараёни нисбатан тез ва асоратсиз кечади. Шунга кўра, мазкур ҳолатларда иммобилизация муддати 5-6 дан 6-8 ҳафтагачани ташкил этди, Кўндаланг синикларда синик бўлақлари кўпинча орасига юмшоқ тўқималарнинг интерпозицияси кузатилади ва шунинг учун бу турдаги синишлар одатда жарроҳлик усулда даволанишни талаб қилади (расм 4). Бироқ, синишлар юзалари майдони кичик бўлганлиги туфайли, улардаги битиш жараёни секинлашади ва шунинг учун иммобилизация қилиш муддати ўртача 6-8 дан 8-10 ҳафтагача бўлди. Ушбу турдаги синишларда II, IV-V бармоқларда контрактуралар асосан консерватив даво натижасида 22 нафардан 8 нафар беморда кузатилган. Бармоқлар бўғимлари ҳаракатининг яққол ва жиддий чекланиши ҳолатларида умумий меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилиши 10-15% дан 20-25%гачани ташкил қилди.



4-расм. Рентгенография ўнг қўл панжаси, тўғри ва ён кўринишда, Кўлини қаттиқ жисмга урилиши. Муддати 3-соат. Узоқ оқибат-қониқарли.

Парчаланиб силжиб синишлар барча қафт суякларда мавжуд бўлиб, кўпинча улар V ва II суякларда қайд этилган. Ушбу турдаги синиш одатда жарроҳлик даволанишни талаб қилади, чунки суяк бўлақлари ёпиқ репозиция усулига тусқинлик қилади. Шунга қарамай, 22 нафар бемор ёпиқ репозиция усулида консерватив даволанган. Натижада, улардан 8 нафарида 6-8 ҳафталик (2 ой) иммобилизациядан сўнг реабилитация даврида, яни икки ойга қадар II ва V бармоқларнинг оғир контрактуралари кузатилди ва ушбу ҳолат умумий меҳнат қобилиятини 20-25% га турғун йўқотилишига олиб келди. Парчаланган синишлар кўпинча III - IV ва V - қафт суякларда кузатилди. Ушбу турдаги синишларда одатда силжишлар йўқлиги сабабли консерватив даво амалга оширилади. Ушбу синикларда битиш жараёни ижобий ва асоратсиз кечди ҳамда сезиларли бўлмаган қадоқ шаклланиши кузатилди.

Шу муносабат билан иммобилизация қилиш муддати ўртача 4-6 ҳафта давом этади, умумий меҳнат қобилиятининг турғун йўқотилиш қайд этилмади. Субкапитал синишлар натижалари ўрганилганда 103 та ҳолатдан 19 тасида В-бармоқ ёзилган контрактураси (букиш бурчаси 5°) ривожланганлиги кузатилди. Ушбу синишларда иммобилизация муддати 5-6 дан 6-8 ҳафтагача бўлди. Реабилитация даврида 19 та V-чи бармоқ контрактурасидан 15 тасида бартараф этилди, 4 та ҳолатда 2 ойлик реабилитациядан сунг, яна 1,5 ой ойларга қадар асорат сақланиб қолди, бунда умумий меҳнат қобилиятининг турғун турғун йўқотилиши миқдори 5-10%ни ташкил этди.

Юқоридаги маълумотларга асосан, кафт суяклари алоҳида қийшиқ ва силжишсиз синишларда оқибатни кутмасдан оғирлик даражасини ўрта даража этиб белгилаш мумкин, чунки улар оқибати одатда контрактураларга олиб келмайди [5].

Кафт суяклари синишлари аксарият ҳолларда тумтоқ воситаларнинг бевосита зарба таъсир механизми натижасида келиб чиқиши, баъзи ҳолларда-синишлар билвосита механизм билан ҳам боғлиқ бўлиши ва уларда қисилиш натижасида ҳам синишлар намоён бўлиши қайд этилди. Бу ҳолатлари кафт суяклари синиш турларида ўз аксини топди.

Ҳозирги вақтда кафт олди синишларни даволашда консерватив ва жарроҳлик даволаш усуллари кенг қўлланилади [8;1;9]. Тадқиқотчиларнинг кўпчилигининг фикрига кўра, даволашда бир лахзали репозиция ва иммобилизация қилинади. Консерватив усулда даволаш кўп ҳолларда самарасиз бўлиб, 22-31,3% ҳолларда кафт суякларнинг деформацияси ва суяк бўлақларининг иккиламчи силжиши ва бармоқларда ҳаракатларнинг чеклаш каби асоратларга олиб келади. Ҳозирги кунда замонавий даволаш усулларида бири жарроҳлик усулидир, яъни интрамедулляр ва компрессион-дистракцион остеосинтез, кафт суякларнинг синишини даволашнинг энг самарали усули бўлган комбинациялашган остеосинтез усули ҳисобланади.

Кафт суяклари ва фалангаларининг асоратланмаган силжишсиз синиши билан консерватив даволаш усуллари кўпинча (62,6-71,4%) гипсли лангета билан ташқи иммобилизация билан амалга оширилади. Шу билан бирга, синиқ бўлақлари репозиция қилингандан кейин ҳам (15,2-17,0% ҳолларда) синиқ юзасига юмшоқ тўқима (интерпозиция) кириб қолиши, бўғимлар контрактураси ривожланиши ҳамда синиқнинг иккиламчи силжишига олиб келади. Шу муносабат билан беморларни реабилитация қилиш муддати 4-7 ойдан ошади [6].

Кафт суяклари ва бармоқларнинг фалангаларининг асоратланмаган синиши бўлган 470 беморни реабилитация қилиш натижаларини таҳлил қилганда, гипсли лангет билан иммобилизация ва остеосинтез қилинганда ҳам иккиламчи силжиши эҳтимolini тўлиқ олди олмаслиги аниқланди. Муаллифларнинг фикрига кўра, кафт суяклар ва бармоқларнинг фалангаларининг бўғим ичи синиқларида суяк бўлақларининг иккиламчи силжишини олдини олиш учун синиқ бўлақларини остеосинтездан кейин ҳам

компрессион-дистракцион остеосинтез фиксаторлари билан қўшимча маҳкамлаш самарали бўлади.

Кафт олди суягининг қайиқсион суягининг синиши силжишиз синиши консерватив усулда яъний гипсли боғламада даволанади. Гипснинг положенияси билан кафт бўғимини ёзилган (разгибанея) ҳолатда даволанади. Синиб силжиган бўлса очик металлостеосинтез операцияси қилинади.

Кафт ва бармоқ суякларида эса қийшиқ ва парчаланган синишлар асосан оператив усулда даволанади, кундаланг синишларда синиқ орасига юмшоқ тўқималар тушиб қолмаса (интерпозиция) консерватив даволанади, қолган синиқлар одатда консерватив яъни бир лахзали репозиция қилиниб гипсли боғламада даволанади. Кўндаланг синиқлар иммобилизация муддати одатдаги кечувдан биров чўзилганлиги учун бармоқларда контрактуралар кузатилади. Бўғим ичи синиқларида ҳам кўп ҳолларда бармоқларда контрактуралар кузатилади.

Қайиқсимон суяк синишида гипсли боғламада даволанганларининг ҳам кўпчилигида битмай қолиш ҳолатлари кузатилади. Битмаган синиқлар оператив усулда даволанади. Операция қилингандан кейин ҳам битмай қолиш ҳолатлари кузатилади. Ундан сунг аутосуяк киритилиб очикметаллостеосинтез қилинади.

Хулоса:

Қайиқсимон суяк синишида келиб чиқадиган асоратларида умумий меҳнат қобилиятининг 1/3 қисмидан ортиқ миқдорда йўқотишига олиб келади. Бу асоратлар асосан билан-кафт бўғимида ҳаракатларнинг кескин чегараланиши ва мажбурий ҳолатига олиб келиши билан намоён бўлади. Кафт олди суякнинг бошқа асоратланмаган синишида соғлиқнинг тикланиш давомийлиги 8-12 ҳафта (3 ойгача)ни ташкил этди. Бармоқ фалангаларининг контрактура кўринишидага асоратлари умумий меҳнат қобилиятининг турғун йуқолиши 10% дан 25% гача ташкил этди, бу асоратлар асосан кафт суякларининг субкатипал, парчаланган ва кўндаланг синишларида кузатилди. Бундай ҳолларда, соғлиқни тикланиш муддати 3-3,5 ойни ташкил этди, асоратланмаган синишларда эса 4-6 ҳафта давом этди. Қайиқсимон суяк синишида энг самарали усул очик металлостеосинтез булган булса, кафт суяклари синишида эндопротезлаш яхши натижа беради.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Копысова В.А., Мироманов А.М., Селиванов Д.П., Самсонов А.В., Смолоногов С.В.. Лечение больных с неосложненными переломами костей кисти в амбулаторных условиях. Гений Ортопедии № 3, 2014 г. с.5-12
2. Моисеев Д.В. Диагностика и лечение больных с переломами костей кисти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2010. – 110 с.
3. Кирсанов В.А., Бордуков Г.Г., Попов А.Ю., Проскурин Д.В., Макаренченко В.Е. Комбинированная фиксация при оперативном лечении переломов и посттравматических деформаций пястных костей. Здоровье медицинская экология. наука 1 (77) – 2019, с.38-45

4. Родоманова Л.А., Кутянов Д.И., Мелихов К.С., Наконечный Д.Г., Рябов В.А. Современная структура тяжелых повреждений кисти, вызванных действием тупой травмирующей силы. *Травматология и ортопедия России*. - 2011.-№4.-С.5-10.
5. Шопулатов И.Б., Индияминов С.И. (2022). Судебно-медицинская экспертизе при переломах костей пальцев рук. *Academic research in modern science*, 1(15), 22–27. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7141545>
6. Шопулатов И.Б., Бойманов Ф.Х. Классификация травматических повреждений кистей. *Тиббиётда янги кун. Илмий - рефератив, маънавиймаърифий журанал*. Бухоро. 2 (30), апрель-июнь 2020, С. 272-275.
7. Fugazzotto D, Costa Devoti C, Dumas MP, Teani C, Berti E, Zeira O. Diagnostic and Treatment of Spinal Fracture and Luxation in Italian Wolves (*Canis lupus italicus*). *Animals (Basel)*. 2022 Nov 5;12(21): 3044 с. doi: 10.3390/ani12213044.
8. Sakai A., oshige T., Zenke Y., Menuki K., Mu- rai T., Nakamura T. Mechanical Comparison of Novel Bioabsorbable Plates with Titanium Plates and Small- Series Clinical Comparisons for Metacarpal Fractures. *The Journal of Bone & Joint Surgery*. 2012; 94(17): 1597–1604.
9. Bannasch H., Heermann A.K., Iblher N., Momeni A., Schulte-Mönting J., Stark G.B. Ten Years Stable Internal Fixation of Metacarpal and Phalangeal Hand Fractures – Risk Factor and outcome Analysis Show No Increase of Complications in the Treatment of open Compared With Closed Fractures. *J. of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. 2010; 68(3): 624–628.
10. Bannasch H., Heermann A.K., Iblher N., Momeni A., Schulte-Mönting J., Stark G.B. Ten Years Stable Internal Fixation of Metacarpal and Phalangeal Hand Fractures – Risk Factor and outcome Analysis Show No Increase of Complications in the Treatment of open Compared With Closed Fractures. *J. of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. 2010; 68(3): 624–628.
11. Индияминов С.И., Шопулатов И.Б. Судебно-медицинская характеристика закрытых переломов костей кисти // *Судебная медицина*. - 2023. - Т. 9. - №1. - С. 5-17. doi: 10.17816/fm732