

UDC: 617.616.

**BOLDIR SUYAKLARINING OCHIQ SINISHLARIDA DAVOLASHNI
OPTIMALLASHTIRISH**

T.f.d. B.N. Davlatov,¹ J.J. To'xtayev,² O. Abduhalilov,³ Sh. Meliqo'zizoda⁴

¹Andijon davlat tibbiyot instituti dotsenti

²Andijon davlat tibbiyot instituti mustaqil izlanuvchisi

³Andijon davlat tibbiyot instituti magistri

⁴Andijon davlat tibbiyot instituti magistri

Izoh: Ushbu maqolada katta boldir suyagi sinishida davolash jarayonlari haqida tajribalar keltirilgan.

Key words: Katta boldir suyagi, sinish, shina, rentgen, suyak bo'lagi, gips longetasi, bo'g'im, tizza, shishlar, jarrohlik.

**OPTIMIZATION OF THE TREATMENT IN OPEN FRACTURES OF THE
SHIN BONES**

**Doctor of medical sciences, B.N. Davlatov,¹ J.J. Tukhtayev,²
O. Abdukhalilov,³ Sh. Melikuzizoda⁴**

¹Associate Professor of Andijan State Medical Institute

²Independent researcher of Andijan State Medical Institute

³Master of Andijan State Medical Institute

⁴Master of Andijan State Medical Institute

Abstract: This article presents the experiences of treatment processes in fractures of the shin bones.

Key words: large shin bone, fracture, splint, X-ray, bone fragment, plaster cast, joint, knee, swelling, surgery.

Ko'p holatlarda katta boldir suyagi to'g'ridan to'g'ri teri ostida joylashganligi sababli suyak bo'laklari bemorlarni qo'pollik bilan ko'tarish yoki noto'g'ri transportirovka qilishda terini teshib yuborishi mumkin, u xolda ikkilamchi ochiq sinish kuzatiladi. Shu sababli birinchi shoshilinch yordam ko'rsatish katta e'tiborni talab qiladi. Birinchi yordam. Agar sharoit bo'lsa, singan

soxani yod, spirt bilan tozalab suyak bo'laklari orasiga 20 ml 2% novokain eritmasi yuboriladi va og'riqsizlantirish amalga oshiriladi. Oyoq panjalaridan to sonning yuqori uchdan birigacha shina bilan immobilizatsiyalanadi. Agar sinish boldir bo'g'imida bo'lsa, tizza bo'g'imigacha qo'yiladi. Transport shinasi qo'l ostimizda bo'lmasa, boshqa o'rnini bosuvchi moslamalardan shina sifatida foydalanish mumkin. Bemorlarni transportirovka qilish oyoqda shina qo'yilgandan keyin yotgan xolda bajarilishi lozim. Katta boldir suyagining shikastlanishlari kichik boldir suyagining shikastlanishlaridan farqli o'laroq ko'p uchraydi va boldir faoliyatining buzilishiga olib keladi. Sinish to'g'ridan to'g'ri va bilvosita kuch ta'sirida ro'y beradi. Kichik boldir suyagi shinavazifasini bajarganligi uchun sindezmozning saqlanib qolganligi sababli suyak bo'laklarining uzunasiga siljishi kuzatilmaydi. Yoniga va burchak hosil qilib siljishi kuzatiladi. Keyingi holatda burchak ichkariga, oldinga yoki orqaga ochilgan bo'lishi mumkin. Qiyshiq va buramasimon sinishlarda eniga siljiganda mushak va boshqa yumshoq to'qimalar interpozitsiyasi kuzatilishi mumkin. Tashxis. Katta boldir suyagining teri ostida yaqin turganligi uchun uning sinishlarini tashxislash qiyinchilik tug'dirmaydi. Ba'zan boldirning qiyshayishi va deformatsiyasi ko'zga tashlanadi. Katta boldir suyagining qirradi bo'ylab paypaslaganda singan joyda deformatsiya aniqlanadi. Shu joyda og'riq ham seziladi. Suyak bo'laklarini xarakati noaniq ifodalanadi. Oyoq tayanchi buziladi. Sinib siljimagan bo'lsa, katta boldir suyagining aloxida sinishini aniqlash bir oz qiyinlashadi. Singan joyda gematoma bo'lishi, paypaslaganda maxalliy og'riq kuzatilishi, oyoqning tayanchlik vazifasi buzilganligi va rentgen tekshirish o'tkazishdan avval uning singanligini aniqlashga yordam berish mumkin. Boldirning ikki proektsiyadagi rentgenografiyasi sinishning harakteri, bo'laklarni borligi va siljish turini ko'rsatadi. Katta boldir suyagi alohida sinib siljimagan bo'lsa, oyoq panjalarining uchidan to sonning o'rtasigacha 3 oy muddatga gips bog'lam qo'yiladi. Agar sinish tufayli boldirda shish kuzatilsa, avvalo, gipsli longeta qo'yilib, so'ngra shish qaytgandan so'ng longetali aylanma gips bog'lamiga aylantiriladi. Sinib siljigan bo'lsa, bir momentli repozitsiya qilinib, gips bog'lami

bilan ushlab turiladi. Og'riqsizlantirish uchun maxalliy anesteziya qilinadi. Singan joyga 1% novokain 30-40 ml yuboriladi. Repozitsiyani rentgen tasviriga qarab bajariladi. Suyak bo'laklari orasidagi burchak orqaga ochilgan bo'lsa, repozitsiya oyoq yozilgan xolda, qolgan xollarda tizza bo'g'imida bukib turib qilinadi. Yordamchilardan biri oyoqni kaft sohasida ushlab, boldir o'qi bo'ylab tortadi, yana biri sonidan yoki diafizidan qarama-qarshi tomonga tortadi. Shifokor suyak bo'laklariga qo'llari bilan bosib, siljishlarni bartaraf qiladi. Oyoq panjalarining uchidan to sonning o'rtasigacha boldir suyagining pastki qismi yoki o'rta qismi singanda yoki dumba burmasigacha yuqori uchdan bir qismidan singanida gips longetasi qo'yiladi. 14-20 kundan so'ng shishlar qaytgandan keyin longetali gips bog'lami aylanma gipsli bog'lamga aylantiriladi. Katta boldir suyagi sinib, chizigi ko'ndalang yoki shunga yaqin bo'lsa repozitsiya kdgsinib, gipsli bog'lamga ko'yiladi. Qiyinroq repozitsiya qilinadigan sinishlarni narkoz ostida bajariladi, yordamchilardan biri oyoqdan ushlab, boldir yo'nalishi bo'yicha tortadi, boshqasi qarama-qarshi tomonga sonidan yoki tanasidan tortadi. Tortish uzunasiga siljish bartaraf qilinmaguncha davom ettiriladi. So'ngra jarrox bo'rtib turgan suyak bo'lagini bosib yoniga siljishini yo'qatadi. Gips bog'lami sonning o'rta qismigacha yoki dumba burmasigacha qo'yiladi.

Boldir suyagining ochiq sinishlari - bu multifaktorial natijalar va o'zgaruvchan prognozli murakkab jarohatlar. Boldirning teriga yaqinligi uni keng yumshoq to'qimalarning shikastlanishiga va keyingi zararli asoratlarga, masalan, infeksiya va birlashmaslikka moyil qiladi. Shunday qilib, ular tarixan amputatsiya, sepsis yoki hatto o'limning yuqori darajasi bilan bog'liq edi. Jarrohlik asboblari va usullarining rivojlanishi, dalillarga asoslangan ko'rsatmalarning paydo bo'lishi bilan birga, asoratlarning sezilarli darajada kamayishiga olib keldi. Eng asosiysi shundaki, zamonaviy boshqaruv strategiyalari qadimgi davrlarda tasvirlangan amaliyotlarda mustahkam asosga ega. Shunga qaramay, ochiq jaroxatlarni davolashda operatsiyadan keyingi asoratlar hali ham qiyinchilik tug'diradi. Amaldagi jarrohlik usullarini takomillashtirishga qaratilgan sa'y-harakatlar faol ravishda olib borilmoqda, shu bilan

birga ortoplastik yondashuvning paydo bo'lishi diqqatga sazovordir. Ushbu tushunchaning maqsadi boldirning ochiq siniqlarini davolashning avvalgi yangiliklari, ularning epidemiologiyasi va tasnifini, jarrohlik davolashning zamonaviy tamoyillarini va jarohatlardan keyingi natijalarni umumlashtirish va muhokama qilishdir. Ochiq siniqlar yumshoq to'qimalar yarasi orqali tashqi muhit bilan aloqa qiladigan siniqlar sifatida aniqlanishi mumkin. Ochiq sinishlarning ko'pchiligi uzun suyaklarnikidir, aksariyati pastki ekstremalarda va ayniqsa boldirda uchraydi. Boldirning ochiq siniqlari har doim davolash qiyin bo'lgan, chunki tarixan ular ko'pincha amputatsiya, sepsis yoki hatto o'limga olib kelgan. Ularning chalkashligi jarohatning o'zidan kelib chiqadi, bu esa sinish joyini infeksiya va birlashmaslik kabi zararli asoratlarga olib keladi.

Jarrohlik asboblari va usullarini takomillashtirish bilan birga, butun dunyo bo'ylab professional tashkilotlar tomonidan dalillarga asoslangan ko'rsatmalarning nashr etilishi amputatsiya, o'lim va yuqumli asoratlarning sezilarli darajada kamayishiga olib keldi. Shuningdek, ortopedik va plastik jarrohlar operatsiya xonasida ham, tashqarisida ham ishlarni birgalikda boshqaradigan ortoplastik yondashuvning paydo bo'lishi diqqatga sazovordir. Ushbu sharhning maqsadi boldirning ochiq siniqlarini davolashning tarixiy istiqbollarini, ularning epidemiologiyasi va tasnifini, jarrohlik davolashning zamonaviy tamoyillarini va jarohatlardan keyingi natijalarni umumlashtirish va muhokama qilishdir. Ochiq siniqlarni boshqarish ortoped-jarroh uchun qiyinchiliklarni ta'minlashda davom etmoqda. Texnologiya va jarrohlik texnikasi yaxshilanganiga qaramay, infeksiya va birlashmaslik darajasi hali ham muammoli. Ochiq yoriqlarni davolashda muhim bo'lgan tamoyillar ushbu maqolada ko'rib chiqiladi. Bunday hollarda antibiotiklarni erta qo'llash muhim ahamiyatga ega va erta va ehtiyotkorlik bilan sug'orish va tozalash bilan birgalikda infeksiya tezligi keskin kamayishi mumkin. Dastlabki jarrohlik aralashuvni imkon qadar tezroq o'tkazish kerak. *Barcha ochiq yoriqlar, Clostridium tetani'dan* kontaminatsiya qilish xavfini hisobga olish kerak. Iloji bo'lsa, ochiq singan yaralarni birlamchi vositalar yoki qopqoqlar bilan erta berkitish, ayniqsa, mikroorganizmlar infeksiyasini

kamaytirishi mumkin. Skeletni erta barqarorlashtirish zarur, bu vaqtinchalik tashqi fiksatsiya bilan osonlik bilan amalga oshirilishi mumkin. Ushbu tamoyillarga rioya qilish jarrohlarga o'z bemorlariga optimal yordam ko'rsatishga yordam beradi va ularga erta ishlashga yordam beradi. Boldirning ochiq siniqlari infektsiya xavfining oshishi, kechikish, birlashmaslik va yara asoratlari bilan bog'liq. Infektsiya xavfini yumshatish va yumshoq to'qimalar va suyaklarni davolashni rag'batlantirish uchun biologik va biomexanik muhitni optimallashtirishga qaratilgan. Davom etayotgan klinik sinovlar va tadqiqotlar bilan bizning eng yaxshi klinik amaliyot haqidagi bilimlarimiz rivojlanishda davom etmoqda. Bir nechta konsensus hujjatlari va protokollari ishlab chiqilgan, ammo yuqori xavfli III darajali shikastlanishlar uchun ideal boshqaruv atrofida ba'zi tortishuvlar mavjud. Erta antibiotik terapiyasi ushbu jarohatlarni davolashda asosiy davolash tamoyiliga aylandi. Biroq, antibiotik terapiyasining turi va davomiyligi haqida ba'zi tortishuvlar mavjud. Shoshilinch tozalash va yuvish davolash muvaffaqiyatining hal qiluvchi omilidir. Intramedullar fiksatsiyalash ko'pchilik boldir syagining ochiq siniqlari uchun mos fiksatsiya variantidir, dumaloq tashqi fiksatsiya murakkab shikastlanishlarni davolashda, ayniqsa suyak va yumshoq to'qimalarning yo'qolishida katta ahamiyatga ega. Turli xil davolash aralashuvlarining vaqti munozaralar va munozaralarni keltirib chiqarishda davom etmoqda. Mavjud adabiyotlarni hisobga olgan holda, mahalliy kontekstni hisobga olish kerak.

Foydalanilgan adabiyotlar:

1. Г.Р. Мак Летчи. Оксфордский журнал клинической хирургии М., “Медицина”, 1999.
2. С. Шваца, Ф. Спенсер. Справочник по клиническому хирургу. Санкт-Петербург, Москва — Минск., 2000.
3. А.Г. Еуногн. Патологик анатомиа ва патологик физиологиа. Т., «Медитина», 1978.
4. В.И. Стручков. Общая хирургия. М., “Медицина”, 1983.