

UDC: 617.616

YELKA SUYAGINING PROKSIMAL QISMI SINISHLARINI KONSERVATIV USUL BILAN DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH

T.f.d. B.N. Davlatov,¹ J.J. To'xtayev,² B. Nuritdinov³

¹Andijon davlat tibbiyot instituti dotsenti

²Andijon davlat tibbiyot instituti mustaqil izlanuvchisi

³Andijon davlat tibbiyot instituti magistranti

Izoh: Yelka suyagining barcha sinishlarida konservativ davolash infeksiyalanish xavfi kamligi bilan operativ davodan afzaldir. Albatta bu sinish turiga va harakateriga bog'liq

Key words: Yelka suyagi, sinish, konservativ, rentgen, suyak bo'lagi, gips, davolash, bemor, infeksiya, jarrohlik, proksimal yelka suyagi.

OPTIMIZATION OF CONSERVATIVE TREATMENT OF PROXIMAL PART OF SHOULDER BONE FRACTURES

Doctor of medical sciences, B.N. Davlatov,¹ J.J. To'xtayev,² B. Nuritdinov³

¹Associate Professor of Andijan State Medical Institute

²Independent researcher of Andijan State Medical Institute

³Master of Andijan State Medical Institute

Abstract: In all fractures of shoulder bone, conservative treatment is preferable to operative treatment with a lower risk of infection. Of course, it depends on the type of fracture and movement.

Key words: Shoulder bone, fracture, conservative, X-ray, bone fragment, plaster, treatment, patient, infection, surgery, proximal shoulder bone.

Yelka suyagi proksimal qismini sinish turiga qarab davolash taktikasi har xil bo'ladi. Sinish harakteristikasiga qarab siniqlar siljigan va siljimagan bo'ladi. Siniqlarning siljishi ko'pincha jarrohlik usulda davolashni talab qiladi. Siniqlarning siljimasligi konservativ usulda davolashni talab qiladi.

Ko'chirilmagan yoki minimal joyalmashgan yoriqlar uchun konservativ davo bemorlarning 80% dan 90% gacha yaxshi natijalarga olib keladi. Biroq, sinish murakkabligi va joy almashish ortib borishi bilan, funktsional natijalar

pasayadi. Muhim funktsional talablarga ega bo'lgan faol bemorlarda operatsiyasiz davolanganda qaysi yoriqlar yomon ishlashini taxmin qilish qiyin.

Yelka suyagining proksimal sinishi bo'lgan bemorga qachon jarrohlik yoki operatsiyasiz davolanishni taklif qilish to'g'risida qaror qabul qilish og'irlik darajasining ikki tomonida juda to'g'ridan-to'g'ri qaror bo'lish imumkin. Masalan, joy o'zgartirilmagan sinishlar operatsiyasiz davolanadi. Shuningdek, yosh bemorda ikkala do'mboqlar suyagi singan yelka suyagining oldingi dislokatsiyasi jarrohlik amaliyotini talab qiladi. Muammo shundaki, ko'plab yoriqlar mavjud bo'lib, ular bir oz o'zgarib turadi, lekin jiddiy ravishda siljmaydi. Bu savolning javobi nafaqat sinish shakli va joy almashishiga, balki bemorning omillariga, jumladan yoshi va singan yelkasida bemor tomonidan kutilgan talablarga bog'liq. Ushbu sinish operatsiyasiz davolanganda asoratli klinik natijalarga hissa qo'shadigan xususiyatlar haqida aniqlik kiritish va konservativ davoning hisobot natijalarini ko'rib chiqish natijasida namoyon bo'ladi.

Proksimal yelka suyagi sinishi uchun ikkita konservativ davolash usuli mavjud. Erta faol harakat mashqlari va yelka bo'g'imlarini immobilizatsiya qilish. Yelka immobilizatsiyasi paytida qo'l ko'pincha ichki aylantiriladi va adduksiya qilinadi. Buning uchun ko'pincha gips bog'lami qo'llaniladi. Maqsad shunga qaramay, qo'l shu holatda bo'lganda sinish bo'laklari ba'zan joyidan siljiydi. Bir nechta holatlarda qo'lni ichki aylanish holatida ushlab turish bilan bog'liq tasvirlangan. Ushbu natijalardan biz muqobil immobilizatsiya pozitsiyasidan foydalanish mumkinligini va qo'lning anatomic neytral aylanishi joy almashishning oldini olish uchun yaxshiroq pozitsiya ekanligi malum bo'ladi. Yelka suyagi sinishi uchun konservativ davoning samaradorligi uzoq vaqtdan beri ma'lum bo'lgan. Konservativ davo jarrohlikdan farqli afzalliklarni beradi, masalan, jarrohlik bilan solishtirganda chuqur infektsiya va radial nerv falajining kamroq xavfi vujudga keladi. Tadqiqotlar shuniko'rsatadiki germetiklar bilan davolashning ajoyib natijalari qayde tilgan. Ammo bu natijalar takrorlanmadi. Yelkaning sinishining standart davolash usuli hali ham muhokama qilinmoqda. So'nggi

paytlarda funktsional mustahkamlash samaradorligini ichki fiksatsiya bilan solishtirish uchun ko'plab sinovlar o'tkazildi. Ichki fiksatsiya funktsional mustahkamlash bilan solishtirganda funktsional natijalarni sezilarli darajada yaxshilamaganligini ko'rsatdi. Bundan tashqari, funktsional qo'llab-quvvatlovchi guruhning 30% jarrohlik yo'li bilan o'tkazilishi kerak bo'lgan muolajaga ega edi. Konservativ davu bilan birlashmaslik havfini, shu jumladan maydalanish, segmentar sinishlarini ta'kidladi. Ushbu tadqiqot shuni ko'rsatdiki, operativ fiksatsiya birlashmaslik, funktsional natijalar va asoratlar bo'yicha konservativ davodan ustunligi ma'lum.

Singan joyining joylashuvi va shikastlanishning xususiyatlari sinishning qisqarishini mustahkamlash orqali saqlab qolish mumkinligini aniqlashda muhim omil hisoblanadi. Odatda, agar sinish zonasi ko'krak qafasining yuqori chegarasi o'rtasida bo'lsa va chuqurchaning yuqori chegarasidan 5 sm dan yuqori bo'lmasa, jarohat mustahkamlash uchun mos keladi. Izolyatsiya qilingan oddiy yoriqlar mustahkamlash uchun idealdir. Mavjud dalillar shuni ko'rsatadiki, semirish, diafizning proksimal uchdan bir qismi sinishi, ko'ndalang yoki qisqa qiyasinish va sinish bo'shlig'ining ko'payishi yoki 6 haftalik kuzatuvda regenerat hosil bo'lmasligi birlashmaslik xavfini oshiradi.

Bemor 7-10 kun davomida qo'l gips bog'lami bilan fiksatsiya bo'ladi. U o'qi bo'yicha immobilizatsiya qilinadi va funktsional holatga o'tadi. Bemorga klinik shifo va paypaslanadigan holatga qarab 5-6 hafta davomida tirsag bo'g'imidan egilishi passiv yelkasini oldinga egilishi va qo'l gips bo'g'lamida kengayishi faol harakatlanishiga ruxsat beriladi. Keyin qo'l gipsdan chiqariladi va yelkaning faol harakati boshlanadi.

Operativ davolash uchun ko'rsatmalar segmentar sinish, tomirlar shikastlanishi, yopiq reduksiyadan so'ng bilak nervining shikastlanishi, ochiq sinish, politravma va muvaffaqiyatsiz konservativ davolanishni o'zichiga oladi. Hozirgi vaqtda yelka o'qini mahkamlash uchun eng yaxshi fiksatsiya texnikasi noaniqligicha qolmoqda. Ichki fiksatsiya oddiy sinishlarda yaxshi davolash

natijalarini ta'minlaydigan an'anaviy usuldir. Minimal invaziv plastinka osteosintezi yumshoq to'qimalarning parchalanishini minimallashtirish uchun joriy etiladi. Bu esa sinishda qon tomirlarini ta'minlashga yordam beradi. Shuningdek, birlashmaslik va qayta aralashuv xavfini kamaytirishi mumkin.

Singan joyini ochmasdan segmentar sinishning qisqarishi texnik jihatdan talabchan. Muqobil variantlardan biri sinish joyida yumshoq to'qimalarni sinchkovlik bilan ajratish bilan kichik ochiq reduksiyadir.

Umumiy olganda yelka suyagining siniqlarini konservativ usulda davolash quyidagilarni tashkil etadi:

- Immobilizatsiya. Gips bog'lamini qo'llash va immobilizatsiyani ta'minlash.
- Og'riqni nazorat qilish.
- Harakat oralig'I bo'yicha mashqlar.
- Jismoniy terapiya.

Yelka diafizi sinishlari ko'ndalang, qiyshiq va vintsimon bo'lishi mumkin. Singan bo'lakchalarning ko'chishi shikastlanish mexanizmiga va mushaklarning tortish kuchiga bog'liq.

Bunda tomir-nerv dastasi distal bo'lakchanning o'tkir uchlaridan bosiladi yoki shikastlanadi. Agar sinish chizig'I katta ko'krak mushagi yopishgan joydan pastda, lekin deltasimon mushakdan yuqori bo'lsa, bu holatda proksimal bo'lakcha katta ko'krak va orqaning serbar mushaklari ta'siri ostida orqaga va ichkariga, distal bo'lakchasi va deltasimon, tumshuqsimon-yelka va uchboshli mushaklar ta'siri ostida tashqariga va qisman oldinga suriladi. Yelka suyagi deltasimon mushak yopishgan joydan pastda singanda deltasimon mushak ostidan sinish markaziy bo'lakcha shu mushak ta'sirida tashqariga va yuqoriga ko'chadi, distal bo'lakcha esa ikki boshli, uch boshli va tumshuqsimon-yelka mushaklari ta'siri ostida yuqoriga va qisman orqaga suriladi. O'ziga xos belgilari sinish soxasidagi shish, deformatsiya va harakat qilinganda og'riq seziladi, yelka faoliyati buziladi va yelka qisqaradi. Yelka suyaganing uchdan bir o'rta va pastki qismi sinishi, ko'pincha, bilak nervi shikastlanishi bilan o'tadi, u suyak siniqlaridan qisman yoki to'liq

shikastlanishi mumkin. Bunda bu nervning falajlanishi travma paytida sodir bo'ladi. Singan joyni gematomaga 20 ml 1% novokain eritmasi yuborish yo'li bilan anesteziya qilinadi. Bo'lakchalari ko'chmasdan singanda 2 oy muddatga bog'lam qo'yiladi. Bo'laklari surilganda bir momentli repozitsiya qilib, keyin gips bog'lami qo'yiladi yoki tirsak o'simtasiga suyakni cho'zish uchun 4-5 kg yuk osib suyakdan tortish qo'llaniladi. Yelka suyagi qaysi joyidan sinishidan qat'iy nazar, yelka 90°ga olib kelinishi va oldinga frontal tekislikdan oldinga 40 gradusburchakda tortilgan bo'lishi kerak/ Bunda proksimal va periferik bo'lakchalar shinada bitta tekislikda o'rnatiladi. Yelka suyagining qiyshiq va vintsimon sinishlari 2 oy, ko'ndalang sinishlari 2,5 oy mobaynida bitadi. Davolashni birinchi kunlaridan tanadan uzoqlashtiruvchi shinada barmoqda va panja bo'g'imlarida, 10-kundan boshlab tirsak bo'g'imida harakatlar qilish tavsiya qilinadi. So'nggi vaqtlarda yelka suyagining diafiz sinishlarida qisqartirilgan aylanma gips bog'lami bilan davolash keng tarqalmoqda. Qo'lning og'irligi ta'siri ostida uzunasiga surilish bartaraf bo'ladi.

Qisqartirilgan aylanma gips bog'lami esa eni bo'yicha surilishni yo'qotishga imkon beradi. Bunda yondosh, qo'shni bo'g'imlar harakatchanligicha qoladi, qo'l funktsiyasi esa qisqa mudatlarda tiklanadi.

Xulosa qilib aytilganda yelka suyagining barcha sinishlarida konservativ davolash infeksiyalanish xavfi kamligi bilan operativ davodan afzaldir. Albatta bu sinish turiga va harakateriga bog'liq

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 анатомија ва патологик физиологија. Т., «Медитина», 1978.
4. В.И. Стручков. Общая хирургия. М., "Медицина", 1983.