

TILYAKOV A.B., TILYAKOV X.A., ERANOV N.F.

**CHANOQ SUYAKLARINING
QO'SHMA JAROXATLARINI
TASHXISLASH VA
DAVOLASH TAKTIKASI**

5

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

TILYAKOV A.B., TILYAKOV X.A., ERANOV N.F.



**CHANOQ SUYAKLARINING QO'SHMA JAROXATLARINI
TASHXISLASH VA DAVOLASH TAKTIKASI**

Monografiya

*SamDTI ilmiy-uslubiy kengashi Majlisiga (2021 yil 24 февраль
№7 sonli yig'ilish bayonnomasi) matbuot uchun tavsiya
etilgan.*

**Sam DTI
axborot-resurs markazi**



TIBBIYOT KO'ZGUSI

SAMARQAND_2021

УЎК 617.581:616.22-08

КБК: 54.18

T 49

Tilyakov A.B., Tilyakov X.A., Eranov N.F.

Chanoq suyaklarining qo'shma jaroxatlarini tashxislash va davolash taktikasi [Matn] : monografiya / A.B.Tilyakov ,X.A. Tilyakov , N.F. Eranov .- Samarqand: TIBBIYOT KO'ZGUSI , 2021.-100 b.

TAQRIZCHILAR:

I.E. Khujanazarov – Toshkent tibbiyot akademiyasi travmatologiya va ortopediya kafedrası mudiri t.f.d.

A.S. Abdullaev – Samarqand Davlat tibbiyot institute Xirurgik kasalliklar kafedrası t.f.d. professori

Monografiyada mavzuning dolzarbligi keltirilgan bo'lib: chanoq suyagi halqasining shikastlanishini davolash, rivojlanayotgan zamonaviy travmatologiya soxasida dolzarb muammosi bo'lib qolmoqda. Bunday shikastlanishlar kup sonli yoki qo'shma jarohatlarning tarkibiy qismidir. Ushbu shikastlanishlar katta qon yuqotilishiga olib kelishi mumkin, shok bilan birga bemorning umumiy ahvoli o'taog'ir xolda namoyon bo'ladi. Shu nuqtai nazardan, barcha kompleks davolash alohida ahamiyatga ega bo'lib, osteosintezining pasttravmatik ishonchli usullarini o'z ichiga olgan. Travmatik shokning og'ir darajasi, qon yuqotishining katta miqdorda 2,5 -3 litrgacha bo'lgan bunday shikastlanishlar, ichki parenximatoz organlarning shikastlanishi bilan bir qatorda kelishi bilan ifodalaniladi, ush bu shikastlanishlarda kon ketishini tuxtatish reanimatsiya tadbirlarining asosiy vazifalari keltirilgan.

Monografiya travmatoloc va ornopedlar, umumiy amaliyot shifokorlar, tadqiqotchilar va o'qituvchilarga, hamda yuqori tibbiyot o'quv yurtlarining yuqori kurs talabalariga va magistrilariga mo'ljallangan.

ISBN 978-9943-7097-9-9

© A.B.TILYAKOV, X.A. TILYAKOV, N.F. ERANOV 2021 й.

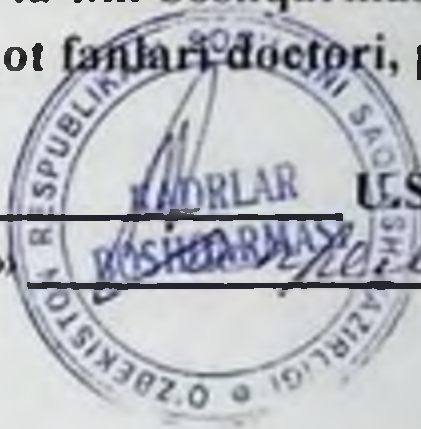
© TIBBIYOT KO'ZGUSI, 2021 й.

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI**

«TASDIQLAYMAN»

**Fan va ta'lim boshqarmasi boshlig'i
tibbiyot fanlari doctori, professor**

U.S. Ismailov
« 22 » 2021 y.



**CHANOQ SUYAKLARINING QO'SHMA JAROXATLARINI
TASHXISLASH VA DAVOLASH TAKTIKASI
(MONOGRAFIYA)**

«Тасдикланди»

ЎзР Соғлиқни сақлаш
вазирлиги илмий фаоллигини
мувофиқлаштириш бўлими

22 апрель 2021
84.У/1346

Toshkent – 2021

QISQARTMALAR RO'YXATI

- AO** - association orthopedics.
- TFM** - tashqi fiksatsiya moslamasi
- O'TKDO** - ekstrafoikal transosseous kompressiya-distraktsion osteosintez.
- DKBJDU** - dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli
- IA** - Infektion asorat
- SQ** - sakroiliak qo'shma
- SDTT** - bog'liq jarohatlar bilan suyak sinishlarini davolash uchun tayoqchalar to'plami.
- ITI** - Ilmiy tadqiqot ishlari
- RITB** - reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi
- POD/POE** - poly organlarning disfunktsiyasi/poly organlarning etishmovchiligi
- TYR** - tizimli yallig'lanish reaktsiyasi
- OHT** - bir vaqtdagi og'ir holatdagi travmalar
- O'ATE** - o'pka arteriasi tromboemboliyasi

KIRISH

JSSQ ma'lumotlariga ko'ra dunyoda yiliga 1,2 millionga yaqin odam yo'l-transport hodisalaridan vafot etadi va 50 milliondan ortiq kishi jarohat oladi. Yo'l-transport hodisalari va jarohatlarning iqtisodiy xarajatlari odatda yiliga 518 milliard AQSh dollarini tashkil etadi, bu o'rtacha 1,5 foizini tashkil etadi (Jahon sog'liqni saqlash statistikasi 2008). Evropada har yili yo'l-transport hodisalaridan 127 ming kishi, Evropa Ittifoqida 40 mingdan ortiq kishi vafot etadi (Evropada jarohatlarning oldini olish: 2010 yil). Davlat hisobotiga ko'ra, Rossiya Federatsiyasida yo'l-transport hodisalarining eng yuqori darajasi 2000 yillarning boshlarida sodir bo'lgan. Shunday qilib, 2004 yilda Rossiya yo'llarida 200 mingga yaqin yo'l-transport hodisalari ro'yxatdan o'tkazildi, unda 34 mingdan ortiq kishi halok bo'ldi va 250 mingdan ortiq ruslar jarohat olishdi. (Yo'l harakati xavfsizligini yaxshilash bo'yicha keyingi chora-tadbirlar to'g'risida 2009).

Shu sababli, yo'l harakati hodisalari o'limining potentsial oldini olish mumkin bo'lgan sabablari:

1) Kasalxonalarining shokka qarshi bo'limlarida kasalxonaga yotqizish va reanimatsiya yordamini tezkor, samarali ta'minlash bilan o'tkir qon yo'qotish va travmatik shok va 2) Kasalxonalarda ko'p tarmoqli shoshilinch yordamni samarali ko'rsatishda POD/POE va jarohatlarning asoratlari. (Gumanenko Ye.K., 2008).

Jarohatlar muammosining jamiyat uchun dolzarbligi shundan iboratki, travma, onkologik va yurak-qon tomir kasalliklaridan farqli tomoni, asosan hal etiladigan muammo hisoblanadi.

Jamiyat jarohatlarning oldini olish bo'yicha harakatlarni amalga oshirish va ularning oqibatlarini bartaraf etish borasida katta imkoniyatlarga ega. Binobarin, hozirgi paytda iqtisodiy jihatdan rivojlangan mamlakatlarning jarohatlanish muammosini

hal etishga qaratilgan sa'y-harakatlari, global demografik muammoning ajralmas qismi sifatida, ularning davlat siyosatining tarkibiy elementi hisoblanadi. (World health statistics 2008).

Yo'l-transport hodisalarida o'lim va nogironlikning asosiy sababi og'ir jarohatlar va politravma hisoblanadi. Og'ir qo'shma jaroxatning tuzilishi o'zgaruvchan va ko'pgina omillarga bog'liq.

Dominant jarohatga ko'ra, uni quyidagicha ifodalash mumkin: kalla suyagi va miyaga shikast etkazish - 19,3%, ko'krak qafasi - 15,4%, qorin - 11,6%, chanoq suyagi - 13,3%, umurtqa pog'onasi - 4,5%, oyoq-qo'llar - 28,1% va bir nechta tana sohalarining bir xil ahamiyatga ega shikastlanishlari - 7,8%.

Shu bilan birga, og'ir qo'shma jaroxat paytida tananing turli sohalariga zarar etkazish chastotasi boshqacha taqsimlanadi: kalla suyagi va bosh miyaga shikast etkazish - 70,6%, ko'krak qafasi - 47%, qorin - 27,4%, chanoq suyagi - 32,2%, umurtqa pog'onasi - 11,3%, oyoq-qo'llar - 66,2% (Gumanenko E.K., 2008).

Shunday qilib, og'ir qo'shma jaroxat bilan chanoq suyagi shikastlanishi har uchinchi shikast olgan bemorda uchraydi va chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishi 13,3% hollarda dominant shikastlanish hisoblanadi.

Chanoq suyagi - bu katta chanoq suyaklari, chanoq a'zolari, katta qon tomirlari va asab magistrallarini o'z ichiga olgan tanadagi ettita anatomik mintaqalardan biri. Chanoq suyagining tuzilishi ikkita chanoq suyagi - sacrum va coccix tomonidan hosil qilingan keng suyak aylanasidan va chanoq aylanasining ventral va dorsal sohalarini mahkam birlashtiradigan elastik bo'g'inlardan iborat. [Ankin N.L.2005].

Chanoq aylanasining stabilligi chanoq suyagi funktsiyalarini bajarish uchun juda muhimdir. O'murtqa pog'onasini va pastki ekstremitalarning suyaklari birlashtirilgan joyni qo'llab-quvvatlaydigan chanoq suyaklarini ishonchli fiksatsiya qilish holatida to'g'ri yurish mumkin.

Chanoq suyagi sohasi anatomik xususiyatlariga ko'ra, og'ir qo'shma jaroxatda, chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishi bilan birga, intravelvik qon ketish travmanin o'tkir davrida sodir bo'ladi. Rotatsion nostabil sinishlar da (B tipi) qon yo'qotish hajmi 2 litrga, vestikulyar nostabil sinishlarda (C tipi) - 3 litr va undan ko'p hajmga etadi, bu o'limning asosiy sababi hisoblanadi.

Chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarining bu xususiyati chanoq suyaklarini tashqi fiksatsiya moslamalari bilan tezkor fiksatsiya qilish ko'rsatkichi xisoblanadi. (Ganin V.N., 2000).

O'tkir travma davrida chanoq suyagi sinishlarining kamaymagani sababli, yaxshi funktsional davolash natijasiga erishish uchun singan chanoq suyaklarini aniq bir tekislash ko'p sonli nostabil chanoq suyagi sinishi bilan kechadigan og'ir qo'shma jaroxatbilan jabirlangan bemorlarni davolashda navbatdagi muhim vazifadir.

Reanimatsiya va intensive terapiya bo'limi da intensiv terapiya tugagandan so'ng va jabrlanuvchining umumiy ahvoli og'irligini baholash o'lchovidir yoki shkalasi bilan belgilangan kompensatsiya darajasiga qadar stabillashgandan so'ng hal qilinadi. (Gumanenko E.K, 2008).

Hozirgi vaqtda og'ir qo'shma jaroxatbilan shikastlangan bemorlarda chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini davolash bo'yicha umumiy qabul qilingan progressiv taktika chet el adabiyotida uch bosqichdan iborat bo'lgan "Damage control orthopedics " taktikasi deb nomlangan dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasi xisoblanadi.

Birinchi bosqichda ichki chanoq qon ketishni to'xtatish va jabrlanuvchining hayotini saqlab qolish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladi. 2-bosqichning vazifasi POD/POE ni tuzatish va kompensatsiya darajasida umumiy holatni stabillashtirish bo'yicha intensiv terapiya. 3-bosqichda

optimal funktsional natijalarga erishish uchun chanoq suyaklarining aniq qisqarishi amalga oshiriladi (Gumanenko E.K. va hammualiflar, 2011).

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun bir necha usullar taklif qilingan, ulardan eng keng tarqalgani:

1 –ekstrafokal transosseus kompressiya-distraktsion osteosintez

2–kanulyatsiya qilingan vintlar bilan ichki osteosintez

3 –ochiq ekstrakortikal osteosintez va 4 – kombinatsiyalangan osteosintez (Istomin A.G., 2000; Runkov A.V., 2013; Donchenko S.V. va hammualif., 2016; Manukovskiy V.A. va boshq.,2016).

Og'ir qo'shma jaroxatbilan shikastlangan bemorlarda ko'plab nostabil chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik bilan aniqlash usullari samaradorligini baholash taktikaning 3-bosqichidagi (Damage control orthopedics) jarohat jarrohligining dolzarb muammosi bo'lib, ushbu tadqiqotning maqsadi xisoblanadi.

BOB I. ADABIYOT MANBALARI HAQIDA UMUMIY MA'LUMOT

Muammoning dolzarbligi

Ayni paytda jarohatlar mehnatga layoqatli odamlarda o'lim va nogironlikning asosiy sababi bo'lib qolmoqda. [Gumanenko E.K., 2008, Shapovalov V.M., 2000]. Jarohatlanishning yuqori ijtimoiy ahamiyati yo'l-transport hodisalarining miqdorining ko'payib borishi, shuningdek boshqa yuqori energiyali shikast etkazuvchi omillarning paydo bo'lishi bilan bog'liq.[Agadjanyan V.V, Milyukov A.Yu., 2002]. Bularning barchasi mushaklar-skelet tizimining shikastlanishlari tuzilishini og'ir jarohatlarning ko'payishiga qarab o'zgartiradi, ulardan biri chanoq suyagining shikastlanishidir. [Agadjanyan V.V., Milyukov A.Yu., 2002, Besaev G.M., 1999]. 14% hollarda og'ir qo'shma travma bilan shikastlangan bemorlarda Chanoq suyaklarining nostabil sinishlari tashxis qilinadi, bu esa ichki to'qimalardan qon ketishi bilan kechadi va bu og'ir shikastlanish ko'rsatkichi hisoblanadi. [Dyatlov M. M., 2001, Kulagin V. K., 1978].

Chanoq suyaklaridagi shikastlanish turidagi o'lim, davolashning rivojlangan jarrohlik usullaridan foydalanmasdan, 80% ga etadi. [Borisov M.B., 2016, Jilin A.N., 2003, Singaevskiy A.B., 2002.]. Chanoq suyaklaridagi nostabil sinishlarning birlamchi stabillashuvi bemorlarning omon qolishida katta rol o'ynaydi. Va "damage control" taktikasining uchinchi bosqichi doirasidagi yakuniy stabillik jabrlanganlarning erta "vertikalizatsiyasiga" erishishga, shuningdek, uzoq va anatomik-funksional ko'rsatkichlarni yaxshilashga imkon beradi.

Bugungi kunda chanoq suyaklarining nostabil sinishlarini yakuniy fiksatsiya qilish uchun bir necha usullar mavjud. Ularning har birining o'ziga xos ko'rsatkichlari, afzalliklari va kamchiliklari mavjud va ularning ko'payish chastotasi jarrohning afzalliklari va tibbiy muassasaning imkoniyatlariga bog'liqdir [Milyukov A. Yu., Va boshq., 2016, Li C.,2007].

Chanoq suyagi sinishlarining tasnifi

Sovet mualliflari va chet el mualliflari tomonidan aytilgan chanoq suyagi shikastlanishi haqidagi tushunchalarning rivojlanish tarixida chanoq suyagi shikastlanishlari tasnifi katta rol o'ynadi.

1948 yilda A.V.Kaplan chanoq suyagi sinishining birinchi tasnifini taklif qildi. Ushbu tasnifning asosiy kontseptsiyasi chanoq aylanasi anatomiyasi edi [Shischuk V.D., 2011]:

1. Chanoq aylanasi shakllanishida ishtirok etmaydigan chanoq qismlarining chekka sinishi.
2. Chanoq aylanasi uzluksizligini buzmasdan suyaklarining sinishi.
3. Davomiyligini buzish yo'li bilan chanoq aylanasi suyaklarining sinishi,
4. Chanoq suyagi old va orqa qismlarining kombinatsiyalangan sinishi.
5. Asetabulumning sinishi

1966 yilda Gruca A. chanoq suyagini siqish va ezish mexanizmlarini tavsiflaydi, shuningdek jarohatlarni tavsiflash uchun patomorfologik mezonlarni kiritadi.

1973 yilda Patryn A. dumg'aza bo'g'imlari shikastlanishlari patomekanikasiga yonbosh qanotlarning qo'shilishi va qo'shilishi mexanizmini kiritdi.

1979 yilda Marczynski V. stabillik mezonidan foydalanib, chanoq suyagi shikastlanishlarini stabil va nostabilga ajratdi. Ushbu mezon chanoq suyagi shikastlanishlarining keyingi ko'plab tasniflarida aniqlandi.

Nihoyat, 1980 yilda Pennal G., Tile M., Waddell J. va boshq. birinchi marta chanoq suyagi sinishlarining ikkita mezon asosida tasnifini tuzdi: 1 - zarar etkazadigan kuchning harakat yo'nalishi, va 2- chanoq suyagi shikastlanish darajasi. Zarar anteroposterior proektsiyada kompressioni, lateral o'qda kompression yoki

vertikal yo'nalishda kompression natijasida yuzaga kelishi mumkin [Tkachenko SS, 1989; Smit V.2007; Tile M., 1984].

Ushbu tasnifda shikastlanish xususiyati, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar, chanoq aylanasi yorilishining taxmin qilingan joylari, chanoq suyagi nostabilligi darajasi va davolash bo'yicha tavsiyalar haqida ma'lumotlar mavjud. (1-jadval) [Odinskiy B., 2000; Shishuk V.D., 2011].

Pennal G. tasnifi zarar etkazuvchi kuchlarning harakat yo'nalishi xususiyatlarini, ya'ni zararning biomexanik xususiyatlarini o'z ichiga oladi. Shuning uchun bir qator mualliflar: Eyler E., Shvayberer L., Betz A. buni juda foydali deb hisoblashadi. Mualliflar tasnifga kiritilgan kuchlarning uchta asosiy harakat yo'nalishlariga muvofiq zararning uch turini ajratib ko'rsatadilar: anteroposterior, lateral va vertical. Bunga qarab, ular davolash usullarini qo'llash algoritmini taklif qilishadi. Shunday qilib, birinchi guruh jabrlanuvchilari uchun konservativ usullardan, ikkinchi va uchinchi guruh jabrlanuvchilari uchun esa jarrohlik davolash usullaridan foydalanish kerak. O'sha davrning ko'plab tasniflari asosida chanoq suyaklariga zarar etkazish mexanizmlarining patomexanikasi: aylanish va vertikal nostabillik mexanizmlari yotadi [Zyryanova TD 1975; Shischuk V.D., 2011 yil; Hoffmann E, 2008].

Chanoq suyagi sinishlarini davolash bo'yicha jahon amaliyotida qabul qilingan xalqaro tizim AO / ASIF bo'yicha tasniflash eng katta ahamiyatga ega. Hozir u AO tasnifi sifatida tanilgan. 1990 yilda AO olimlari guruhi M. tile (1987) va astetabulumning shikastlanishi E. Letournel (1981) fikriga ko'ra chanoq suyagi shikastlanishining tasniflash tizimlarini o'zgartirdi, bu ushbu tasnifga asos bo'ldi. [Letournel E., 1981; Tile M., 1988].

Jadval 1.

G. Pennal bo'yicha chanoq suyagi sinishlarining klassifikatsiyasi (1980).

Chanoq suyagi shikastlanishi turlari

1A Anteroposterior yoki lateral yo'nalishlarda kichik kuchlar harakatida joy almashmagan chanoq suyagi sinishi. Bunday holda, pubik artikulyatsiyaning divergentsiyasi 2 sm dan oshmaydi. Mualliflarning fikriga ko'ra, ushbu turdagi jarohatlar bilan jabrlanuvchini Fovler holatiga qo'yish kifoya, keyingi immobilizatsiya, yon tomonga jarohatni yuklamasdan

2B Anteroposterior yoki lateral o'qda kuch ta'siridan kelib chiqadigan shikastlanishlar, pubik artikulyatsiya divergentsiyasi 2 sm dan ortiq, ammo dumg'aza bo'g'imlari boylamlari va dumg'azaganing anatomik yaxlitligi saqlanib qoladi.

Bunday jarohatlarda tashqi fiksatsiya moslamasi bilan oldingi yarim aylanani birlashtirish kifoya.

3C Chanoq suyagi orqa yarim aylanasida nostabil sinishlar. Ushbu variantda, kuch ishlatilganda, dum va dumg'azaga oid bo'g'imlari yoki dumg'azaga oid qo'shimchasini shakllantirishda ishtirok etadigan yonbosh suyakning orqa qismi zararlanadi.

Bunday jarohatlarda old va orqa tomondan tashqi fiksatsiya moslamasi bilan majburiy fiksatsiya hisoblanadi.

Shikastlanishning lokalizatsiyasi, ta'sir etuvchi kuchlarning yo'nalishi, chanoq aylanasiining stabiligi va boylamli apparatga zarar etkazish xususiyatini hisobga olgan holda, bu diagnostikani va chanoq suyaklari sinishi bilan jabrlanganlarni davolashning maqbul usulini tanlashni osonlashtiradi. Ushbu tasnifning o'ziga xos kamchiliklari mavjud. Sinishning har bir turi 3 tagacha turga bo'linadi, bu esa o'z navbatida yana 3 tafsilotga ega. Shoshilinch tibbiy yordam bosqichlarida, qisqa vaqt ichida tashxis qo'yish va davolash usulini tanlash zarur bo'lganda, bunday batafsil tasnif noqulay bo'ladi [Gumanenko EK, 2008].

O'zgartirilgan AO tasnifiga muvofiq chanoq suyagi shikastlanishi 3 turga bo'linadi [Ankin LN, 2005; Shischuk V.D., 2011 yil; Plitka M., 1984]:

A tipidagi sinishlar.

Ular chanoq suyagining stabil shikastlanishiga kiradi. Orqa yarim doira suyak-boylam apparati yaxlitligi buzilmagan, chanoq suyagi diafragmasi buzilmagan, chanoq suyagi joy almashtirishsiz normal jismoniy zo'riqishlarga qarshi tura oladi. (Rasm. 1).

A tipi 1 - chanoq suyagi qiralarining zararlanishi.

A 1.1. Kuchlarning vositachilik ta'siridan kelib chiqadigan mushaklarning biriktirilish joylarida avulsiv sinishlar. Ko'pincha bu sinishlar yonbosh suyagining anteroposterior va anteroinferior qismlarida joylashgan.

A1.2. To'g'ridan-to'g'ri kuchlardan kelib chiqadigan yonbosh suyak qanotining sinishi.

A 1.3. O'tirg'ich suyagining sinishi.

A tipi 2 - bo'laklarning siljishsiz pubik yoki o'tig'ichga oid suyaklarning bir tomonlama yoki ikki tomonlama sinishi.

A 2.1. Orqa yarim doira aniq sezilmasdan, pubik suyak shoxlarining "ajratilgan sinishi",

A 2.2. Oddiy rentgenogrammalarda ko'rinadigan yonbosh kompression mexanizmida siljishsiz yoki minimal siljish bilan, yonbosh suyak qanotining kompression mexanizmida sinishlar.

Rentgenogrammalarda dumg'aza suyak sinishining standart surati - bu dumg'azaga oid teshik S1 proksimal qirrasi konturining geterogenligidir. Ushbu turdagi shikastlanish chanoq suyagi nostabilligi bilan bog'liq emas.

A 2.3. Chanoq aylanasing lateral qismida siljishsiz yoki oldingi yarim doira ichida sinishning minimal siljishi bilan va orqa yonbosh suyagining siljishi yoki to'liq bo'lmagan vertikal sinishsiz shikastlanish. Ushbu turdagi shikastlanish chanoq suyagi nostabilligi bilan bog'liq emas.

A tipi 3 - dumg'azaga oid va o'tig'ichga oid suyaklarning ajratilgan ko'ndalang sinishi.

A 3.1. O'tirg'ichga oid suyakning sinishi.

Dumg'aza suyagining pastki qismidagi ko'ndalang sinishlar, S2 ostidagi sinishlar deb ataladi. Ular odatda to'g'ridan-to'g'ri kuchning natijasidir va S2-S3 yoki S3-S4 deb tasniflanadi. Ko'pincha siydik pufagi va yo'g'on ichak disfunktsiyasi bilan nevrologik alomatlar bilan birga keladi.

A 3.3. Dumg'aza suyagining yuqori qismining ko'ndalang sinishi. Ushbu turdagi sinishda umurtqa pog'onasi S1 bilan birga dumg'aza suyagining qolgan qismidan va chanoq aylanasidan ajratiladi.

Ushbu holatlarda dumg'aza nervlarning ildizlariga zarar yetishi sababli asab kasalliklari juda tez-tez uchraydi.



Rasm: 1 A tipidagi sinishlar.

B. tipidagi sinishlar.

Vertikal atrofida, shuningdek ko'ndalang o'q atrofida aylanish nostabilligi bilan kechadigan chanoq suyagi orqa yarim aylanasing to'liq bo'lmagan yorilishi.

Orqa yarim doira suyak-boylamli apparatining qisman yaxlitligini va ba'zi hollarda chanoq suyagi buzilmagan diafragmani saqlagan holda qisman stabil shikastlanishi (2-rasm) [Odynskiy B., 2000; Xabibyanov R. Ya., 2014].

B tipi 1 - chanoq aylanasing lateral kompressioni tufayli ichki aylanish bilan shikastlanish.

B 1.1. Chanoq suyagining dumg'aza bo'g'imlari bo'ylab o'tuvchi bo'ylama o'qi atrofida jarohat tomoni bo'ylab aylanishi dumg'aza boylamlarida keskinlik hosil qiladi, ular aylanish

o'qining orqasida yotadi va yonbosh suyagi qanotlariga katta bosim o'tkazadi. Bunday kuchlar ta'siri ostida suyak elementlari kuchli boylamlarga qaraganda tez-tez shikastlanadi. Natijada, suyakning oldingi qismida aniqroq ko'rinadigan, dumg'aza qanotning kompressioni bilan odatiy sinish hosil bo'ladi, ko'pincha qanotning dumg'aza tanasi bilan dumg'aza suyagi tanasi S1 va S2 yaqinida tegib turadi.

An'anaviy rentgenografiyalar S1 va S2 teshiklarining kranial konturlarining noaniqligini tavsiflaydi. Kompyuter tomografiyasida ikkala dumg'azaga oid bo'g'imlari lumeninin pasayishi qayd etiladi, dumg'aza suyagining oldingi konfiguratsiyasining sinishi yoki egriligi qayd etiladi va dumg'aza suyagining tanasi va qanoti o'rtasida joylashgan shimgich suyagi siqiladi.

Ba'zan suyak bo'laklarining dumg'aza teshigiga siljishini kuzatish mumkin. Bunday jarohatlar klinik jihatdan stabil va odatda bir necha hafta ichida, ammo chanoq simmetriyasini buzish bilan davolanadi.

B 1.2. Ushbu guruhga zarar etkazilishining sabablari, zararli kuch tugaganidan keyin o'z-o'zidan takozlash bilan ichki aylanishdir. Takoz suyak qanotining bekor qismida "bo'shliq" qoldiradi, bu esa chanoq aylanasing orqa qismining stabilligini pasaytiradi. Ushbu "bo'shliqlar" kompyuter tomografiyasida juda aniq ko'rinadi.

B 1.3. Ta'sir etuvchi zarar etkazuvchi kuch yo'nalishiga qarab, sinish tomonidagi chanoq suyagi nafaqat ichki aylanishni, balki egilish yoki cho'zish paytida qo'shimcha aylanishni ham yuzaga keladi. Chanoq suyagi assimetriyasi sezilarli darajada oshadi va stabillik takozlanish darajasiga bog'liq. 1980 yilda G. Pennal tomonidan tasvirlangan "paqir tutqichi" tipdagi sinishi bu kabi zararlanishning odatiy namunasi.

B tipi 2 tashqi aylanish mexanizmi bilan shikastlanish.

Ushbu turdagi jarohatlarda kuch anteroposterior yo'nalishda yoki aksinel ravishda jarohatlar tomonidagi pastki ekstremal orqali harakat qiladi va majburiy ichki aylanish, "ochiq kitob" turidagi sinishlar sodir bo'ladi.

B 2.1. Chanoq suyagining shikastlanish tomoni bo'ylab vertikal o'qda tashqi aylanishi dumg'aza qo'shimchasiga anteroposterior yo'nalishda izchil zarar etkazadi. Agar faqat bo'g'imning old qismi shikastlangan bo'lsa, unda chanoq suyagining oldingi yarim aylanasida pubik qo'shilishning divergentsiyasi kuzatiladi, lekin 2,5 sm dan oshmaydi.

B 2.2. Agar chanoq suyagining shikastlanish tomoni bo'ylab tashqi aylanish harakati davom etadigan bo'lsa, u holda dumg'aza qo'shimchasining keyingi sinishi suyaklararo boylamlarga tarqaladi.

Simfizning kelishmovchiligining kengligi shikastlanishning og'irligining noqulay belgisidir, ammo bemorning pozitsiyasi diastazning pasayishiga yordam berishi mumkin, ayniqsa sezilarli darajada nostabillik bo'lgan jarohatlarda.

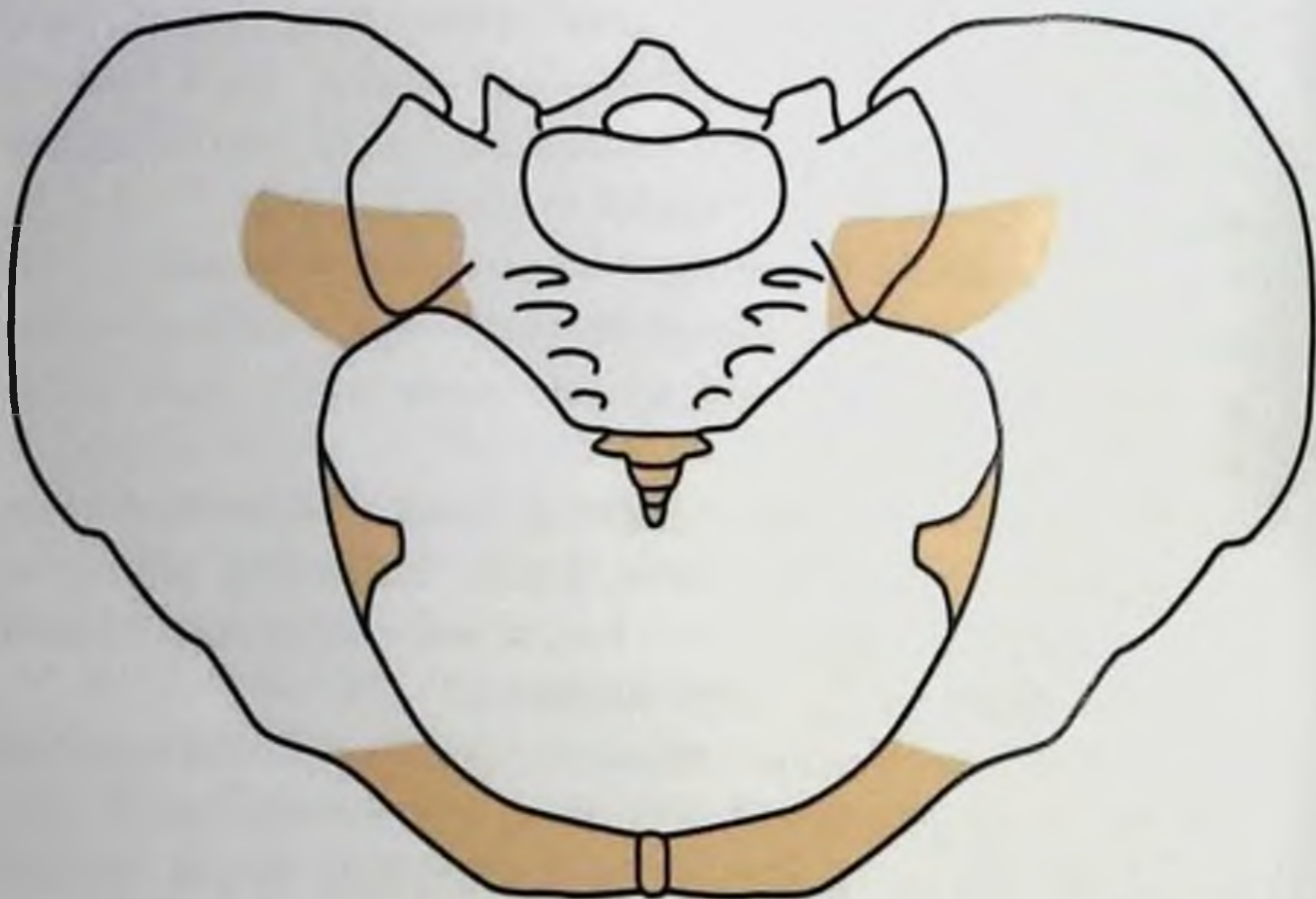
B 2.3. Tashqi aylanish elementlari bilan bir qatorda dumg'aza bo'g'imlari orqali o'tuvchi ko'ndalang o'q atrofida bukish yoki kengayish shaklida ikkinchi komponent paydo bo'ladi. Bunday holatlarda dorsal dumg'aza boylamlarning keyingi kompressioni sodir bo'ladi, ammo baribir ba'zi tolalar saqlanib qoladi.

B tipi 3 - bu odatda pubik simfiz yorilishi bilan chanoq suyagi orqa va oldingi yarim aylana ikki tomonlama sinishidir.

B 3.1. Dumg'aza suyagining ikki tomonlama kompression sinishlari.

B 3.2. Chanoq suyagining oldingi yarim aylanasi tashqi aylanishi bilan, dumg'aza qo'shimchasida to'liq bo'lmagan yorilish bilan bir tomonlama sinishlar.

B 3.3. Tashqi burilish mexanizmi bilan, dumg'aza qo'shimchasining qarama-qarshi tomonida to'liq bo'lmagan yorilishi bilan, bir tomondan dumg'aza suyagining kompressioni va oldingi yarim doira ichida sinish.



Rasm 2. B tipidagi sinishlar.

C tipidagi sinishlar.

Suyak va yoki boylamli elementlarning uzilishi bilan orqa yarim doira to'liq yorilishi va natijada uchta tekislikda siljish va aylanish nostabilligi yuzaga keladi. Chanoq suyagining bunday shikastlanishi nostabil, suyak-boylamli kompleksning to'liqligini yo'qotganda, chanoq diafragmasi ko'pincha yirtilib ketadi [Shishuk V.Д., 2011; Denis F, 1988; Tile M., 1984].

C tipi 1 - C tipidagi bir tomonlama sinishlar.

C 1.1. Yonbosh suyagining vertikal singan qismlari, shuningdek, yonbosh suyagi yoki dumg'aza qo'shimchasining siljishi bilan, har xil o'lchamdagi yonbosh suyagining orqa qismining qismlari bilan.

Ikkala dumg'aza bo'g'imlari boylamlarining to'liq yorilishi.

C 1.3. Dumg'aza suyagining vertikal uzunlamasına sinishi. Bunday hollarda sinishlar oralig'ining joylashishi dumg'aza teshiklarga nisbatan, teshiklarning yon tomonida, yoki teshiklarning o'rtasida joylashgan sinish sifatida tavsiflanadi.

Nevrologik asoratlarning chastotasi ham sinishlar chiziqlarining joylashishi yoki dumg'aza teshikka nisbatan singan bo'shliqqa, ham siljish darajasiga bog'liq. Singan chizig'i dumg'aza suyakning yuqori qismidan yoki C1 artikulyar jarayonining o'rtasiga cho'zilgan holatlarda, orqa yarim doira ichida vertikal siljish bilan, shikastlanish tomonidagi dumg'aza qo'shimchasida siljish holati paydo bo'ladi.

C tipi 2 - har xil og'irlik bilan orqa mintaqadagi ikki tomonlama sinishlar. Bu qarama-qarshi tomonda B tipidagi sinish bilan bir tomonda C tipidagi sinishlarning kombinatsiyasi.

C 2.1. Qarama-qarshi tomondan ichki (B1 tip) yoki tashqi (B2 tip) burilish bilan sinus bilan yonbosh suyagining vertikal sinishi yoki dumg'aza qo'shimchasida siljishi bilan sinishning (C1.1 turi) ulanishi.

C 2.2. Bir tomondan dumg'aza qo'shma boylamlarning to'liq yorilishining kombinatsiyasi (C tipi 1.2) qarama-qarshi tomonda ichki (B tipi 1) yoki tashqi (B tipi 2) burilish bilan birga sinish bilan.

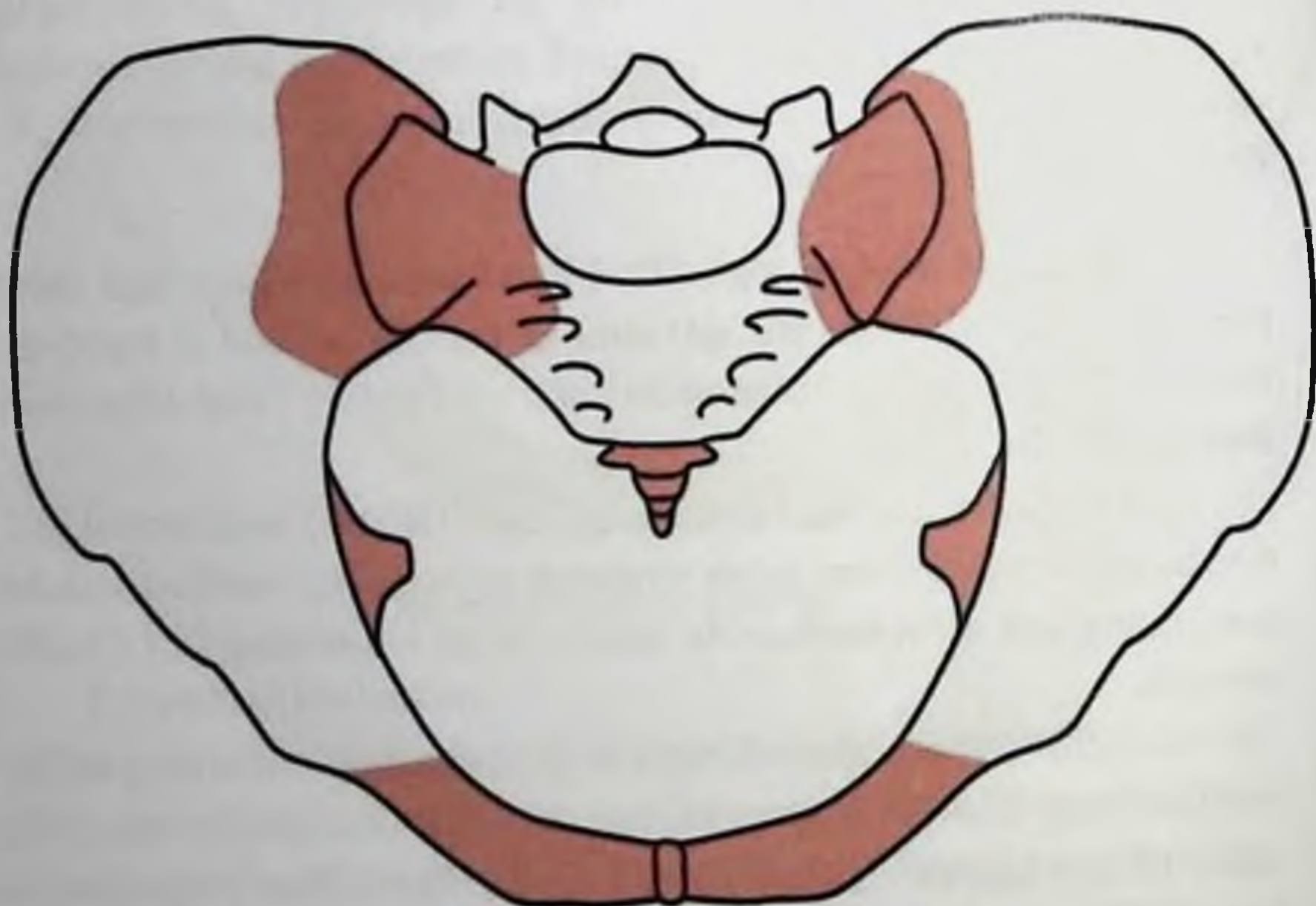
C 2.3. Bir tomondan vertikal dumg'aza sinishining (C tipi 1.3) orqa tomonning ichki (B tipi 1) yoki tashqi (B tipi 2) burilish bilan birga sinishi bilan birikmasi.

C tipi 3 - C tipidagi ikki tomonlama orqa sinishlar (3-rasm).

C 3.1. Dumg'aza suyagi va dumg'aza bo'g'imlari buzilmasdan qoladi. Bu orqa qismdagi C1.1 / C.1.1 sinishlarining kombinatsiyasi.

C 3.2. Dumg'aza jarohatlanmagan jarohat esa orqa sohada C 1.1/C 1.2 yoki C 1.2/C 1.2. 3.2 tipi bo'yicha Dumg'aza shikastlanmagan va shikastlanish C 1.1 / C 1.2 yoki C 1.2 / C 1.2 turlariga muvofiq orqa bo'limda joylashgan.

C 3.3. Dumg'azaning sinishi va orqa soha bilan C 1.1/C 1.3, C 1.2/1.3 yoki C 1.3/C 1.3. 3.3 tipi bo'yicha Dumg'aza suyagining sinishi, shuningdek C 1.1 / C 1.3, C 1.2 / 1.3 yoki C 1.3 / C 1.3 tipidagi orqa qismdagi sinishlar kombinatsiyasi.



Rasm 3. C tipidagi sinishlar.

Chanoq suyagining nostabil sinishlarini davolash.

Umuman olganda, chanoq suyaklarining nostabil sinishlarini davolashning ma'lum usullari quyidagicha taqdim etilishi mumkin.

1. Konservativ usullar [Ankin LN, 2005; Besaev G. M., 1999; Klyuchevskiy V. V., 1991]:

- gips immobilizatsiyasi;
- skeletning tortilishi;
- gamakka osilgan.

2. Operatsion usullar [Ganin VN, 2012; Grin A.A., 2016; Stelmax, K.K., 2005; Gluxov A.V., 2015].

A) tashqi fiksatsiya moslamalari bilan tashqi fiksatsiya (KST-1 yoki AO turi).

B) ichki fiksatsiya:

- plastinkalar va vintlar bilan;
- uzoq transpedikulyar fiksatsiya

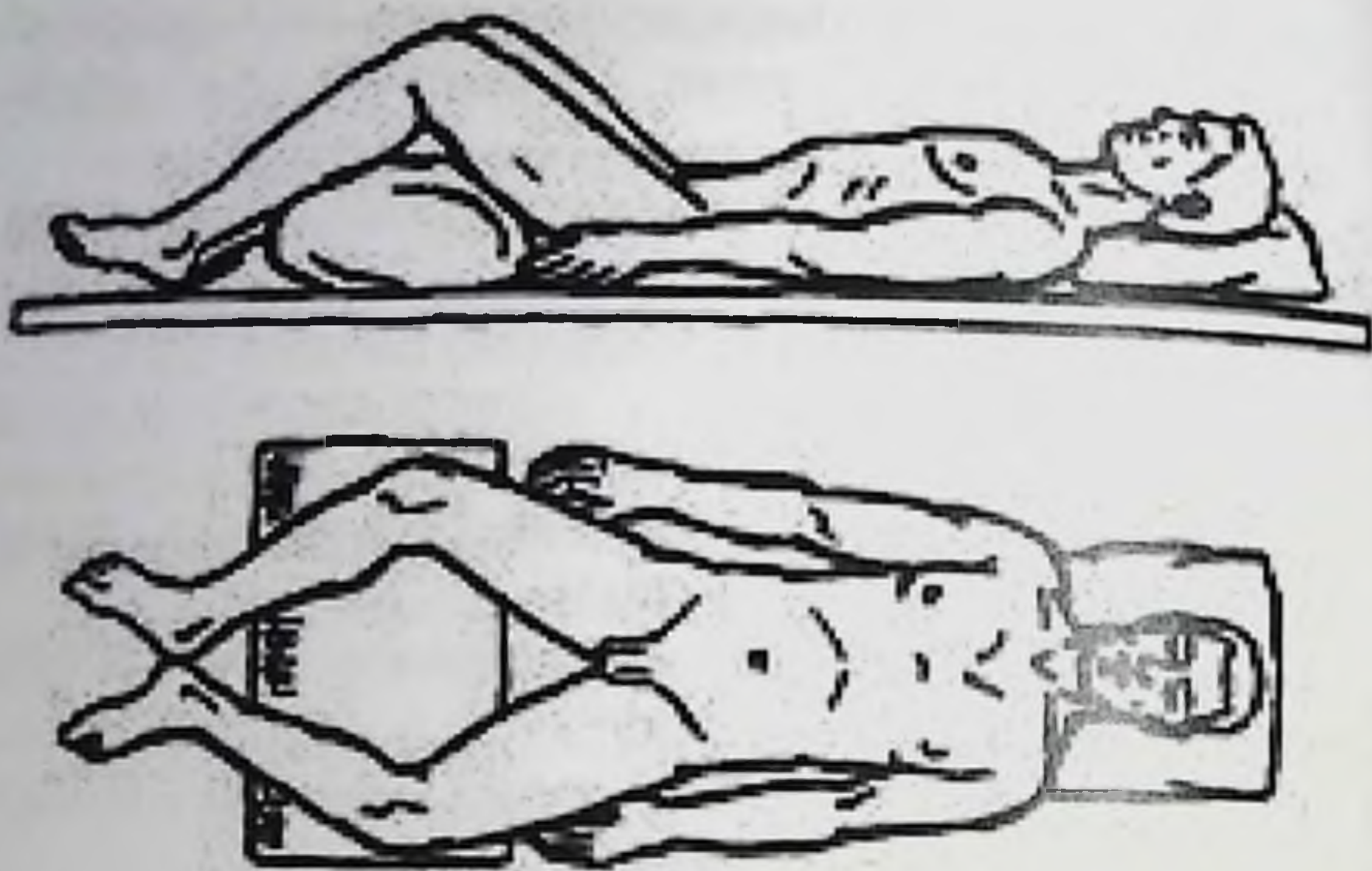
V) minimal invaziv usullar - kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintezi.

G). uslublar kombinatsiyasi

Chanoq suyaklaridagi nostabil sinishlarni davolashning yuqoridagi usullari quyida ushbu tadqiqot ishida ko'rib chiqilgan masalalarni ko'rib chiqamiz.

Konservativ davolash.

Konservativ davolash usullari chanoq aylanasing nostabilligi turiga qarab tanlanadi. Masalan, yopiq qo'lda qisqartirishni amalga oshirgandan so'ng, B tipidagi lateral siqilish jarohatlari bilan, jabrlanuvchi Volkovich holatida 10-12 hafta davomidavolanishga tayinlandi.(Rasm. 4) [Tkachenko S.S., 1989; Tile M., 1988].

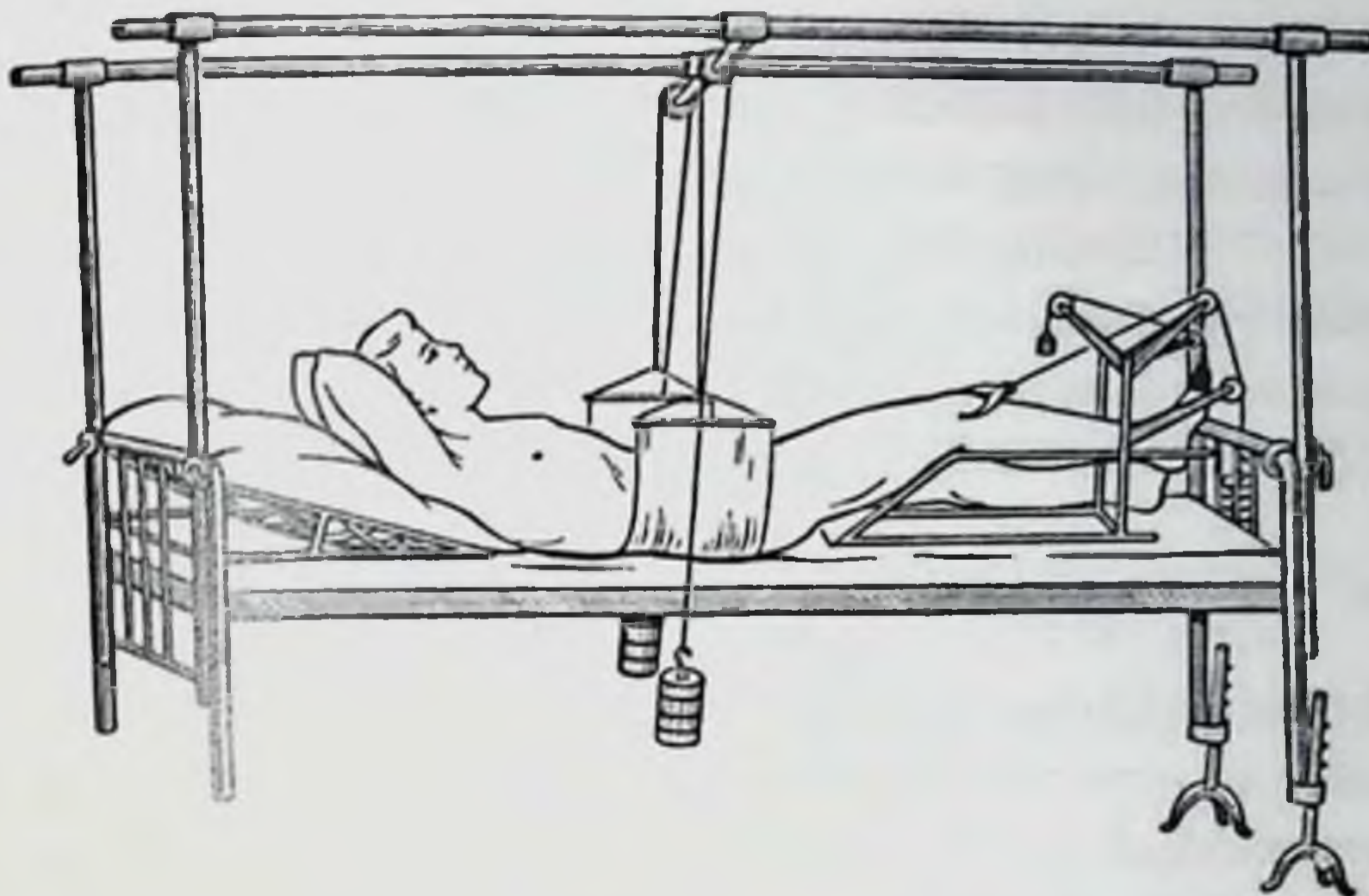


Rasm. 4. Volkovich holati [Ankin N.L., 2005]

10-12 недель B tipidagi chanoq halqasi, "ochiq kitob" ning rotatsion nostabilligi holatida, RRRni o'tkazgandan so'ng, jabrlanuvchini maxsus moslamalarda davolash tavsiya etiladi: gamak, chanoq kamari yoki gipsli koksitda 10 -12 haftagacha (Rasm 5) [Gavrishuk Ya. V. Va hammualiflar, 2012; Tkachenko N.S., 1989].

C tipidagi vertikal nostabillik uchun skelet traktsiyasi son xaltachalari tomonidan tana vaznining $1/7$ qismining dastlabki og'irligi bilan qo'llaniladi.

Chanoq suyagining orqa yarim halqasi shikastlanganda, Shkolnikov-Selivanovga ko'ra blokirovka qilinadi. Minimal invaziv usullar paydo bo'lishidan oldin usulning afzalliklari jiddiy operatsiya va keyingi asoratlardan saqlanish qobiliyatini o'z ichiga olgan. [Klyuchevskiy B.B., 1991].



Rasm. 5. Gamakda davolash [Shishuk B.D., 2011].

Konservativ davolarning kamchiliklariga quyidagilar kiradi:

1. Shokka qarshi ta'sir etishmasligi
- 2.Chanoq halqasini erta stabillashtirish va jabrlanuvchini safarbar etishning iloji yo'qligi
3. Parchalarning aniq qayta joylashtirilishi va ularni birlashtirish uchun maqbul shartlarga erishmaslik.
- 4.Yotoqda davolanish va statsionar davolanish muddatlarining cho'zilishi.
5. Asoratlarning yuqori darajasi (pnevmoniya, tromboz) va davolanishning qoniqarsiz natijalari [Shapavalov V.M., Gumanenko E. K., Dulayev A.K. va hammauallifla , 2000].

Davolashning operatsion usullari.

Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar:

- I. Chanoq suyagi nostabil shikastlanishining barcha variantlari.

2. Og'ir qo'shma jaroxattuzilishidagi oldingi yarim doira ichida yoki ichki jarohatlar mavjud bo'lganda vertikal nostabillik bilan chanoq suyagi shikastlanishi.

3. Chanoq suyaklari orasidagi diastazni ushlab turganda oldingi yarim doira ichida tashqi aylanma yoki vertikal nostabillik bilan chanoq suyagi 1,5 sm ko'proq shikastlanishi. [Gumanenko E. K., 2003; Cherkes-Zade D. I.2006].

Tashqi fiksatsiya usullari.

Tashqi fiksatsiya moslamasi bilan stabillashtirish ZMXL taktikasining 1-bosqichida jabrlanganlarda shokka qarshi choralar doirasida amalga oshiriladi (damage control orthopedics) [Gumanenko E. K., 2001; Ganin B.N. va hammualiflar, 2012].

Usulning afzalliklari quyidagilarni o'z ichiga oladi:

Qo'llanishning nisbiy tezligi

1. Kam jarohatlanish darajasi.

2. Jarohatdan keyingi dastlabki bosqichlarda qo'llash imkoniyati (birinchi soatlarda).

3. Shokka qarshi ta'sir

4. Ichki organlarga, qon tomirlari va asablarga operatsiya davomida shikastlanish xavfi nisbatan past

5. Jarrohlik bilan bog'liq bo'lgan erta IO rivojlanish xavfi past

Shuningdek, tashqi osteosintez - bu chanoq suyagi soxasida yumshoq to'qimalarning shikastlanishini tanlash usulidir, bunda ochiq usullar paytida asoratlarning rivojlanishiga xavfi yuqoridir. [Kutepov S.M., 1992; Lobanov G. V., 2000].

Tashqi fiksatsiya usulining asosiy kamchiliklariga quyidagilar kiradi:

1. Bemor uchun kam qulaylik, davolanish davrida hayot sifatining sezilarli darajada pasayishi.

2. Chanoq suyagi fiksatsiyasining ichki osteosintez bilan taqqoslaganda funktsional stabilligining etishmasligi

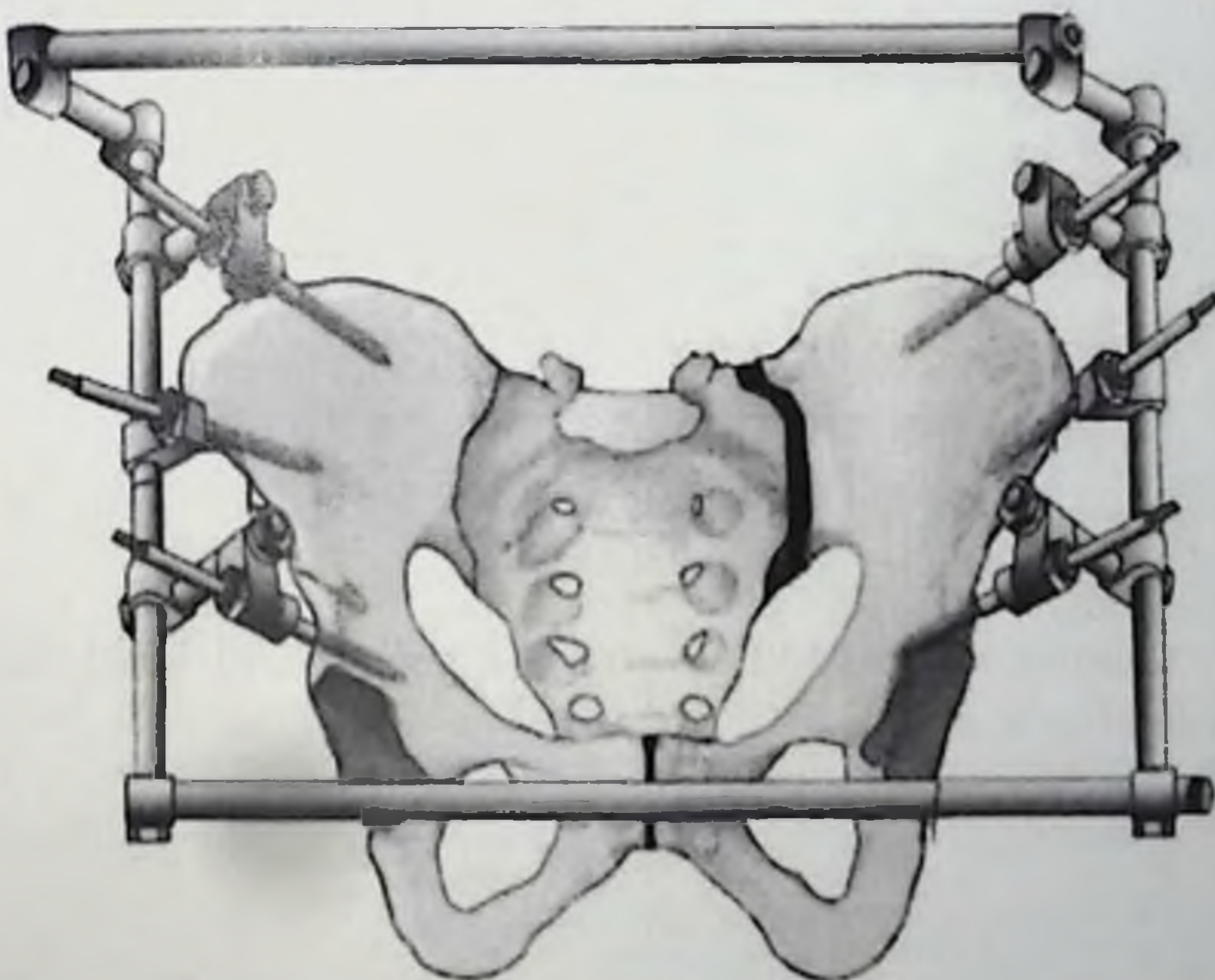
3. Tayoqchalar (sterjnlar) atrofidagi yumshoq to'qimalarning yiringlashi, ortiqcha donachalar hosil bo'lishining nisbatan yuqori xavfi.

4. Parchalarning ikkilamchi siljishi xavfini oshiradigan reparativ jarayonlarning to'liq bajarilishi uchun asbobdan foydalanishning etarli bo'lmagan muddat.

5. Statsionar davolanish muddatini ko'paytirish [Shapovalov V.M.,

Kamaytirish texnikasi chanoq halqasining nostabilligi turiga bog'liq.

Tashqi nostabillik bilan yonbosh suyaklarining qanotlari moslamaning lateral ramkalarida kompressiya yo'li bilan birlashtiriladi, ichki nostabillikda - yonbosh suyaklarining qanotlari moslamaning lateral ramkalari orqasiga distraktsiya yo'li bilan amalga oshiriladi. Keyin moslamaning harakatlanuvchi qismlari qat'iy biriktiriladi [Gumanenko EK, 2008].



Rasm: 6. KST moslamasi old ramkasining sxemasi [Gumanenko EK, 2008].

Vertikal ravishda nostabil bo'lgan sinishlarda siqishni bajarish va sinishni ushlab turish uchun moslamaning bitta old ramkasi etarli emas. Keyin old ramka orqa yon shtangalar bilan to'ldiriladi. (Rasm 6). Sakroiliak qo'shimchasining proektsiyasida itaruvchi yostiqlik tayog'chalar yonbosh ichakga suriladi, unga moslamaning lateral tayog'chalari qo'yiladi. Shikastlangan tomondan oyoqni tortish yo'li bilan, kranial joy almashinuvini bartaraf etish uchun fragmentlar joyini o'zgartiradi. Yon shtangalar moslamaga qattiq biriktiriladi. Interfragmental siqilishga fiksatorning metrik ipida ushlagichlardan medial ravishda taqsimlangan gaykalarni burash yo'li orqali erishiladi. [Gumanenko E.K., 2008].

Ichki fiksatsiya usullari

Ichki chanoq suyagi fiksatsiya usulining afzalliklari quyidagilardan iborat:

1. Parchalarni bir vaqtning o'zida anatomik aniq qayta joylashtirish va ularni funktsional jihatdan stabil fiksatsiya qilish imkoniyati.
2. Gluteal gematomalarning drenajlanishi
3. Chanoq suyagi a'zolari va neyrovaskulyar shakllanishlarini qayta ko'rib chiqish imkoniyati.

Nisbatan qulaylik

1. Statsionar davolanish vaqtini qisqartirish paytida jabrlanuvchini erta to'liq rehabilitatsiya qilish imkoniyati

Chanoq suyagi ichki fiksatsiya usulining kamchiliklariga quyidagilar kiradi:

1. Muhim qo'shimcha travma va qon yo'qotish
2. Jarrohlik yo'li va fiksatsiya paytida muhim anatomik tuzilmalarga zarar etkazish xavfi

3. Retroperitoneal bo'shliqni ochishda tamponadning gemostatik ta'sirining buzilishi

IO rivojlanish xavfi va jarohatni yiringlashi [Gumanenko EK, Shapovalov VM, Ganin VN, 2003].

L.N. Ankin chanoq halqasining ichki osteosintezi vertikal ravishda nostabil shikastlanishlarda ko'rsatilgan va uni jarohatlardan keyingi 5-7-kuni, bemorning umumiy ahvolini stabillashtirish bilan bajarish kerak, deb hisoblaydi.

B tipidagi chanoq suyagi shikastlanishlarida (rotatsion nostabil shikastlanishlar), sakroiliak qo'shimchasini bog'laydigan kuchli boylamli tuzilmalar saqlanib qolganda, qoida tariqasida faqat oldingi tashqi yoki ichki fiksatsiya etarli [Анкин Л.Н., 2005].

Biroq, S.V.Donchenko, V.E.Dubrov, L.Yu.Slinyakov, A.F.Lebedev, A.M.Nemnonovlar tomonidan namoyish etilgan mualliflar guruhi, o'zining "Chanoq halqasining nostabil sinishi bo'lgan bemorlarni davolashning minimal invaziv texnologiyalari" asarida "M. Tile tasnifi bo'yicha B va C tipidagi chanoq suyaklari sinishida chanoq yarim halqasining orqa va old qismlarining ikkalasida ham yaxshi natijaning kaliti stabillashtirishdir.

Bu bemorlarni operatsiyadan keyingi 1-2 kun ichida ikkala pastki ekstremitalarga dozalangan yuk bilan faollashtirishga imkon beradi »[Donchenko S.V., 2016]. Ichki osteosintez usullaridan biri bu plastinkalar va vintlar bilan osteosintezdir. Pubik simfizni tuzatish uchun plastinkalar bilan ekstrakortikal osteosintez ishlatiladi va stabil sinishda artikulyatsiyaning yuqori yuzasi bo'ylab bitta plastinka ishlatiladi va nostabil jarohatlar uchun oldingi va yuqori sirtlarda ikkita plastinka ishlatiladi.

Chanoq suyagi singan joylarini aniqlash uchun yaxshi modellashtirish va etarlicha fiksatsiya kuchini ta'minlovchi tor tekis yoki rekonstruktiv plastinkalar qo'llaniladi.

Og'ir osteoporozli yoki tana og'irligi 90 kg dan yuqori bo'lgan odamlar uchun tor plastinkalardan foydalanganda ularni vintlardek mahkamlash zarur. Osteosintez texnikasi odatda quyidagicha: bemorning operatsiya stoliga orqa tomonidagi holati.

Uzunligi 8-10 sm bo'lgan ko'ndalang kesma, pubik artikulyatsiya proektsiyasida simfiz ochilib, joyini o'zgartiradi, plastinka uning yuqori yuzasida modellashtiriladi va siygioz vintlari bilan tros suyaklariga o'rnatiladi.

Ikkinchi plastinka chanoq simfizining oldingi yuzasi bo'ylab vintlar bilan modellashtirilgan va biriktirilgan. Kapsula va boylamtli moslamaning yaxlitligi tiklanadi, yara drenajlanadi va qatlamlarga tikiladi.

Plastinkalar bilan osteosintez, shuningdek, agar bu sinishlar chanoq halqasining nostabil shikastlanishining bir qismi bo'lsa, pubik suyak sinishi uchun ham amalga oshiriladi. Shu bilan birga, chanoq suyagi orqa halqasi mahkamlanadi. Operatsiya Letournelliya bo'yicha yonbosh-inguinal jarrohlik usulidan amalga oshiriladi. Sakroiliak qo'shimchasining stabil fiksatsiyasi uchun odatda uchta vintli teshiklari bo'lgan ikkita tor plastinka ishlatiladi.

Plastinkalar sakroiliak bo'g'im mintaqada modellashtirilgan va bir-biriga 70-80 burchak hosil qiladigan qilib joylashtirilgan.

Plastinkalar dumg'azaga diametri 6,5 mm bo'lgan vintlardek, yonbosh suyakga - ikkita kortikal vint bilan o'rnatiladi. Ko'proq vintlarga ehtiyoj yo'q, chunki yonbosh suyak dumg'azadan yupqaroq bo'ladi va vintni u bilan bog'lash kuchi ahamiyatsiz bo'ladi.

Dumg'azada vintlardek burg'ulash teshiklari yo'nalishi sakroiliak qo'shimchasining holatiga mos ravishda - orqa va medial, yonbosh suyakda - orqa va yuqoriga qarab joylashgan.

Plastinka osteosintezining kamchiliklariga bo'g'imning tizimli ishlashi uchun zarur bo'lgan amortizatsiya funksiyasiga umurtqa pog'onasi bilan salbiy ta'sir ko'rsatadigan bug'im sinostoz holatlari kiradi.

Sakroiliak qo'shma funksiyasini yo'q qilish, progressiv artroz yoki Bekterev kasalligi bo'lgan keksa odamlarda amortizatsiya buzilishlariga o'xshaydi. Jarrohlik yo'li bilan kirish va osteosintez paytida 5-chi lumbar nerv ildiziga zarar etkazmaslik uchun juda ehtiyot bo'lish kerak. U 5 -bel va 1-dumg'azaga oid umurtqalar orasidagi intervertebral teshikdan chiqadi, S teshikdan chiqqanda birinchi dumg'azaga oid umurtqaning ildiziga bog'lanadi va taxminan 15-20 mm medial sakroiliak bo'g'imining bo'g'im bo'shlig'iga o'tadi.

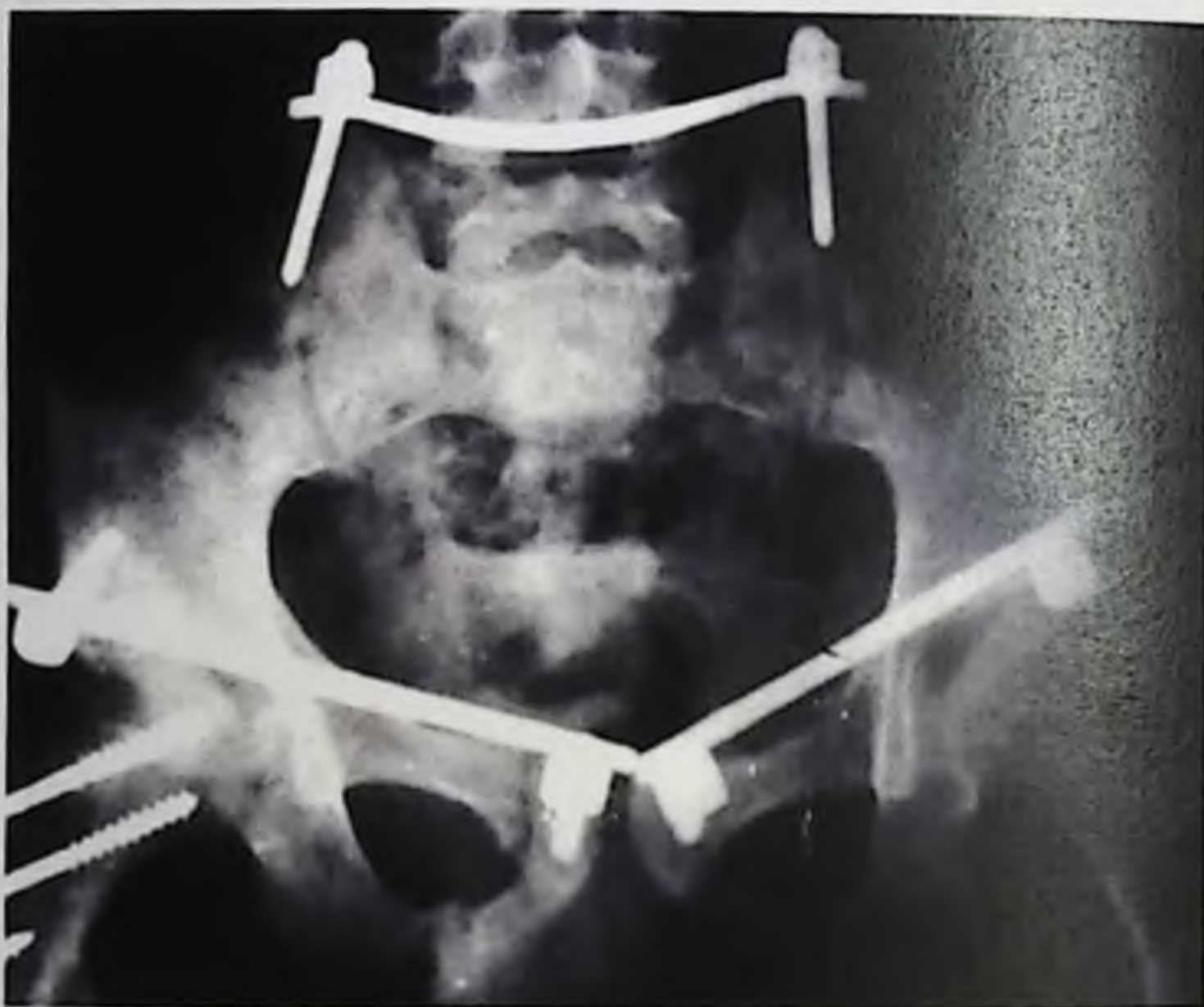
Shu munosabat bilan, dumg'azagacha bo'lgan plastinka bir nechta vint bilan o'rnatilishi kerak. (7-rasm) [Ankin L. N., 2005; Chapman M. W., 1988].



Rasm 7. Plastinkalar va vintlar bilan chanoq suyaklarining ekstrakortikal osteosintezi

Ichki osteosintezning yana bir texnikasi bu uzoq transpedikulyar fiksatsiya

(Rasm 8) Usul V.N.Ganin boshchiligidagi travmatologlar guruhi tomonidan, chanoq suyaklarining nostabil sinish fiksatsiyasining kuchini oshirish maqsadida 2012 yilda ishlab chiqilgan. Ular standart osteosintez texnikasi etarlicha qattiq emasligi bilan duch kelishdi: immersion vintlar siljidi, plastinkalar sinib, bu parchalarning ikkilamchi siljishiga olib keldi.



Rasm 8. Chanoq suyagi sinishlarini masofadan transpedikulyar fiksatsiyasi.

Ganin V.N. va hamkasblar tomonidan chanoq suyaklarining nostabil sinishlarini transpedikulyar tizim yordamida tuzatish taklif qilindi. Orqa chanoq suyagini fiksatsiyasi uchun pedikul vintlari 4- va 5- bel umurtqalari tanalariga, 1- vint orqa pastki yonbosh umurtqa pog'onasiga kiritilgan. Chanoq suyagining oldingi qismlarini fiksatsiyasi uchun pedikul vintni chanoq suyakning shoxiga, 1- vint yonbosh suyakning anterosuperior

o'qidan 1,0-2,0 sm orqaga kiritildi. Kerakli uzunlikdagi modellashtirilgan titan toyoqcha vint boshlariga o'rnatildi.

Ushbu davolash usulidan foydalangan holda mualliflar fiksatsiya qilishning ushbu usuli biomexanik jihatdan asosli va zarur bo'lgan stabillik darajasini ta'minlaydi, bu esa bemorlarni erta faollashtirish va rehabilitatsiya qilishga imkon beradi degan xulosaga kelishdi. [Ganin V. N., Borisov M. B., Rozbitskiy V. V., 2012].

Minimal invaziv usullar.

Yumshoq to'qimalar va suyaklarga cheklangan jarrohlik travmasi bo'lgan minimal invaziv aralashuvlar uzoq vaqt davomida sinishlarni davolash uchun ishlatilgan.

Kichkina yondashuvlar va sinish zonasini ta'sir qilmasdan bilvosita kamaytirish texnikasi nafaqat singanlarni davolash uchun, balki butun tanada ham biologik afzalliklarga ega. Bu, ayniqsa, poltravma bilan shikastlangan bemorlarni davolashda juda muhimdir. [Donchenko S. V., 2016; Manukovskiy V.A., 2016; Milyukov A. Yu., 2016 yil; Runkov A. V., 2013].

Minimal invaziv jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalar:

1. Parchalarning siljishisiz yoki ozgina siljishi bilan 2 mm gacha bo'lgan sinishlar
2. Parchalarning qoniqarli holati bilan muvaffaqiyatli yopiq qo'lda qisqartirish
3. Osteoporoz, birgalikda koksartroz bilan
4. Ochiq osteosintezga qarshi ko'rsatmalar: qo'shma kasalliklar va jabrlanganlarning og'ir umumiy holati

Chanoq suyagi sinishini yakuniy fiksatsiya qilish uchun oldingi va orqa chanoq yarim doira halqalarini stabillashtirish uchun minimal invaziv usullardan foydalaniladi: 7,3 mm va 6,5 mm vintlardek turli xil iplar bilan.(9-rasm) [Milyukov A. Yu., 2016].



9-Rasm. Chanoq suyaklaridagi nostabil sinishlarning steosintezi kanalli vintlar bilan.

Bunday murakkab anatomik mintaqalarda vintni joylashtirishning noto'g'riligi haqida gap bo'lishi mumkin emas, aks holda "xavfsizlik yo'lagi" dan tashqarida o'murtqa kanalga kirib borishda quyruq dumini shikastlanish ehtimoli mavjud. Bir qator mualliflar o'zlarining amaliy tavsiyalarida vintlarni yo'naltiruvchi simlar bo'ylab vertikal ravishda bo'g'im yuzasiga, agar iloji bo'lsa, o'rtada, "xavfsizlik yo'lagi" deb nomlangan holda boshqarilishi kerakligini tavsiflaydi, bu ishonchli stabil fiksatsiyani ta'minlaydi.

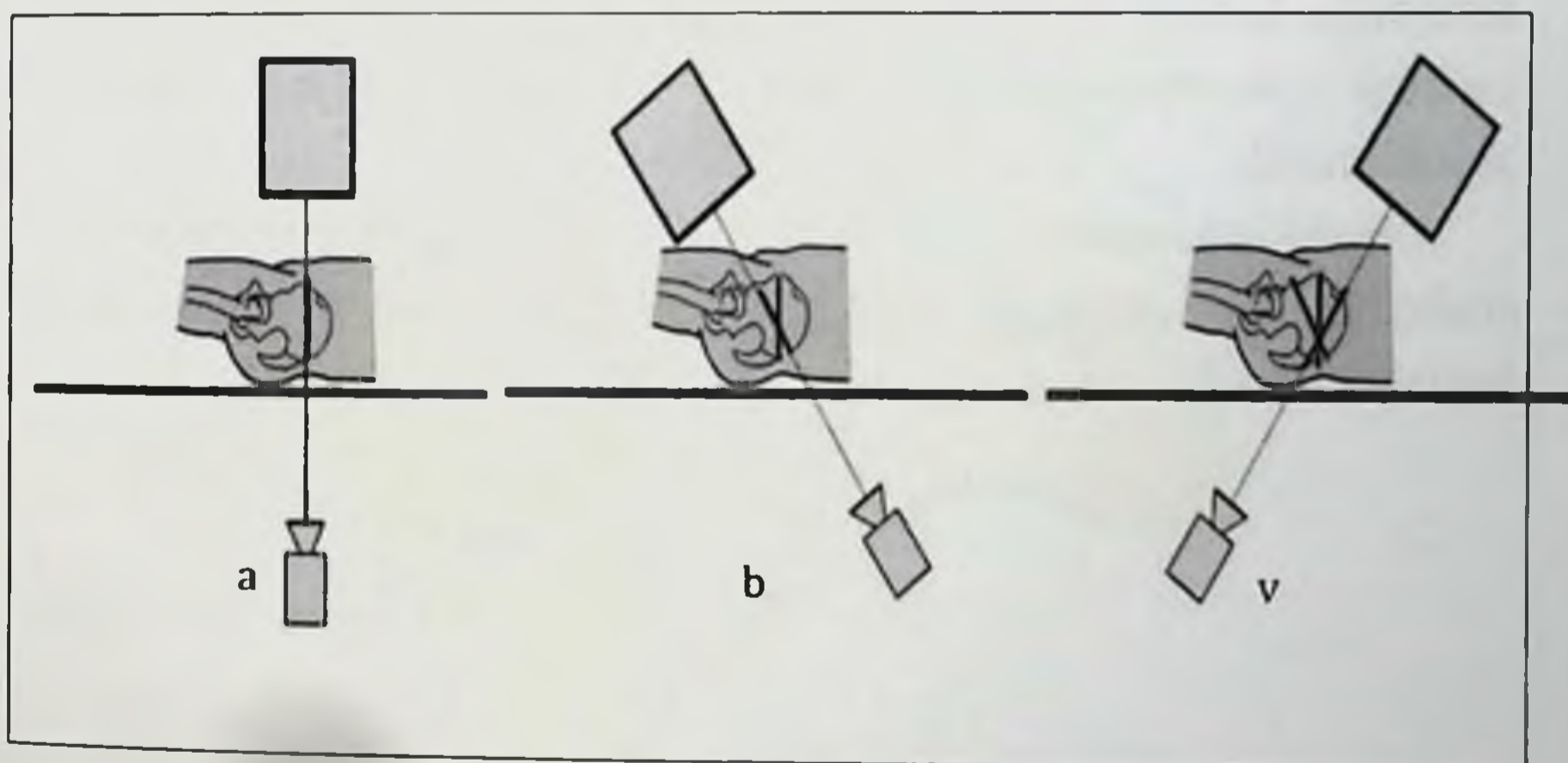
Tasvirni elektron-optik kuchaytirgichi vintning yon tomoniga qarama-qarshi tomondan operatsiya stoliga perpendikulyar ravishda joylashtirilishi kerak, shunday qilib burish paytida yoyni navbati bilan 45° burchakka burab kranial va kaudal yo'nalishlarda burilish o'qi va vintning o'qiga erishiladi. Kirish proektsiyasida inlet ("kichik chanoq suyagiga kirish", tasvir konvertorining kranial qiyshiqligi 45°) dumg'azaning orqa miya kanali, S1 va S2 umurtqa pog'onalarining old va orqa chegaralari.

To'g'ridan-to'g'ri proektsiyada va outlet proektsiyasida (tasvirni kuchaytirgichning kaudal moyilligi 45°) yumshoq to'qimalar tuzilmalariga zarar etkazmaslik uchun dumg'aza va dumg'aza teshiklarning yuqori yuzasi belgilanadi. [Vinogradov B. V., 2002; Ishchenko B.I., 2001 yil; Runkov A. V., 2013].

Qo'shish joyini tanlash va vintni kiritish yo'nalishi bemorning uzunlamasına o'qiga perpendikulyar ravishda joylashtirilgan pog'onali belgilar yordamida amalga oshiriladi.

Yuqori sim belgisi vertikal tanaga kirish proektsiyasida, pastki sim - chiqish proektsiyasida, o'rta sim - to'g'ridan-to'g'ri proektsiyada joylashtirilgan.

Spitslar teriga marker bilan to'g'ri joylashtirilganidan so'ng, chanoq suyagi lateral yuzasida chiziqlar proektsiyalarda elektron-optik konvertor nuriga parallel ravishda chiziqlar chiziladi. Vintlar yonbosh suyak orqali dumg'azaga ushbu chiziqlar kesishgan joyda kiritiladi (10-rasm) [Milyukov A. Yu., 2016, Runkov A. V., 2013].



Rasm 10. Vintni kiritish nuqtasini uchta proektsiya bo'yicha aniqlash sxemasi:
a - to'g'ridan-to'g'ri proektsiya, b - outlet proektsiyasi, v - inlet proektsiyasi
[Runkov A. V., 2013].

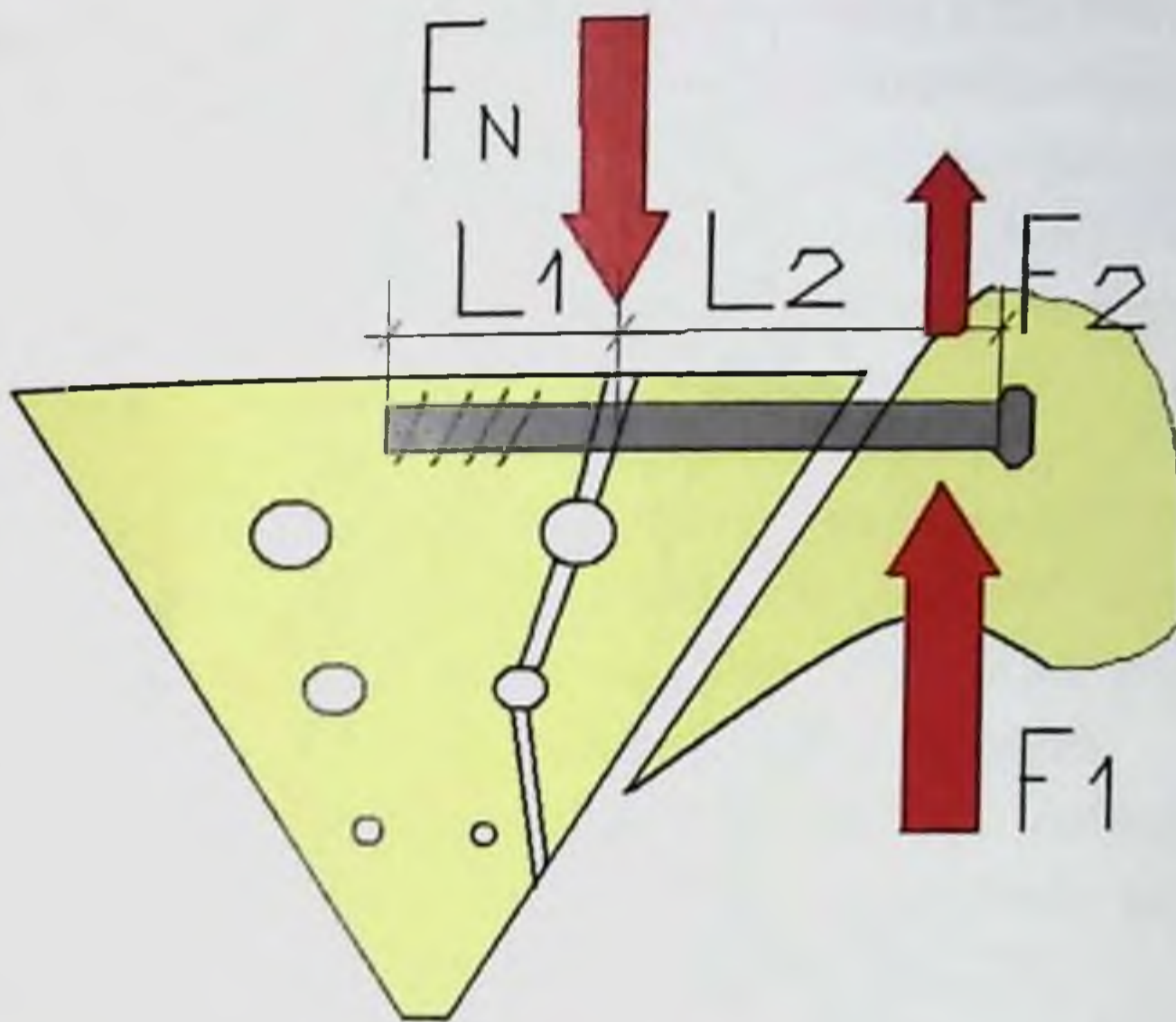
Ushbu texnikani amaliyotga tatbiq etgandan va uning keng tarqalishidan so'ng, jarrohlar vintlarning egilishi va migratsiyasi, shuningdek vintlar bilan suyakning chiqishi tufayli ikkinchi darajali siljish muammolariga duch kelishdi.

Bu chanoq suyaklarining vertikal ravishda nostabil sinishlarida sakroiliak qo'shma osteosintezi paytida kuzatilgan. Bu operatsiyadan keyingi davrda jabrlanuvchining "vertikalizatsiyasi" bilan - oyoqlarga to'liq yuk bilan tushuntirildi. (Rasm 11a, b, v) [Istomin A. G., 2000].

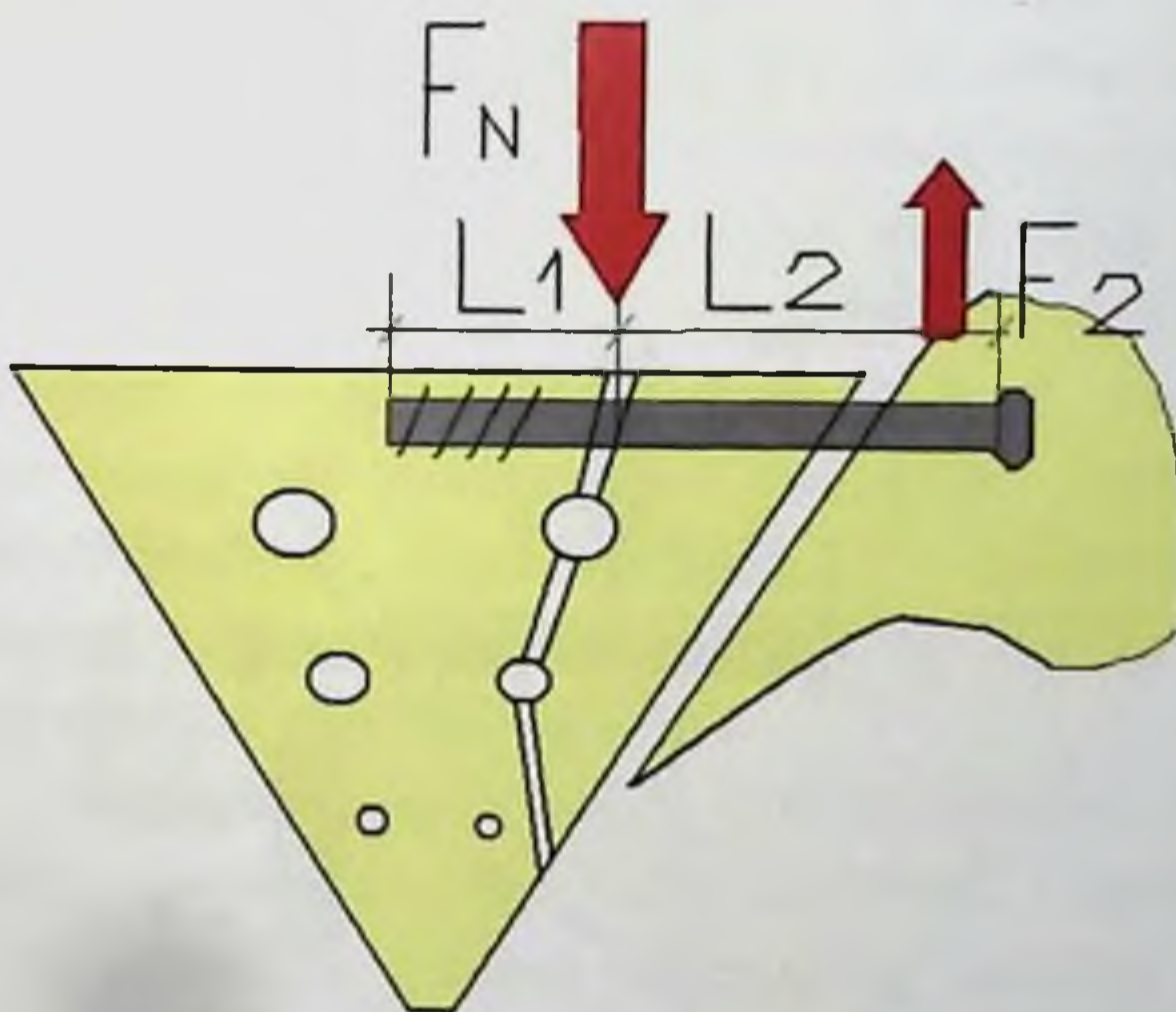
Ushbu kuzatishlar mualliflarni quyidagi xulosalarga olib keldi. Vintning joylashuvi va uzunligi kutilgan yuk ostida vintga ta'sir o'tkazuvchi dastaklar asosida aniqlanishi kerak, ya'ni sinish qanchalik medial bo'lsa, vint uzunligi shuncha uzun bo'lishi kerak va u katta yuza ustida dumg'azaning buzilmagan qismiga suyanishi kerak.

Dumg'aza suyak to'qimalarining tuzilishi geterogen bo'lib, umurtqa tanasi va sakroiliak bo'g'im, dumg'aza teshiklari va so'nggi plastinkalar yaqinidagi ixcham moddalar zichroq xisoblanadi.

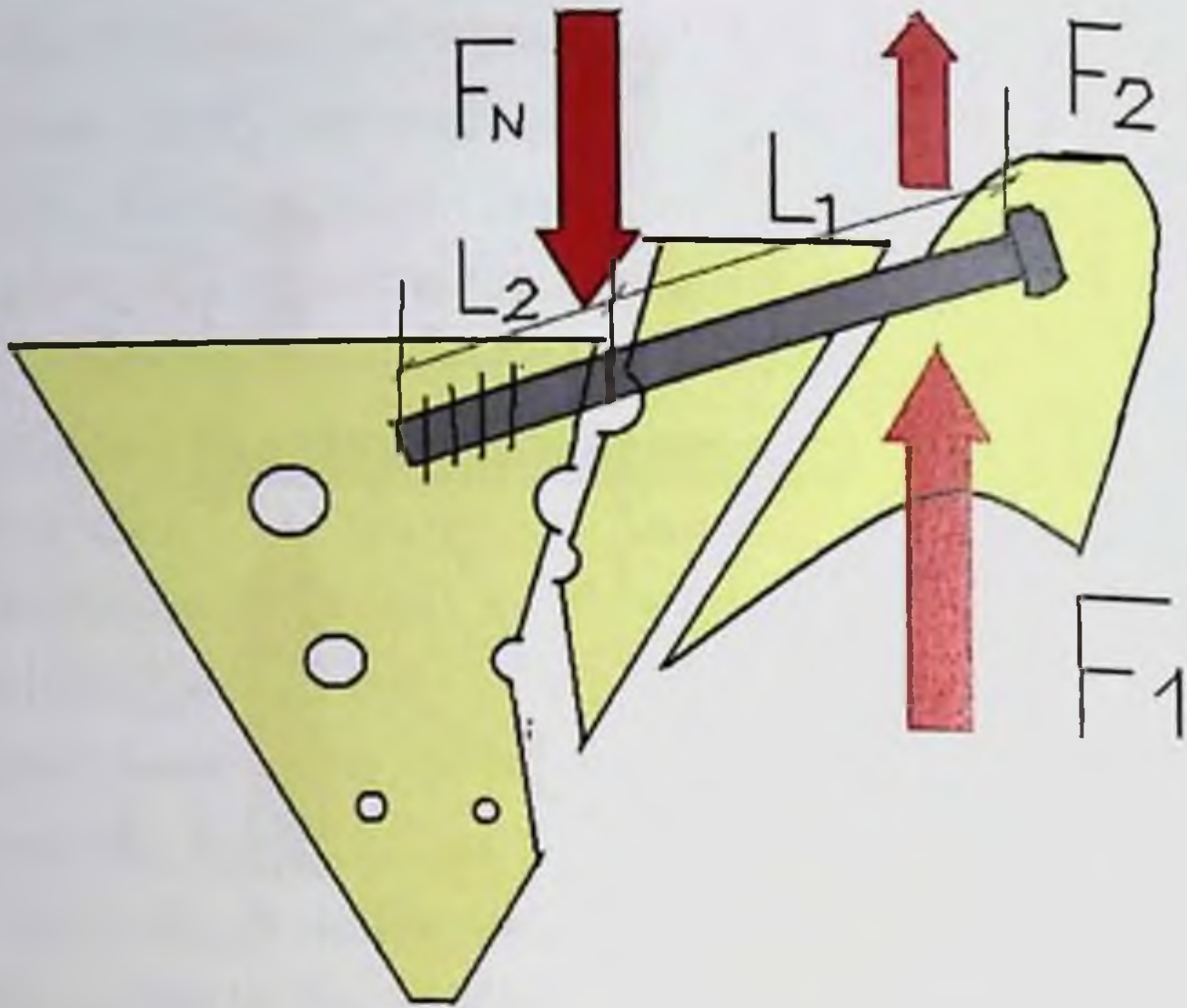
Natijada, ushbu xulosalar asosida uchburchak osteosintez - mahalliy va uzoq osteosintez texnikalarining kombinatsiyasi ishlab chiqildi.



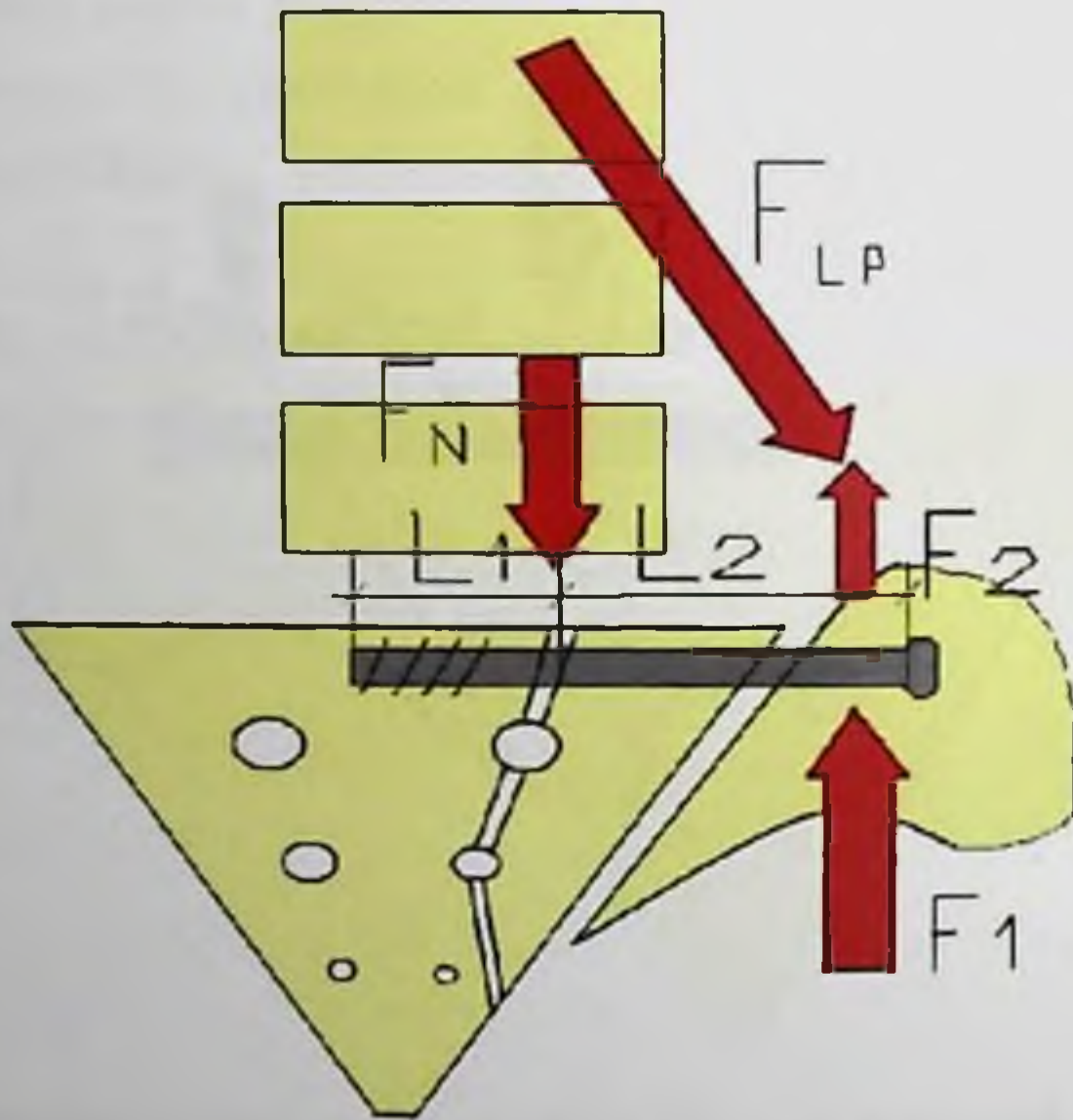
Rasm 11a. Jabrlanuvchi yotoqda bo'lganida kuchlarning harakati



Rasm 11b. Dozalangan yuk bilan kuchlarning oyoqlarga ta'siri.



Rasm 11v. To'liq yuk ostida kuchlarning oyoqlarga ta'siri.



Rasm 12. Oyoqlarga to'liq yuklangan kuchlarning ta'siri. Uchburchak osteosintez

Shunday qilib, vintni umurtqali tanadan o'tkazish ma'qul, va ba'zi hollarda, masalan, ikki tomonlama shikastlanishlarda, vintni ikkala sakroiliak bo'g'imlari mintaqasidagi so'nggi plastinkalar orqali o'tishi yoki ikkala tomonning vintlarini ishlatilishi kerak. [Istomin A. G., 2000; Runkov A. V., 2013].

Kombinatsiyalangan osteosintez.

Vintlarning egilishi va migratsiyasi, shuningdek vintlar bilan suyakning otilishi tufayli ikkilamchi siljish muammolari osteosintezning yangi usullarini joriy etish, aniqrog'i uning texnikasini birlashtirish yo'li bilan hal etila boshlandi.

Shunday qilib, mahalliy va uzoq osteosintezning kombinatsiyasi bilan oyoqlarga to'liq yuklanganda qarshi kuch ta'sirining qo'shimcha vektori yaratiladi. (Rasm 12).

Ushbu usulning kamchiliklariga chanoq suyagi orqa qismlarining ortiqcha fiksatsiyasi kiradi, bu esa chanoq halqasining elastikligini yo'qotishiga olib keladi - bo'g'inning sinostozi, bu esa bo'g'imning tizimli ishlashi uchun zarur bo'lgan amortizatsiya funktsiyasiga salbiy ta'sir qiladi, umurtqa pog'onasi va strukturani o'z vaqtida olib tashlashni talab qiladi. [Donchenko S. V. va boshq., 2016; Manukovskiy VA va hammualliflar, 2016].

Adabiyotni o'rganish jarayonida chanoq suyagi sinishi tasniflarini yaratish evolyutsiyasi kuzatildi. Turli mualliflar shikastlanishlarning anatomiyasi, mexanikasi va patomorfologiyasi va stabillik mezonlariga asoslangan holda o'zlarining versiyalarini taklif qilishdi.

AO klassifikatsiyasi deb nomlanuvchi zamonaviy tasniflashda jarohatlarning lokalizatsiyasi, ta'sir etuvchi kuchlarning yo'nalishi, chanoq halqasining stabiligi va boylamli apparatning zararlanish xususiyati hisobga olinadi. Bu chanoq suyaklari singan jabrlanganlarga tashxis qo'yish va taktikani

tanlash va davolashning optimal usulini sezilarli darajada osonlashtiradi.

Hozirgi vaqtda chanoq suyaklari nostabil singan bemorlarni jarrohlik davolashning eng istiqbolli to'rtta usuli aniqlandi: O'TKDO tashqi fiksatsiya moslamasi og'ir qo'shma jaroxatyoki AO to'plami, ochiq ekstrakortikal osteosintez, kanalli vintlar bilan teri osti osteosintezi va estrodiol osteosintez. Taqdim etilgan barcha usullar chanoq halqasining yaxlitligini buzishga yo'l qo'ymaydi.

Shu bilan birga, chanoq suyaklaridagi nostabil shikastlanishlarni davolash usulini tanlash bo'yicha aniq tartibga solish baholashning imkoni bo'lmadi. Bu jarrohlarning jarrohlik davolashning u yoki bu usuliga sodiqligi bilan bog'liq bo'lib, bu morfologiya va biomexanikada farq qiladigan chanoq suyagi shikastlanishlariga yondashuvlarning bir xilligini yaratadi.

O'TKDO tashqi fiksatsiya moslamasi yoki AO to'plamining usuli "damage control" taktikasining 1-bosqichida jabrlanganlarda shokka qarshi choralar doirasida amalga oshiriladi.

U bir qator ijobiy fazilatlarga ega: nisbiy qo'llanilish tezligi, kam travma, ichki organlar, qon tomirlari va asablarga operatsiya davomida shikastlanish xavfi past.

Shu bilan birga, ushbu usulning kamchiliklari ham bor: qulayligi pastligi, funktsional stabilligi etarli emasligi, tayoq atrofidagi yumshoq to'qimalarning ko'payishi xavfi va statsionar davolanish davrining ko'payishi.

Ochiq ekstrakortikal osteosintez usuli parchalarni bir bosqichli anatomik aniq qayta joylashtirishni va funktsional stabil fiksatsiyani, gluteal mintaqaning gematomalarini drenajlash imkoniyatini, chanoq a'zolari va neyrovaskulyar shakllanishlarni qayta ko'rib chiqish imkoniyatini beradi. Ammo ushbu usulni jabrlanuvchining og'ir ahvolda qo'llash mumkin emas, chunki u sezilarli darajada qo'shimcha jarrohlik travmasi va qon yo'qotish bilan birga ko'zatiladi.

Kanulyatsiyalangan vintlar bilan osteosintez minimal invaziv jarrohlik usuli hisoblanadi. U yumshoq to'qimalarga cheklangan jarrohlik jarohati bilan birga keladi, sinish zonasini ochmasdan amalga oshiriladi va shuning uchun ochiq jarrohlik usullaridan farqli o'laroq, singanlarni davolash uchun ham, butun tanada ham bir qator afzalliklarga ega. Ushbu usul shikast etkazuvchi kasallikning dastlabki bosqichida qo'llanilishi mumkin, chunki u minimal shikastlanish va qon yo'qotish bilan birga keladi.

Shu bilan birga, pastki oyoqqa to'liq yuk bilan erta "vertikalizatsiya" chanoq suyaklarining burilishlari va migratsiyasi, shuningdek vintlar bilan suyakning otilishi tufayli ikkilamchi siljish muammolariga olib keldi. Ushbu muammo mahalliy va uzoq osteosintez usullarining kombinatsiyasiga asoslangan uchburchak osteosintezni yaratishga olib keldi.

U ushbu ikkita texnikaning afzalliklarini birlashtiradi va eng istiqbolli hisoblanadi.

BOB II. MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI

Tadqiqot uchun materialda og'irlik darajasi 21-31 ball bo'lgan AO tasnifiga binoan B va C tipidagi chanoq suyaklari nostabil singan 70 bemorni davolashning bevosita natijalari va uzoq muddatli natijalarini qiyosiy tahlil qilishdan iborat edi. "HDJ-SP" shkalasi bo'yicha "og'ir" deb baholandi. Shu bilan birga, 2018-2019 yillarda davolangan 20 nafar jabrlanuvchini davolash natijalari retrospektiv ravishda baholandi. konservativ usullar va nazorat guruhini tashkil etdi.

Bizning tadqiqot materialimiz 2019 yildan 2021 yilgacha Samarqand viloyat travmatologiya shifoxonasida zamonaviy jarrohlik usullari bilan davolangan shu kabi patologiyaga ega bo'lgan 50 nafar bemorni tashkil etdi.

M. Tile tasnifi bo'yicha B tipidagi sinishlar 68,6% ni ($n = 48$), C tipidagi sinishlar 31,4% ni ($n = 22$) tashkil etdi.

1-guruh jabrlanganlarining xarakterisikalari (konservativ davo).

Guruh tarkibida 20 nafar jabrlanganlar bor edi: 2018-2019 yillarda Samarqand viloyat travmatologiya shifoxonasining travmatologiya va ortopediya bo'limlarida konservativ davo olgan 12 (60%) erkak va 8 (40%) ayol.

O'rtacha yoshi $36 + 10,8$ yoshni tashkil etdi, ularning barchasi mehnatga layoqatli yoshda edi. Ulardan erkaklar ayollarga qaraganda to'rt baravar ko'p edi (16: 4). Bemorlarning 100% mehnatga layoqatli yoshda bo'lganlar.

M.Tile tasnifi bo'yicha B tipidagi sinishlar 80% ni ($n = 16$), C tipidagi sinishlar 20% ni ($n = 4$) tashkil etdi. Birinchi bosqichda bemorlarning aksariyati gips bilan immobilizatsiya qilingan (40% $n = 8$).

To'rt nafar jabrlanganlarga skeletning tortilishi qo'llanildi (20%). Qolgan 40% ($n = 8$) funktsional jihatdan foydali holatda davolangan (Volkovich, gamakda).

1-guruh jabrlanganlarining xarakterisikalari (jarrohlik davo).

Guruhda 50 nafar shikast olgan bemorlardan iborat edi: 2019 yildan 2021 yilgacha Samarqand viloyat travmatologiya shifoxonasida «damage control» taktikasining 3 bosqichi doirasida tegishli travma bilan og'riqan bemorlar.jarrohlik amaliyotidan o'tgan 28 (56%) nafar erkak va 22 (44%) nafar ayol.

Jarrohlik davolashning quyidagi usullari qo'llanilgan: O'TKDO to'plamining og'ir qo'shma jaroxat-1 yoki AO to'plami - 14% (n = 7), konyuliyatsiya qilingan vintlar bilan teri orqali osteosintez - 54% (n = 27), ochiq ekstrakortikal osteosintez - 10% (n = 5)) va kombinatsiyalangan osteosintez - 22% (n = 11).

Jabrlanganlarning o'rtacha yoshi 34 + 15,6 yoshni tashkil etdi, ularning barchasi ishlashga qodir edi. M. Tile tasnifiga ko'ra, B tipidagi sinishlar 64% (n = 32), C tipidagi sinishlar 36% (n = 18) ni tashkil etdi.

Ner-Grantem-Shelton shkalasi bo'yicha davolanish sifatini aniqlash.

Bemorlarni o'rganish xaritasi.

Klinik ma'lumotlarni qayta ishlash uchun bemorni o'rganish kartasi ishlab chiqilgan va ishlatilgan:

FISh

Jinsi

Tug'ilgan sana

Anamnes

№ kasallik tarixi

Tashxis

Statsionar davolanish davri (kun)

Operatsion protokoli (operatsiya sanasi, operatsiya nomi, operatsiya vaqti)

Osteosintez usuli

Qon yo'qotish (ml)

Asorat

Laboratoriya ma'lumotlari: eritrotsitlar, leykotsitlar, neytrofillar, limfotsitlar, gemoglobin, qon plazmadagi S-reaktiv oqsillar miqdori.

Ushbu o'lchov davolash sifatini baholash uchun ishlatiladi. U 5 mezonni o'z ichiga oladi: og'riq, anatomiya, ishga qobiliyatlilik, funktsiya, bo'g'imlar harakatlanishi. Bemorni so'roq qilish paytida har bir mezon uchun ballar beriladi. Ushbu ballarning yig'indisi (maksimal 85 ball) davolash natijalarini baholashdan iborat: Ushbu o'lchov bo'yicha davolanish natijasi uch darajaga to'g'ri keladi. Agar bemorni tekshirishda 85-70 ball bo'lsa, natija yaxshi bo'ladi. Agar jami 30-69 ball bo'lsa, natija qoniqarli. Natija qoniqarsiz - jami 30 balldan kam.

Chanoq va son qo'shma jaroxatlarida bemorning va jaroxatlarning og'irlik darajasini aniqlovchi dastur

Tayanch - xarakat tizimi jaroxatlarini (chanoq va son) davolash uslub va taktikasini tanlash zamonaviy travmatologiyada na faqat aktual balki murakkab muammo bo'lib kelmoqda va xaligacha o'z yechimini topgani yo'q. Transport, ishlab chiqarish va maishiy travmatizmning o'sib borishi, chanoq suklarinig murakkab sinishlariga sabab bo'lmoqda.

Bugungi kunda hech shubxa tug'dirmaydigan dalil, chanoq suyaklari bilan son suyagini qo'shma nostabil jaroxatida tayanch funksiyasi buzilishi natijasida operativ davolash asosiy ko'rsatmalardan biri bo'lib keladi. Ortopediya soxasida yuksak texnologiyalarni kirib kelishi davolash algoritmlari«damage control» («jaroxatni nazorati»), politravmalarda bemorlarni bosqichli davolashga undaydi. Quyidagi konsepsiyaga asoslanib 1 chi bosqichda, birinchi soatlarda minimal xayotni saqlab qoluvchi muolojalar amalga oshiriladi. Keyingi bosqichlarda bemorni xolati mukammal stabillashtiriladi.

Shunga o'xshash asoslar deb nomlangan "ortopediyada jaroxatlarning nazorati" («Damage Control Orthopedics») qo'shma jaroxatlarni davolashda, uzun suyaklar bilan chanoq suyalari sishilarini davolashda qo'llaniladi. Adabiyotda chanoq suyagi va

son suyagini bir tomondan sinishlari " suzuvchi son "(«floating hip») deb nomlanadi va travmatik kasallikning o'tkir davrida aktiv xirurgik davoni talab qiladi.

Shunga asoslanib bemorni va jaroxatni og'irligini baxolovchi dastur yaratish kerakligi zarur deb topildi

Biz tomondan EVM dasturi yaratilib, bu dastur "Qo'shma chanoq va son suyaklarini og'ir qo'shma jaroxatlarida bemorni va jaroxatni og'irlik darajasini baxolaydi". (№ DGU 08846, 27.07.2020y).

Dastur jaroxat og'irligini aniqlash, uning kechishi, bosqichli mezonlari, intensivligi va chanoq ichidagi qon ketishining davomiyligini aniqlaydi. Olingan ma'lumotlar davolash taktikasini tanlashda, chanoq va son suyaklarini og'ir qo'shma jaroxatlarini operativ davolashda muxim rol o'ynaydi.

Dastur Glazgo shkalasi, yurak qisqarish soni, qon bosimi, nafas soni, gemoglobin va gemotokrit, bundan tashqari chanoq ichi qon ketishlarini intensivligi va davomiyligini va bemorni axvoli jaroxatning og'irligini aniqlab beradigan informativ matematik taxlil usuli bo'lib xisoblanadi. Dasturni amaliy tibbiyotda ayniqsa shoshilinch tibbiy yordam xizmatida ishlatish ancha qulayliklarga olib keladi.

Chanoq va son suyagi sinishi qo'shma jaroxatida bemorning xolati va jaroxatini og'irlik darajasini tashxislovchi va baxolovchi dastur

Og'irlik холати	Faiz	Kliniko-laborator ko'rsatgichlar						Intensiv qon yo'qotish ko'rsatgichi*			Koeffitsient
		QB (mm.rt.st)	YuQS (ud/min)	NOS (min)	Hb	Ht (%)	ShKG	A	V	S	
Stabil	1	>100	<100	<24	>100	>35	15	>100 ml/ch	100- 200 ml/ch	200- 250 ml/ch	1
O'rta	2	80-100	100-120	24-30	90-100	28-35	11-15	>300 ml/ch	300- 500 ml/ch	500- 800 ml/ch	2
Nostabil	3	60-79	>120	30	60-90	18-27	7-10	>1000 ml/ch	1500- 2000 ml/ch	1500- 2500 ml/ch	3
Kritik	4	<60	>120	Dispnoe	<60	<18	<7	>3000 ml/ch	2000- 3000 ml/ch	2500- 3500 ml/ch	4

*Intensiv qon yo'qotish ko'rsatgichi (manba) – I.V. Borozda va mualliflar. «Krovopoterya pri perelomax kostey taza»;
«Amurskiy meditsinskiy jurnal» №2 (26) 2019 S.50.60.

X= K x S

bu erda: X – og'irlik xolatining indeksi; K – koeffitsient; S - ballar yig'indisi (bemorning klinik laborator ko'rsatgichlari)

Eslatma: Og'irlik darajasini maksimal bali – 96 tashkil qiladi ; minimal – 6 ball.

Ballarni bemorning ogirlik darajasi va xolatiga karab taksimoti: 6-24 ball – stabil xolat; 25-49 ball – o'rta; 50-74 – nostabil va 75-96 – kritik.

Davolash taktikasi va usullari * (A). (A,B). (B,C1). (B,C2).

Taktika i metody lecheniya*

- A**
75-96 ball

 - Xayotiy ko'rsatgichlari xavf ostida bo'lgan bosh miya , ko'krak , qorin va tashqi qon ketishda shoshilinch operatsiyalar amalga oshiriladi.
 - Noinvaziv chanoqni tashqi kompresiyasi ya'ni chanoq xalqasini bandaj yordamida stabilizatsiyasi, boshlang'ich intensiv terapiya fazasida chanoqdan qon ketish xajmini ancha kamaytiradi. Son sinishida- konservativ davo (shina va gipsli bog'lamlar yordamida oyoqni immobilizatsiyasi qilishdan iborat)
 - **Shoshilinch operativ davolash uchun ko'rsatmalar**
 - Bo'ylama va ikkilamchi tortuv tana tortmasi. .Gamak, tortuvchi chanoq belbog'i yoki yonbosh sukklaridan o'tqazilgan tegaylar yordamida tortish.
 - Angioembolizatsiya arterial retroperitoneal chanoq qon ketishlarida qo'llaniladigan effektiv uslub bo'lib gemodinamika nostabil xolatda saqlanib qolganda qo'llash mumkin yoki agressiv gemostatik terapiya va chanoq suyaklari stabilizatsiya qilinganligiga qaramastan qon yo'qotish davom etaversa angioembolizatsiya amalga oshiriladi
 - Son sinishida- konservativ davo gemodinamika to'liq stabilizatsiya bo'lganga qadar (shina va gipsli bog'lamlar yordamida oyoqni immobilizatsiyasi qilishdan iborat)
 - **Shoshilinch operativ davolash uchun ko'rsatmalar**
 - Chanoqni tashqi apparat yordamida fiksatsiyasi (tashqi fiksatsiya, vaqtinchalik chanoq xalqasida stabil xolatni saqlaydi va chanoq xalkasi jaroxatida nostabil gemodinamikada erta qon ketishni to'xtatadi.
 - Chanoqning orqa soxalari nostabil jaroxatlarida repozitsiya va ichki fiksatsiya ko'rsatma bulib xisoblanadi.
 - Rotasion nostabil yoki vertikal nostabil jaroxatlar xirurgik davolashga standart ko'rsatma bo'lib xisoblanadi. Qov chokining plastina bilan maxkamlash usuli choklar aro diastaz 2,5 sm dan ortiq bo'lganda amalga oshiriladi.
 - Son suyagi sinishlarini tashqi apparatlar yordamida stabilashtirish, suyak ichi kanalini qirmasdan intramedulyar osteosintez qilinadi
 - **Keyinga qoldirib qilinadigan operativ davolash spektri**
 - Chanoq jaroxatlarini xisobga olgan xoldagi ko'rsatmalar- oldingi, orqa chanoq soxalari va qo'ymich kosasi jaroxatlarida profesional va texnik sharoitlarni xisobga olib tashqi fiksatsiya apparatlarini qo'llash
- B**
50-74 ball

 - Son suyagini intramedulyar osteosintez, suyak usti plastinkalari bilan osteosintez, agar texnik tomondan ta'minlangan bo'lsa bloklovchi intramedulyar osteosintezni amalga oshirish
- S1**
25-49 ball

 - Son suyagini intramedulyar osteosintez, suyak usti plastinkalari bilan osteosintez, agar texnik tomondan ta'minlangan bo'lsa bloklovchi intramedulyar osteosintezni amalga oshirish
- S2**
6-24 ball

 - Son suyagini intramedulyar osteosintez, suyak usti plastinkalari bilan osteosintez, agar texnik tomondan ta'minlangan bo'lsa bloklovchi intramedulyar osteosintezni amalga oshirish

Politravmada jarroxlik davo turlari va xarakteri

Kechiktirib bo'lmaydigan operativ davo va muolojalar og'ir qo'shma jaroxatlarda muxim xayotiy funksiyalarni tiklashda intensiv terapiya ostida operatsiya oldi tayorgarligi ko'rilmasdan amalga oshiriladi, bu bemorlar shkala bo'yicha og'ir deb xisoblanadi (A75-96 ball).

laparotomiya- parenximatoz organlar jaroxatida qon ketishda va dekompesasiya shok xolatida (qonni batamon to'xtatish tomirni tikish va bog'lash, jigar, taloq, buyrak, oshqozon osti bezi yaralarini tikish, splenektomiya va nefrektomiya;

torakotomiya – massiv plevra ichi qon ketishlarida

Torakoskopi- pnevmo- gemotorakslarda plevra ichiga drenaj o'rnatish;

traxeostomiya – yuz skeleti jaroxatlarida, asfiksiya bilan kechadigan bo'yin jaroxatlarida;

birlamchi xirurgik ishlov- xar xil anatomik soxalardagi yaralar, magistral tomirlardan massiv qon ketish, ochiq sinishlar, majag'lanib sinishlar, oyoq, qo'l segmentlarini uzilishi (qonni batamon to'xtatish-chok qo'yish, tomirni bog'lash, amputasiya).

Shoshilinch Operativ davo va muolojalar og'ir qo'shma jaroxat olgan bemorlarning xayotiga xavf soluvchi asoratlarni oldini olish , bundan tashqari suniy nafas bilan ushlab turilgan og'ir bemorlarga o'tqazilgan (V,S1 50-25 bal.):

1) diagnostik laparoskopiya;

laparotomiya – parenximatoz va ichi bo'sh organlar jaroxatlari, diafragma, qorin orqa bo'shlig'i organlari, siydik pufagi va uretra jaroxatlarida massiv bo'lmagan qorin ichiga qon ketishlari, dekompensasiyali shok xolatida(jigar, taloq, buyrak, oshqozon osti bezi, charvi, ichak, diafragma yaralarini tikish,episistotomiya ichak va jigarni rezeksiyasi splenektomiya va nefrektomiya;

torakoskopiya, plevral bo'shlig'iga drenaj o'rnatish- xayotiga xavf solmaydigan gemotoraks, pnevmotoraks;

torokotomiya - pri povrejdeniyax sosudov grudnoy stenki, legkogo, ne soprovoddayushixsya massivnym vnutriplevralnym krovotечeniem i kompensirovannym shokom (s tempom krovopoteri bolee 300 ml/ch na protyajenii 3-4 chasov nablyudeniya) i pri razryvax legkogo, soprovoddayushixsya pnevmo-, gemotoroksom, ne kupiruemyx aktivnym drenirovaniem plevralnoy polosti; ko'krak qafasidagi tomirlarnig jaroxati, o'pka jaroxatidagi plevra ichiga massiv qon ketmasligi kompensasiyalangan shok xolati (qon ketish tezligi 300ml/soatiga 3-4 soat kuzatuv davomiyligida) va o'pka yorilishi natijasida pnevma-gemotoraks plevra bo'shlig'iga aktiv drenaj o'rnatganda natija kaligi

dekompressiv bosh suyagi trepanasiyasi va miya bosimini kamaytirish;

laminektomiya orqa miya dekompressiyasi keyinchalik jaroxatlangan umurtqalar stabilizasiyasi;

jaroxatlangan arteriyalarda magistral qon aylanishini tiklash (tashqi qon ketish yo'q) oyoqlarda ishemiya xolatini kuchayishi.

birlamchi xirurgik ishlov xar xil anatomik soxalardagi yaralarga segmentlarning amputasiyalari, ezilishlari, ishemiya va massiv qon ketmagan xolatlar;

chanoq suyaklarini repozisiya va stabilizasiyasi, oyoq suyaklarini sinishlarida birlamchi tashqi fiksasiya apparatlarida osteosintez.

Keyinchalik amalga oshirsa xam bo'ladigan operativ davo og'ir xolatlarda organizmning xayotiy muxim funksiyasini kompensasiya qilingandan keyin bajariladi (S1 2, 6-25 bal.):

nostabil jaroxatlarda chanoq xalqasini va qo'ymich kosasini stabillashtirish uchun sterjenli klinika apparati qo'llanildi;

Shtiftlar yordamida intramedulyar osteosintez;

Plastinkalar yordamida ekstamedulyar osteosintez;
o'choqdan tashqari KDO apparatlari bilan osteosintez;
umurtqa jaroxatlarini stabillashtiruvchi operatsiyalar
torokotomiya - plevral bo'shlig'ini punksiyasi
pnevmtoraksda natija bermasa (o'pka qaytarilmas kollaps
xolatda qolsa);

traxeostomiya - uzoq vaqt davom etgan SO'Vda va o'pkaning
yiringli asoratlarini oldini olish maqsadida;

suyaklarini jaroxatida yuqori va pastki jag'ga shinalar
o'rnatish, osteosintez;;

relaparotomiya - peritonit rivojlanganda, eventrasiya,
ichaklarda chandiqli xolatlar;

yaralarni ikkilamchi xirurgik ishlovi, nekrektomiya, absess
va flegmonalarni ochish va drenajlash.

**Illustrasiya sifatida klinik kuzatuvlarimizni taqdim
etamiz:**

Bemor D. 41yt. YTX natijasida jaroxat oladi, Chap tomondan
qov va qo'ymich suyaklarini sinib siljishi va qov birlashmasining
uzulishi (Tip B). O'ng son suyagini o'rta uchligidan sinib siljishi
(Rasm 13).

Klinikada standart bo'yicha tekshiruvlardan o'tqazilib
bemorga: Aralash jaroxat. Qov va qo'ymich suyalarini chap tomon-
dan sinib siljishi qov birlashmasining uzilishi (TipV). O'ng son
suyagini o'rta uchligidan sinib siljishi tashxisi qo'yildi (Rasm 14)

(Rasm 15-16) Bemor shoshilinch tartipda operatsiya qilindi,
son suyagi sITO shtifti yordamida osteosintez (Rasm 17-18-19-20-
21) 3 sutkada bemorga chanoq suyaklari klinikaning sterjenli
apparati bilan osteosintez qilindi

12-kun bemor aktivlashtirildi- xassalar yordamida turish va
yurishga xarakatlar o'rgatildi. Yara ikkilamchi bitdi. 16-chi kun
bemor shifoxonadan o'z yashash joyida ambulator davolanishga
yuborildi. 2- oydan so'ng apparatda demontaj o'tqazildi. Bemorga

oxirgi 4 oy-xassalarda yurish tavsiya etildi. 6- oylik nazoratli ko'ruvda bemor xassalarsiz yurganligi, oqsash alomatlari yo'qligi chanoq-son bo'g'imida 10grad. Xarakteristik cheklanganligi aniqlandi.



Rasm 13. Bemor shifoxonaga tushgan payti.



Rasm. 14. Bemorni shifoxonaga tushgan paytdagi rentgen suratlari.



Rasm. 15. Bemorni shifoxonaga tushgan paytdagi MSKT.



Rasm. 16. Operatsiya paytdagi ko'rinish.



Rasm. 17. Birinchi bosqich son suyagini SITO shtifti yordamida ossteosintez.





Rasm. 18. Ikkinchi bosqichda qo'ymich va dumma soxalarini reviziyasi yaraga xirurgik ishlov



Rasm. 19. Bosqichlar yakulandi



Rasm. 20. Bemorni operatsiyadan keyingi surati.





Rasm. 21. Bemorni operatsiyadan keyingi umumiy ko'rinishi.

Olingan natijalarni statistik qayta ishlash

Ta'riflovchi statistika uchun ko'rsatkichlarning o'rtacha qiymatlari va ularning o'rtacha xatolari ($M + m$) aniqlandi.

Variantning taqsimlanishi normal taqsimlanish qonuniga to'g'ri kelganda vositalar va ulushlar o'rtasidagi farqlarning ishonchliligini baholash uchun talabning t-mezonlari $p = 0,05$ (medianlar uchun ishonch darajasi 95%) va χ^2 da ishlatilgan diskret o'zgaruvchilar uchun sinovdir. Farqlar ahamiyatlilik darajasida 5% muhim deb hisoblandi ($p < 0.05$).

Neer-Grantham-Shelton anketasidan olingan ma'lumotlar Statistica v.6.0 da ikkita mustaqil namuna uchun t-test yordamida qayta ishlangan, bu erda $p = 0,05$.

BOB III. TADQIQOT NATIJALARI

Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni tez tibbiy yordam ko'rsatish va davolashning natijalari.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlar uchun chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishi bilan kechadigan davolanishning eng yaqin natijalari sifatida ikki guruh klinik belgilar tanlandi: 1- operatsiyadagi shikastlanishni tavsiflovchi belgilar, masalan, operatsiya davomida qon yo'qotish hajmi va operatsiya davomiyligi, 2-chi - kasalxonada jabrlanganlarning shikastlanishlari, travmatizmning asoratlari va tez-tezligi jabrlanganlarni statsionar davolanish muddatining turlari kabi belgilar..

Chanoq suyagi singan jarrohlik davolash uslubiga qarab, og'ir darajali chanoq suyagi shikastlanishlari bo'lgan bemorlarda operatsiya davomida qon yo'qotish hajmi.

Zamonaviy og'riqsizlantirishni ta'minlashda har qanday jarrohlik aralashuvning shikastlanishi, avvalambor, operatsiyadagi qon yo'qotish hajmi va jarrohlik aralashuv davomiyligi bilan tavsiflanadi.

Intraoperativ qon yo'qotish hajmi gravimetrik usul bilan, ya'ni qon ketishni to'xtatish uchun operatsiya paytida ishlatilgan tamponlarni tortish yo'li bilan baholandi. Qiyosiy tadqiqotlar natijalari 2-jadvalda keltirilgan.

Jadvalda keltirilgan ma'lumotlar eng kichik qon yo'qotish (41 ml) O'TKDO da ko'zatilganligini ko'rsatadi. Vintlar bilan teri osti osteosintezi paytida qon yo'qotilishi biroz kattaroq edi - o'rtacha 79 ml.

Kombinatsiyalangan osteosintezdan foydalanganda qon yo'qotish 2 baravar ko'p bo'lib, 156 ml ni tashkil etdi va ochiq

ichki osteosintez bilan operatsiyadagi qon yo'qotish maksimal - 433 ml ni tashkil etdi.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda ko'plab chanoq suyagi nostabil sinishlarini jarrohlik yo'li bilan fiksatsiyalash usullarining samaradorligi 22-rasmda keltirilgan.

Jadval 2.

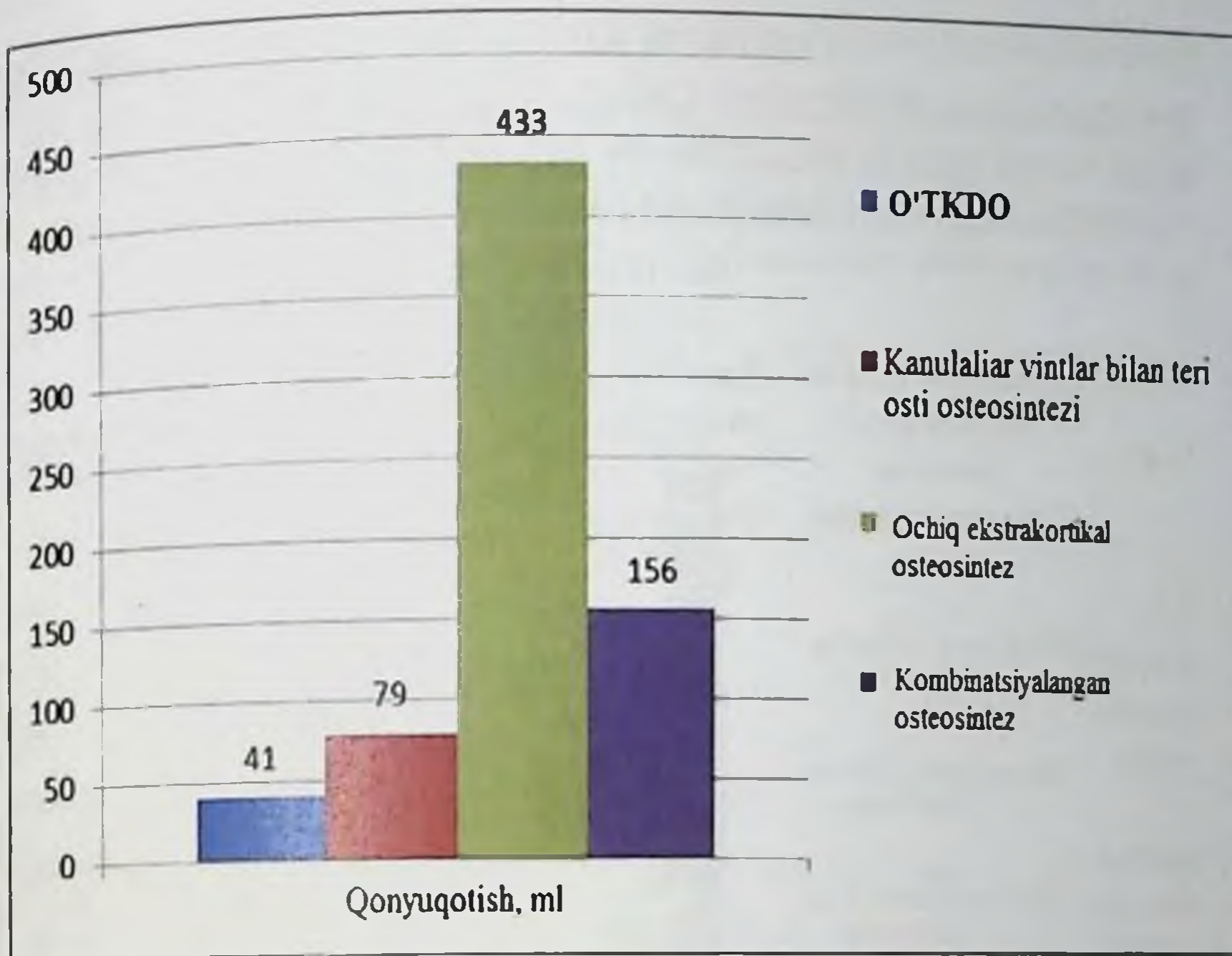
Chanoq suyagining og'ir jarohati bilan jabrlangan bemorlarda operatsiya davomida qon yo'qotish hajmi jarrohlikning turli usullari bilan chanoq suyaklari sinishlarini davolash

Chanoq suyagi sinishida jarrohlik muolajalar

Tekshirilgan ko'rsatkich	O'TKDO	Kanulyatsiya qilingan vintlar bilan Teri osti osteozitozi	Ekstrakortikal osteosintez	Kombinatsiyalangan osteosintez
Operatsiyadagi qon yo'qotish (ml)	41	79	433*	156*

**- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).*

22-chi rasmdan ko'rinib turibdiki, operatsiya davomida qon yo'qotish hajmi bo'yicha chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik bilan fiksatsiyalashning eng samarali usuli bu operatsiya ichidagi qon yo'qotish va vintlar bilan suyaklar osti osteosintezdir. Operatsiyadagi eng katta qon yo'qotish ochiq ekstrakortikal osteosintez bilan kechdi.



Rasm 22. O'TKDO taktikasining uchinchi bosqichida chanoq suyagi singanini fiksatsiyalashning turli jarrohlik usullarida operatsiya davomida qon yo'qotishining o'rtacha hajmi

Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash usuliga qarab, og'ir chanoq suyagi shikastlanishlari bilan jabrlanganlarda jarrohlik aralashuvning o'rtacha davomiyligi

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichida chanoq suyaklari osteosintezi davomiyligi, shuningdek, VKX-SG va VPX-SS shkalasi bo'yicha ob'ektiv usullar bilan baholangan, ularning holati stabillashishiga qaramay, og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarni jarrohlik davolash samaradorligining ko'rsatkichidir.

Tahlillar shuni ko'rsatdiki, bu ko'rsatkich chanoq suyaklari sinish turiga bog'liq. Qiyosiy tahlil natijalari 3-jadvalda keltirilgan.

Jadval 3.

Davolashning turli usullarida, og'ir darajali jarohat olgan bemorlarda dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichida iborat bo'lgan chanoq suyaklar osteosintezining davomiyligi.

3	Jarrohlik davolash usuli			
	Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli (n=7)	Kanulaliar vintlar bilan teri osti osteosintezi (n=27)	Ochiq ekstrakortikal osteosintez (n=5)	Kombinatsiyalangan osteosintez (n=11)
B tipidagi sinishlar (min)	18*	62	89	125*
C tipidagi sinishlar (min)	30*	91	103	174*

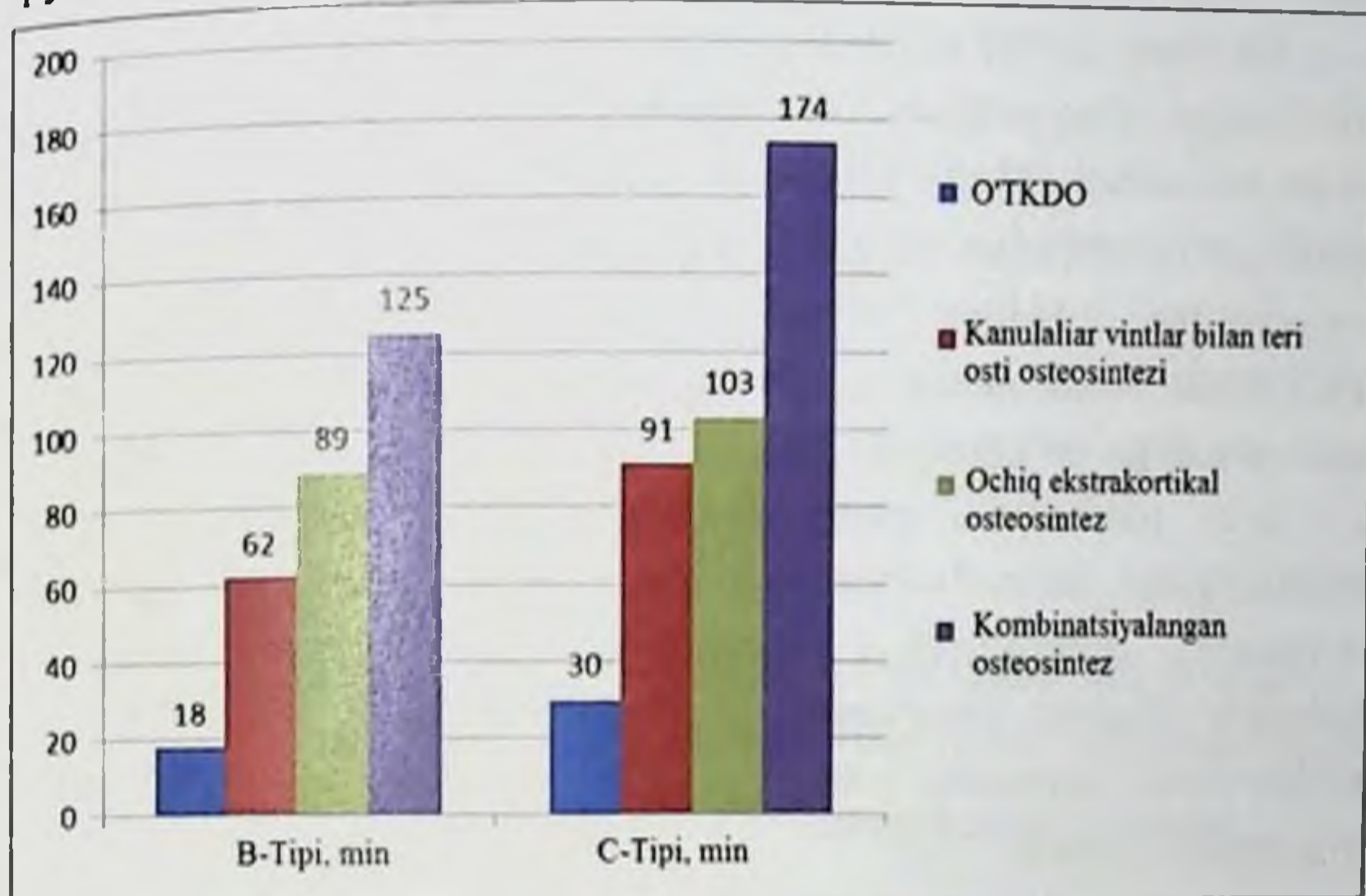
*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

3-Jadvaldan ko'rinib turibdiki, natijada jarrohlik aralashuvning eng qisqa vaqti tashqi fiksatsiya moslamasi ni qayta tashkil etish va dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli da chanoq suyagi sinishlarini qayta joylashtirish edi, ammo bu usul yumshoq to'qimalarning o'zaro joylashishi yoki chanoq suyagining stabil siljishi tufayli suyak bo'laklarining tuzilmalari aniq joylashuviga erishishga imkon bermadi. Shuning uchun ushbu usulni faqat jarrohlik aralashuvining davomiyligi asosida samarali deb hisoblash maqsadga muvofiq emas.

Chanoq suyaklari osteosintezining ikkinchi qisqa metodi - kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintez - bu ham qisqa vaqtni oladi, ammo fiksatsiyani kamaytirishning qat'iyiligini, chanoq suyaklarining o'ziga xos sinishini to'g'ri ko'rsatmalar bilan ta'minlaydi va osteosintez texnikasi qoidalariga rioya qiladi.

Chanoq suyaklarining eng murakkab sinishlarida, shu jumladan, dumg'aza va chanoq halqasining transpedikulyar

qo'shimcha fiksatsiyasida qattqlik yaratish va jabrlanuvchilarning erta vertikal holatiga erishish uchun osteosintez eng ko'p vaqt talab qiladi. og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyagi sinishlarining har xil turlarini xirurgik fiksatsiya qilishning turli usullarida jarrohlik aralashuvlar davomiyligining qiyosiy tahlili 23-rasmda keltirilgan.



Rasm 23. Chanoq suyagi sinishi va jarrohlik aralashuvi turiga qarab bir qancha nostabil chanoq suyagi osteosintezining o'rtacha davomiyligi

Shunday qilib, chanoq suyaklari sinishining har ikkala turida ham jarrohlik aralashuvning eng qisqa vaqti dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli usuli bilan amalga oshirildi: B tipidagi sinishlarda 18 daqiqadan C tipidagi sinishlarda 30 minutgacha.

Kanyullangan vintlar bilan minimal invaziv suyak osti osteosintez B tipidagi chanoq suyagi sinishida 62 daqiqa va S tipidagi sinishda 91 daqiqa davom etdi.

Jarrohlik aralashuvining maksimal vaqti eng murakkab sinishlarda yoki osteosintezning zamonaviy texnologiyalari bo'lmagan, birinchi navbatda osteosintezning intraoperativ

vizualizatsiyasida chanoq suyagi sinishlarining qo'shma va ochiq osteosintezida kelib chiqdi.

Travmatik kasallik dinamikasida chanoq suyagi og'ir shikastlanishlari bo'lgan jabrlanganlarda rivojlangan asoratlari

Chanoq suyagi bilan jabrlangan bemorlarda yuzaga kelgan asoratlarni diagnostikasi va tizimlashtirish jarayonida VPX SM. Kirov nomidagi VMedA VPX kafedrasida ishlab chiqilgan asoratlari tasnifi qo'llanildi. (Gumanenko E.K. va hammualliflar, 1999).

Ushbu tasnifga muvofiq, og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda paydo bo'ladigan barcha asoratlari ikkita katta guruhga bo'linadi: yuqumsiz va yuqumli.

O'z navbatida, yuqumli asoratlari tizimli yallig'lanish reaksiyasini umumlashtirish darajasiga muvofiq uch guruhga bo'linadi: 1 - mahalliy IK, 2 - visseral IK va 3 - umumlashtirilgan IK. Mahalliy IKlarga zararlanish markazida yoki fiksaj tuzilmalari biriktirilishi sohasida rivojlanadigan yuqumli va yallig'lanish jarayonlari kiradi.

Visseral IA - bu yuqumli va yallig'lanish jarayonlari, bu tizimli yallig'lanish reaksiyasi ning ikkinchi bosqichida - proinflamatuvar sitokinlarning tizimli qon aylanishiga chiqish bosqichida shikastlanishidan uzoqlashadi. Umumiy IAga sepsis, og'ir sepsis va septik shok kiradi, ular tizimli yallig'lanish reaksiyasi ning umumlashishi, POD/POE hosil bo'lishi va mikroblarning ta'sirlangan organizm organlari va tizimlariga o'tishi natijasida rivojlanib, yallig'lanishni tizimli reaksiyasi bilan buziladi.

Chanoq suyagi bilan birga olib boriladigan og'ir jarohati bo'lgan bemorlarda davolashning turli usullari bilan rivojlangan asoratlari 4-jadvalda keltirilgan.

4-jadvaldan taqqoslangan guruhlarda travma asoratlari rivojlanishi sezilarli farqni aniq ko'rsatib beradi. Konservativ usullar bilan davolangan jabrlanganlarning 1-guruhida barcha jabrlanganlarda asoratlar paydo bo'ldi

Majburiy uzoq muddatli gorizontal holat tufayli barcha bemorlar kasalxonada kelib chiqqan og'ir pnevmoniya bilan og'rigan, shu bilan birga nafas olish va yurak etishmovchiligi - og'ir qo'shma jaroxat da visceral IA uchun xos bo'lgan ichki organlardir.

Konservativ davo bilan davolangan barcha bemorlarda dumg'aza va to'piqlarda 2-3 daraja prolejnlari rivojlangan, gambakda davolanish holatlarida - 5 nafar bemorda (25,0%) 2-3 darajali prolejnlari, femoral suyaklarning katta trokanterlari mintaqasida ham rivojlangan

Jadval 4.

Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlangan bemorlarda davolashning turli usullari bilan rivojlangan asoratlar.

Jabrlanganlarning guruhlari

Asorat turlari

	Guruh 1 (n = 20)		Guruh 2 (n = 50)	
	Abs.sana	%	Abs.sana	%
Yuqumsiz:	5	25,0*	5	10,0
Yuqumli:	20	100,0*	19	38,0
lokal	20	100,0*	4	8,0
visceral	20	100,0*	18	36,0
Jami	20	100,0*	19	38,0

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

5 ta holatda jabrlanganlar yuqumli bo'lmagan og'ir asoratlarni rivojlantirdilar: 4 bemorda (20,0%) PE va 1 - pastki ekstremitalarning chuqur tomir trombozi (5,0%) rivojlandi. Jarrohlik muolajasi bilan davolangan bemorlarda asoratlar uch

baravar kam bo'lib, 38,0% ni tashkil etdi. Yuqumsiz asoratlarda 5 nafar jabrlanganlarda rivojlandi: 3 holatda (6,0%) PE rivojlandi va 2 holatda - pastki ekstremitalarning chuqur tomir trombozi (4,0%) rivojlandi.

Yuqumli asoratlarda 19 nafar jabrlanganlarda rivojlandi (38,0%): 18 nafar bemorda nozokomial pnevmoniya (36,0%) tashxis qo'yilgan 4 nafar bemorda operatsiyadan keyingi jarohatning yiringlashi ko'rinishidagi mahalliy IA (8,0%) ochiq osteosintezdan so'ng 1 nafar bemorda va 3 nafar shikast olgan bemor moslamada yuqumli va yallig'lanish jarayonlarida tayoqchalar joylashtirilgan.

Jarrohlik muolajasi bilan davolangan chanoq suyagi bilan jabrlangan bemorlarda asoratlarning ancha yuqori qismi maxsus tadqiqot mavzusiga aylandi. Uning natijalari 5-jadvalda keltirilgan.

Jadval 5.

Chanoq suyagining og'ir shikastlanishi bilan jabrlangan bemorlarda jarrohlik davolashning turli usullari bilan rivojlangan asoratlarda

Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash

Asorat turlari	O'TKDO (n=7)		Kanulali vintlar bilan suyak osti osteosintez (n=27)				Ekstrakortikal osteosintez (n=5)		Kombinatsiyalangan osteosintez (n=11)	
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%		
Yuqumsiz:	3	42,9	-	-	2	40,0	-	-		
Yuqumli:	7	100,0	5	18,5*	4	80,0	3	27,3*		
• Lokal	2	28,6	-	-	1	20,0	1	9,1		
• vistseral	7	100,0	5	18,5*	4	80,0	2	18,2*		
Jami	7	100,0	5	18,5*	4	80,0	3	27,3*		

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

Umuman olganda, chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolashda davolangan 2-guruhdagi jabrlanganlarning asoratlarning yuqori darajasi ham chanoq suyagi shikastlanishining og'irligi, ham tananing boshqa joylariga shikastlanishning og'irligi bilan bog'liq edi.

Ushbu turdagi jarohatlarda asoratlarning o'rtacha darajasidan oshmaydi va bu shikastlanishning o'tkir davri shok va boshqa patologik jarayonlarning oqibatlariga bog'liq (Gumanenko E.K., 2008). Buni visseral IA ning lokal holatidan 18 - 4 gacha ustunligi tasdiqlaydi.

Visseral IA ning eng yuqori chastotasi O'TKDO va ochiq ekstrakortikal osteosintez bilan davolangan ikki guruh jabrlanganlarida qayd etildi. Ushbu IAlarning rivojlanishida muhim omil, erta "vertikalizatsiya" imkoniyati yo'qligi sababli uzoq vaqt yotoqda davolanardi.

Jabrlanganlarning bir xil guruhlarida barcha yuqumli bo'lmagan asoratlari rivojlandi - OATE va pastki ekstremitalarning chuqur tomir trombozi.

Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi sharoitida etiotropik intensiv terapiyani qo'llash ushbu asoratlarni bartaraf etishga, ushbu jabrlanganlarni erta reabilitatsiya qilish va tiklashga yordam berdi.

Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash paytida 4 ta jabrlanganlarda mahalliy IAlar ham rivojlandi.

Shunday qilib, 3 nafar jabrlanganlarda (6%) tashqi fiksatsiya moslamasi tayoqchalari joylashtirilgan joylarda yuqumli va yallig'lanish jarayonini rivojlantirdilar, natijada moslamalar qayta o'rnatildi va ochiq ekstrakortikal osteosintez o'tkazgan 1 (2%)nafari bemorda operatsiyadan keyingi davrda yaraning yiringlashi rivojlandi. Ikkala guruhdagi yuqumli va yallig'lanish jarayonlari antibiotik terapiyasi va mahalliy Levomekol malhami yordamida to'xtatildi.

Teri osti sintezini kanulyatsiya qilingan vintlar bilan va kombinatsiyalangan osteosintez yordamida chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolashda asoratlarning minimal darajasi kuzatildi. Bu, birinchi navbatda, ularning minimal travmasi va sinishlarning qattiq fiksatsiyasiga bog'liq bo'lib, bu jabrlanganlarning erta "vertikalizatsiyasi" va erta rehabilitatsiyasini ta'minlaydi.

Shunday qilib, dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichida og'ir qo'shma jaroxat da chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini davolash uchun jarrohlik usullaridan foydalanish asoratlarning sezilarli darajada pasayishiga va jabrlanganlarni erta rehabilitatsiya qilishga yordam beradi.

Ushbu ko'rsatkichga ko'ra, og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarni jarrohlik usulida davolashning eng samarali usullari - bu minimal invaziv teri osti osteosintez, kanulyatsiya qilingan vintlar bilan va kombinatsiyalangan osteosintez.

Chanoq suyagi sinishlarini davolash uslubiga qarab, chanoq suyagi og'ir shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni statsionar davolanish muddati

Chanoq suyagi sinishlarini davolash usullarini va ularning og'ir qo'shma jaroxat bilan kasallanganlarni statsionar davolanish muddatiga ta'sirini o'rganish uchun ushbu ko'rsatkich tadqiqot guruhlarida taqqoslandi: 1 - konservativ usullar bilan davolangan jabrlanganlar, va 2 - jarrohlik usullari bilan davolangan jabrlanganlar.

Shu bilan birga, chanoq suyagi sinishi turiga qarab qiyosiy tahlil o'tkazildi. Qiyosiy tahlil natijalari 6-jadvalda keltirilgan.

6-jadvaldan kelib chiqadiki, chanoq suyagining nostabil sinishi bilan kechadigan og'ir qo'shma jaroxat bilan

jabirlanganlarni statsionar davolanish muddati chanoq suyagi suyaklarini davolashning jarrohlik usuli bilan davolashda ikki baravar past bo'ladi: B tipidagi sinishlarda u 32,2 kungacha, S tipidagi sinishlarda 33,0 kunga kam.

So'nggi 25 yil ichida og'ir qo'shma jaroxatda chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik yo'li bilan davolash chet el adabiyotida «Damage control orthopedics» deb nomlangan dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasi asosida amalga oshirildi. Ushbu taktika 2-guruhda barcha jabrlanuvchilarda ishlatilgan. U uch bosqichni o'z ichiga olgan. Birinchi bosqichda chanoq suyagi sinishlaridan intrapelvik qon ketishini to'xtatish muammosi, chanoq suyagi sinishini tashqi fiksatsiya yordamida SDTT to'plamining tashqi fiksatsiya moslamasi tayog'i bilan hal qilindi.

Jadval 6.

Chanoq suyagi sinishi turiga va sinishni davolash uslubiga qarab, chanoq suyagi bilan birga olib boriladigan og'ir shikastlanishlar bilan jabrlanganlarni statsionar davolanish muddati.

Tekshirilgan ko'rsatkich	Guruh 1 (n = 20)		Guruh 2 (n = 50)	
	B tipidagi sinishlar	C tipidagi sinishlar	B tipidagi sinishlar	C tipidagi sinishlar
Statsionar davolanish muddati	62,3±25,6*	69,1±22,8*	30,1±13,3	36,1±16,1

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

Bundan tashqari, birinchi bosqichda tananing boshqa zararlangan joylariga kechiktirmasdan, shoshilinch va kechiktirilgan jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi.

Ikkinchi bosqichda rivojlangan POD/POE ni tuzatish va ularning holatini VPX-SS shkalasi bo'yicha 50 balldan kam bo'lgan holda barqarorlashtirish maqsadida intensiv terapiya o'tkazildi.

Ushbu bosqichning davomiyligi shikastlanishning og'irligi, xarakteri va lokalizatsiyasiga, shuningdek jarohat asoratlari xususiyati va og'irligiga qarab farqlandi va 4 kundan 9 kungacha davom etdi.

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasining uchinchi bosqichining maqsadi chanoq suyagi singan joylarini tiklash va qattiq fiksatsiya qilish, jabrlanganlarni erta vertikalizatsiya qilish va rehabilitatsiya qilish orqali davolashning maqbul va erta funktsional natijasiga erishish edi.

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasining uchinchi bosqichida chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash usullari ochiq uzoq muddatli va shikastli osteosintez usullaridan teri osti minimal invaziv va minimal uzaygan fiksatsiya usullariga aylandi.

Chanoq suyaklarini fiksatsiya qilishning ushbu jarrohlik usullarini ishlab chiqish va takomillashtirish shikastlanish va operatsiya davomiyligini kamaytirishga, sinish fiksatsiyasini pasaytirish va qat'iyligining yuqori aniqligiga erishishga va natijada davolashning optimal funktsional natijasiga erishishga qaratilgan.

Shu sababli, ushbu tadqiqotda og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarning statsionar davolanish davri nostabil B tipi va C tipidagi chanoq suyagi singanligi bilan bog'liqligi dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasining uchinchi bosqichida sinishlarni aniqlash usullariga bog'liqligi tahlil qilindi.

O'rganilgan jabrlanganlarda chanoq suyagi sinishlarini aniqlashning to'rtta usuli qo'llanilgan: 1 - ekstrapokal suyaklararo kompressiya-distraktsion osteosintez, 2 -kanulyatsiya qilingan vintlar bilan suyak osti osteosintez, 3 -ochiq ekstrakortikal osteosintez va

4 - kombinatsiyalangan osteosintez

Ushbu tadqiqot natijalari 7-jadvalda keltirilgan.

Jadval 7.

Chanoq suyagi sinishi tipiga va uchinchi bosqichda sinishlarni jarrohlik davolash usuliga qarab, chanoq suyagi og'ir qo'shma shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasida statsionar davolanish muddati

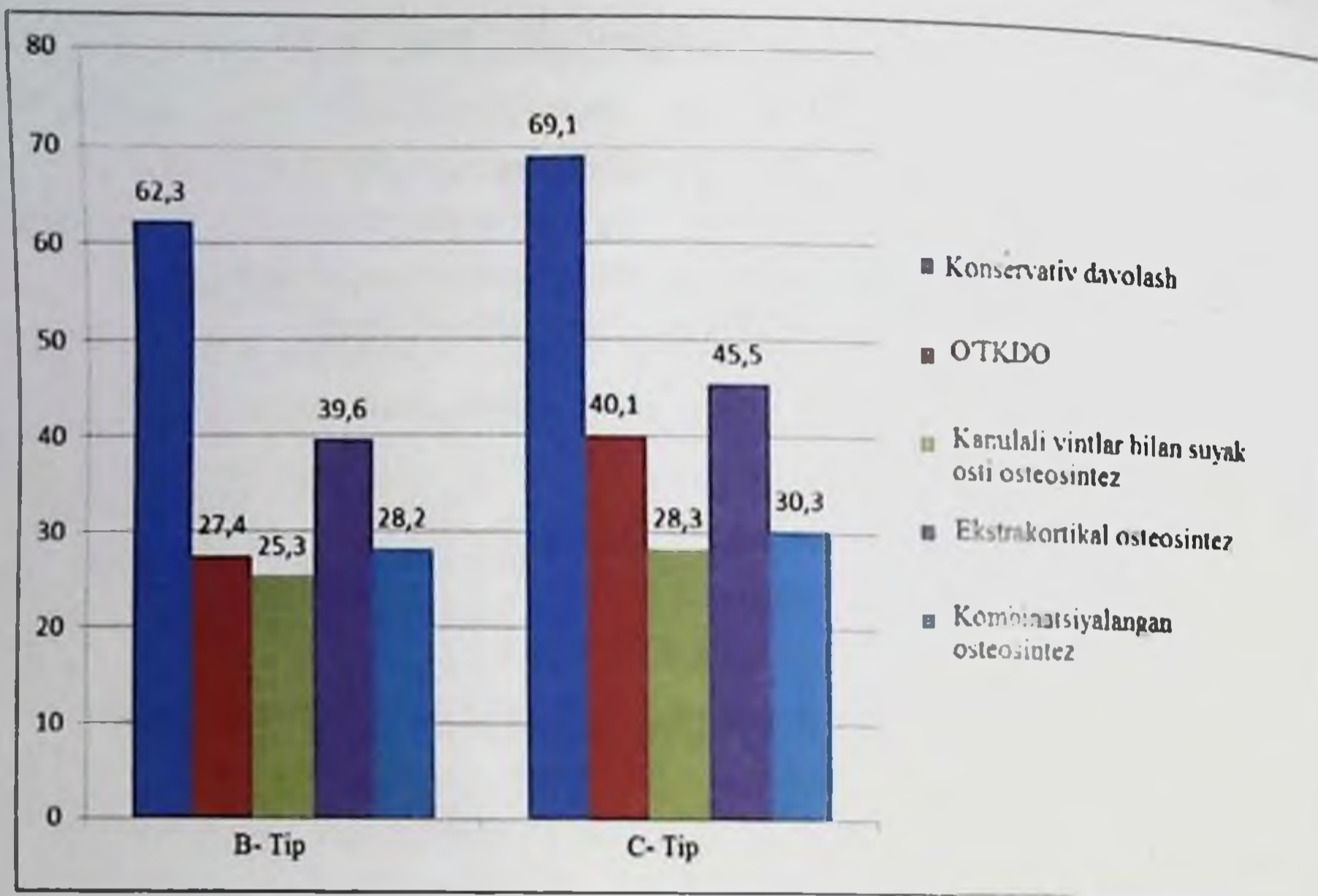
Chanoq suyagi sinishi tipi	Jarrohlik davolash usuli			
	O'TKDO (n=7)	Suyaklararo konyulatsiya qilingan vintlar bilan osteosintez (n=27)	Ochiq ekstrakortikal osteosintez (n=5)	Kombinatsiyalangan osteosintez (n=11)
B tipida sinishlar	27,4±10,3	25,3±7,1	39,6±19,5*	28,2±16,4
C tipidagi sinishlar	40,1±12,4*	28,3±10,9	45,6±21,2*	30,3±19,8

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

7-jadvaldan ko'rinib turibdiki, chanoq suyagi singan bemorlarda statsionar davolanishning eng uzoq davom etgan davri ochiq ekstrakortikal osteosintez bilan, eng kami esa - kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintezi bilan o'tkazilgan.

Shu bilan birga, ekstremal guruhlar o'rtasidagi ushbu ko'rsatkichning farqi 14 kunni tashkil etdi, bu dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasining uchinchi bosqichida chanoq suyaklari osteosintezi minimal invaziv usullarining yuqori samaradorligini ko'rsatadi.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan og'rigan bemorlarda chanoq suyagi sinishlarini davolashning barcha usullarini qiyosiy tahlili 24-rasmda keltirilgan.



Rasm 24. Chanoq suyagi sinishlarini davolashning turli usullari bilan chanoq suyagi og'ir shikastlanishlari bo'lgan jabrlanganlarni davolashning o'rtacha davomiyligi.

24-rasmdan ko'rinib turibdiki, og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlanganlarni davolashning eng uzoq davom etishi chanoq suyaklarining nostabil sinishlarini davolashning konservativ usullariga xosdir: B tipidagi sinishlarda 62,3 kun va S tipidagi sinishlarda 69,1 kun.

Shu bilan birga, u B tipidagi sinishlarni davolashning eng kam samarali jarrohlik usuli bilan taqqoslaganda 22,7 kunga, S tipidagi sinishlarda esa 23,6 kunga yuqori.

Og'ir qo'shma jaroxatda chanoq suyaklarining nostabil sinishlarini jarrohlik davolash samaradorligi ko'p jihatdan ularning barchasi dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikalari asosida amalga oshirilganligi bilan bog'liq.

Chanoq suyaklarining nostabil sinishlarini davolashning jarrohlik usullari orasida ushbu ko'rsatkich eng samarali

hisoblanadi - kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintezi; chanoq suyagi singan bemorlar uchun statsionar davolanishning o'rtacha davomiyligi 25,3 kunni, S tipidagi sinishlar uchun 28,3 kunni tashkil etdi.

Jabrlanganlarni statsionar davolanishning eng uzoq davom etgan vaqti ekstrakortikal osteosintez bilan qayd etildi: B tipidagi sinishlar uchun 39,6 kun va S tipidagi sinishlar uchun 45,5 kun.

Shunday qilib, ko'p sonli beqaror chanoq suyagi sinishi bilan kechadigan og'ir qo'shma jaroxat bilan og'riqan bemorlarda davolashni tanlash usuli dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasi hisoblanadi.

Ushbu taktikada, birinchi bosqichda, jarohatlardan keyingi dastlabki 1-2 soat ichida, qorin bo'shlig'idagi qon ketishni to'xtatish va jabrlanuvchining hayotini saqlab qolish uchun SDTT to'plamining tashqi fiksatsiya moslamasi chanoq suyagi singan joylari zudlik bilan o'rnatildi.

Ikkinchi bosqichda POD/POE tuzatildi va jabrlanuvchining umumiy holati barqarorlashdi.

Taktikaning uchinchi bosqichida chanoq suyagi sinishlarini aniq qisqartirish va qat'iy fiksatsiya qilish turli xil jarrohlik usullari bilan davolanishning optimal funktsional natijasiga erishish uchun amalga oshirildi.

Eng qisqa statsionar davolanish davri ko'rinishidagi eng yaxshi funktsional natija chanoq suyaklarining suyak osti osteosintezi bilan kanyurlangan vintlar bilan olingan.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda ko'plab nostabil chanoq suyagi sinishlarini darhol davolash natijalarini tahlil qilish, davolash uslubiga qarab, jarrohlik usullarining aniq afzalliklarini ko'rsatdi.

Chanoq suyaklarining joylashishi va ularning qattiq fiksatsiyasi jabrlanganlarni erta faollashtirishga va erta

reabilitatsiyani boshlashga imkon beradi. O'z navbatida, bu hayotiy funktsiyalarni tez normallashtirishiga va bemorlarning tez tiklanishiga yordam beradi.

Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini jarrohlik davolashda og'ir asoratlardan uch baravar kam, statslAnar davolanishning o'rtacha davomiyligi esa ikki baravar qisqaroq.

Ushbu tadqiqotda og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini jarrohlik yo'li bilan davolash dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli (Damage control ortopedik) taktikasiga muvofiq amalga oshirildi.

Birinchi bosqichda, jabrlanganlar kelgandan so'ng, chanoq suyagi suyaklarini repozitsiyasiz tayoqcha ichki qon ketishini to'xtatish uchun tananing boshqa zararlangan joylarida operatsiyalar bilan birga shoshilinch ravishda amalga oshirildi.

Taktikaning ikkinchi bosqichida POD/POE ni tuzatish va umumiy holatni barqarorlashtirish maqsadida reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi da intensiv terapiya o'tkazildi. Jabrlanganlarning ahvoli kompensatsiya darajasiga etganidan so'ng, dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichi amalga oshirildi, bunda chanoq suyaklarini jarrohlik yo'li bilan qisqarishi va fiksatsiyasi "Vertikalizatsiya", bemorlarni faollashtirish va reabilitatsiya qilish o'tkazildi.

Shu maqsadda to'rtta operativ usul ishlatilgan: dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli, kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintezi, ochiq ekstrakortikal osteosintez va kombinatsiyalangan osteosintez.

Qiyosiy tahlil shuni ko'rsatdiki, ulardan eng samaralisi kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintezi va

kombinatsiyalangan osteosintez bo'lgan. Ular operatsiyadagi qon yo'qotishining minimal hajmi va operatsiyaning minimal davomiyligi bilan farq qildilar.

Chanoq suyaklarining bir qancha nostabil sinishlarini jarrohlik davolash usullari bilan asoratlari kam bo'lgan va statslanar davolanish muddati minimal bo'lgan.

Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni uzoq muddatli davolashning natijalari.

Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni davolashning anatomik va funksional natijalari.

Chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini davolashning anatomik va funksional natijalari kasalxonadan chiqqandan so'ng og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan barcha bemorlarda o'rganildi.

Ular chanoq suyaklari sinishining birlashishi, chanoq suyagi deformatsiyasi tufayli oyoq-qo'llarining qisqarishi, ankiloz yoki soxta bo'g'imlarning shakllanishi bilan baholandi. Qiyosiy tahlil natijalari 8-jadvalda keltirilgan.

8-jadval shuni ko'rsatadiki, konservativ davolash bilan og'ir qo'shma jaroxat bo'lgan bemorlarda ko'plab nostabil chanoq suyagi sinishlarini davolashning anatomik va funksional natijalari jarrohlik davolanishga qaraganda ancha yomonroq.

Jadval 8.

TCT bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini davolashning anatomik va funktsional natijalari.

Davolashning anatomik va funktsional natijasi	Jabrlanganlarning guruhlari			
	Guruh 1		Guruh 2	
	Abs. ch.	%	Abs. ch.	%
Oyoq uzunligini tiklash bilan sinishning birlashishi	11	55,0	43	86,0*
Oyoqning uzunligini qisqartirish bilan sinishning birlashishi	4	20,0*	1	2,0
Soxta bo'g'im	5	25,0*	-	-
bo'g'imning ankilozi	2	10,0	6	12,0
Jami	20	100,0	50	100,0

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

Konservativ davo bilan ko'pincha oyoq-qo'llarining qisqarishi bilan chanoq suyagi deformatsiyasi - 20,0%, chanoq suyaklarining soxta bo'g'imlari ko'pincha - 25,0% shakillangan. Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik yo'li bilan davolash paytida, sinishlarning to'g'ri birlashishi jabrlanganlarning 86,0 %ida sodir bo'lgan va faqatgina 1 nafar bemorda oyoq-qo'llarining qisqarishi bilan chanoq suyagi deformatsiyasi, 6 nafarida - sakroiliak va chanoqqa oid bo'g'imlarning ankilozi paydo bo'lgan. Chanoq bo'g'imlarining ankilozi uzoq muddatli og'riq sindromi bilan kechdi, bu esa old va orqa chanoq tuzilmalaridan metall konstruktsiyalarni keyinchalik olib tashlashni talab qildi.

Shunday qilib, og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarining anatomik va funktsional natijalarini tahlil qilish davolashning jarrohlik usullarining konservativlarga nisbatan muhim ustunliklarini ko'rsatdi.

Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishi bilan jabrlanganlarni davolashning uzoq muddatli funktsional natijalari

Chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlanganlarni davolashning uzoq muddatli natijalari 64 nafar bemorda o'rganilgan - 91,4% hollarda: 1 (nazorat) guruhidagi 20 nafar bemorning 15nafari va asosiy guruhdagi 50 nafar bemorning 49 tasi.

Bemorlar jarohatlaridan keyingi davrlarda Neer-Grantham-Shelton shkalasi bo'yicha so'rovnoma yordamida savol javob oldilar: 1 - guruhda, 6 yosh va undan katta guruhdagi bemorlar, 2 - guruhda, 3 yoshli bemorlar. Ushbu tadqiqot natijalari 9- va 10-jadvallarda keltirilgan.

9-jadvaldan kelib chiqadiki, chanoq suyagi og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarni davolashda yaxshi natijalarga faqat bemorlarning 75,5 %ida jarrohlik davolash usullarini qo'llagan holda erishilgan.

Jadval 9.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini uzoq muddatli davolashning natijalari

Uzoq muddatli davolanish natijasi	Jabrlanganlar guruhi			
	Guruh 1		Guruh 2	
	Aniq vaqt	%	Aniq vaqt.	%
Yaxshi(70-85 ball)	-	-	37	75,5
Qoniqarli (30-69 ball)	4	26,7	12	24,5
Qoniqarsiz (30 dan kam ball)	11	73,3	-	-
Jami	15	100,0	49	100,0

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

Ko'p sonli nostabil chanoq suyagi sinishlarining 73,3 %ida og'ir qo'shma jaroxatda konservativ davo qoniqarsiz natijalar bilan kechdi. Shu bilan birga, davolashning jarrohlik usullari bilan qoniqarli davolash natijalarining nisbati ancha yuqori edi, bu esa jarrohlik davolashning turli usullari bilan jabrlanganlarni davolashning uzoq muddatli natijalarini tahlil qilishni talab qildi. Ular 10-jadvalda keltirilgan

10-jadvaldan ko'rinib turibdiki, barcha yaxshi davolash natijalari jarrohlik muolajasi bilan ikki usul bilan olingan: kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri orqali osteosintez va kombinatsiyalangan osteosintez orqali O'TKDO da va ochiq ekstrakortikal osteosintezda davolashning qoniqarli uzoq muddatli natijalari olingan.

Jadval 10.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir qancha nostabil sinishlarini jarrohlik davolashning uzoq muddatli natijalari.

Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash usullari									
Uzoq muddatli davolanish natijasi	O'TKDO		Kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri orqali osteosintez		Ochiq ekstrakortikal osteosintez		Kombinatsiyalangan osteosintez		
	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	
Yaxshi	-	-	26	100,0*	-	-	11	100,0*	
Qoniqarli	7		-	-	5		-	-	
Qoniqarsiz	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jami	7	100,0	26	100,0	5	100,0	11	100,0	

*- farqlar ishonchli ($r < 0,05$).

Shunday qilib, uzoq muddatli davolanishning eng yaxshi natijalariga faqat chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik usullari bilan aniq repozitsiya va qattiq fiksatsiya qilish yordamida erishiladi.

Og'ir qo'shma jaroxatda chanoq suyaklarining bir qancha nostabil sinishlarini davolashning jarrohlik usullari orasida eng yaxshi natijalarga teri orqali osteosintezni qo'llanib, kanulyatsiya qilingan vintlar va kombinatsiyalangan osteosintez yordamida erishildi.

XULOSA.

Shikastlanish muammosining jamiyat uchun dolzarbligi shundaki, travma, saraton va yurak-qon tomir kasalliklaridan farqli o'laroq, hal qilinishi mumkin bo'lgan muammo hisoblanadi. Jamiyat jarohatlarning oldini olish bo'yicha harakatlarni amalga oshirish va ularning oqibatlarini bartaraf etish borasida katta imkoniyatlarga ega. Yo'l-transport hodisalari zararli oqibatlarga olib keladigan shikastlanishning asosiy sababidir. Yo'l-transport hodisalari jarohatlari yuqori darajada o'lim va aholining nogironligi bilan ko'zatiladi.

Yo'l-transport hodisalarida o'lim va nogironlikning asosiy sababi og'ir jarohatlar va polytravma hisoblanadi. og'ir qo'shma jaroxat tuzilishi o'zgaruvchan va ko'plab omillarga bog'liq.

Dominant jarohatga muvofiq, uni quyidagicha ifodalash mumkin: bosh suyagi va miyaga shikast etkazish - 19,3%, ko'krak qafasi - 15,4%, qorin - 11,6%, chanoq suyagi - 13,3%, umurtqa pog'onasi - 4,5%, oyoq-qo'llar - 28,1% va unga tenglashtirilgan tananing bir nechta sohalariga zarar etkazish - 7,8%. Shu bilan birga, og'ir qo'shma jaroxat paytida tananing turli sohalarining zararlanish chastotasi boshqacha taqsimlanadi: bosh suyagi va miyaga shikast etkazish - 70,6%, ko'krak qafasi - 47%, qorin - 27,4%, chanoq suyagi - 32,2%, umurtqa pog'onasi - 11,3%, oyoq-qo'llar - 66,2% (Gumanenko E.K., 2008).

Shunday qilib, og'ir qo'shma jaroxat da chanoq suyagi shikastlanishi har uchinchi shikast olgan bemor uchraydi va chanoq suyaklarining bir nechta nostabil singan joylari 13,3% hollarda dominant shikastlanish hisoblanadi, bu esa ko'plab nostabil chanoq suyagi sinishlarini davolash muammosini zamonaviy travmatologiya va shikastlanishlar jarrohligining dolzarb muammolaridan biriga aylantiradi.

Chanoq suyagi anatomik xususiyatlariga ko'ra, og'ir qo'shma jaroxat holatida, chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishi bilan birga, ichki chanoq qon ketish travmaning o'tkir davrida sodir bo'ladi.

Rotatslan nostabil sinishlarda (B tipi) qon yo'qotish hajmi 2 litrga etadi, vertikulyar nostabil sinishlarda (C tipi) - 3 litr va undan ko'p, bu o'limning asosiy sababi hisoblanadi.

Chanoq suyaklarining bir nechta beqaror sinishlarining xususiyati bu chanoq suyaklarini tashqi fiksatsiya moslamalari bilan tezkor fiksatsiya qilish ko'rsatkichidir. (Ganin V.N., 2000).

O'tkir travma davrida chanoq suyagi sinishlarining repozitsiyasi amalga oshirilmagani sababli, yaxshi funktsional davolash natijasiga erishish uchun singan chanoq suyaklarini aniq qo'yish ko'p sonli beqaror chanoq suyagi sintezi bilan kechadigan og'ir qo'shma jaroxat bilan kasallangan bemorlarni davolashda navbatdagi muhim vazifadir. Reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi da intensiv terapiya tugagandan so'ng va jabrlanuvchining umumiy ahvolini VPX-SG yoki VPX-SS o'lchovlari bilan belgilangan kompensatsiya darajasiga qadar stabillashgandan so'ng hal qilinadi - dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida. (Gumanenko E.K., 2008).

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini jarrohlik yo'li bilan davolash uchun bir necha usullar taklif qilingan, ulardan eng keng tarqalgani:

1 - ekstrapokal suyaklararo kompressiya-distraktslan osteosintez, 2- kanulyatsiya qilingan vintlar bilan suyaklararo osteosintez, 3 - ekstrakortikal osteosintez va

4 -kombinatsiyalangan osteosintez (Istomin A.G., 2000; Runkov A.V., 2013; Donchenko S.V. va hammualliflar, 2016; Manukovskiy V.A. va boshq., 2016).

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli (Damage control orthopedics) taktikasining 3-bosqichida og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini jarrohlik yo'li bilan fiksatsiya qilish usullari samaradorligini baholash jarohat jarrohligining dolzarb muammosi bo'lib, ushbu tadqiqotning maqsadiga aylandi.

Tadqiqotning maqsadi va vazifalariga erishish uchun chanoq suyagi shikastlanishlarining og'irligi va xarakteri bo'yicha bir xil bo'lgan ikkita jabrlanuvchilar guruhi tuzildi.

Birinchi guruh (retrospektiv tahlil) Sankt-Peterburg davlat byudjet sog'liqni saqlash muassasasi "Elizaveta kasalxonasi" da 2010-2011 yillar davomida konservativ usullarda davolangan og'ir qo'shma jaroxat holatida chanoq suyaklarining ko'plab nostabil singan bemorlardan iborat edi.

Ikkinchi guruhga (prospektiv tahlil) bir xil og'ir holatdagi chanoq suyagi shikastlanishlari bilan jabrlanganlar kiradi, ular 2012-2015 yillarda shu kasalxonada jarrohlik usullarida davolangan. Zudlik bilan davolash natijalarini va ularga ta'sir qiluvchi omillarni o'rganish uchun qiyosiy tahlildan foydalanildi: Intraoperativ qon yo'qotish hajmi, dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida jarrohlik aralashuvining davomiyligi, rivojlangan asoratlarning chastotasi va turlari va statslAnar davolanish davomiyligi.

Tadqiqotning muhim bosqichi travmatologlar orasida keng tarqalgan Neer-Grantem-Shelton shkalasi yordamida ob'ektiv usul bo'yicha davolashning anatomik va funktslAnal natijalarini va davolashning uzoq muddatli natijalarini o'rganish edi.

So'ngi 25 yil ichida og'ir qo'shma jaroxatda chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasi asosida amalga oshirilmoqda, bu

chet el adabiyotida " Damage control orthopedics " deb nomlanadi. Ushbu taktika 2-guruhda barcha jabrlanuvchilarda ishlatilgan. U uch bosqichni o'z ichiga olgan.

Birinchi bosqichda singan chanoq suyaklaridan ichki chanoq qon ketishini to'xtatish muammosi sinishlarni tashqi fiksatsiya yordamida SDTT to'plamining tashqi fiksatsiya moslamasi tayoqchalari bilan hal qilindi.

Bundan tashqari, birinchi bosqichda tananing boshqa zararlangan sohalariga kechiktirilmagan, shoshilinch va kechiktirilgan jarrohlik aralashuvlar o'tkazildi.

Ikkinchi bosqichda rivojlangan POD/POE ni tuzatish va ularning holatini VPX-SS shkalasi bo'yicha 50 balldan kam bo'lgan holatgacha barqarorlashtirish maqsadida intensiv terapiya o'tkazildi.

Ushbu bosqichning davomiyligi shikastlanishning og'irligi, xarakteri va lokalizatsiyasiga, shuningdek jarohat asoratlari xususiyati va og'irligiga qarab ajralib turdi va 4 kundan 9 kungacha davom etdi.

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasi uchinchi bosqichining maqsadi chanoq suyaklari sinishlarini qayta tiklash va qattiq fiksatsiya qilish, erta vertikalizatsiya va jabrlanganlarni reabilitatsiya qilish orqali davolashning maqbul va erta funktsional natijalariga erishish edi.

Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichida chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash usullari o'z evolyutsiyasiga - osteosintezning ochiq, uzoq muddatli va travmatik usullaridan tortib teri orqali minimal invaziv va minimal uzaytirilgan fiksatsiya usullariga ega. Chanoq suyaklarini fiksatsiya qilishning ushbu jarrohlik usullarini ishlab chiqish va takomillashtirish shikastlanish va operatsiya davomiyligini kamaytirishga, sinish fiksatsiyasini pasaytirish va

qat'iyligining yuqori aniqligiga erishishga va natijada davolashning optimal funktsional natijasiga erishishga qaratilgan.

Shu sababli, ushbu tadqiqotda og'ir qo'shma jaroxatda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishi bo'lgan bemorlarni davolashning bevosita natijalari, anatomik va funktsional natijalari va uzoq muddatli natijalari dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichida chanoq suyagi sinishlarini aniqlash usullariga bog'liqligi tahlil qilindi.

O'rganilayotgan jabrlanganlarda chanoq suyagi sinishlarini fiksatsiyasining to'rtta usuli qo'llanilgan: 1 - ekstrapokal suyaklararo kompressiya-distraksiya osteosintez, 2 - kanulyatsiya qilingan vintlar bilan teri osti osteosintez, 3 - ochiq ekstrakortikal osteosintez va 4 - kombinatsiyalangan osteosintez.

Ushbu tadqiqotda og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini jarrohlik davolash dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasi asosida amalga oshirildi (Damage control orthopedics). Birinchi bosqichda, jabrlanganlarni qabul qilish paytida, chanoq suyagi sinishini fiksatsiyalash ichki chanoq qon ketishini to'xtatish uchun ta'sir qilmasdan, tananning boshqa zararlangan sohalarida o'tkazilgan operatsiyalar bilan birga shoshilinch ravishda amalga oshirildi.

Taktikaning ikkinchi bosqichida POD/POE ni tuzatish va umumiy holatni stabillashtirish maqsadida reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi da intensiv terapiya o'tkazildi.

Jabrlanganlarning ahvolini qoplash darajasiga etganidan so'ng, dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining uchinchi bosqichi boshlandi, bu davrda chanoq suyaklarini jarrohlik yo'li bilan kichiraytirish va fiksatsiya qilish

erta "vertikalizatsiya", bemorlarni faollashtirish va reabilitatsiya qilish uchun amalga oshirildi.

Shu maqsadda to'rtta jarrohlik usul ishlatilgan: O'TKDO, kanulyatsiya qilingan vintlar bilan terilararo osteosintezi, ochiq ekstrakortikal osteosintez va kombinatsiyalangan osteosintez. Qiyosiy tahlil shuni ko'rsatdiki, ulardan eng samaralisi kanulyatsiya qilingan vintlar bilan terilararo osteosintez va kombinatsiyalangan osteosintez bo'ldi.

Ular operatsiyadagi qon yo'qotishining minimal hajmi va operatsiyaning minimal davomiyligi bilan farq qildilar.

Chanoq suyaklarining bir qancha nostabil sinishlarini jarrohlik davolash usullarida asoratlarning rivojlanishining tezligi va jabrlanganlarning statslanar davolanish muddati minimal bo'lgan.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini davolashning bevosita natijalarini tahlil qilish, davolash uslubiga qarab, jarrohlik usullarining aniq afzalliklarini ko'rsatdi.

Chanoq suyaklarining joylashishi va ularning qattiq fiksatsiyasi jabrlanganlarni erta faollashtirishga va erta reabilitatsiyani boshlashga imkon beradi.

O'z navbatida, bu hayotiy muhim funktsiyalarni tez normallashtirishga va bemorlarning tez tiklanishiga yordam beradi.

Tadqiqot shuni ko'rsatdiki, chanoq suyaklarining bir qancha nostabil sinishlarini jarrohlik davolashda og'ir asoratlarning uch baravar kam, statslanar davolanishning o'rtacha davri esa ikki baravar qisqaroq.

Og'ir qo'shma jaroxat bilan jabrlangan bemorlarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini davolashning anatomik va funktslanar natijalarini o'rganish konservativ usullarga nisbatan jarrohlik davolash usullarining muhim afzalliklarini ko'rsatdi.

Davolashning eng yaxshi uzoq muddatli natijalariga faqat chanoq suyagi sinishlarini kichiraytirish va qattiq fiksatsiya qilish yordamida jarrohlik usullari bilan erishiladi.

Og'ir qo'shma jaroxatda chanoq suyaklaridagi bir qancha nostabil sinishlarini davolashning jarrohlik usullari orasida eng yaxshi natijalarga teri orqali osteosintezni qo'llash yordamida kanulyatsiya qilingan vintlar va kombinatsiyalangan osteosintez yordamida erishildi.

XULOSALAR.

1. 13,3% hollarda og'ir vaqtda olib borilgan jarohatlar va politravmalarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishi etakchi shikastlanish va massiv ichki qon ketishining manbai bo'lib, jabrlanganlarning hayotini saqlab qolish uchun shoshilinch xirurgik fiksatsiyani talab qiladi.

2. Jiddiy jarohatlar va poltravma paytida chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini davolashning optimal taktikasi- dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash taktikasi hisoblanadi (Damage control orthopedics).

3. Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida og'ir bo'g'im jarohatlar va politravmalarda chanoq suyaklarining ko'plab nostabil sinishlarini davolash uchun jarrohlik usullaridan foydalanish davolashning bevosita natijalarini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin: og'ir asoratlar sonini 3 baravar kamaytirish va jabrlanganlarni statslanar davolanish muddatini 2 baravar qisqartirish mumkin.

4. Dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida og'ir bo'g'im jarohatlari va poltravma holatlarida chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini davolash uchun jarrohlik usullaridan foydalanish-davolashning uzoq muddatli natijalarini sezilarli darajada yaxshilashi mumkin: jabrlanganlarning 86 % ida anatomik va funktslanar davolashning optimal natijasiga erishish, jabrlanganlarning 75,5 % ida uzoq muddatli davolanishning yaxshi natijalariga erishish

5. Jiddiy jarohatlar va poltravmalarda chanoq suyaklarining bir nechta nostabil sinishlarini davolashda eng yaxshi anatomik va funktsional natijalar dasturlashtirilgan ko'p bosqichli jarrohlik davolash usuli taktikasining 3-bosqichida kanulyatsiya qilingan vintlar bilan terining osteosintezi va kombinatsiyalangan osteosintez yordamida erishiladi - 100% yaxshi davolashning uzoq muddatli natijalari.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Анкин, Л.Н. Травматология (европейские стандарты) Л.Н.Анкин, Н.Л. Анкин. – М : МЕД пресс-информ, 2005/ – С. 283–316.
2. Агаджанян В. В. Отсценка результатов лечения больных, перенесших травму таза / В. В. Агаджанян, А. Ю. Милюков, А. А. Пронских и др.// Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2002. - №3. – С. 67-69.
3. Бесаев, Г.М. Повреждения таза у пострадавших с множественной и сочетанной шокогенной травмой: Автореф. дис. д-ра мед. наук / Г.М. Бесаев. СПб., 1999. - 38 с.
4. Борисов М.Б., Денисенко В.В., Гребнев А.Р., Ганин Э.В., Самохвалов И.М. Лечение переломов костей таза в сочетании с повреждением внутритазовых органов // Сборник тезисов международной практической конференции травматологов-ортопедов ТРАВМА 2016 «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии». Москва, 2016. – С.20.
5. Виноградов Б.В. Современные аспекты лучевой диагностики травм таза и тазовых органов в условиях мирного и военного времени (обзор литературы) / Б.В. Виноградов, И.М. Блинов // Воен.-мед. журн. 2002. -Т. 323, № 12. - С. 24—28.
6. Гаврищук Я. В., Петров А. Н., Бобровский Н. Г., Руд А. А., Гребнев Д. Г., Самохвалов И. М. Основные принципы лечения пролежней у пострадавших с политравмой // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. №1-2. - С. 64.

7. Ганин В.Н. Лечение множественных переломов костей таза у пострадавших с тяжёлыми сочетанными травмами универсальными стержневыми аппаратами комплекта КСТ-1: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2000. – 17 с.

8. Ганин В. Н., Борисов М. Б., Розбиский В. В., Гребнев А. Р., Денисенко В. В. Дистантная транспедикулярная фиксация вертикально нестабильных переломов костей таза // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. №1-2. - С. 75-76.

9. Глухов А.В., Зиновченков В.А., Черногоров П.В. Оперативное лечение переломов таза // Материалы всероссийской научно-практической конференции, посвященной памяти проф. А.Н. Горячева «Риски и осложнения в современной травматологии и ортопедии». Омск: Омскиздат; 2015. - С. 81.

10. Грин А.А., Сергеев К.С., Фарён А.О., Даян Т.В., Белов В.А. Сравнительный анализ эффективности различных методов хирургического лечения нестабильных повреждений тазового колса // Сборник тезисов международной практической конференции травматологов-ортопедов ТРАВМА 2016 «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии». Москва, 2016. – С.53-54.

11. Гуманенко Э.К. Боевая травма таза и тазовых органов // Военно-полевая хирургия: учебник. – 2-е издание, изм. и доп. / Под ред. Э. К. Гуманенко. – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2008. Гл. 22. – С. 572-600.

12. Гуманенко, Э.К. Об'ективная отсенка тяжести травм / Э.К. Гуманенко, В.В. Бояринсев, В.В. Ващенко и соавт. // Воен.-мед. журн.- 1996.-№ 10. - С. 25-34.

13. Гуманенко Э.К. Ранения и травмы тазы и тазовых органов // Военно- полевая хирургия локальных войн и вооруженных конфликтов: руководство для врачей /под ред. Э.К.Гуманенко, И.М. Самохвалова – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2001. - Гл. 20. – С. 428-452.

14. Гуманенко, Э.К. Современные подходы к лечению пострадавших с нестабилными повреждениями тазового колса / Э.К. Гуманенко, В.М. Шаповалов, А.К. Дулаев // Воен.-мед. журн. — 2003. — Т. 324, № 4. — С. 17—24.

15. Гуманенко Э.К. Сотсиалные и медисинские аспекты проблемы тяжёлой травмы // Политравма: травматическая болезн, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / Под ред. Гуманенко Э.К., Козлова В.К. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – С. 23-45.

16. Гуманенко Э.К. Тяжёлая травма: терминология, методология отсенки и идентификации, современная классификация // Политравма: травматическая болезн, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / Под ред. Гуманенко Э.К., Козлова В.К. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – С. 46-104.

17. Гуманенко Э.К. Политравма и травматическая болезн: клинические аспекты проблемы// Политравма: травматическая болезн, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / Под ред. Гуманенко Э.К., Козлова В.К. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. – С. 105- 150.

18. Гуманенко Э.К. Общая стратегия оказания медицинской помощи пострадавшим и новые технологии в лечении политравм // Полит- травма: травматическая болезнь, дисфункция иммунной системы, современная стратегия лечения / Под ред. Гуманенко Э.К., Козлова В.К. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2008. — С. 313-408.

19. Гуманенко Э.К., Самохвалов И.М., Завражнов А.А. Тактика запрограммированного многоэтапного хирургического лечения (ЗМХЛ) ранений и травм («дамаге контрол») // Военно-полевая хирургия локальных войн и вооружённых конфликтов: Руководство для врачей / Под ред. Э.К. Гуманенко, И.М. Самохвалова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2011. — С.148-157.

20. Донченко С.В., Дубров В.Э., Слияков Л.Ю., Лебедев А.Ф., Немнов А.М. Малоинвазивные технологии лечения пациентов с нестабильными переломами тазового колса // Сборник тезисов международной практической конференции травматологов-ортопедов ТРАВМА 2016 «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии». Москва, 2016. — С.62.

21. Дятлов, М.М. Массивное кровотечение при травмах таза: что делать? / М.М. Дятлов // Вестн. травматол. ортопед, им. Н.Н. Приорова. -2001.-№ 1.-С . 66-73.

22. Эпифанова В. А. Медицинская реабилитация: руководство для врачей/под ред. В. А. Эпифанова. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — С. 328.

23. Жилин А. Н. Оказание первой медицинской помощи при травмах (ушибах, вывихах, переломах) // Методические

указания к практической работе / А. Н. Жилин, К. Я. Гафарова. – Оренбург: ГОУОГУ, 2003. – С. 28.

24. Зырянова, Т.Д. Биомеханические предпосылки к остеосинтезу лонного сочленения / Т.Д. Зырянова // Биомеханика. М., 1975. – С. 447-450.

25. Истомин А. Г. Математическое обоснование остеосинтеза таза при повреждениях крестцово-подвздошных суставов / А. Г. Истомин // Проблемы медицины, 2000. – № 1,2. – С. 10-13.

26. Ищенко, Б.И. Рациональный объем лучевого обследования при сочетанной боевой травме / Б.И. Ищенко // Актуальные вопросы лучевой диагностики заболеваний и повреждений военнослужащих: Материалы конф. -СПб., 2001.-С. 54-55.

27. Кирсанов К.П., Краснов В.В., Силантева Т.А. и др. Репаративная регенерация костей и соединений таза при неустраненном смещении отломков (экспериментально-морфологическое исследование) // Материалы научно-практической конференции «Ошибки и осложнения в травматологии и ортопедии». Омск, 2011. – С.33.

28. Ключевский В. В. Скелетное вытяжение / В. В. Ключевский. – М.: Медицина, 1991. – С. 160.

29. Корнилов Н. В. Ортопедия : краткое руководство для практических врачей / Н. В. Корнилов, Э. Г. Грязнухин, В. И. Осташко, К. Г. Редко. – СПб. : Гиппократ, 2001.- С. 368.

30. Кутепов С.М., Минеев К.П., Стелмах К.К. Анатомо-хирургическое обоснование лечения тяжелых переломов

костей таза аппаратами внешней фиксации. – Екатеринбург: Изд-во Уралского университета, 1992. – С. 160.

31. Кулагин В. К. Патологическая физиология травмы и шока / В. К. Кулагин. – М.: «Медисина», 1978. – С. 296.

32. Лобанов Г.В. Внеочаговый остеосинтез нестабильных повреждений таза (анатомическое, биомеханическое и клиническое обоснование): Дис. д-ра мед. наук / Г.В. Лобанов. Донецк, 2000. — 244 с.

33. Мануковский В.А., Дулаев А. К., Кажанов И.В., Микитюк С.И., Преснов Р.А. Внутренняя фиксация таза стержневыми системами у пострадавших с нестабильными повреждениями тазового колса // Сборник тезисов международной практической конференции травматологов-ортопедов ТРАВМА 2016 «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии». Москва, 2016. – С.127-128.

34. Мануковский В.А., Кажанов И.В., Бесаев Г. М., Микитюк С.И., Преснов Р.А. Остеосинтез заднего отдела тазового колса канюлированными винтами у пострадавших с политравмой // Сборник тезисов международной практической конференции травматологов-ортопедов ТРАВМА 2016 «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии». Москва, 2016. – С.127-128.

35. Милюков, А.Ю. Новые возможности эндоскопических технологий в хирургии таза / А.Ю. Милюков // Политравма. 2006. - № 3. - С. 21-24.

36. Милюков А.Ю., Кравсов С.А., Гилев Я.Х., Власов С.В. Инновационные технологии остеосинтеза тазового колса // Сборник тезисов международной практической конференции травматологов-ортопедов ТРАВМА 2016 «Применение современных технологий лечения в российской травматологии и ортопедии». Москва, 2016. – С.132.

37. Мылникова Л.А. Лечебно-тактические аспекты организации оказания медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях на догоспитальном этапе // Скорая медицинская помощь. – 2001. – Т. 2, № 2. – С. 7-10.

38. О дальнейших мерах по повышению безопасности дорожного движения, снижению числа погибших при дорожно-транспортных происшествиях // Доклад рабочей группы президиума Государственного совета Российской Федерации. – Москва: Государственный совет Российской Федерации, 2009. – 135 с.

39. Одынский Б. Классификация АО переломов таза и лечение горизонтально-нестабильных повреждений / Б. Одынский // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. – № 3. – С. 53-58.

40. Пичхадзе, И.М. Сравнительная характеристика фиксационных возможностей некоторых конструкций при повреждениях таза / И.М. Пичхадзе, Ч.С. Доржиев, Н.С. Гаврюшенко и соавт. // Вестн. травматол. и ортоп. им Н.Н. Приорова. 2008. - № 1. - С. 12-18.

41. Протсенко О.Н. Комплексный подход к лечению больных со сложными переломами костей таза аппаратом

внешней фиксации / О.Н. Протсенко, В.Д. Шатохин, В.А. Давыденко и соавт. // Гений ортопед. 2001. - № 1. - С. 78-81

42. Предупреждение травматизма в Европе: от международного сотрудничества до реализации на местах. - Женева: ВОЗ, 2010. - 104 с.

43. Рунков А. В., Близнес Д. Г., Богаткин А. А. Малоинвазивная фиксация повреждений задних отделов таза // Гений ортопедии. 2013. №2. - С. 10-14..

44. Самохвалов И. М., Мануковский В. А., Бадалов В. И., Северин В. В., Головкин К. П., Алисов П. Г., Денисенко В. В. Применение тактики многоэтапного хирургического лечения раненых на этапах медицинской эвакуации // Здоровье. Медицинская экология. Наука. 2012. №1- 2. - С. 100-101.

45. Сингаевский, А.Б. Причины летальных исходов при тяжелой сочетанной травме / А.Б. Сингаевский, Ю.А. Карнаевич, И.Ю. Малых // Вестн. хир. 2002. - № 2. - С. 62-65.

46. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - М.: ГЕОТАР Медиа, 2006. - 512 с.

47. Стелмах, К.К. Лечение нестабильных повреждений таза / К.К. Стелмах // Травматол. и ортопед. Рос. — 2005. — Т. 38, № 4. — С. 31—38.

48. Ткаченко С.С. Военная травматология и ортопедия / Учебник.- Л., 1989. - С. 326.

49. Шаповалов В.М., Гуманенко Э.К., Дулаев А.К., Ганин В.Н., Дыдыкин А.В. Хирургическая стабилизация таза у раненых и пострадавших. - СПб: МОРСАР-АВ, 2000. - С. 240.

50. Шищук В. Д. Травматические неосложненные повреждения костей таза : учебное пособие / В. Д. Шищук. – Сумы : СумДУ, 2011. – С. 6- 31.

51. Хабибянов Р. Я. Механогенез ротационно-нестабильных переломов и повреждений тазового колса // ПМ. 2014. №4. – С. 80.

52. Черкес-Заде Д.И. Лечение повреждений таза и их последствий: Рук. для врач. / Д.И. Черкес-Заде. М.: ОАО Изд-во Медицина, 2006. – 192 с.

53. Чапман М.В. Оперативе ортопаедисс. – Филадельфия, 1988. – Вол. 1. - Р. 287 – 341.

54. Денис Ф. Думг'азага оид Фрастурес: ан импортант проблем / Ф. Денис, С. Девис, Т. Сомфорт // Слин ортопеад. 1988. - Вол. 227. - Р. 67-81.

55. Ноффманн Э. ПостерИАр бридгинг остеосинтесис фор трауматис сасроилиас жоинт дислосатиАн: а репорт оф севен сасес / Э. Ноффманн, Т. Леноир, Э. Морел эт ал. // Эур ж ортопеад сург трауматол. 2008. - Вол. 18. - П. 47-53.

56. Лее С.; Портер. К. "The прехоспитал манагемент оф пелвис фрастурес". Эмергенсй медисине жоурнал: ЭМЖ. – 2007. - 24 (2): Р. 130–133.

57. Летоурнел Э., Жудет Р. Фрастурес оф the асетабулум. - Берлин: Спрингер Верлаг., 1981. - Р. 3 – 64.

58. Летоурнел Э. Сургисал фикатиАн оф диспласед пелвис фрастурес анд дислосатиАнс оф the сймпһйсис пубис (эхслудинг асетабулар фрастурес) / Э. Летоурнел // Чир ортопеад. 1981. - Вол. 67, № 8. - П. 771-782.

59. Пооле Г. В. Саусес оф морталити ин пациент with пелвис фрактурес / Г. В. Пооле, Э. Ф. Вард // Ортопедисс, 1994. – Вол. 17, № 18. – Р. 691-696.
60. Smith W.P., Зиран Б.Н., Морган С.Ж. Фрактурес оф the пелвис анд асетабулум. New Ёрк: Информа Неалтхсаре УСА. Инс., 2007.
61. Сузуки Т., Шиндо М., Сорна К., Минешара Н., Накамура К., Учино М., Итоман М. Лонг-терм фунстиАнал оутсоме афтер унстабле пелвис ринг фрас- туре. Траума. – 2007. - вол. 63 (4): Р. 884–888.
62. Сузуки Т., Smith W.P., Мауффрей С., Морган С.Ж. Сафе сургисал технице фор асосиатед асетабулар фрактурес. Пациент Саф. Сург. – 2013. – вол. 7 (1): Р. 7.
63. Тиле М. Пелвис ринг фрактурес: шоулд they бе фикед? / М. Тиле // Ж. Боне Жт. Сург, 1988. – Н.1. – Р. 188-196.
64. Тиле М. Фрактурес оф the пелвис анд асетабулум. – Балтиморе, Виллиамс & Вилкинс, 1984. – Р. 256.
65. Тиле М. Пелвис фрактурес: оперативе версус ноноперативе треатмент // Ор- thоп. Слин. Нортн Ам. - 1980. - Вол. 11, № 3. - Р. 423-464.
66. Ворлд healthc статистисс 2008. – Генева: Ворлд Healthc ОрганизатИAn, 2008 (Генева <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.htm>, ассе ссед 7 Април 2009).

MUNDARIJA.

QISQARTMALAR RO'YXATI	4
KIRISH	5
BOB I. ADABIYOT MANBALARI HAQIDA UMUMIY MA'LUMOT.....	9
Chanoq suyagi sinishlarining tasnifi	10
Konservativ davolash.	21
<i>Konservativ davolarning kamchiliklariga quyidagilar kiradi</i>	<i>23</i>
<i>Tashqi fiksatsiya usullari.</i>	<i>24</i>
Kombinatsiyalangan osteosintez.	37
BOB II. MATERIALLAR VA TADQIQOT USULLARI.....	40
1-guruh jabrlanganlarining xarakterisikalari (konservativ davo).	40
1-guruh jabrlanganlarining xarakterisikalari (jarrohlik davo).....	41
Chanoq va son qo'shma jaroxatlarida bemorning va jaroxatlarning og'irlik darajasini aniqlovchi dastur.....	42
<i>Politravmada jarroxlik davo turlari va xarakteri</i>	<i>46</i>
BOB III. TADQIQOT NATIJALARI.....	57
Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni tez tibbiy yordam ko'rsatish va davolashning natijalari.	57
Chanoq suyagi sinishlarini jarrohlik davolash usuliga qarab, og'ir chanoq suyagi shikastlanishlari bilan jabrlanganlarda jarrohlik aralashuvning o'rtacha davomiyligi	59

Travmatik kasallik dinamikasida chanoq suyagi og'ir shikastlanishlari bo'lgan jabrlanganlarda rivojlangan asoratlar ..62	
Chanoq suyagi sinishlarini davolash uslubiga qarab, chanoq suyagi og'ir shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni statsionar davolanish muddati	66
Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni uzoq muddatli davolashning natijalari.	73
Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishlari bilan jabrlanganlarni davolashning anatomik va funktsional natijalari.....	73
Chanoq suyagining jiddiy shikastlanishi bilan jabrlanganlarni davolashning uzoq muddatli funktsional natijalari	75
XULOSA.....	78
XULOSALAR.....	85
FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR.....	87
MUNDARIJA.....	97

TILYAKOV A.B., TILYAKOV X.A., ERANOV N.F.

**CHANOQ SUYAKLARINING QO'SHMA
JAROXATLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASH
TAKTIKASI**

Monografiya

ИЗДАТЕЛЬСТВО "TIBBIYOT KO'ZGUSI "

Ответственный редактор — Дилдора ТУРДИЕВА

Корректор — Олим РАХИМОВ

Технический редактор — Акмал КЕЛДИЯРОВ

Дизайн и верстка — Зарина НУСРАТУЛЛАЕВА

Отпечатано в типографии "TIBBIYOT KO'ZGUSI " 140100.

г. Самарканд, ул. Амир Темура, 18.

Подписано в печать 24.02.2021 Протокол 7

Формат 60x84^{1/16}. Гарнитура "Times New Roman". усл. печ. л. 4.19

Тираж: 500 экз. Заказ № 164 от 14.04.2021

Тел/факс: 0(366)2330766 e-mail: samgmi@mail.ru, www.sammi.uz

