New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (75) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (75)

2025

январь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.12.2024, Accepted: 03.01.2025, Published: 10.01.2025

УДК 616.71-001.513-089

ЕЛКА СУЯГИ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ СИНГАН БЕМОРЛАРДА АМАЛИЁТДАН КЕЙИНГИ УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАР ТАҲЛИЛИ

С.Ю. Юсупов https://orcid.org/0009-0006-8432-5671

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

Елка суяги проксимал қисми синишлари инсон таянч ҳаракат тизими жароҳатлари орасида 5-6% ни ташкил этиб, ҳар 100 000 аҳолига 50 нафарга тўғри келади, аммо, сўнгги 30 йиллик статистик маълумотларга кўра ушбу кўрсатгич бир неча баравварга ўсиши кузатилган. Одатда, ушбу кўринишдаги жароҳатлар аксарият ҳолларда ёши катта (50-60 ёшдан ошган) беморларда, кўпинча остеопороз касаллиги фонида юзага келиб, жароҳат механизмига кўра паст энергияли жароҳат натижасида юзага келади

Калит сўзлар. Елка, кўп фрагментли синиш, минимал инвазив, остеосинтез.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ПЛЕЧЕВОГО КОСТЯ

С.Ю. Юсупов https://orcid.org/0009-0006-8432-5671

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Резюме***

Переломы проксимального отдела плечевой кости составляют 5-6% всех травм опорно-двигательного аппарата, или 50 на 100 000 населения, однако за последние 30 лет этот показатель увеличился в несколько раз. Как правило, эти повреждения возникают чаще всего у пациентов старшего возраста (старше 50-60 лет), чаще на фоне остеопороза и обусловлены по механизму повреждения низкоэнергетической травмой.

Ключевые слова. Плечо, многооскольчатый перелом, малоинвазивный, остеосинтез.

ANALYSIS OTDALENNYX RESULTS POSLE OPERATISIY U BOLNYX S PERELOMAMI PROXIMALNOGO PLEChEVOGO KOSTYa

S.Yu. Yusupov https://orcid.org/0009-0006-8432-5671

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ ***Resume***

Fractures of the proximal humerus account for 5-6% of all musculoskeletal injuries, or 50 per 100,000 population, but over the past 30 years, this figure has increased several times. Typically, these injuries occur most often in older patients (over 50-60 years old), often on the background of osteoporosis, and are caused by low-energy trauma according to the mechanism of injury.

Key words. Shoulder, multi-osteoscolochny fracture, maloinvasive, osteosynthesis.

Долзарблиги

Елка суяги проксимал қисми жароҳатларида елка камарининг ўзаро боғланиш механизми бузилади ва бунда елка бўғимининг функционал фаолиятини тиклаш имкони мушкул бўлади. Олимлар изланишлари натижасида елка суяги проксимал қисми синишларида елка суяги

анатомик ўқи ва узунлигини тиклашдан ташқари, елка проксимал қисми ротатор манжетасининг нормал анатомик бирикиш нуқталарини тиклаш зарур деган фикр олға сурилмоқда, акс ҳолда, ушбу фаолият бузлиши натижасида елка бўғимининг тўлиқ функционал имкониятини тиклаш иложи бўлмайди [5, 7, 9].

Ушбу кўринишдаги синишлар оқибатида елка бўғимида ҳаракатлар амплитудасининг чекланиши ва субакромиал импиджмент-синдроми юзага келиб, натижада беморларни узоқ йиллар давомида оғриқ синдроми безовта қилишига ва беморларнинг ҳаёт тарзига сезиларли таъсир қилади [8, 4, 11, 13].

Елка суяги проксимал эпиметафизар синишларида нафақат суяк бўлакларини ишончли фиксациясини таъминловчи, балки анатомиясини тўла тўкис тикловчи остеосинтезнинг янги кам жароҳатли усулларини ишлаб чиқиш замонавий травматологиянинг долзарб вазифаларидан бири бўлиб қолмоқда. Сўнги йилларда ихтисослаштирилган имплантлар [1, 2, 9, 10] билан ёпик усулда кам жароҳатли суяк усти пластиналари ёрдамида остеосинтез қилиш блокловчи интрамедулляр остеосинтез билан тобора кўпроқ рақобатлашмоқда [12, 14, 15]. Мавжуд адабиётлар таҳлили шуни кўрсатадики, елка суяги проксимал қисми синишларида суяк бўлакларини ёпиқ усулда репозиция қилиш ва етарли стабилликка эришиш учун экстрамедулляр остеосинтез усулларидан фойдаланишга оид маълумотлар етарли эмас.

Тадқиқот мақсади

Елка суяги проксимал қисми синишларида экстрамедулляр минимал инвазив усулини ишлаб чиқиш йўли билан даво натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материал ва усуллари

Тадқиқот иши 105 нафар елка суяги проксимал қисми 1 ва кўп фрагментли синган беморлар 2 гуруҳга бўлиниб текширув ўтказилди. Асосий гуруҳ - 65 нафар беморларда клиникада ишлаб чиқилган елка суяги проксимал қисми синишларини кам инвазив жарроҳлик амалиёти - ташқи репозицияловчи аппарат ёрдамида минимал инвазив пластинани қўллаб суяк усти остеосинтези бажарилган. Қиёсий гуруҳ – 40 нафар беморлар, уларда даво усули сифатида суяк бўлакларини репозицияси ва гипсли боғламда даволаш, суяк бўлакларини очиқ репозицияси ва сихлар ёрдамида фиксацияси, ҳамда, суяк бўлакларини традицион усулда суяк усти пластиналари ёрдамида остеосинтези амалиётлари бажарилган. Жарроҳлик амалиётидан кейинги 1 йил ва ундан кейинги муддатни “узоқ муддат” деб ҳисобланди ва елка бўғими клиник ва функционал имкониятлари ва елка бўғими ротатор функцияси баҳолаш мақсадида Констант шкаласи (Constant Shoulder Score) кўрсаткичлари натижалари таҳлил қилинди.

Тадқиқот натижа ва таҳлиллари

Барча клиник мезонлар бўйича таҳлили ўтказилгандан сўнг, баллар йиғиндиси аниқланди ва асосий гуруҳ беморларида 58 (89,2%) нафар беморларда фарқ “<11” дан кичик бўлиб “аъло” деб, қолган 7 (10,8%) нафарда эса баллар фарқи “11-20” на ташкил этди ва “яхши” деб баҳоланди. Қиёсий гуруҳда эса “аъло” 24 (60%) нафарда, “яхши” 12 (30%) тада ва қониқарли (фарқ 21-30 балл) 4 (10%) нафар беморларда аниқланди. Асосий гуруҳда баллар йиғиндиси 93,7±2,8 ни, қиёсий гуруҳда 80,9±4,7 ни ташкил этди ва олинган натижаларда юқори даражали ишончлилик мезони белгиланди ($P<0.001$).

Ушбу тадқиқот ишига Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали жами 105 нафар елка суяги проксимал қисми 1 ва кўп фрагментли синишлари мавжуд беморлар олинди. Беморлар жинсига кўра 45 нафари эркак ва 60 - аёлларни ташкил этди. Жароҳатланиш муддати ўртача 6,2±1,4 кунни ташкил этди (3 – 8 кунгача). Барча беморлар амалиётдан олдин стандарт клиник, радиологик текширув усуллари ўтказилди. Беморларда кўп фрагментли синишлар кузатилганлиги сабабли жароҳат оғирлиги ва суяк бўлаклари ҳолатини баҳолаш мақсадида Neer (1970) таснифидан фойдаланилди (1 жадвал).

1 жадвалдан кўриниб турибдики, аксарият беморлар елка суяги жарроҳлик бўйинчасидан синган категориясига кириб, шулардан 12 (11,4%) нафарида бир фрагментли, 13 (12,4%) да – икки фрагментли, 25 (23,9%) да – уч фрагментли ва қолган 30 (28,6%) нафарида – кўп фрагментли синиқлар бедгиланди.

1 жадвал

Елка суяги проксимал қисми синган беморларни Neer таснифига кўра бўлиниши

		Бир фрагментли	Икки фрагментли	Уч фрагментли	Кўп фрагментли
Елка суяги анатомик бўйинчасидан синиши		10 (9,5%)	7 (6,7%)	-	-
Елка суяги жарроҳлик бўйинчасидан синиши		12 (11,4%)	13 (12,4%)	25 (23,9%)	30 (28,6%)
Катта дўнглик синиши		-	-	-	-
Кичик дўнглик синиши		-	-	-	-
Синиб чиқишлар	Олд	-	5 (4,7%)	-	-
	Орқа	-	-	3 (2,8%)	-

Барча тадқиқот иши учун олинган беморларга жарроҳлик амалиёти таклиф этилди. Беморлар тадқиқот ишида 2 гуруҳга бўлиниб текширилди: асосий гуруҳ - 65 нафар клиникамизда ишлаб чиқилган елка суяги проксимал қисми синишларида жарроҳлик амалиёти инвазивлигини камайтириш мақсадида суяк бўлакларини осон, кам жароҳатли ташқи репозицияловчи аппарат ёрдамида адекват репозициясига эришиш ва минимал инвазив пластинани қўллаб суяк усти остеосинтези усули билан жарроҳлик амалиёти бажарилди. Қиёсий гуруҳ – 40 нафар беморлар, уларда даво усули сифатида суяк бўлакларини репозицияси ва гипсли боғламда даволаш, суяк бўлакларини очиқ репозицияси ва сихлар ёрдамида фиксацияси, ҳамда, суяк бўлакларини традицион усулда суяк усти пластиналари ёрдамида остеосинтези амалиётларидан фойдаланилди.

Жарроҳлик амалиётидан кейинги 1 йил ва ундан кейинги муддатни “узоқ муддат” деб ҳисобладик, ҳамда олинган натижаларни елка бўғими клиник ва функционал имкониятлари ва елка бўғими ротатор функцияси баҳолаш имконини берадиган Констант шкаласи (Constant Shoulder Score) кўрсаткичлари натижалари таҳлили билан баҳоладик.

Жами 105 нафар беморларда елка соҳаси мушаклари электронейромиографияси ўтказилди ва олинган натижалар таҳлил қилинди (2 жадвал).

2 жадвал маълумотларига кўра, елка суяги проксимал қисми синган беморларда амалиётдан кейинги узоқ муддатли натижалари Констант шкаласи (Constant Shoulder Score) мезонлари - оғриқ, активлик даражаси, қўлни кўтариш даражаси, узоқлаштириш кучи, елка бўғимида букиш, узоқлаштириш, ички ва ташқи ротация кабилар бўйича баҳоланди. Олинган натижалар солиштирма таҳлили ўтказилди.

“Оғриқ” синдроми 65 нафар асосий гуруҳ беморларидан аксарият 59 (90,8%) нафарида “оғриқ йўқ”, қолган 6 (9,2%) нафарида эса “ўртача оғриқ” мезонлари бўйича белгиланди. Қиёсий гуруҳда эса фарқли равишда “оғриқ йўқ” мезони бўйича беморлар сони 30 (75%) нафарни, “ўртача оғриқ” – 7 (17,5%) ва “кучли оғриқ” бўйича 3 (7,5%) ни ташкил этди. Баллар нисбатида олинган натижаларда ишончлилик мезони мавжуд ($P<0.01$).

Амалиётдан кейинги узоқ муддатларда беморларнинг “активлик даражаси” асосий гуруҳда юқори кўрсаткичларда (90% дан юқори) сезиларли ошганлиги, қиёсий гуруҳда эса 25-35% ҳолатларда активлик даражаси жуда сустлиги аниқланди, ҳамда олинган натижаларда ишончлилик мезони юқорилиги белгиланди ($P<0.02$).

Беморларда юқори мучанинг ҳаракат имконияти “қўлни кўтариш даражаси” мезони бўйича баҳолаганимизда 56 (86,2%) да бошидан юқоригача, 9 (13,8%) нафарида эса қулоқ ёстиқчасигача кўтара олиши аниқланди, қийсий гуруҳда эса фарқли равишда юқоридаги мезонлар бўйича кўрсаткичлар сезиларли пастлиги ва 2 (5%) нафар беморларда бўйин соҳасигача кўтара олиши аниқланди. Натижаларда ишончлилик мезони белгиланмади ($P>0.05$).

Амалиётдан кейинги даврда юқори муча елка соҳаси мушаклари кучини юкларда юк бериш ҳисобига баҳоланди, бунда асосий гуруҳ беморлари 10-12 кг юк билан қўлини узоқлаштира олиши, қиёсий гуруҳда эса 10-12 кг ли юклама билан узоқлаштира оладиган беморларнинг сезиларли камлиги ва 6 (15%) нафар беморларда эса паст юкламаларда - 3,5 -7,5 кг юк билан қўлини узқолаштира олиши аниқланди, натижаларда юқори ишончлилик мезони белгиланди ($P<0.001$).

2 жадвал

Елка бўғими клиник ва функционал имкониятларини Констант шкаласи (Constant Shoulder Score) бўйича баҳолаш натижалари таҳлили

Клиник мезонлар	Баллар	Гуруҳлар		
		Асосий гуруҳ (n=65)	Қиёсий гуруҳ (n=40)	P
Оғриқ	0	0	0	
	5	0	3 (7,5%)	
	10	6 (9,2%)	7 (17,5%)	
	15	59 (90,8%)	30 (75%)	
M±m		14,2±0,75	11,4±1,5	<0.01****
Активлик даражаси	Ҳа (2) йўқ (0)	65 /0	28 /12	
	Ҳа (4) йўқ (0)	60 /5	30 /10	
	Ҳа (4) йўқ (0)	63 2	26 /14	
M±m		9,3±0,65	7,4±1,4	<0.02***
Қўлни кўтариш даражаси	2	0	0	
	4	0	0	
	6	0	2 (5%)	
	8	9 (13,8%)	12 (30%)	
	10	56 (86,2%)	26 (65%)	
M±m		8,9±0,9	7,2±1,7	>0.05*
Узоқлаштириш кучи (0,5 кг)	0	0	0	
	2	0	0	
	5	0	0	
	8	0	1 (2,5%)	
	11	0	3 (7,5%)	
	14	0	2 (5%)	
	17	3 (4,6%)	2 (5%)	
	20	6 (9,2%)	4 (10%)	
	23	8 (12,3%)	8 (20%)	
	25	48 (73,9%)	20 (50%)	
M±m		23,7±1,7	18,9±1,4	<0.001*****
Ҳаракат ҳажми				
Букиш	0	0	0	
	2	0	0	
	4	0	3 (7,5%)	
	6	0	5 (12,5%)	
	8	8 (12,3%)	8 (20%)	
	10	57 (87,7%)	24 (60%)	
M±m		9,2±0,64	7,7±1,3	<0.05**
Узоқлаштириш	0	0	0	
	2	0	0	
	4	0	2 (5%)	
	6	0	6 (15%)	
	8	9 (13,8%)	12 (30%)	
	10	56 (86,2%)	20 (50%)	
M±m		8,8±1,4	6,9±1,1	>0.05*
Ташқи ротация	2	0	0	
	4	0	0	
	6	0	6 (15%)	
	8	11 (16,9%)	16 (40%)	
	10	54 (83,1%)	18 (45%)	
M±m		8,9±1,1	7,1±1,7	<0.02***
Ички ротация	0	0	0	
	2	0	0	

	4	0	1 (2,5%)	
	6	2 (3,1%)	7 (17,5%)	
	8	6 (9,2%)	9 (22,5%)	
	10	57 (87,7%)	23 (57,5%)	
M±m		8,9±0,78	7,2±1,5	<0.02***
Константт шкаласи жами:				
Соғлом ва шикастланган қўллар орасидаги фарқ: >30 – ёмон		0	0	
21-30 – қониқарли		0	4 (10%)	
11-20 – яхши		7 (10,8%)	12 (30%)	
<11 – аъло.		58 (89,2%)	24 (60%)	
Максимал 100 балл.		93,7±2,8	80,9±4,7	<0.001*****

*Эслатма! * - натижалар ишончсиз. ** - натижалар кучсиз ишончли. *** - натижалар ўртача ишончли. **** ва ***** - натижалар юқори даражали ишончли.*

Елка бўғимида ҳаракатланиш имконияти елка бўғимида “букиш”, “узоқлаштириш”, “ички ротация”, “ташқи ротация” мезонлари кўрсаткичлари ёрдамида баҳоланди.

Елка бўғимида “букиш” мезони кўрсаткичларини таҳлил қилганимизда, асосий гуруҳда беморларда букиш даражаси 120-180 градус даражасидалиги, қиёсий гуруҳда ушбу кўрсаткичли беморлар асосий гуруҳга нисбатан камлиги аниқланди, ҳамда 8 (20%) нафарда елка бўғимида букиш 60-120 градусни ташкил этди, натижаларда кучсиз даражали ишончлилик белгиланди (P<0.05).

Юқори мучани елка бўғимида “узоқлаштириш” даражаси кўрсаткичлари таҳлили 65 нафар асосий гуруҳ беморларида 56 (86,2%) ҳолатда 151-180 градус ва қолган 9 (13,8%) нафарда 121-150 градус лигини кўрсатди. Қиёсий гуруҳ беморларида эса 180-151 гр. 20 (50%), 121-150 гр. 12 (30%), 91-120 гр. 6 (15%) ва 61-90 гр. ли беморлар 2 (5%) клиник ҳолатларда аниқланди. Тўпланган баллар асосий гуруҳда 8,8±1,4 ни, қиёсий гуруҳ беморларида 6,9±1,1 ни ташкил этди, ҳамда натижаларда ишончлилик мезони белгиланмади (P>0.05).

Юқори мучани елка бўғимида “ташқи ротация” си бўйича аксарият беморлар балларда юқори кўрсаткичларни кўрсатишди, олинган ўртача балларда асосий гуруҳда 8,9±1,1 ни, қиёсий гуруҳда 7,1±1,7 ни ташкил этди, ҳамда олинган натижаларда юқори даражали ишончлилик мезони белгиланди (P<0.02).

Елка бўғимида “ички ротация” ҳаракатини амалга ошириш бўйича, 57 (87,7%) нафар беморлар қўлларини “кураклар оралиғигача”, 6 (9,2%) – “XII умуртқагача” ва қолган 2 (3,1%) нафар беморлар эса III бел умуртқасигача олиб бора олишлари аниқланди. Қиёсий гуруҳда юқоридаги мезонлар бўйича беморлар сезиларли камлиги ва 1 (2,5%) нафар беморда “бел думғаза бирикмаси” гача олиб бора олиши аниқланди, натижалар фарқида юқори даражали ишончлилик мезони белгиланди (P<0.02).

Барча клиник мезонлар бўйича таҳлили ўтказилгандан сўнг, баллар йиғиндиси аниқланди. Ушбу беморлардар улардаги соғлом мучалар натижалари ҳам иноабатга олинган ҳолда ўртача қиймат натижалари солиштирма таҳлили ўтказилди, бунда асосий гуруҳ беморларида 58 (89,2%) нафар беморларда фарқ “<11” дан кичик бўлиб “аъло” деб, қолган 7 (10,8%) нафарда эса баллар фарқи “11-20” на ташкил этди ва “яхши” деб баҳоланди. Қиёсий гуруҳда эса “аъло” 24 (60%) нафарда, “яхши” 12 (30%) тада ва қониқарли (фарқ 21-30 балл) 4 (10%) нафар беморларда аниқланди. Асосий гуруҳда баллар йиғиндиси 93,7±2,8 ни, қиёсий гуруҳда 80,9±4,7 ни ташкил этди ва олинган натижаларда юқори даражали ишончлилик мезони белгиланди (P<0.001).

Клиник мисол. бемор Ж., 45 ёш, 12.11.2021 й куни РШТЁИМ Бухоро филиали “қабул диагностика” бўлимига тез ёрдам машинасида олиб келинди.

Кўрик вақтида бемор бош оғриғи, бош айланиши, чап елка соҳасида оғриққа ва умумий ҳолсизликка шикоят қилади.

Анамнезидан келишидан 2 кун олдин уйида эҳтиётсизлиги туфайли йиқилиб тан жароҳати олган. Турар жой касалхонасида биринчи ёрдам кўрсатилган, рентген сурати ўтказилиб, торакобрахиал гипсли боғлам қўйилган.

Объектив кўрик вақтида бемор умумий аҳволи олинган тан жароҳатига мос, ўртача оғирликда. Эс ҳуши ўзида. Бемор адекват, контактга кириша олади. Тери ва кўринарли шиллиқ қаватлари одатий рангда, оч пушти рангида. Периферик лимфа тугунлари катталашмаган. Ўпкаларида везикуляр нафас, нафас сони 18 та минутига, юрак тонлари аниқ, пульс ритмик, етарли тўлимликда,

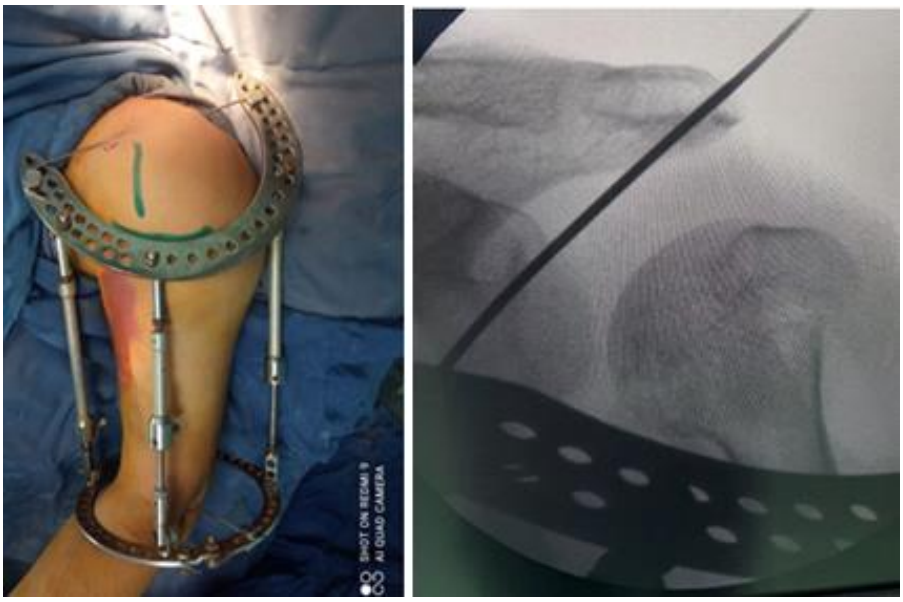
юрак қисқариш сони минутига 78 та, артериал қон босими 120/80 мм. сим. уст. Бемор қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар ва талоғи катталашмаган, физиологик ажралмалар регуляр.

Жароҳат соҳаси маҳаллий кўрик вақтида: бемор юз соҳаларида шилинган жароҳатлари бор, беморга чап томонлама торакобрахиал гипсли боғлами қўйилган, туриши қониқарли. Чап қўл бармоқларида ҳаракат ва сезги сақланган. Гипсли боғламини бўшатиб кўрилганда чап елка бўғими соҳаси шишган, бироз деформация аниқланади, актив ва пассив ҳаракатлар кескин чегараланган.

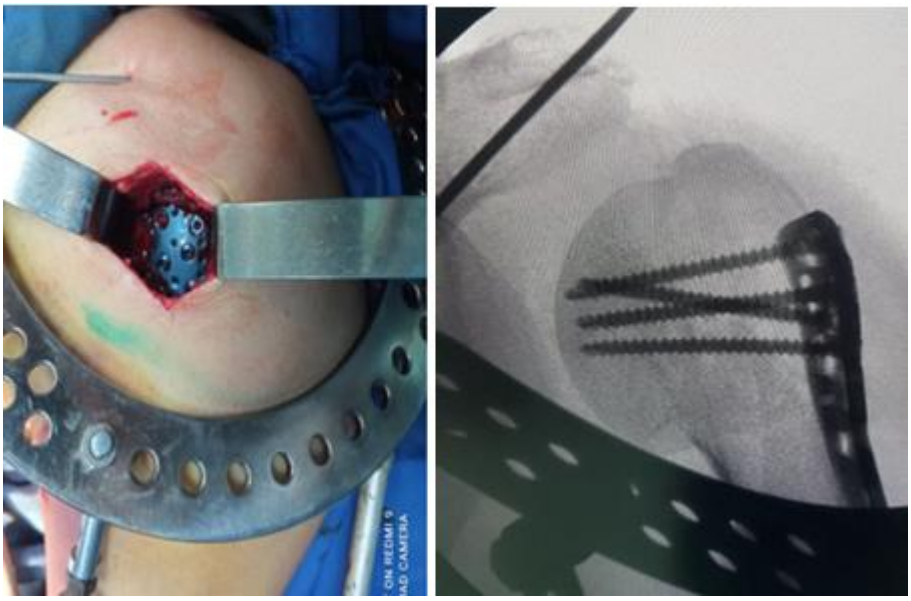
Елка бўғими рентгенографияси ва мультиспирал компьютер томографияларида елка суяги проксимал қисмидан кўп фрагментли синиши белгилари кўринади (1, а, б расмлар).

***1, а, б расмлар. Беморда чап елка бўғими рентгенографияси ва МСКТ текширувлари, чап** елка суяги проксимал қисмидан кўп фрагментли синиб чиқши ва суяк бўлаклари варус ҳолатида силжиши аниқланди.*

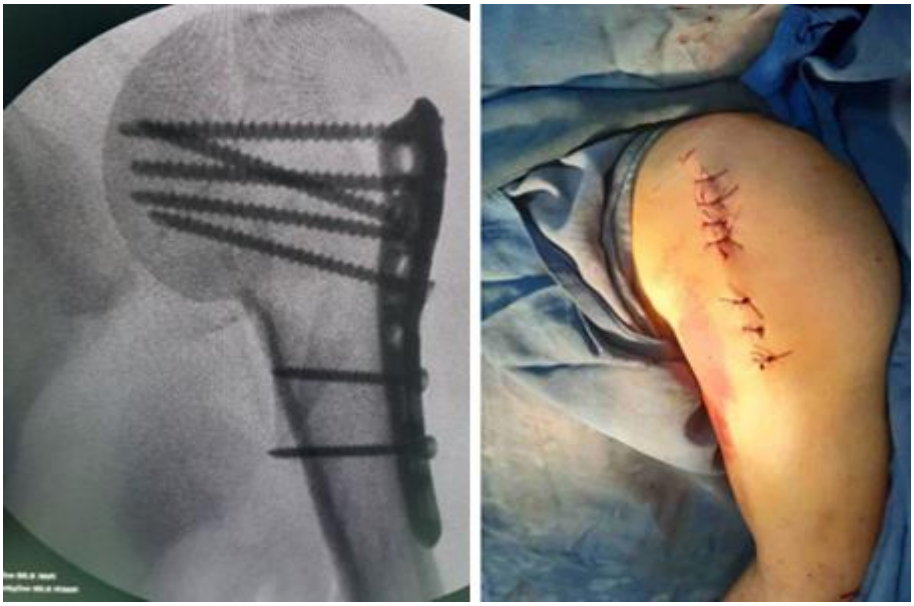
Беморга 16.11.2021 й куни интубацион наркоз остида чап елка соҳасига ташқи дистаркцион аппаратни ўрнатиш, суяк бўлаклари репозицияси ва пластина ёрдамида остеосинтези жарроҳлик амалиёти бажарилди (1, в, г расмлар).



***1, в, г расмлар. Бемор жарроҳлик амалиёти, чап елка соҳасига ташқи дистаркцион аппарат ўрнатилган, б. Рентген текшируви, чап** елка суяги проксимал қисми синишини пластина ёрдамида остеосинтез қилинган.*



1, д, е расмлар, д. силжиган суяк бўлакларига ёпишган елканинг ротатор мушаклари орқали атравматик иплар ўтказилиб суяк бўлаклари репозиция қилининган ва пластина ёрдамида чап елка суягини остеосинтез қилинган, д. рентгенологик кўриниши.



1, ё, ж расмлар. ё, рентгенографияда чап елка суягига минимал инвазив блокловчи пластина ўрнатилган. ж. амалиёт ярасига чоклар қўйиш.

Беморга амалиётдан сўнг 4 ҳафта давомида узоқлаштирувчи шина ёрдамида елка бўғимида букиш, ёзиш ротацион ҳаракатлар фаолияти тўлиқ тикланди.

Хулосалар

1. Елка суяги проксимал қисми синишлари актуаллиги нафақат учраш частотаси бўйича кўп учраши билан, балки даво усулларидан кейинги бир қатор юзага келиши мумкин бўлган, эрта ногиронликка олиб келиши билан ҳам изоҳланади.
2. Елка суяги проксимал қисми синишлари турли даво усулларидан кейинги ўзоқ муддатли клиник ва функционал натижаларнинг қиёслама таҳлили клиникада ишлаб чиқилган ташқи дистракцион аппаратни қўллаб кам инвазив пластина билан суяк усти остеосинтези жарроҳлик амалиётининг бир қатор ижобий, афзал жиҳатларини кўрсатиб, замонавий травматологиянинг рационал усулларидан бири сифатида қараш мумкин.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Елдзаров П.Е., Зелянин А.С., Филиппов В.В. Оперативное лечение больных с последствиями переломов плечевой кости. //Хирургия. 2010;(9):47-52.
2. Минаев А.Н., Городниченко А.И., Усков О.Н. Чрескостный остеосинтез переломов проксимального метаэпифиза плечевой кости у пациентов пожилого и старческого возраста. //Хирургия. 2010;(1):50-53.
3. Хакимов Ш.К., Рахимов Ж.К. Малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез в лечении переломов хирургической шейки плечевой кости у детей. //Материалы конференции «Организационные и клинические вопросы оказания помощи больным в травматологии и ортопедии». 2018; 129-131.
4. Alimov A.P., Yusupov S.Yu., Hakimov Sh.K. A modern view on the surgical treatment of proximal humerus fractures (Literature review). //Ejmpr, 2020;7(12):10-15.
5. Boudard G., Pomares G., Milin L., et al. Locking plate fixation versus antegrade nailing of 3- and 4-part proximal humerus fractures in patients without osteoporosis. Comparative retrospective study of 63 cases. //Orthop. Traumatol. Surg. Res. 2014;100(8):917-924. doi: 10.1016/j.otsr.2014.09.021.
6. G. B. Yan, “Neer Classification of proximal humeral fracture,” //Chinese Journal of Joint Surgery, 2011;2(267).
7. J. Dai, Y. Chai, C. Wang, and G. Wen, “Meta-analysis comparing locking plate fixation with hemiarthroplasty for complex proximal humeral fractures,” //European Journal of Orthopaedic Surgery and Traumatology, 2014;24(3):305-313.
8. Joshi RR, Narang S, Sundararaj GD. / Fractures of the proximal humerus in children and adolescents. //J Lumbini Med Coll, 2013;1(2):71-75.
9. L.P. Shang, F. Zhou, H.Q. Ji, and Z.S. Zhang, “Comparison of curative effects between minimally invasive locking plate internal fixation and open reduction with internal fixation for the treatment of proximal humerus fractures,” //Journal of Peking Unviersity, 2013;45(5):711-716.
10. Lekic N., Montero N.M., Takemoto R.C., et al. Treatment of two-part proximal humerus fractures: intramedullary nail compared to locked plating. //HSS J. 2012;8(2):86-91. doi: 10.1007/s11420-012-9274-z.
11. Siebenbürger G., Van Delden D., Helfen T., et al. Timing of surgery for open reduction and internal fixation of displaced proximal humeral fractures. //Injury. 2015;46(Suppl 4):58-62. doi: 10.1016/S00201383(15)30019-X.
12. Song J.Q., Deng X.F., Wang Y.M., et al. Operative vs. nonoperative treatment for comminuted proximal humeral fractures in elderly patients: a current meta-analysis. //Acta Orthop. Traumatol. Turc. 2015;49(4):345-353. doi: 10.3944/AOTT.2015.14.0451.
13. Tamimi I., Montesa G., Collado F., et al. Displaced proximal humeral fractures: when is surgery necessary? Injury. 2015;46(10):1921-1929. doi: 10.1016/j.injury.2015.05.049.
14. Wei Zhao et al. Comparison of Minimally Invasive Percutaneous Plate Osteosynthesis and Open Reduction Internal Fixation on Proximal Humeral Fracture in Elder Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. //Hindawi BioMed Research International. 2017; pages 7.
15. Wronka K.S., Ved A., Mohanty K. When is it safe to reduce fracture dislocation of shoulder under sedation? Proposed treatment algorithm. //Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol. 2017;27(3):335-340. doi: 10.1007/ s00590-016-1899-z.

Қабул қилинган сана 20.12.2024