



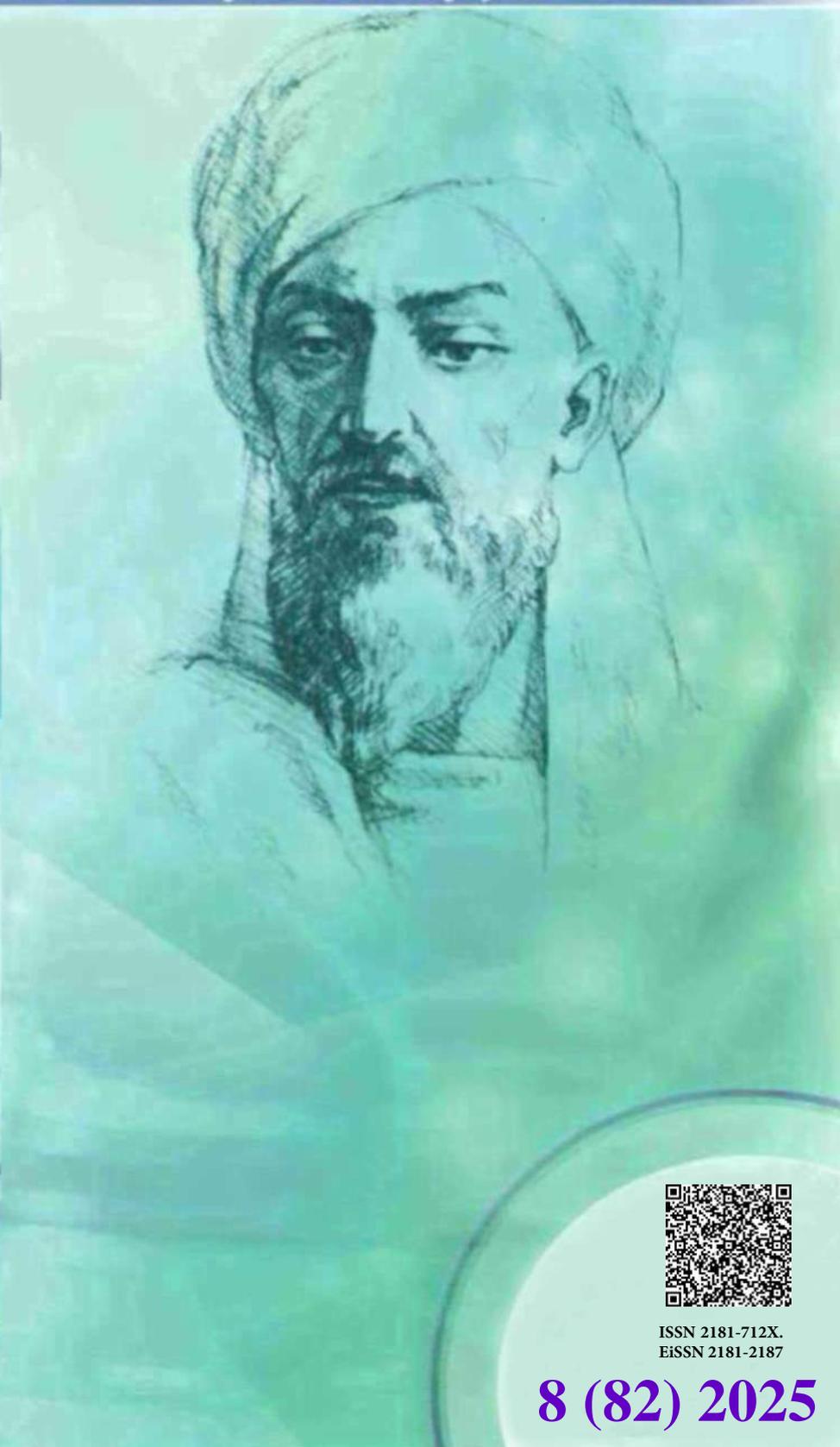
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (82) 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. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
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 (Азербайджан)
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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

8 (82)

2025

август

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

Received: 20.07.2025, Accepted: 06.08.2025, Published: 10.08.2025

УДК 616.717.4-001.5-089.227.84-06

ЕЛКА СУЯГИНИНГ СИНИШЛАРИ

Холиков Ферузбек Ойбекович - <https://orcid.org/0009-0003-5904-7209>

Маматкулов Ойбек Халикович - <https://orcid.org/0009-0003-5839-9405>

Жўраев Илҳом Ғуломович - <https://orcid.org/0000-0003-1173-8572>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темур 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Мазкур илмий мақолада елка суягининг дистал қисмидаги синишлар ва уларни остеосинтез усуллари орқали даволаш ҳамда кейинги реабилитация жараёнлари тўғрисида батафсил маълумот берилган. Елка суяги синишлари, айниқса дистал қисмидаги бўғим ичи синишлари, мураккаб анатомик тузилиши ва функционал аҳамияти туфайли жиддий муаммоли жароҳатлардан ҳисобланади. Ушбу жароҳатлар натижасида нафақат суякнинг механик структураси бузилади, балки тирсак бўғимининг ҳаракат функциялари ҳам жиддий зарарланади.

Мақолада турли манбалар асосида дистал синишларнинг учраш ҳолатлари, ёш гуруҳлар бўйича тарқалиши, асоратлар ривожланиш эҳтимоли ва уларнинг соғлиққа таъсири таҳлил қилинган. Статистик маълумотларга кўра, елка суягининг диафиз ва дистал қисмидаги синишлар жаҳон бўйлаб 100 000 аҳолига тахминан 14.5–20 ҳолатни ташкил этади. Бу жароҳатлар кўпинча иш фаоллиги юқори бўлган ёшларда (20–50 ёш) учрайди ва меҳнат қобилиятининг пасайиши, жисмоний чекловлар, ногиронлик каби жиддий ижтимоий оқибатларга олиб келиши мумкин.

Шу билан бирга, мақолада остеосинтез усуллариининг самарадорлиги, уларнинг клиник амалиётдаги афзаллик ва камчиликлари, замонавий технологиялардан фойдаланган ҳолда мустақкам, каминвазив фиксация усуллари ҳақида маълумотлар келтирилган. Хусусан, остеопороз каби суяк тўқимасининг фон патологиялари остеосинтез муваффақиятига салбий таъсир кўрсатиши қайд этилган ва бундай ҳолларда индивидуал ёндашувнинг аҳамияти алоҳида таъкидланган.

Мақолада конструкциялар танлашдаги асосий талаблар: суяк бўлақларини аниқ тўғрилаш, мустақкам фиксация, арзонлик, амалиётда қўллаш қулайлиги ва репаратив остеогенез учун шароит яратиш каби мезонлар келтирилган. Шу асосда муаллифлар томонидан елка суягининг дистал қисми синишларида қўлланилаётган остеосинтез усуллари таққослаш ва уларнинг натижаларини таҳлил қилиш орқали клиник тавсиялар ишлаб чиқилган.

Қисқача айтганда, мақола елка суягининг дистал қисмидаги синишларни даволаш соҳасида долзарб муаммоларни ёритиб, амалиётчи травматолог-ортопедлар учун муҳим методик қўлланма вазифасини бажаради.

Калит сўзлар: елка суяги, дистал синиш, диафизар синиш, тирсак бўғими, остеосинтез, остеопороз, реабилитация, фиксация, травматология, муосир даволаш усуллари.

HUMERAL FRACTURES

Kholiqov F.O. <https://orcid.org/0009-0003-5904-7209>

Mamatkulov O.X. <https://orcid.org/0009-0003-5839-9405>

Juraev I.G. <https://orcid.org/0000-0003-1173-8572>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ *Resume*

This scientific article provides a detailed overview of distal humeral fractures, methods of osteosynthesis, and subsequent rehabilitation. Fractures of the humerus, particularly intra-articular injuries in the distal segment, represent complex lesions due to anatomical and functional characteristics. These injuries are associated not only with disruption of bone structure but also with significant limitations in elbow joint function.

Based on domestic and international data, the incidence of such fractures, age distribution, risk of complications, and their impact on patients' quality of life are analyzed. According to statistics, diaphyseal and distal humeral fractures account for 14.5 to 20 cases per 100,000 population annually, more frequently occurring in working-age individuals (20–50 years), which leads to reduced work capacity and social activity.

Special attention is given to the effectiveness of various osteosynthesis methods, as well as the advantages and disadvantages of techniques applied in clinical practice. The importance of an individualized approach is emphasized, especially in the presence of comorbidities such as osteoporosis, which reduces bone strength. The main requirements for fixation constructs are highlighted: accurate fragment repositioning, reliable stability, accessibility and ease of use, and the creation of optimal conditions for reparative osteogenesis.

As a result of the analysis of clinical data, the authors developed recommendations for selecting the optimal osteosynthesis method in distal humeral fractures. This article serves as a relevant practical guide for trauma and orthopedic surgeons.

Keywords: humerus, distal fracture, diaphyseal fracture, elbow joint, osteosynthesis, osteoporosis, rehabilitation, fixation, traumatology, modern treatment methods.

ПЕРЕЛОМЫ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Холиков Ферузбек Ойбекович - <https://orcid.org/0009-0003-5904-7209>

Маматкулов Ойбек Халикович - <https://orcid.org/0009-0003-5839-9405>

Жўраев Илҳом Ғуломович <https://orcid.org/0000-0003-1173-8572>

*Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz*

✓ *Резюме*

В данной научной статье подробно рассматриваются переломы дистального отдела плечевой кости, методы их остеосинтеза и последующая реабилитация. Переломы плечевой кости, особенно внутрисуставные в области дистального сегмента, представляют собой сложные повреждения из-за анатомических и функциональных особенностей. Эти травмы сопровождаются не только нарушением костной структуры, но и выраженными ограничениями функции локтевого сустава.

На основе отечественных и зарубежных данных анализируется частота встречаемости таких переломов, возрастное распределение, вероятность осложнений и их влияние на качество жизни пациентов. Согласно статистике, диафизарные и дистальные переломы плечевой кости составляют от 14,5 до 20 случаев на 100 000 населения в год, чаще встречаются у трудоспособного населения в возрасте 20–50 лет, что приводит к снижению трудоспособности и социальной активности.

Особое внимание уделено эффективности различных методов остеосинтеза, преимуществам и недостаткам применяемых в клинической практике технологий. Указывается на важность индивидуального подхода, особенно при наличии фоновых патологий, таких как остеопороз, снижающих прочность костной ткани. Приведены основные требования к конструкциям: точная репозиция фрагментов, надежная фиксация, доступность и удобство в применении, а также создание оптимальных условий для репаративного остеогенеза.

В результате анализа клинических данных авторы разработали рекомендации по выбору оптимального метода остеосинтеза при переломах дистального отдела плечевой кости. Статья представляет собой актуальное практическое руководство для травматологов-ортопедов.

Ключевые слова: плечевая кость, дистальный перелом, диафизарный перелом, локтевой сустав, остеосинтез, остеопороз, реабилитация, фиксация, травматология, современные методы лечения.

Долзарблиги

Россиялик (Апагуни А.Э., Арзуманов С.В., Воротников А.А., Ульяченко М.И. 2010) ва чет эллик (Volgas D.A., Stannard J.P., Alonso J.E. 2004) муаллифлар маълумотларинга кўра елка суягининг диафизар синиқлари тананинг барча синиқларининг 3-5% ташкил қилади. Бундай жароҳатлар билан касалланиш 100 000 аҳолига йилига 14.5 дан 20 гача ўзгариб туради. Америка Қўшма Штатларида ҳар йили тахминан 66 000 елка суягининг диафизидан синиши қайд этилган (Ekholm R. et al., 2008). Бундан ташқари, бундай синиқларнинг 60% диафизнинг ўрта учлигида, 30% проксимал учлигидан бирида ва фақат 10% дистал учлигидан бирида содир бўлади (Tytherleigh-Strong G. et al., 1998). Елка суягининг диафизар синишлари энг кўп кузатиладиган синишлардан бўлиб, найсимон суяклар синишларининг 13,5% ини ташкил этади. Мазкур синишларнинг 14,4% дан 72% гача 20 ёшдан 50 ёшгача бўлган меҳнатга лаёқатли кишилар ўртасида кузатилади (Гражданов К.А, Барабаш А.П. 2020). Турли остеосинтез усуллари қўлланилиб даволашдан кейинги кузатилаётган асоратлар улуши 30% дан кўпроқ. Тирсак соҳасида синишлар камроқ учрайди – масалан; елка суягининг кондулис бошчасининг синиши ёки транскондуляр синиши (асосан болаларда). Бугунги кунда елка суяги дистал охири синишларини даволаш муаммосининг долзарблиги юқори бўлиб қолмоқда ва биринчи навбатда асоротлар ривожланиш эҳтимоли жуда юқори, шунингдек синиш натижасида жиддий тиббий ва ижтимоий оқибатларга олиб келади. Елка суягининг дистал охири бўғим ичи синиқлари, тирсак бўғимининг оғир шикастланиши бўлиб, бу турли муаллифларнинг фикрига кўра таянч-ҳаракат аъзоларининг 0.5% дан 15.3% гача, елка суяги синишларида эса 3.2% дан 33% гача бўлади (Асянин С.А. 1997., 24. Белоусов В.Д., Жосин В.И., Корлэтяну. 1984). Тирсак бўғимининг синиши шикастланишларнинг 0,5-2,0% ни ташкил қилади; шикастланганларнинг кичик қисмини ташкил етувчи бу беморлар, алоҳида эътибор талаб қилади. Бу беморларнинг юқори меҳнат фаоллиги (уларнинг кўпчилиги меҳнатга лаёқатли ёшдагилар) сезиларли даражада қониқарсиз даволаниш натижалари (8,3 - 67,0%) билан боғлиқлиги, юқори даражада ушбу сегментининг хусусиятлари билан боғлиқ: мураккаб анатомик. тузилиши ва биомеханикаси, учта бўғимнинг ишлашида иштирок етиш, тўқималарнинг юқори реактивлиги (Уринбаев П.У., Гафуров Ф.А., Эранов Ш.Н., Жураев И.Г. 2019. Уринбаев П.У., Эранов Ш.Н., Уринбаев И.П. 2017). Кузатишлар шуни кўрсатадики, елка бўғимида функцияларни йўқотиш билан беморлар ўзларига ғамхўрлик қила оладилар. Лекин тирсак бўғимида функцияларни йўқотганда, дискордант муносабатнинг ривожланиши билан ногиронлик пайдо бўлади. Шунинг учун даволаниш вақтида тирсак бўғимининг функциясини сақлаб қолиш учун энг кичик имкониятдан фойдаланиш керак (Чернышев А.А. 2002.). Бугунги кунда травматизмнинг ўсиши билан жароҳатланишнинг оғир турлари ҳам кўпаймоқда. Елка суягининг дистал қисмидан синишларида қўлланиладиган остеосинтез усуллари жуда кўп ва турли-туман. Бугунги кунда мутахассислар елка суяги дистал охиридан синишларида каминвазив такомиллаштирилган мустаҳкам остеосинтез усуллари амалиётга жорий этмоқдалар. Шу билан бирга ишлаб чиқарилаётган конструкциялар куйидаги талабларга жавоб бериши лозим: - суяк бўлақларини ишончли тўғрилаб мустаҳкам фиксация қилиш; - қўлланиладиган металл конструкциялар арзон, қўллаш қулай ва амалиётга кенг қўллашга яроқли бўлиши; - остеосинтез усуллари репаратив остеосинтез шарт-шароитларини оптималлаштириш имкониятини бериши зарур. Мазкур муаммоларни ҳисобга олиб елка суяги дистал қисмидан синишларида қўлланилган турли вариантлардаги остеосинтез натижалари ўрганилиб остеосинтезнинг оптимал вариантини қўллаш усуллари ишлаб чиқилди.

Тадқиқот мақсади: Тадқиқот мақсади – елка суяги синишларини мукамал текширишлар ўтказилиб, оптимал даволаш усулини қўллаш натижасида елка суяги синишларининг битиш натижаларини яхшилаш ва тирсак бўғимида ҳаракатларни сақлаб қолишдир.

Материал ва усуллари

Тадқиқотлар РИТОИАТМ Самарқанд филиада 2015-2025 йиллар давомида елка суягининг синишлари билан 160 нафар беморларда ўтказилди ва бир қанча усулларда даволанди. Беморларда куйидаги клиник ва инструментал текширишларга эътибор берилди: Анамнез - елка суяги танадаги мустаҳкам қаттиқ суяклардан бири булиб, деярли ҳар доим жароҳатлар туфайли юзага келади ва куйидагиларни ўз ичига олади: автоҳалокатлар, ишлаб чиқариш шикастланиши, баландликдан ёки тик турган ҳолатдан йиқилади, спорт жароҳатлари, экстремал дам олиш ва бошқалар (**Расм-1**). Агар остеопороз бўлса, суяк тўқимаси янада нозик бўлиб қоладиган касаллик бўлса, синиш эҳтимоли кўпроқ бўлади. Касаллик аломатлари ноаниқ бўлганда, кўплаб беморлар кўпинча суяк синмагунча ундан шубҳаланмайдилар. Бундай хавф гуруҳига аёллар, 50 ёшдан ошган инсонлар киради.



Расм-1. А) Автохалокатлар. Б) Ишлаб чиқариш шикастланиши. В) Баландликдан ёки тик турган ҳолатдан йиқилади. Г) Спорт жароҳатлари. Д) Экстремал дам олиш.

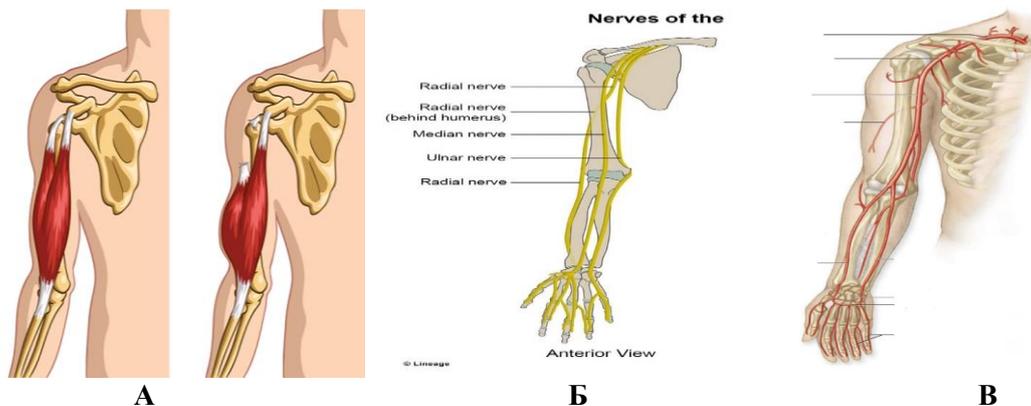
Елка суяги синиши турига қараб, турли хил аломатлари кузатилиши мумкин, дарҳол ёки бир мунча вақтдан кейин юзага келадиган ўткир оғрик, юмшоқ тўқималарнинг шишиши, қўлни ҳаракатлантира олмаслик ёки одатдаги ҳаракатланишининг чекланиши, эпидермиснинг кўқариши ёки ранги ўзгариши, ташқи кўрикда кўринадиган суяк деформацияси, очик синиқларда қон кетиши ва бошқалар кузатилди

(Расм-2).



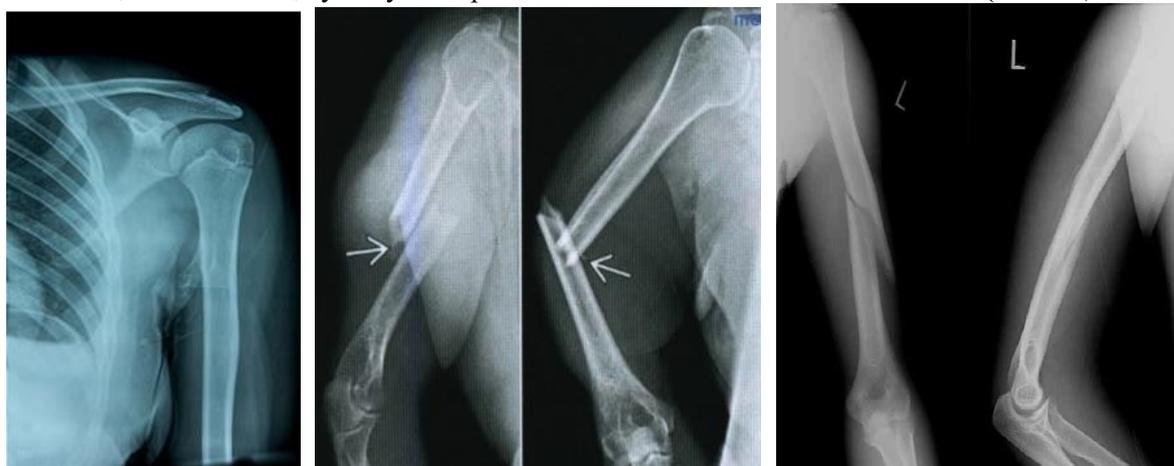
Расм-2. А) Ўткир оғрик. Б) Юмшоқ тўқималар шиши. В) Ҳаракатларни чекланиши. Г) Эпидермиснинг кўқариши. Д) Суяк деформацияси. Е) Очик синишда қон кетиш.

Елка синишида унинг атрофидаги бошқа тўқималар ҳам зарар кўриши мумкин. Бу қуйидагилардан иборат бўлиши мумкин: мушак тўқималарининг (biceps, triceps et brachialis) жароҳатланиши, нерв тўқималарининг (ulnaris, radialis et medianus) шикастланиши, қон томирларининг (a.brachialis et a.axillaris, v.cephalic et v.basillic) шикастланиши (**Расм-3**).



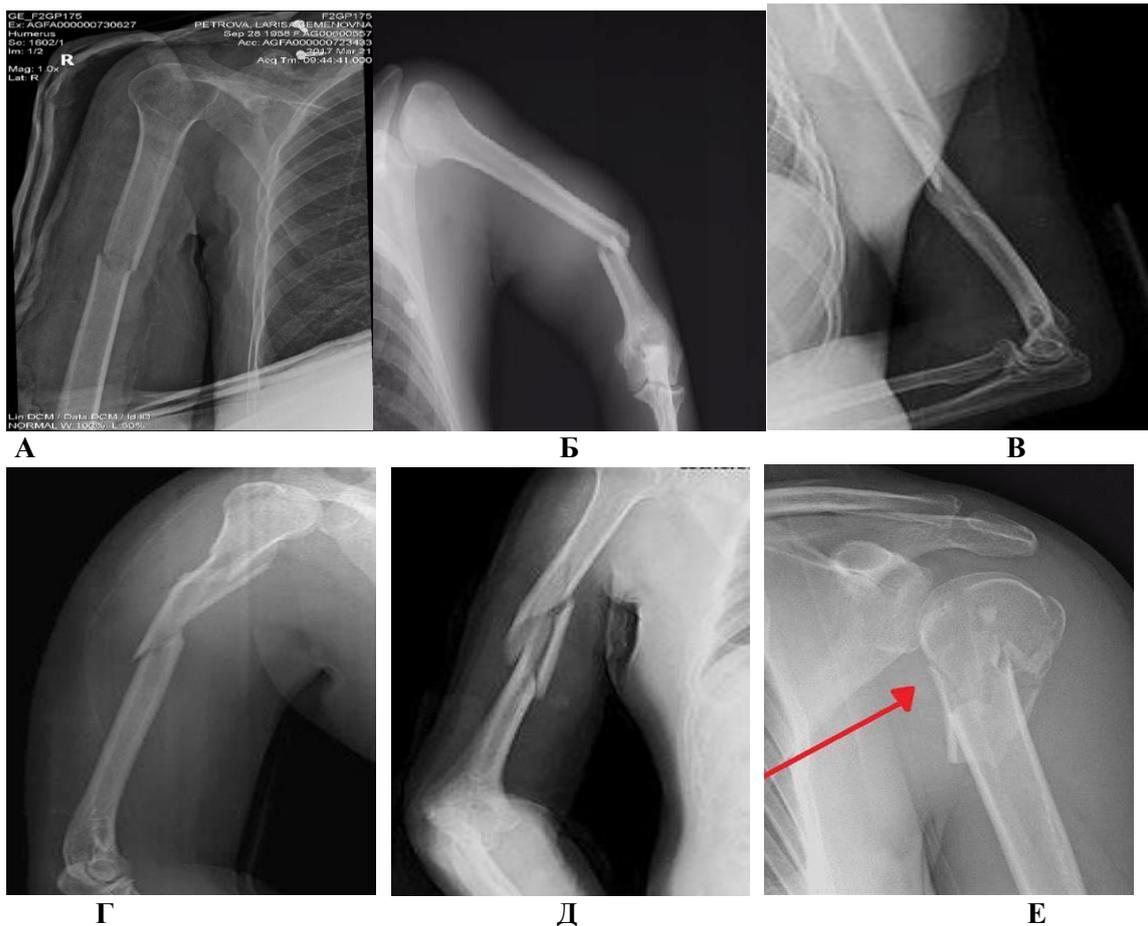
Расм-3. А) Мушак тўқималарининг зараланиши. Б) Нерв тўқималарининг шикастланиши. В) Қон томирларининг шикастланиши.

Елка суягининг синиш таснифи. Елка суяги синишлари қуйидагилар бўлиши мумкин: тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаган, ёриқлар, ёриқлар натижасида кўриниш қисман деформация билан чекланади, очик ва ёпик, суяк бўлақларининг силжиши ва силжимаслиги билан (**Расм-4**).



Расм-4. А) Тўлиқ ёки тўлиқ бўлмаган ёриқлар. Б) Очик ва ёпик синишлар. В) Суяк бўлақларининг силжиши ва силжимаслиги билан.

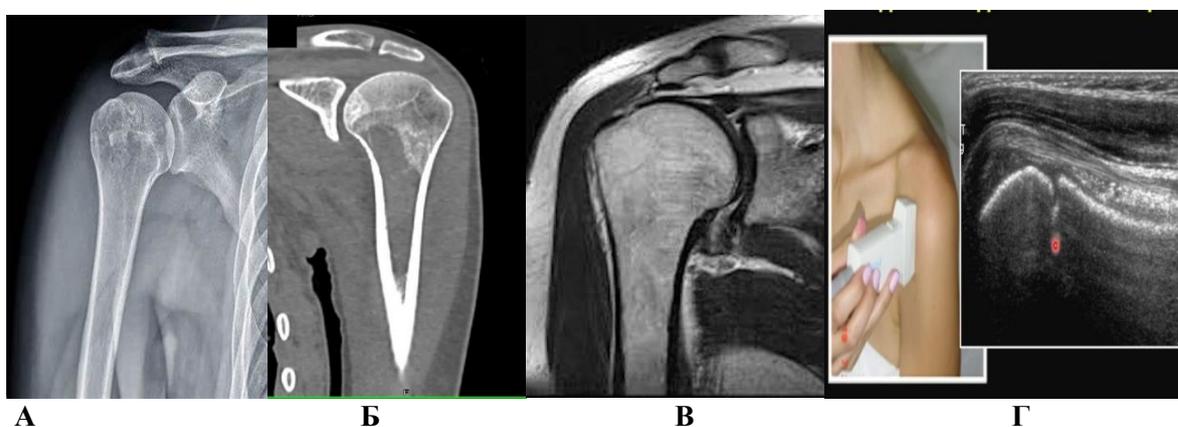
Баъзи синишлар синиш шакли ёки чизик шакли билан таснифланади: кўндаланг синиш – синиқ чизиги суякдан перпендикуляр ўтади, бурчакли синиш – синиқ чизиги суякдан бурчак остида ўтади, спирал синиш – синиқ чизиги суяк атрофида эгилиб, винт шаклидаги синиш чизигини ҳосил қилади, сегментар синиш – суяк камида икки жойдан синган бўлади, парчаланиб синиш – икки ва ундан ортиқ жойдан синишлари асосий суякдан ажралиб чиққан нотекис қисмларни ҳосил қилади, синган идишлар парчаларига ўхшайди, зарбали синиш – турли томонлардан қўлланиладиган ташқи куч туфайли бир нечта суяк парчалари бир-бирига босилади (**Расм-5**).



Расм-5. А) Кўндаланг синиш. Б) Бурчакли синиш. В) Спирал синиш. Г) Сегментар синиш. Д) Парчаланиб синиш. Е) Зарбали синиш.

Диагностика:

Дастлабки текширув травматологга айрим турдаги синиш турларига хос бўлган ўзига хос бўлган белгиларни аниқлаш имконини беради. Аммо аниқ ташхис қўйиш учун инструментал диагностика албатта талаб қилинади. Жароҳатнинг оғирлигига қараб, ташхис қўйиш учун қуйидаги қўшимча текширувлар талаб қилиниши мумкин: суяк синиши ва шикастланиш даражасини аниқлаш учун рентгенография, суяк ва улар билан алоқа бўлган тўқималарнинг ҳолати тўғрисида батафсил тасаввурга эга бўлиш учун КТ (компютер томографияси), суякни ўраб турган юмшоқ тўқималарнинг шикастланишини расмга олиш учун МРТ ёки УТТ текширувлари ўтказилди (**Расм-6**).

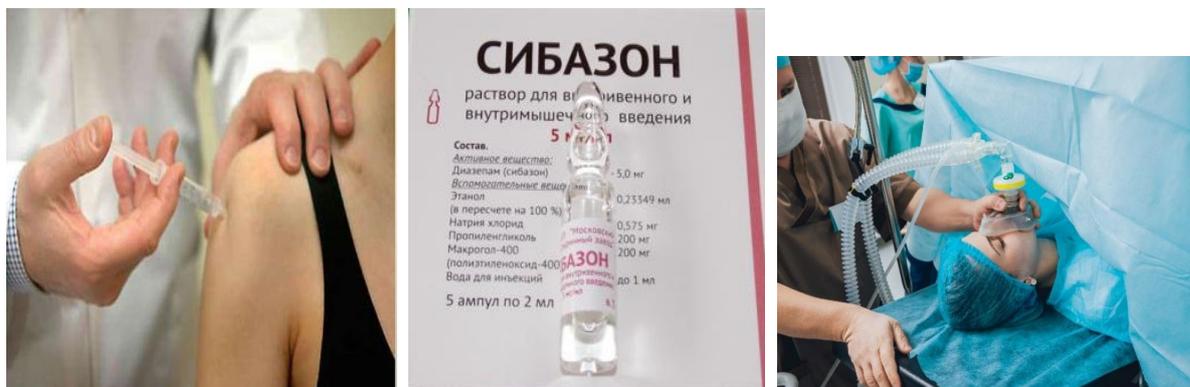


Расм-6. А) Рентгенграфия. Б) КТ. В) МРТ ва УТТ.



Даволаш:

Елка суягининг синишини даволаш усули унинг қандай тури, нима сабаб бўлганлиги ва суяк тўқимасининг шикастланиши қанчалик оғирлигига боғлиқ бўлади. Даволашнинг консерватив ва жаррохлик усуллари мавжуд. Консерватив усулида даво даволанишнинг дастлабки босқичларида иммобилизациядан бошланади. Синиш энгил бўлса ва суяклар силжимаган бўлса, шиналар ёки гипс етарли бўлиши мумкин. Шина одатда 3-5 ҳафта давомида қўлланилади. Агар гипсли боғлам керак бўлса, эҳтимол кўпроқ вақт талаб этилади ва одатда 6 дан 8 ҳафтагача давом этади. Иккала ҳолатда ҳам, суякларнинг тўғри битаётганлигини ишонч ҳосил қилиш учун қайта рентгенография қилинади. Жиддий синишлар – силжиш билан – суякни ёпиқ репозиция талаб қилади. Бу ноинвазив процедура: Даволовчи шифокор синган суякларни қўллари билан тўғрилайди. Муолажа вақтида бемор оғриқни сезишининг олдини олиш мақсадида қуйидагилардан фойдаланилади: синиқ атрофидаги майдонни оғриқсизлантириш учун маҳаллий анестезия, бутун танани оғриқсизлантириш учун седатив воситалар, муолажа давомида умумий оғриқсизлантириш (Расм-7).



А Расм-7. А) Маҳаллий анестезия. Б) Седатив воситалар. В) Умумий оғриқсизлантириш.

Ёпиқ тўғрилашдан кейин даволовчи шифокор шина ёки гипс боғламини қўяди.

Жаррохлик даволаниш усули - баъзи елка суяги синишлари қандай синиш турига ва суякнинг қанчалик ёмон шикастланишига қараб, жаррохлик амалиётини талаб қилади. Шифокор фойдаланиши мумкин бўлган бир неча усуллари мавжуд: ички маҳкамлаш (фиксация). Шифокор суяк бўлақларини тўғри ҳолатга келтиради, кейин эса кегайлар, винтлар ёки пластиналар билан маҳкамлаб, натижада суяк тўқимаси битиши ва қайта ўсишга имкон бўлади. Суяк пластикаси. Шифокор синган суякни бирлаштириш учун қўшимча суяк киритиши мумкин. Шундан сўнг, суяк бўлақларини бир-бирига ушлаб туриш учун, суяк тўқимаси битиб кетгунча ички фиксация амалга оширилади (Расм-8).



А)



Б)
Расм-8. А) Ички маҳкамлаш. Б) Суяк пластикаси.

Жарроҳлик амалиётидан сўнг, қўл шина ёки гипсли боғлам билан маҳкамланади. Агар керак бўлса, беморга дори-дармон терапия курси ўтказилиши мумкин.

Реабилитация:

Елка суяги сингандан кейин реабилитация амалга оширилади. Елка суяги синганидан сўнг реабилитацияси суяк тўқималарининг тўғри битишига ва қўл ҳаракатларининг тикланишига ёрдам беради. Суяк тўқималарининг тезроқ битиб кетиши учун қуйидаги муолажаларни белгилаш мумкин: овқат рационини тузатиш, физиотерапия курси, даволаш физкультураси мажмуаларини бажариш, массаж муолажалари (**Расм-9**).



А **Б** **В** **Г**
Расм-9. А) Овқат рационини. Б) Физиотерапия. В) Даволаш физкультураси. Г) Массаж.

Реабилитация дастури шифокор томонидан тузилади ва реабилитация муолажаларини эътиборсиз қолдирмаслик яхшироқдир.

Натижалар: Тадқиқотлар елка суягининг синишларида РИТОИАТМ Самарқанд филиада 2015-2025 йиллар давомида 160 нафар беморларда ўтказилди ва бир қанча усулларда даволанди. Елка суягининг синишларида ўтказилга текшириш ва даволаш усуллари ҳисобига барча беморларда яхши даволаниш натижаларига эришилди.

Хулоса

Елка суягининг синишларини олдини олиш муҳимдир. Ҳеч ким тасодифий шикастланишлардан ҳимоялана олмайди, лекин асосий хавфсизлик қоидаларига (умумий ва саноат) риоя қилиш хавфни камайтиради. Энг яхши профилактика чораларидан бири бу эҳтиёткорлик ва олдиндан ўйлаб кўришдир. Суяк тўқималарининг ҳолатига эътибор қаратиш



керак, остеопороз ва суякларнинг ҳаддан ташқари мўртлигига олиб келадиган боқа тизимли касалликларни аниқлаш учун олдиндан текширув ўтказилиши керак.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Апагуни, А.Э. Анатомо-функциональные исходы оперативного лечения больных с переломами диафиза плечевой кости / А.Э. Апагуни, С.В. Арзуманов, А.А. Воронников, М.И. Ульяновченко // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2010;4:32-35.
2. Volgas, D.A. Nonunions of the humerus / D.A. Volgas, J.P. Stannard, J.E. Alonso // Clin. Orthop. Relat. Res. 2004;419:46-50.
3. Ekholm, R. Primary radial nerve palsy in patients with acute humeral shaft fractures / R. Ekholm, S. Ponzer, H. Tornkvist // J. Orthop. Trauma. 2008;22(6):408-414.
4. Tytherleigh-Strong, G. The epidemiology of humeral shaft fractures / G. Tytherleigh-Strong, N. Walls, M.M. McQueen // J. Bone Joint Surg. Br. 1998;80(2):249-253.
5. Гражданов К.А. Хирургическое лечение диафизарных переломов плечевой кости: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22. – Самара, 2008; 24 с.
6. Барабаш Ю.А. Эффективность видов остеосинтеза при переломах плечевой кости и их последствиях // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014;10:76-80.
7. Асянин С.А. Физическая реабилитация спортсменов с поражениями мышц плечевого пояса// Травматология, ортопедия, восстановительная хирургия. / Материалы конференции. Т. XLV. – Казань, 1997; 42-43 стр.
8. Белоусов В.Д., Жосин В.И., Корлэтяну и др. Профилактика осложнений при оперативном лечении внутри- и околоуставных переломов в травматологии и ортопедии. – Кишнев, 1984; 86 с.
9. Уринбаев П.У., Гафуров Ф.а., Эранов Ш.Н., Жураев И.Г. Хирургическое лечение раздробленных внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости. Том I. 2019; 408 стр.
10. Уринбаев П.У., Эранов Ш.Н., Уринбаев И.П. Хирургическое лечение псевдоартроза головки мыщелка плечевой кости с помощью костного трансплантата. / Материалы травматологов и ортопедов. Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. 2017; 96-97 стр.
11. Чернышев А.А. “Лечение переломов дистального отдела плечевой кости с помощью чрескожного остеосинтеза на основе биомеханической концепции фиксации фрагментов” // Аннотация. ЦИТО, Москва – 2002;
12. Холиков Ф.О., Маматкулов О.Х. - Различные ошибки и осложнения при лечении переломов дистального металлического отдела плечевой кости // Новый день в медицине 5(79)2025 273-277 https://newdayworldmedicine.com/ru/new_day_medicine/5-79-2025
13. Маматкулов О.Х., Холиков Ф.О., Холхужаев Ф.И. «Хирургическое лечение переломов дистального конца плечевой кости» // Биология ва Тиббиёт муаммолари. 2024; 120-123 стр.

Қабул қилинган сана 20.07.2025