

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,**

**ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ХУДАЙБЕРДИЕВ ҚАБУЛ ТУРСУНОВИЧ,
ДЖАЛИЛОВ ФАРХОДЖОН РУСТАМЖОНОВИЧ**

“Травматология ва ортопедия”

фанидан

**Сон суяги шикастланишларини хирургик йул билан
дифференциаллашган даволаш усуллари.**

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Даволаш иши – 5510100
Касб таълими (даволаш иши) – 5111000
магистр ва клиник ординаторлар учун

Андижон 2016 йил

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ,**

ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

АДТИ ўқув ишлари бўйича проректор

_____ И.И.Алимджанов

«_____» _____ 2016 йил

№ _____ баённома

«КЕЛИШИЛДИ»

Жарроҳлик касалликлари бўйича

муаммолар хайъати раиси

_____ Н.Э.Бозоров

«_____» _____ 2016 йил

№ _____ баённома

“Травматология ва ортопедия”

фанидан

**Сон суяги шикастланишларини хирургик йул билан
дифференциаллашган даволаш усуллари.**

ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

Андижон 2016 йил

Тузувчилар:

К.Т.Худайбердиев

Травматология, ортопедия, ХДЖ ва
нейрожарроҳлик кафедраси мудири

Ф.Р.Джалилов

Травматология, ортопедия, ХДЖ ва
нейрожарроҳлик кафедраси мудири

Тақризчилар:

К.А.Кулдашев

Болалар травматология, ортопедия ва
нейрожарроҳлик кафедраси мудири

Б.Р.Абдуллажонов

Жарроҳлик ва урология кафедраси доценти

Аннотация ??????????????????

Ўқув қўлланма АДТИ Марказий услубий хайъатида муҳокама
қилинди ва Институт кенгашига тавсия қилинди.

“ _____ ” _____ 2016 йил баённома № _____

Ўқув қўлланма Андижон Давлат тиббиёт институт Кенгашида
тасдиқланди.

“ _____ ” _____ 2016 йил баённома № _____

Кенгаши котибаси, доцент

Х.А.Хусанова

МУНДАРИЖА

I- БОБ. Сон суягини проксимал кисмини синикларини урганилганлик тарихи, унинг урганилган ва ечимини топилиши зарур булган муаммолари.

1.1. Чанок – сон суягини анатомик тузилиши.

1.2. Сон суягини проксимал кисмини синикларини таъсифланиши.

1.2.1 Сон суягини буйинчасини синиши

1.3. Сон суягини проксимал кисми, кост сохаси синиклари (Вертел сохаси).

1.4. Сон суяги буйинчасининг остеосинтези.

1.4.1. Сон суяги буйинчасини махсус миx ва стержен билан остеосинтези.

1.4.2. Сихлар билан остеосинтезни амалга ошириш.

1.4.3. Суяк булакларини компрессияловчи мосламалар билан остеосинтез килиш.

1.5. Сон суяги буйинчасини синикларидан сунг эндопротезлаш операцияларини кулланиш тарихи.

1.5.1. Сон-чанок бугими Гемии артропластикаси.

1.5.2. Гемии артропластика асоратлари.

1.5.3. Куст сохаси синикларда даволаш тактикаси.

1.5.4 Куст сохасидаги синикларини даволашда кулланиладиган конструкциялар.

1.6. Куст сохаси синишларини даволашда-эндопротезларни кулланилиши.

Адабиётлар шархига тухтам ва хулосалар.

II-БОБ. ХУСУСИЙ КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСЛУБЛАРИ.

2.1. Клиник гурухга кирган беморларнинг умумий характерискаси.

2.2. Беморларни текширув усуллари.

1). Огрик синдроми.

2). Чанок-сон бугимида харакат хажми.

3). Мустакил юра олиш

4). Натижалар интотпретрацияси.

Харрис буйича –чанок-сон бугимини бахолаш тизими.

(Harris. W.H: Evaluation system of the Hip, 1969).

III-БОБ. СОН СУЯГИ БУЙИНЧАСИ СИНИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ.

3.1. Сон суяги буйинчаси синган беморларда даволаш тактикасини аниклаш.

Гарден буйича сон суяги буйинчаси синикларини даволаш схемаси.

3.2. Сон суяги буйин қисмини остеосинтез тез операцияси.

3.2.1. Сон суяги буйин қисми синикларини конюрилланган Винтлар билан
остеосинтезни

амалга ошириши техникаси.

IV-БОБ. ҚУСТ СОҲАСИДАГИ СИНИКЛАРНИ ДАВОЛАНИШИ.

4.1. Қуст соҳаси синган беморларни-консерватив усулда даволаш
натижалари.

4.2. Қуст соҳаси синикларини жаррохлик услубида даволаш.

КИРИШ КИСМИ

Мавзунинг долзарблиги: Бутун дунёда, инсон саломатлигини сақлаш, турли касалликлардан муҳофаза қилиш, яшаш шароитини кундан кунга яхшиланиб бориши яшаш давомийлигини узайтирмоқда. Бутун дунё цивилизацияси умр қуришни узайтириш, унинг сифатини яхшилашга қаратилган чора-тадбирларни ишлаб чиқмоқда, уни амалга ошириш учун давлат бюджет маблағларидан катта миқдорда пул ажратилиб ҳаётга хавф солиб турган инфекция ва ноинфекцион касалликларни толайгина қисми бугун муваффақиятли даволанмоқда. Бунинг натижаси - инсон умрини узайиши, катта ва кекса ёшдаги инсонлар сонини ортиб бориши билан белгиланади. Катта ва кекса ёшдагиларни сонини ортиб бориши, ҳаётнинг яхшилиги, соғлиги яшаш тарзига ижобий таъсир этиши, экологияни яхшиланиши, транспорт воситаларини ҳаётимиздаги урни, маиший хизмат воситаларини оила муҳитга қириб бориши ҳар бир давлатни уз фуқароларига қилаётган ғамхурлигидир.

Биргина мисол – муҳтарам Юртбошимиз ҳар йили конституциямизни қабул қилинган санасига бағишлаб утқазиладиган тантанали-йиғилишда утган даврни сарҳисоб қилиб, келгуси йилга ватанимизнинг олдида турган вазифаларига алоҳида тухтаб, курсатмалар беради. Айниқса «Соғлом она-соғлом бола», «Қарияларни эъзозлаш ва қадрлаш» йиллари шулар жумласидандир: Бутун жаҳон статистик марказларини тадқиқотларига қура Ўзбекистон яшаш учун қулай бўлган 200 давлатни ичида – 47 урини эгаллаган. Инсонни уртача умр қуриши - аввалги йиллардан ортган: яъни – 66 ёшдан 71-76 ёшга ўсган. Мустақил диёримизнинг барча вилоятларида – замон талабларига мос равишда йул қурилиши, ичимлик сувини етказиб бериш, замонавий лойиҳалар асосида-наъмунавий-уйлар қуриш ва аҳолига тақдим этишишлари жадал равишда олиб борилмоқда. Фуқароларни узига бўлган муносабати узгарди: тамаки истеъмол қилмаслик, алкагол ичимликларни истеъмол қилмаслик, экологик тоза озик-овқат маҳсулотларни истеъмол қилиш, аҳолини спорт, бадантарбия билан шугулланиши одат тусига қирмоқда.

Ривожланган давлатларда катта-кекса ёшдаги инсонлар сони ортиб бормокда. Бу ҳолат барча давлатларга тегишлидир, яъни бутун жаҳон тенденциясига айланган. (В.П.Охотский., 1993 йил, А.Ф.Лазарев., 2003й.М.Ж.Азизов., 2010й, Cooperetal. 1992 Browner.1999). Ёши катта инсонларни ортиб бориши, умумий аҳоли сонига нисбатан моддий неъмат ишлаб чиқаришда катнашмаётганлар сонини орттиради. Яъни меҳнатга лаёқатсизлар сони ортади. Россия федерациясида бу курсаткич 23%-40% ташкил этмокда (Г.А.Иванов, С.В.Сергеев., 2003й., Шевченко Ю.Л., - 2000й., В.М.Пирилман- 1993й). Шунинг билан бирга ёшга нисбатан учрайдиган касалликлар сони ҳам ортиб бормокда жумладан, катта-кекса ёшда учрайдиган суяклар остеопорози, сон суягини проксимал қисмини синиклари (Frandsen, Kruse 1998; Fridbold, Wolff 1986, Lanrenga et al 2001) 2001 йили бутун жаҳон соғлиқни сақлаш- ташкилотини маълумотига кура 1,7 млн кишида бундай синиклар кузатилган. 2030 йилга бориб эса, бундай синиклар сони – 6,3млн-га етиши кутилмокда (Cooper et al, 2002й). АКШда–сон суягини проксимал қисми синиклари билан 250 000 бемор кайд этилади. (Praemeretal 1996й). Бу беморларни даволаш учун эса 8 млрд доллар маблағ сарфланади. (Guyton 1999й.). Буюк британия давлатида сон суягини проксимал қисмини синиклари- барча синикларни 20% ташкил этиб, беморларни даволаш учун 300000 фунт стерлинг сарфланади. (Currie. 1996й).

А.В.Вайтович ҳаммуалифлар билан (1196) тадқиқот қилишига сон суягини проксимал қисмини синишлари 1,8 % ташкил этган. Қўл ва оёқ суяқларини синишларига нисбатан эса 3,7%-7,1% ташкил этган.

В.П. Охотский, С.В. Сергеева (1993й) маълумотига кўра ҳаракат –таянч тизимини синиқлари ичида сон суягини проксимал қисмини синиқлари - 17%ташкил этган. Шундан: 50-55% сон суягини бўйинчасини синиши, 35-40%кост соҳасини синиши ва 5-10% кост ости соҳасини синишига тўғри келади.

Даволаниш даврида бу беморларда летал ҳолатларни кузатилиши 12-15% ташкил этади. (А.В.Лирцман 1993 й). Ёшлар нисбатига олганда (50-60 ёшдан

ўтмаган беморларга нисбатан) шикастланишнинг 1 ойида 15 мартаба, 2 ойида эса, 7 мартаба летал холат кўп учрайди ва бу тенденция -1 йил давомида ортиб боришимумкин (Miller 1978 й, Dahl 1980 й). Бу эса таажубланарли холат эмас, чунки йўлдош касалликлари мавжуд-катта ёшдаги беморларда сон суягини проксимал қисмини синиши организм учун жиддий талофат хисобланади. Йулдош касалликлари бор, сурункали кечувчи хасталиклар сон суягини проксимал қисмини синиши билан биргаликда кечиши беморнинг холатини жиддий огирлаштириши мумкин. Яъни – бири-иккинчисини огирлаштирувчи синдром юзага келиши эҳтимолдан холи эмас. Мана шундай жиддий муаммони-тиббийёт нуқтаий назаридан караганда-беморга қайси услубда ёрдам курсатилиши катта аҳамият касб этади. Чунки ананавий-консерватив услубда даволаш 80% да беморга ижобий натижа бермайди. Шу сабабли беморларда даволанишнинг дастлабки ойларида летал холатлар кузатилади (Н.В.Корнилов, К.И.Шапиро 1993 й).

Юкорида келтириб утилган маълумотлар – урганилаётган муаммонинг нақадар долзарблигини курсатади. Чунки тиббий ёрдамни тугри ташкил этиш, даволаш тактикасини хар бир беморга – алохида танлаш келгусида беморни-тезрок соғайишига, ногиронликни олдини олишга, летал холатларни камайишига олиб келади. Шу сабабли урганилаётган муаммо-тиббий муаммо доирасидан чиқиб, социал муаммога айланмоқда.

Хукуматимиз, шахсан президентиимиз А.И.Каримовнинг тиббий соҳасини ривожига алохида курсатаётган эътибори туфайли мустақил Республикамизда травматология-ортопедия фани сон ва сифат курсаткичлари жихатидан кескин ривожланди. Жахон травматология фанини ривожига, унинг махсули, метал конструкцияларни юртимизга кириб келиши, даволаш, диагностика асбобларини амалиётда кенг кулланиши Ўзбекистонда травматология-ортопедия фанини ривожланишига кенг йул очиб берди. Пираворд натижада сон суягини проксимал қисмини синиклари билан келган беморларга юкори малакали ёрдам курсатилмоқда.

Шунинг билан биргаликда республикамизнинг жумладан Андижон вилоятининг туманларидан мурожат килаётган беморлар таркибида сон-чанок бугими сохасидаги синикларни даволашда катор муаммолар мавжудлиги аён булмокда.

Тиббий ашёлар арсеналида – ахкамловчи фиксаторларни куплиги, турли фирмалар эндопротезларини мавжудлиги, уларни тугри танлашдаги камчиликлар ёрдам курсатилаётган беморларни сифат курсаткичини салбий тамонга узгаришига олиб келмокда.

Бизнинг фикримизча биринчи навбатда беморни даволашда, даволаш тактикасини тугри ташкил этиш, сон суягини проксимал кисмини синигини анатомиясидан келиб чикган холда-фиксатор танлаш ёки эндопротезлаш асосий масала хисобланади.

Шуни унутмаслик лозимки, сон суягини проксимал кисми синган беморлар катта ёшдаги беморлар булиб, мухофазага мухтож, кам таминланган оилалардан булиши, даволашнинг кам чиким, универсал турларини амалиётга киритишни такозо этади. (И.И.Жаденов. 2002 й).

Илмий ишнинг максоди: Сон суягини проксимал кисми синган беморларда адекват хирургик даволаш услубларини ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбик этиш.

Юкоридаги максадга эришиш учун куйидаги масалалар хал килинди.

1. Кост сохаси синган беморларни консерватив услубда даволаш, унинг самарадорлигини бахолаш.
2. Кост сохасидаги синикларни даволашда-консерватив ва оператив усуллари киёсий таккослаш.
3. Кост сохасида синикларни даволашда-синик-анатомиясини инобатга олган холда-махкамловчи фиксаторларни куллашни мувофиқлаштириш.
4. Сон суяги буйинчасини синикларини даволашда жаррохлик услубларини куллашга-курсатмалар ва карши курсатмаларни ишлаб чиқиш.
5. Сон чанок бугимини буйинчасини синишида тотал эндопротезлаш натижаларини урганиш.

Илмий ишнинг янгилиги

Сон суягини кост соҳасида синган беморларни консерватив услубда даволаш-натижалари динамикада урганилди. Сон суягини проксимал синикларини синиши анатомиясини урганиш натижасида синикни остеосинтез қилиш учун адекват фиксаторлар қуллаш тадбик этилди. Сон суягини буйинчаси синганда микрохирургик услубда остеосинтез амалга оширилди.

Илмий ишнинг амалий аҳамияти

Сон суягини проксимал қисмини синикларини даволашда, айниқса-кост соҳаси синикларини даволашда жаррохлик услубларини-қуллаш мувафқлаштирилди, кост синикларини турига қараб маҳкамловчи мосламаларни танлаш буйича услубий тавсиялар берилди. Сон суягини буйин қисмини синикларида маҳкамловчи мосламалар ва эндропротезлаш буйича услубий тавсиялар берилди. Жаррохлик амалиётига тайёрлаш ва операциядан кейинги даврда-реабилитация қилиш услублари буйича маслаҳатлар берилди. Туман шароитида даволанаётган беморларни имкон даражасида ихтисослашган булимга утқишиш буйича йуриқнома ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбик қилинди. Юқорида келтирилган тавсиялар беморларни аниқ тактика асосида даволашга ва эрта реабилитация утқишиш имконини беради.

Илмий ишнинг натижаларини амалиётга тадбик этиш

Сон суягини проксимал қисмини даволаш буйича олинган натижалар ва тавсиялар РШТЎИМ АФ – травматология булимида, Андижон Вилояти қўш тармоқли тиббиёт бирлашмаси травматология булимида қўлланилмоқда.

Химояга олиб чиқилаётган тамойиллар

1. Сон суягини буйин қисми синганда – 60 ёшга қадар булган беморларни метал конструкция ёрдамида остеосинтез қилиш мумкин. Чунки синган суяк қисмларини репозиция қилиш вақтида бир оз вальгус берилса-марказий синик булагини (сон суягинини бошқаси) ва дистал қисм билан суякларини бир-бирига маҳкам жойлаштириш хосил бўлади. Метал конструкция эса – хосил қилинган системани маҳкамловчи ва узок ушлаб турувчи вазифасини бажаради.

2. Сон чанок бугимини тотал эндопротезлаш катта ёшдаги беморларда тез ва самарали реабилитация утказишни имконини яратади.
3. 60 ёшдан юкори беморларни консерватив услубда даволаш мақсадга мувофиқ эмас. Скелет тортмасида – беморни ётоқ ҳолатда-булиши летал ҳолатлар фозини ортишига сабаб булади. Шу сабабдан жаррохлик услубда даволаш мақсадга мувофиқдир.
4. Жаррохлик услубларини амалиётда кенг кулланиши айниқса кекса ва катта ёшдаги беморларда даволашнинг 1-3 ойларида –летал ҳолатларни олдини олди, беморларни эртароқ активлаштириш имконини яратади. Яшаш сифатини яхшилайти.

Илмий иш мавзуси буйича чоп этилган мақолалар, амалиётга киритилганлиги хақида маълумотлар

Илмий иш юзасида – 1 та журнал мақола, 4 та тезис, 2 та рационализаторлик таклифи мавжуд. Илмий ишнинг натижалари буйича тавсиялар РШТЎИМ АФ ва Вилоят куп тармокли тиббиёт бирлашмаси травматология бугимларида кулланилмоқда. Амалий тавсиялар-вилоят травматологлари томонидан кулланилмоқда.

Диссертацияни хажми ва структураси

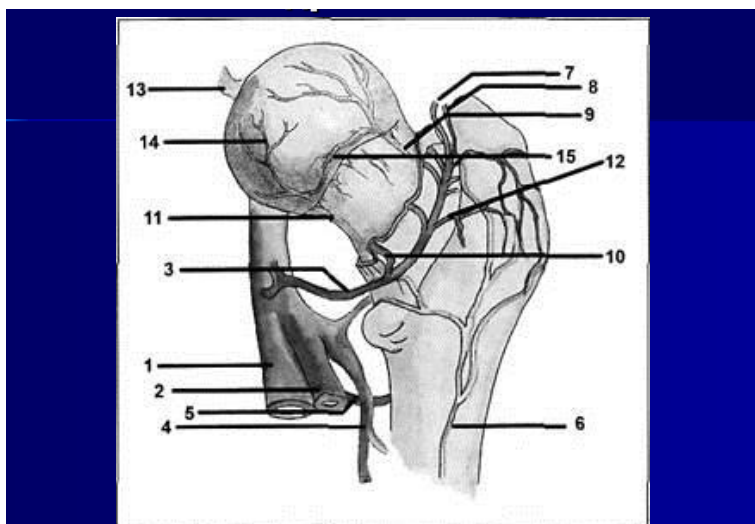
Диссертация матни - дан иборат булиб, кириш қисм, 4 боб, адабиётлар шарҳидан иборат. Якуний қисм ва кулланилган адабиётлар – руйхатини уз ичига олади. Диссертация – таблицалар, расмлар, амалиётдан келтирилган мисолларни уз ичига олади.

I- БОБ. Сон суягини проксимал кисмини синикларини урганилганлик тарихи, унинг урганилган ва ечимини топилиши зарур булган муаммолари. (Адабиётлар шархи)

1.4. Чанок – сон суягини анатомик тузилиши.

Чанок сон бугими одам танасидаги энг катта ва мустахкам бугим хисобланади. Унинг мустахкамлиги сон суягини бошчасини – кост суяги косасини ичига кириши (шарнирга ухшаб) ва мустахкам бугим капсуласи билан копланганлигидадир. Унинг атрофини эса мушак скелетини чанокдан бошлаб кост сохасига бирикувчи кучли, мустахкам мушаклар билан копланганлигидадир. Бугим капсуласи юкорида – чанок суягини косасини юкори кисмига махкамланиб, сон-суягини катта костига, сунгра эса кичик костига келиб бирикади. (костлараро чизик буйича пастки томондан сон суягини буйинчасини коплайди. Бунинг натижасида капсулани ичида сон суягини – бошчаси, буйинчасини олдинги кисми, орка юзасини эса - кисман капсула коплаган холда булади. Сон суягини проксимал кисмини – кон билан таъминланиши – унинг бошчасидан бошлаб, турли куринишига эга.

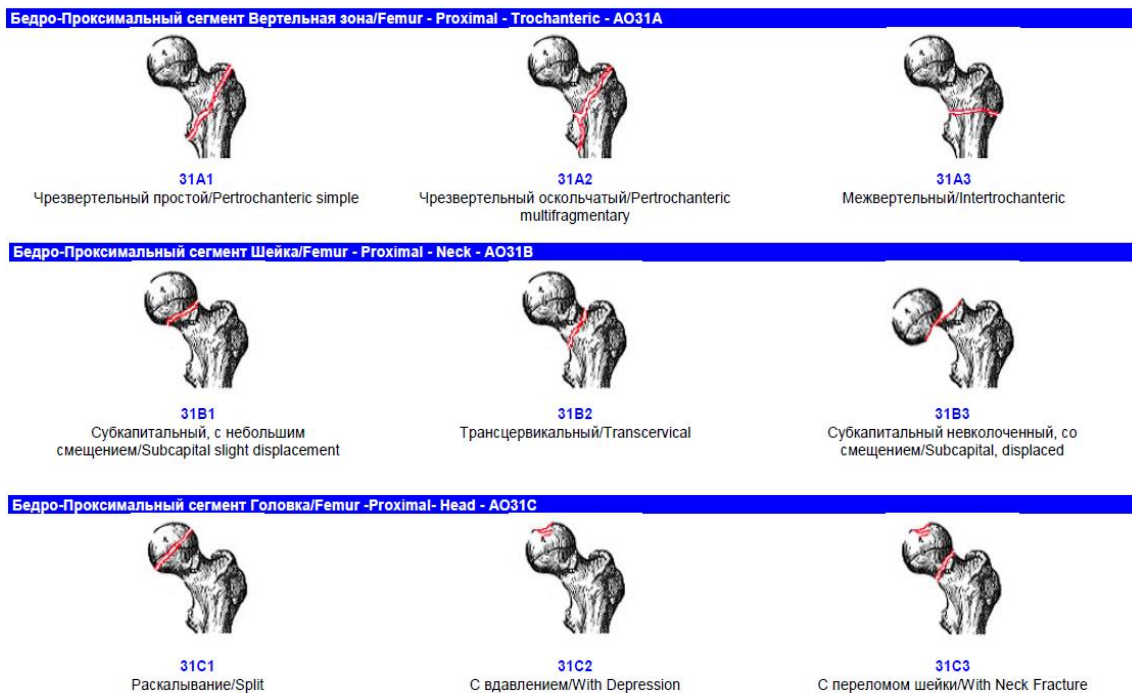
(тулдираман) (расм №1)



Расм №1. Сон суяги проксимал кисми кон билан таъминланиши

1.5. Сон суягини проксимал кисмини синикларини таъсифланиши.

Сон суягини проксимал кисмини синикларини – бугим ичи, бугим атрофи синикларига куйидагилар киради: 1) сон суягини бошчасини синиги, субкапитал синиги. 2) сон суягини буйинчасини синиги. 3) Костлараро. 4) Костлар буйлаб. 5) Кост ости синиклари киради. (Расм № 2).



1.5.1. Сон суягини буйинчасини синиши

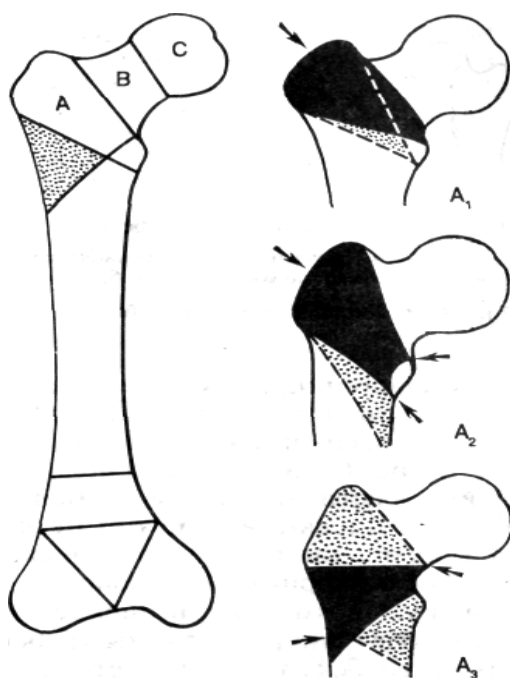
Жамиятда инсонга булган муносабат жиддий равишда ижобий томонга узгарганлиги туфайли – катта ва кекса ёшдагилар сони купайиб сон суягини проксимал кисмини синиклари салмоги хам ортиб бормокда.

J.Falch - хам муаллифлар билан европа давлатларида ёшлар кесимида сон суягини проксимал кисмини синикларини урганиб, куйидаги маълумотларни келтиради: 10000 та ахолига нисбатан олинганда 30 ёшларда – 0,9% - 1,1%, 50 ёшда – 5% - 7,8% да учраган 60 ёшли аёлларни 142 тасидан 65 тасида, эркакларда эса 69 тасида, 70-75 ёшларида – эса нисбатан 1:3 тенг булган. 80 ёшда эса – 152 та аёлларда, эркакларда – 96 та. 90 ёшдан юкори беморларда - 479 аёлларда, 309 эркакларда кузатилган.

A.Swanson, G.Murdoch маълумотларига кура сон суягини проксимал кисмини синиклари 80-84 ёшлиларда 10000 ахолига 2500 тани ташкил этган.

Яъни хар 4 тадан биттасида синиш эхтимоли бор. Летал холатлар - 11,9 % ни ташкил этган стационар давони давомийлиги – 40 кунга тенг булган.

L.Hedlund - хаммуаллифлар билан биргаликда урганган маълумотларда куйидагиларга эътибор каратган. Унда беморни ёши, жинси ва сон суягини буйин ва вертел кисмини синиклари инобатга олинган. Стокгольм шахрида 20000 та касаллик тарихи ретроспектив анализ килинганда: 75 ёшли эркакларда - сон суягини буйинчаси ва вертел зонаси синиклари нисбатан бир хил булган. 75 ёшдан юкори шахсларда сон суягини буйин кисмини синиклари купрок учрган. Хар иккала гурухда хам аёллар сони, эркаклар сонига нисбатан купрок булган. Аёлларда хар 5-6 йилда синиклар сони курсатилган ёшларда ортиб борган. Эркакларда эса – хар 7-8 йилда ортиб борган. Юкорида келтирилган конуният шундан далолат берадики сон суягини проксимал кисмини синикларини келиб чикишида - эндоген факторларни суяк мустахкамлигига таъсири, ахамияти каттадир. Эндоген факторларга инсонларда гормонал-мувозанатни узгариши, менапаузадан кейинги даврда суяк скелети йилига суякнинг органик ва ноорганик асосини 1% ни йукотади. Бунинг натижасида трабекулаларнинг резорбцияси кучайиб, синиклар юзага келиши мумкин. Бундай синикларни «стресс» синиклар туркумига киритиш мумкин. Япония олимлари сон суяги бошчасини куйидаги турларга ажратдилар: (расм № 3).



Расм № 3. Сон суяги

проксимал кисми синиш зоналари

д — чрезвертельная зона; В — зона шейки бедра; С — зона головки бедра.
Переломы: А1 — межвертельные; А2 — чрезвертельные; А3 — подвертельные.

- 1) Эпифизар синиклар — синик чизиги усувчи зонадан проксималрок жойлашган.
- 2) Субэпифизар синиклар — синик чизиги усувчи зонадан дистал жойлашган.
- 3) Субкапитал синиклар — синик чизиги сон суяги бошчасига кирувчи кон томир зонасидан ташкарирокда утган.

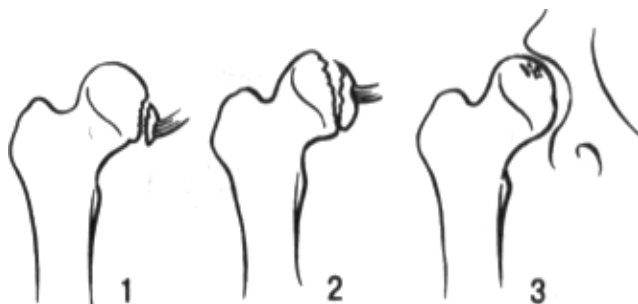
К.Татаи хаммуалифлари билан тадқиқотлар натижасида сон суяги бошчасини 3- турдаги синикларга булган:

- 1) Трансэпифизар
- 2) Субэпифизар
- 3) Субкапитал.

Амалиёт нуқтаи назаридан I- энг номакул синик булиб уни даволашда эндопротезлаш курсатилган.

II -типида эса бир кутубли эндопротез курсатилган.

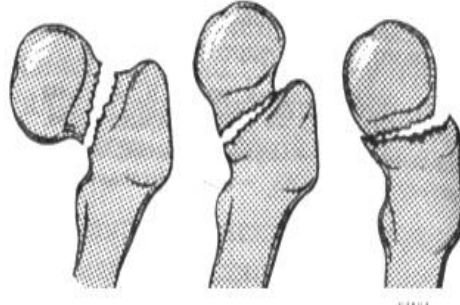
III - типиди эса остеосинтез курсатилган (Расм № 4).



Расм №4. Сон суяги бошчасини синишлари

- 1 — кучланиш зонасидан ташкари; 2 — трансэпифизар синиш; 3 — субхондрал синиш

Синикларни прогнозлашда – синикнитури, синик булакларини силжиш даражаси, синик чизигини кайси текисликда йуналиши ахамиятлидир. Травматолог мутахассислар хозиргача капсула ичи синикларини Пауэлс Линтон схемаси буйича тафовутлашадилар



Расм №5. Пауэлс-Линтон схемаси буйича сон суяги буйни синишлари

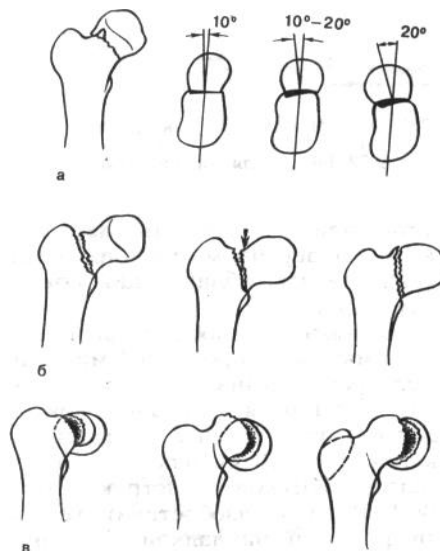
R.Garden прогноз килиш нуктаи-назаридан синикларни 4-гуруга булади:

I – тулик булмаган (якунланмаган) субкапитал синик.

II – силжимаган тулик субкапитал синик.

III – сон суягини буйинчасини синиши, булакларни кисман силжиши билан.

IV- сон суягини буйинчасини тулик синиш, купол силжиши билан.

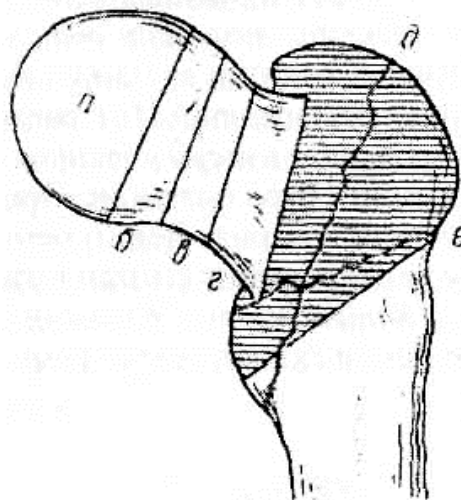


Расм №6. Варианты трансцервикал (а), базал (б) и субкапитал (в) сон суяги синишлари

Охирги гурухларда – суяк бошчасини купол силжиши туфайли кон айланишини веноз тизимида купол бузилиши юзага келиб, демак

микроциркуляция ҳам бузилади. Шу сабабли – сон суяк бошчасини аваскуляр некрозини юзага келиши – 80% кузатилади. Синиб силжимаган синикларда эса (вколоченный) прогноз кон айланишини сакланганлиги хисобига ижобий булиши мумкин.

Амалий тиббиёт нуктаий назаридан базал ва трансцервикал синикларни тафовут килиш мақсадга мувофиқдир. Базал синикларда аваскуляр синиклар жуда кам учрайди. Трансцервикал синикларни алоҳида гуруҳларга булиш эса остеосинтез учун мослама танлаш имконини беради. (Расм №7)



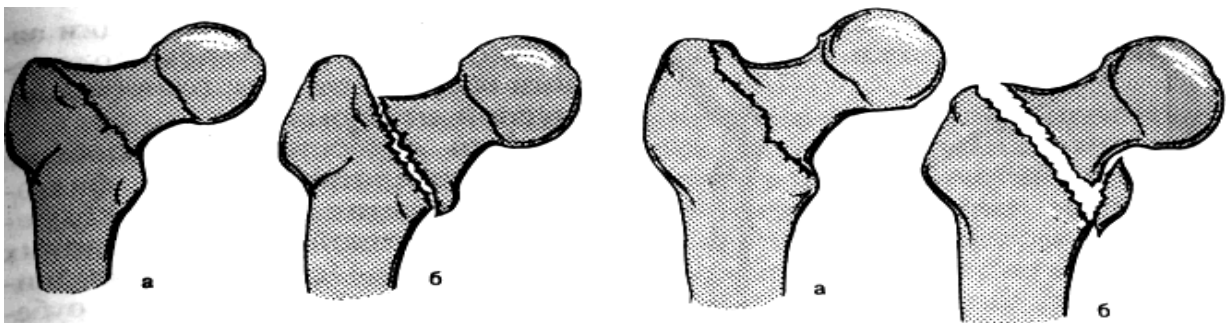
159-расм. Сон суяги проксимал қисмини синиш соҳалари (чизма).

a – капитал синишлар соҳаси;
б – субкапитал синишлар соҳаси;
в – трансцервикал синишлар соҳаси; *г* – базал синишлар соҳаси;
д, е – кўстлар соҳасидан синишлар.

1.6. Сон суягини проксимал қисми, кост соҳаси синиклари (Вертел соҳаси).

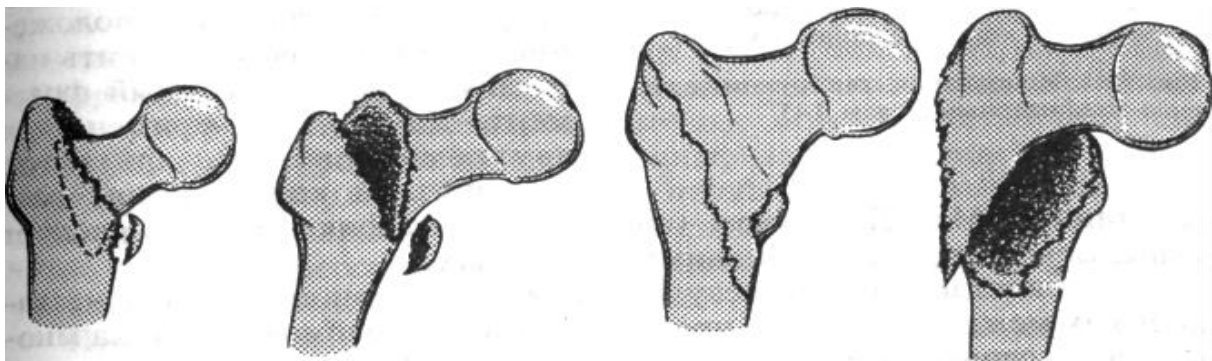
Вертел соҳаси синишлари (костларда, костлар буйлаб, кост ости синиклари) узининг моҳиятига кура мураккаб синиклар туркумига кириб, муҳим социал-муаммо хисобланади. G.Hunter маълумотларига кура АКШ да бу

турдаги синиклар хар 10000 кишидан – 98 холатда кузатилади S.Manniasшахарлик ва кишлокда яшовчи ахоли орасида учровчи синикларни учраш частотасини урганганда – Вертел сохасидаги синиклар шахарликлардан купрок учраган. Унинг сабаби шахарликларни яшаш турмуш тарзига боглик булган: остеопороз, гиподинамия, жарохатлар. Сон суягини проксимал кисмини синикларини айникса Вертел – сохасидаги синиклар – анатомик жойлашуви, синик юзаларини массивлиги билан ажралиб туради. Вертел синикларни турига караб унинг прогноз натижаларини айтиш мумкин. Даволаш тактикасига аниклик киритиш мумкин. Унинг синик турига караб, E.Evans – биринчилардан булиб вертал сохасидаги синикларни стабил ва ностабил турига булиш зарурлигини таклиф этган. Бунда кортикал кисмни айланаси буйлаб сакланганлиги ахамиятлидир. Н. Endse вертел синикларини ботиб кирувчи синикларга ва диастазли синикларга булган. Вертел синикларида-агарда ёнбош проекциядаги рентенограммада кичик кост сохасида ёрик аникланса ёки Адамс ёйи худудиди ёрик аникланса бундай синиклар ностабил деб хисобланади.



Расм № 8 (а). Межvertebralный перелом без смещения (а) и со смещением (б). рис.

Расм № 8 (б). Чрезvertebralный перелом без смещения (а) и со смещением (б) — нестабильный тип.



Расм № 8 (с). Чрезvertebralный

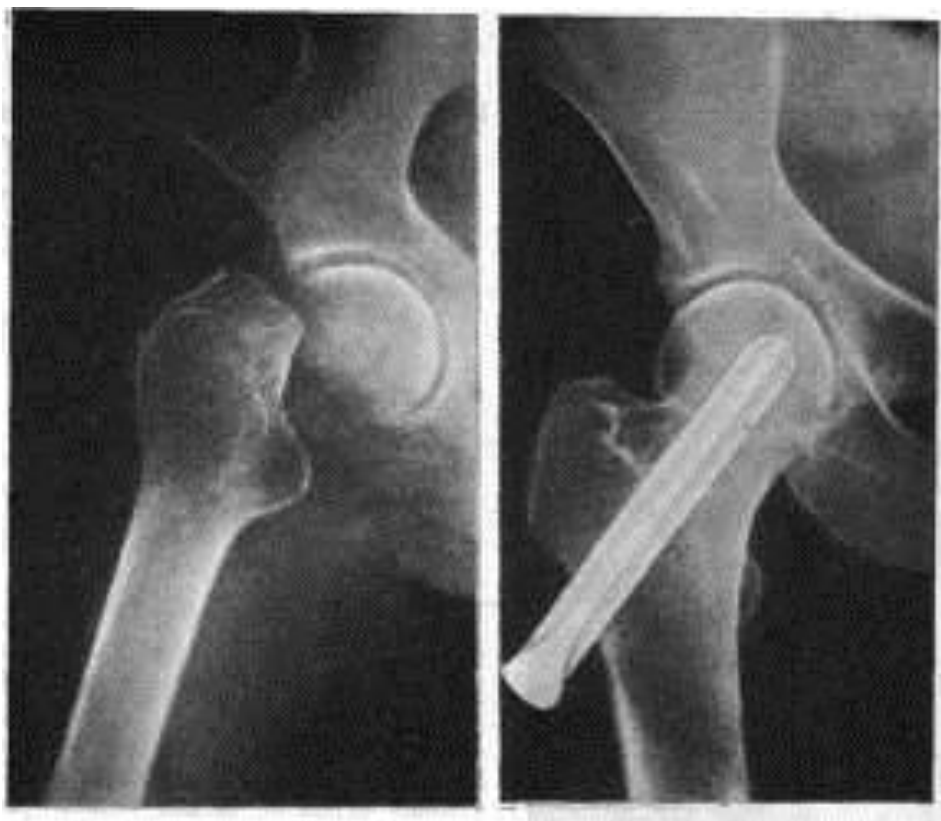
Расм № 9 (д). Чрезvertebralно-

**оскольчатый перелом с отрывом подвертельный перелом бедра.
малого вертела (нестабильный тип).**

1.4. Сон суяги буйинчасининг остеосинтези.

1.4.1. Сон суяги буйинчасини махсус миx ва стержен билан остеосинтези.

Тиббиёт тарихида 1926 йили (360) Смит – Петерсон – сон суяги буйинчаси сохасидаги синикларни фиксация килиш учун уч-япрокли миx тадбик килган. Муаллифларни фикрича мустахкам конструкцияли бу мослама – ротацион харакатларга дош бериши, синган булакларни стабил холатда ушлаб туриши ва синик булакларини консалидацияси учун шароит яратади. Уч киррали миxни дастлабки вариантыда – уни вертал сохасидан суяк бошчасига утказишда кулланиладиган йуналтирувчи сик канали кузда тугилмаган. (расм № 9).



1931 йили Смит–Петерсон таклиф килинган усул билан операция килинган 24 та беморни даволаш натижаларини эълон килди. Барча беморларга операциядан сунг, гипс боглам куйилган. Натижалар тахлили: 15 та беморда

консолидация кузатилган, 6 та беморда асоратлар туфайли летал холат кузатилган. Johansson. 1934 йили уч киррали миҳни – вертел соҳасидан сон суяги бошчасига юборишда юзага келган. Қийинчиликларни инобатга олиб, конструкцияга узгартириш киритди. Яъни вертел соҳасидан сон суягини бошчасига караб, дастлаб йуналтирувчи сих утказиб, сунгра уч-киррали миҳни йуналишини назорат килган холда утказишни тадбик килди. Киритилган узгариш операцияни вертел соҳасидан очик усулда утказмасдан-ёпик услубда утказиш имконини яратди. (20,34,78).

1940 йил Н.Brigs; W.I.Pygh 1955йил, Смит-Петерсен – фиксаторини куллаш натижалари асосида – унинг негатив томонларини ҳам аниқлади.

1. Фиксаторни - миграцияси 3,2% да, 2) Синик булакларини бартараф этиш мақсадида – уч япрокли миҳ фиксаторига – кушимча равишда сон суягини диафизар қисмига пластинка қуйиб маҳкамлашни тавсия этди. Тадқиқотчилар томонидан кузатув ва изланишлар натижасида – турли маҳкамловчи конструкциялар таклиф этилди.

1) Диафизар пластинкали Thornton миҳи (1958й).

2) Суяк булакларини ротацион ҳаракатларини бартараф қилишга, уни олдини олишга мулжалланган. Ridel 1954 йили турт япрокли телескопик миҳни куллашни таклиф этди.

3) L.O.Donnel (1961) узига хос «двутаверный» - конструкцияни таклиф этди.

Маҳкамловчи конструкцияларни вертел соҳадан синган булақлар ичида жойлашувини қониқарли ҳолатини ташкил этиш учун тадқиқотчилар томонидан турли таклиф ва тавсиялар киритилиб борилди:

1) Маҳкамловчи мосламасини – сон суяги бошчасига юбориш тавсияси.

2) Маҳкамловчи мосламасини – сон суяги бошчасига марказига юбориш тавсияси.

Уч япрокли – миҳни амалиётда кенг кулланиши туфайли унинг самарадорлиги операциядан кейинги даврларда яхши урганилди ва таҳлиллар олинган- натижалар асосида изох қилинди. А.В.Каплан (1952) 141-кузатувда – 29% қониқарсиз натижа олган. В.М.Демьянов (1965й) – 64% қониқарсиз натижа

олган, – 392 та кузатув Я.Н.Крымановский (1972 й) 307 операция утказган бемордан (Pauwels буйича -2-3 типиди) 59,1 % асорат олган. В.М. Иванов 1974 й. – сон суяги бошчасини асептик некрозини 25% беморда кузатган.

L.T.Nilssonetal (1988 й) 510 кузатув тахминларини эълон килган. Операциялар Ridсемихида бажарилган беморлар ёши 35-90 ташкил этган. Garden типиди буйича барча синикларни 29% битмаган , 11% да сон суяги бошчасини асептик некрози. 3,9% да эса – инфекцион асорат кузатилган.

D.Noereretal (1983й) – 193 беморда остеосинтез утказган. Остеосинтезда Thornton – михни билан амалга оширилган. Барча беморлар Гарден буйича гурухларга таснифланган. Утказилган операция натижалари куйидагича: 11% суяк синиги битмаган, 18% да – асептик некроз кузатилган, 2,1% да инфекцион – асорат кузатилган.

1959 йили Deyerle – сон суягини буйинчасини синикларини 6-8 та ингичка, узун михлар билан махкамлашни таклиф этди. Ингичка михлар верел сохасидан – сон суяги буйинчасини оркали бошчасига утказилади. Михлар параллел равишда утказилади. Уларнинг микрациясини олдини олиш максидида сон суягини дафиз кисмига махкамланган пластинка билан мухофаза килган. Кузатувда булган 75 та беморда (Гарден буйича – 3-4 тип) очик услубда репозиция килинган, битмаслик холати кузатилмаган, 8% да аваскуляр некроз кузатилган. Metzetal (1970) 63 беморнинг кузатувларида (беморлар Deyerle буйича остеосинтез булган) – 95,3% ижобий натижа олган. 4% беморда – 2 йиллик кузатув натижаси аваскуляр некроз аникланган.

Аналогик услубда остеосинтез учун Богданов Стержен кулланган (79). Муаллифлар Пауэльс буйича синикларни 3-4 типиди куйидаги натижаларни кайт этдилар. 3- та кузатувда синикни битмаслиги, 2 та кузатув асептик некроз, 2-холатда деформацияловчи артроз. Стержен миграцияси, инфекцион асорат кузатилмаган.

1.4.2. Сихлар билан остеосинтезни амалга ошириш.

Сон суяги буйин кисмини синикларини сихлар (спица) билан остеосинтез 1850 й. Langenbeck томонидан амалга оширилган. Konig ва Nicolayson тарафидан эса сих билан остеосинтез килиш 1875-79й. амалга оширилган. (140). Олинган натижалар коникарсиз булган. Сабаби 1 дона сих утказилганлиги, унинг миграцияси, компрессияловчи хусусиятини йуклиги. Кулланилаётган сихларнинг метал копламасини талабга жавоб бермаганлигидир.

1954 йил Knowles сих утказиш билан остеосинтез килишни такомиллаштирди. Утказилаётган сихлар сонини 4 тага купайтирди. Унинг проксимал кисмига махкамловчи резьба (йулакча) очилган булиб, сон суягини вертел сохаси, компакт пластинкасига махкамланади. Аммо унинг синик булакларини компрессияловчи хусусияти булмаган, конструкцияда бу хусусият кузда тutilмаган эди. Муаллифлар сихларни 2 тасини – Адамс ёйи буйича, 2 тасини сон суяги буйинчасини юкори компакт пластинкасига паралел равишда утказишни таклиф этган. Сихларни шундай йуналишда утказилиши суяк булакларини мустахамк ушлаб туради ва консолизацияга шароит яратади деб хулоса килишган. (151,111).

Муаллифлар томонидан таклиф этилган остеосинтез услуги – узининг соддалиги, хаммабоплиги билан ажралиб туради. Услубий амалга ошириш учун махсус мослама ва тайёргарликни утиш зарурати йук. Мувафакият билан остеосинтез катта ёшдаги беморларда хам куллаш мумкин булади.

Тупланган маълумотлар банки ортиб бориши туфайли Knowles услубида остеосинтез килинган беморларни тахлилилий натижалари эълон килина бошланди: Масалан Гарден типидеги 3-4 гурух беморларда –синикни битмаслиги 7,9-9,2 % да, асептик некроз 23,6-29,1% да, дефармацияловчи коксо артроз 7,2% инфекцион асоратлар эса 1,3% кузатилган (169, 171, 272, 280).

В.А.Гончаренко, М.Г. Лейкин (1981), Е.В.Зверев, В.П.Евстратов (1989). Knowles услубида сон суяги буйинчасини остеосинтезни амалга оширишга уз фикрларини билдирган. Унинг соддалиги, синикларни даволашда суяк тукумасини минимал жарохатлаши, беморни эртарок реабилитацияси, спицаларни туплами суяк билан яхши контактлашиши. Сихларни суякнинг

проксимал кисмида суяк туқимасига минимал травма етказиши кабиларни ижобий баҳолаган. Шунинг билан биргаликда В.А.Гончаренко (28) вертел сохадан сихларни сон суяги бошчасини тамон утказишни параллел йуналишида булишини таклиф этган. Аммо сон суягини буйинчасидан сихларни параллел утказиш анча муаммо хисобланади. Э.Я.Жейдурс (1981) Коптюх (1988). Е.В.Зверев, В.Г. Евстратов (1989). Сихларни вертелдан сон суягини бошчаси – буйин сохасидан утказаётганда таркалган холда утказишни таклиф этганлар. Сихларни ташки кисмини, тери остида, (17,19,01,03) тери устида (56,62) фасция остида (28) колдириш вариантлари хақида маълумот берган.

Вертелдан утказилаётган сихларни остеосинтезда мустахкамлигини ортириш учун компрессияловчи винт билан биргаликда (62) резбали стержен (25) каби тулдирувчи конструкцияларни биргаликда куллаш тавсия этилади. (46,103). Сихарни миграциясини бартараф қилиш учун эса диафизар кисмига сихларни ушлаб турувчи мосламалар қуйиш зарурлиги белгиланган. (92), (84).

Даврий адабиётлар маълумотини тахлили шуни курсатадики сон суягини проксимал кисмини Пауэлс буйича – 2-3 типларида – сихлар жамламаси билан даволашда (20,21,22,24,25,35,103,129) қуйидаги маълумотлар келтирилмоқда: синикларни битмаслиги 5,2-16,1 %, сон суягини бошчасини асептик некрози – 5,8-8,9% деформацияловчи артроз – 6,8-9,9%, сихларни миграцияси 1,3%, туқималарни чуқур йиринглаши – 1% ташкил этган.

1.4.3. Суяк булақларини компрессияловчи мосламалар билан остеосинтез қилиш.

Сон суягини проксимал кисми булган буйин, бошчаси остеосинтезида, суяк булақларини репозиция қилиш ва уларни бир-бирига каттик сиқиб турувчи мосламалар хисобига амалга оширилади. Унинг асосий максоди-суяк булақлари орасида репаратив регенерация жараёни учун шароит яратиш, битиш жараёнига қумаклашиш.

В.Д.Чаклин (1922). В.Я.Родин (1959), Н.А.Шестерня (1992), M.Virgin ва Mak Auslend (1960), Lyden (1984) таъқидлашича – уз вақтида тугри берилган

компрессия суяк булакларини коникарли контактини, таъминлайди, иккиламчи силжиб кетишга дош беришга тургунлигини оширади ва бирламчи кадок оркали битишини таъминлайди. (106).

Компрессия берувчи конструкцияларни компрессия берувчи механизми шундай иборатки –вертел сохаси компакт пластинкага таянч нуктасини бир тарафдан хосил килса иккинчи томондан компрессияловчи винтларни – япроклари кесувчи ва узига тортувчи кучни ташкил этади, натижада булаклар бир-бирига караб тортилади ва сикилади, натижада компрессия юзага келади.

Компрессия берувчи конструкцияларга спонгиоз винтлар киради. Уларни ичида-марказий канали мавжуд ва мавжуд булмаган спонгиоз винтлар фаркланади. Бир катор винтларга компрессия берувчи винтларни узига хос хусусиятлари мавжуд булиб: улар узун танали – диаметри -5-6 мм, бир томонида болтсимон япроклари мавжуд, уни узунлиги 16-32 мм тенг. Кундаланг уки буйлаб 2,5 мм тенг канали мавжуд.

Бу канал – винтларни марказий ва периферик синик булакларга утганда унинг репозициясини коникарли булишига хизмат килади. Вертелдан буйинга – бош кисмига утказилган Винтларни аксиал кесимда жойлашувини кузатилганда; проксимал кисмдаги марказда жойлашган, дистал кисмдагилари эса- Адамс ёйи буйлаб жойлашган. Кундаланг кесимда винтларни буйинчада жойлашувини назорати шуни курсатдики марказда жойлашган винт-суякнинг говак кисми билан контактда булади. Бу эса унинг фиксацион хусусиятини пасайтиради. Аммо унда четда жойлашган иккита винт эса буйинчанинг компакт кисми билан контактда булади бу эса уни фиксационал хусусиятини яхшилаиди. Шу сабабдан винтларни буйинчани орка девори буйлаб утказиш уни махкамлаш биомеханикасига ижобий таъсир курсатади.

Конюрилланган винтларни компрессияловчи эффекти унинг проксимал кисмида жойлашган резбанинг – дисталкисмида жойлаш синик-булагини винтни айланма харакатида вертел-сохада –кортикал катламга Винт бошчасини таянч килган холда тортиши хисобига амалга ошади. Булакларни бир-бирига

мажбурий якинлашуви ва компрессияси консолидация жараёнига ижобий таъсир курсатади.

Консолидация жараёнида компрессион ижобий таъсири билан бирга синик булакларини зич якинлашиши туфайли унинг юзалари –кисман резорбция булиши мумкин. Лекин марказий синик булагига караб утказилаётган Винтларни – паралел равишда утказилиши принципи сакланса – синик булакларни оралигида ёриклар хосил булмайди. Винтлар эса – бугим бушлигига утиб кетмайди. Чунки винтларнинг япроклари сон суяги бошчасини узига тортиши «Суяк булагини динамик фиксацияси» ни ташкил этади. Лекин марказий синик булагини силжиши туфайли – нисбатан оёк колталлиги юзага келган холда битади. Сон суягини буйинчасини уртача 0,7-0,8 см га калталаниб битиши мумкин. Аммо 2,0-2,3 см –калталаниб битиши хам баён килинган бундай фактлар суяк булагини динамик фиксация булиш эхтимолига гумон тугдиради. Чунки оёкни сезиларли даражада калталанишига олиб келиб, харакат биомеханикасини узгартиради. (127, 173).

Конюрилланган винтларни ишлатишга курсатма булиб Гарден типигаги барча синиклар хисобланади. Адабиётларда келтирилган маълумотлар Гарден типигаги барча синикларни даволашдаги самарадорлиги турлича. Операциядан кейинги 2-5- йилда кузатувлар шуни бошчасини некрози 8,8% - 11,1% да, синикни битмаслиги – 2,6%-3,9% гача, остеоартроз – 2,8-3,1% да, консалидация давомийлиги 4,8-5,6 ойни ташкил этган. Гарден буйича 3-4 типига эса –асептик некроз 28,0-33,2-% битмаслик 9,2-11,8 % да, остеоартроз – 7,5-9,6% да. Консолидация даври – 6,5-8,5 ойни ташкил этган.

Беморни эрта реабилитация утказиш максатида сон суягини диафизар юкламаларига етарли дош беришни ташкил этиш максатида остеосинтез учун динамик –сон –винти (DHS) (0147) ишлатилади.

DNS- конюрилланган, унинг танаси – муфтага жойланган ва диафизар пластинкага боғланган. Винт –муфтаси билан диафизар пластинка оралигидаги бурчак градуси – 130, 135,140, 145 ни ташкил этади. Компрессияловчи эффект – DNS- муфтасида жойлашган канала оркали утувчи винтни - сон суяги бошчаси

ва диафизар пластинка муфтага таянч килувчи юзага босиш натижасида винтни резбасимон харакатларида юзага келади. DNS (03, 0135, 0197,0216, 0231,0268) тарафдорлари таъкидлашича - махкамловчи фиксаторни суяк юзаси билан катта кисмда контактда булиши, «Суяк фиксатор» орасида- юзага келувчи босимни нисбатан пасайтиради. Бу хусусият ёши –катта, остеопорозга юз тутган беморларда айникса инобатга олиш тавсия этилади.

Гарден буйича сон суяги буйинчасини синикларида, 3-4 типиди барча ёшлар кесимида- DNS – билан остеосинтезкилинганда куйидаги натижалар олинган: сон суяги бошчасини асептик некрози -36-41% синикни битмаслиги - 16-19% остеоартрозлар -4-8% да, (0,197,215,216,231,240,268).

1974 йил DHS-винтларига алтернатив сифатида сон суяги буйинчасини синикларини стабил фиксация услубини таклиф этилди. Бу услубни Tronzo (1988) мосламаси оркали амалга оширишни тавсия этди. Унинг ишлаш принципи куйидагича: суяк булакларини бир вақтда репозиция килиш 2 турдаги винтлар билан амалга оширилади: проксимал суяк булагига винтлар япрокларини кадамини улчами ва тури билан фаркланади. Винтлар марказида сик йуналтиргич утказиш учун каналча мавжуд. 1-чи винт кортикал, 2-чи винт спонгиоз суяк учун мулжалланган. Жами остеосинтез учун 3-4 та винт юборилади. Винтларнинг япрокларини улчами кортикал катлам –улчамидан 1,5 см кичикрок булиб, 2 куринишдаги винтларни суяк булакларига катирилганда, булаклари бир-бирига караб тортади, компрессия беради.

Беморларни даволашда Tronzo (0247-0258) винтларни Гарден буйича 1-2 типиди куллаганда куйидаги натижалар кайт этилди: асептик некроз 7%, синикни битмаслиги 5%, остеоартроз – 4%, консолидация-муддати – 4,6-5,2 ойни ташкил этди. Гарден буйича 3-4 типиди – синишни битмаслиги 15%, асептик некроз -12% да, остеоартроз 6,8%, Консолидация даври -9,8-11,2 ойни ташкил этди.

1.5. Сон суяги буйинчасини синикларидан сунг эндопротезлаш операцияларини кулланиш тарихи.

1.5.1. Сон-чанок бугими Геми артропластикаси.

Жахон ортопедия фанини ривожидан бирга хаммоҳам равишда эндопротезлаш масалалари хам бирга ривожландиди. 1940 йил. Моорва Bohlman пулатдан ясалган эндопротезни имплантация қилишга доир маълумотларни эълон қилди. Эндопротезлаш операцияси асосан сон суягини буйин қисми синикларида – кулланилган. (103). Операцияга курсатма булиб маълум вақтгача сон суяги буйинчасини синикари хизмат қилган. Кейинчалик фаол равишда сон суягини медиал синикларини остеосинтез қилиш асоратлари ва унинг самарасиз ҳолатлари хам курсатма булиб келган.

1964 йили Hindey ва Day гемиартропластикага курсатмаларни ишлаб чиққан ва тиббиёт аҳлига таклиф қилган (111).

- 1) Сон суяги медиал синикларида коникарсиз остеосинтездан сунг ревизия утқизиш.
- 2) Паркинсонизм, гемиплегия ва бошқа неврологик касалликлар.
- 3) Сон суяги буйинчасини патологик синиклари.
- 4) Беморларни эрта реабилитация қилиш, ёшидан қатъий назар.
- 5) 70 ёшдан утган беморлар.

1952 йил Thompson – қушимча равишда 3 та «П» қоидадини киритган: Паркинсон касаллиги, Педжет касаллиги, Пороз-ҳолатлари. (104,105). «Пороз» термини доирасига қуйидагилар жамланган; гемиплегия, суяк метаболизмиде бузилиши. Муаллифнинг фикрича 10% бемор гемиартропластикага муҳтож контингент ҳисобланади.

Гемиартропластика операциясини амалиётга қириб бориши сайин унга курсатмалар хам кенгайиб борган: субкапитал синиклар (116), Пауэльс буйича сон суягини буйинчасини 3- типиде, (114, 118), репозиция қилиниши мумкин бўлмаган синиклар (112,113,114,115,116). Маълум муаллифлар-операцияга абсолют курсатма қилиб битмаган синиклар, ёлгон бугимлар, конструкциялар миграциясинихам киритган (113,114,115,117). Курсатмаларни ишлаб чиқишда доимо-беморни ёши, реабилитация даври, йулдош касалликлар ҳолати инобатга олинганлиги, операцияни самарадорлигига тугридан-тугри таъсир этган.

Гемиартропластикага карши курсатма булиб куйидагилар курсатилган: утказилган сепсис холати, бемор новкирон ёшда булса, сон чанок бугимидаги мавжуд патологик узгаришлар. (113,116,117,118,119).

1.5.2. Гемиартропластика асоратлари.

Гемиартропластика утказилган беморларда юзага келган асоратлар 2 катеторияга булинади.:

- 1) Эртанги 2) кечки асоратлар

Эртанги асоратларга куйидагилар киради: операциядан кейинги летал холат, инфекцияланиш, конструкцияни чикиклари ёки синиши.

Кечки асоратларогрик синдроми, куймуч сохасидаги гетерофик осификациялар. Осификацияларни хосил булиши – куймуч косасини емирилиши, ёки конструкцияни сон компоненти кисмининомустахкамлигидан юзага келиши мумкин.

Алохида эндопротезларини эксплуатация килиш даврида юзага келувчи асоратлар хам кузатилади.

Протез олди (перипротезные) синиклари. Andersonкузатувида (405) 4,5% ташкил этган. Бу асоратлар 3типга булинади. (208).

1. – тип – синикларини улчами катта ва кичик костдан утмайди.
2. – тип – синик чизиги илик каналига киради ва эндопротез оёги сохасига етади.
3. – тип – конструкцияни сон суяги компонентида дисталрок кисмида кузатилади.

I-тип синиклари асоратларни 1% ташкил этган. (205,196) бу асоратлар стабил синиклар булиб, синик булаклари силжимайди. Уни консерватив услубида даволаса булади.

2-тип синиклар асоратлари – операция вақтида ёки эксплуатация даврида кузатилиши мумкин. Улар тахминан 3% ни ташкил этади. Бу асорат–ностабил жарохатга киради, даволаниши анчагина муолажаларни куллашни талаб этади. (205, 208).

Гемиартропластикани – кечки асоратлари асосан 2-3 йилдан сунг огрик синдромини сакланиши билан кечади. Унинг сабаби-конструкцияни номустахкалигидан унинг миграция булиш аломатларидан келиб чикиши мумкин. Огрикни 2-чи сабаби-куймич-косасини тогайини емирилиши туфайли булиши мумкин. Гетеротопик парартикуляр оссификатлар-асорат сифатида 25-40% беморда (199,225) учрайди. Шундан – 65 гина бугим фаолиятига таъсир курсатди.

1.5.3. Вертел сохаси синикларда даволаш тактикаси.

Вертел сохаси синикларини даволаш тактикаси асосан консерватив усулга багишланган (145,146). Вертел сохаси синикларини даволашни консерватив услубда даволашда асосан 2 та йуналиш кузатилган.

1-йуналиш-беморни эрта мобилизация килиш. Бу услуб – Shaftan (147) номи билан боглик. Таклиф килинган услубнинг мохияти шундан иборатки – вертел сохаси кон билан таъминланиши яхши булганлиги сабабли унинг суяк регенерациясига ижобий таъсири кузда тутилган. Жарохат олган беморга ёток холат ва аналгетиклар белгиланади. 5-10 кундан сунг ётган холатда турли харакатлар амалга оширишга рухсат берилади. Мослама ёрдамида беморга харакатланиш хам рухсат берилади. Тавсия этилган услубнинг тарафдорлари (148-149). 4-6 хафтада бемор хаётга анча адаптация булганлигини таъкидлайди. Услубнинг камчилиги деб куйидагиларни курсатганлар: сон суягини проксимал кисмини варусли деформацияси, унинг ташки-томонга ротацияси ва оёкнинг калталаниши, юкоридаги камчилиги-туфайли тана аъзосини-таянч фаолияти ёмонлашиши мумкин. Бу услуб билан даволашга –касалларни ажратиб олиш хам анча кийинчилик тугдиради. Чунки беморларни аксарияти меҳрибонлик уйи вакиллари, психикасида анчагина нуксони бор беморлардир.

2-йуналиш бу вертел сохасидаги синикларни даволашда доимий тортиш усули оркали амалга оширилади. Регенерат хосил булиш даврида-сон-суягини варуели деформациясини, ротациясини, калталаниши олди олинади. Суяк булаклари силжимаган бир хил холатда ушлаб турилади. Скелет тортмасини турли шакллари ишлаб чикилиб амалиётга тадбик килинган булиб булар

куйидагилар: Buch буйича тортиш (150), болдир ёки сонга утказилиб тортиш (155, 156,157). Скелет тортма -10-12 хафта мобайнида амалга оширилади. Бу даврда контрол-рентген текширувларида регенерат, консолидация жараёни назорат қилинади. Тортиш муддатини 4-5 хафтага қискартириш сон суягини варусли деформациясига ва калталанишига олиб келади.

Тортиш усули билан даволаш Россия травматолог-ортопедлари орасида жуда кенг тарқалган (1.2).сон суягини дунглари устидан, катта болдир суяги дунгилигидан утказилган сикларда тортиш (А.В.Каплан 1952, А.В.Бедрин 1952, В.А.Черновский 1962). Консерватив даво услуги тарафдорлари консерватив даволашни асоси сифатида-катта ёки кекса ёшдаги беморларни келтиришган.

В.В.Ключевский (1) скелет тортма усулида даволашга радикал узгартириш киритган. Скелет тортмани демпферланган тизимда тортикни куллаган. Прототипларда кулланиладиган бенер шиналарини кулламаган.

Демпферланган скелет тортмаси вертел сохасидаги синикларни тез даволашда кулланилиши 100% беморларда ижобий натижалар беради. Консерватив даволаш услублари нечоғли такомиллашмасин асосий масала булган бемор – ҳаракатсиз ҳолатда қолмоқда эди.

Вертел сохасидаги синикларни консерватив услубда даволашни асоратларини фоизини сакланиб қолиши, янги даволаш услубларини ишлаб чиқишини тақозо этади.

Янги даволаш услубларини ташкил этиш, унга курсатмаларни ишлаб чиқишни тақозо этади. Бу масалани ҳал этишда адабиётлар маълумоти бир-бирига мос келмас эди. 1940 йилларда – Murrayва Frew таъкидлаган эди, доимий тортиш усули билан ёши катта булмаган беморларни даволаш мумкин ҳалос, чунки улар ётоқ ҳолатни яхши кутаради деб таъкидлаган эди. Fridenberg (1959) кузатувларига асосланиб йулдош хасталиклари бор беморларга скелет тортма усулида даволашни тавсия этган.

Scheider (162) –вертел синикларини жаррохлик услубда даволаш мумкин агарда- синикларни ёпик услубда репозиция қилиш ва доимий тортиш услуги хавфидан юқори булмаса (летал ҳолат кузда тутилган).

1.5.4 Вертел сохасидаги синикларини даволашда кулланиладиган конструкциялар.

Вертел сохасида остеосинтез учун кулланиладиган конструкцияларни 4-гурухга булиш мумкин.

1. Сон суягини буйин ва бошчасига урнатилаётан винт ёки стержен – диафизар пластинка билан маҳкам боғланган тури. (нодинамик конструкция)
2. Динамик конструкциялар, ҳаракатларга ҳамоҳанг равишда ҳаракатланувчи қисми мавжуд.
3. Суякичи фиксаторлари.
4. Эндопротезлар.

Аммо Finaliva Meislin(1990) 130^0 ва 150^0 конструкция кулланилган беморларда утказилган назорат текширувида деярли фарқ топмаганини маълум қилган. Mulholland ва Gunn (1972), буйин диафизар бурчаги (боб) 150^0 булган конструкцияларни кулланиши туфайли олинган натижаларни таҳлили асосида 2 та муаммо юзага келишини баён қилган.

1. Имплантант бошчасини юкори-ташки майдонида куп юкламалар тушиши туфайли 13-17% да бошчани сегментар коллапсини кузатган.

2. Имплантант бошчасини маҳкамловчи қисмини урнатишда 3-6% да техник хатоликлар юзага келган, бартараф қилиш учун ревизион операциялар утказилиши юзага келган.

Бугунги кунда – конструкцияни тугри танлашда –асосий қоида –беморни БДБ–якин конструкциясини куллаш тугри ҳисобланади. Чунки эндопротез моделларини етарлилиги туфайли 130^0 БДБ конструкция қуйилади. Конструкциялар ишлатишда оддий, физиологик БДБ-якин булганлиги сабабли конструкция бошчани деформацияси кузатилмайди.

Вертел сохаси синикларини динамик маҳкамлаш концепцияси Schumrelik ва Jantzen (1955) номи билан боғлиқ. Бу концепция бугунги кунда «умумий қабул қилинган концепция» ҳисобланади. Динамик фиксаторларни амалиётда кулланилиши суяк булаклари коллапси содир булишини тула назорат қилиш

имконини беради. Консолидация тула булгунга кадар суяк булакларини бир хилда ушлаб туради, махкамловчи мосламани бугим бушлигига пенетрациясини тула олдини олади. Динамик махкамловчи мосламаларни ривожланиш тарихи 2-йуналиш буйлаб ривожланган:

1.Телескопик михлар. 2.Динамик компрессияловчи винтлар. Телескопик михлар-мустахам конструкция булиб булаклар репозициясини анатомик холатда тутиб турган. Айниқса сон суяги-вертал сохаси ностабил синикларида яхши натижа берган. (55,56,57).

Динамик компрессияловчи винтлар эса технологик янги боскичдаги конструкция булиб, суяк булакларини репозицияси коникарли амалга оширишга хамда-синик фрагментлариаро компрессия юзага келиши туфайли суяк битишига етарли шароит яратган. Бу унинг кулланишидаги асосий ижобий тамони хисобланади. (58,59,60,61,62).

20 аснинг 80 йилларида – фундаментал – утказилган текширувлар натижалари телескопик михларни сон суяги бошчасига салбий таъсир этиши, рентгеннегатив синиклар юзага келишини курсатди. Унинг кулланиши натижасида (66) 18% даволанган беморда сон суяги-бошчасини асептик некрози кузатилган. Телескопик михга нисбатан динамик компрессияловчи винтларни кулланиши суяк структурасини камрок жарохатловчи хусусиятга эга эканлиги сабабли хозирги кунда хам мутахассислар орасида даволашда устивор услуб сифатида каралмоқда. Аммо динамик компрессияловчи винтларни амалиётда кенг кулланилишига карамасдан вертел сохасидаги костлар буйлаб утувчи синикларни даволашда-ечимини топиши лозим булган холатларга жавоб була олмади. Бу холатлар куйидагилар:

- 1) Синган суяк репозициясини кандай килиб саклаш мумкин?
- 2) Синган худудни коллапс холатини максимал курсаткичи канча?
- 3) Сон суяги буйинчасини кундаланг уки буйлаб суяк фрагментларини силжишини нима камайтириши мумкин?

1.6. Вертел соҳаси синишларини даволашда-эндопротезларни кулланилиши.

Эндопротезлар кулланиши асосан сон суяги буйинчаси синганда куплаб кулланилган. Вертел синикларида эса-маълум курсатмалар куйилганда кулланилган. 1974 йил Rosenteld биринчилардан булиб вертел синикларида эндопротезлар куллаган.

Sternва Coldstein(1977) вертел синикларида эндопротезлашни остеосинтез килингандан кейинги асоратларда куллаган. Creen 1987 й биполяр эндопротезларни костлараро синикларни номустахкам турида куллаган. Бу турдаги синикларни даволашда асосий муаммо эндопротез оёкчасини етарли даражадаги мустахкамлиги булган. Операция килинган 80% беморда уки буйлаб, ёки ротацион номустахкамлик кузатилган. Rockwood 1996 йили – 574 та беморда-утказилган эндопротезлаш операциялар натижаларни умумлаб куйидаги хулосага келган:

- 1) Бу жаррохлик усули узининг хажми катталиги билан, куп кон йукотилиши билан остеосинтез операцияларидан кескин фаркланади.
- 2) Эндопротезни-аксиал ва ротацион номустахкамлигини юзага келиши фоизи жуда юкори.
- 3) 30% дан юкори беморлар даволаш натижаларини-кониқарсиз деб баҳоламоқда.
- 4) 26% операция килинган беморларда ревизион операцияларни утказиш талаб этилмоқда.
- 5) Бугунги кунда эндопротез операциясига курсатма булиб синикни битмаслиги ёки суст кечувчи консолидация жараёни хисобланади.

Адабиётлар шарҳига тухтам ва хулосалар.

Сон суяги буйинчасини синикларини остеосинтез килиш тарихи тахминан 80 йилни уз ичига олади. Махкамловчи мосламалар, уларни куллаш услубларини куллашнижуда куп усуллари таклиф этилди ва кулланилмоқда. Бу мосламалар-сон суягини биомеханикаси, махкамлик даражаси кон айланшини

узига хос хусусиятларини инобатга олиб кулланилишига карамасдан-кониқарсиз натижалар ва асоратлар 40%-45% ташкил этмокда.

Бу тахлилий курсаткичлар сон суяги медиал-синикларини остеосинтези масаласи тулик ечилмаганлигини курсатади. Хар кандай метал конструкцияни вазифаси факат-стабилловчи фиксатор вазифасидир. Консолидация жараёни эса тезрок равишда сон суяги буйинчаси ва бошчасида реваскуларизация хосил булишини такозо этади. Синикнинг юзага келиши билан тезлик билан булақларни-репозиция килиш, уни кониқарли холда ушлаб туриш. Етарли рвишда регенерат хосил булишига шароит яратиш ва кон билан таъминланишини тиклаш вазифаси биринчи вазифадир. Россия федерацияси, жахон етакчи клиникалари-катори мустақил юртимизни етакчи клиникаларида хам эндопротезлаш операциялари муваффақиятли бажарилиб келинмокда. Мутахассис кадрлар тайёрлаш масалаларига хам катта эътибор берилмокда. Аммо бу операцияларни кенг микёсида амалиётда кулланилиши йилларни талаб килади. Адабиётлар шархи шуни курсатадики вертел сохасидаги синикларни даволашда мутахассислар томонидан кабул килинган умумий келишув ишлаб чикилмаган ва бу масала уз ечимини топиши зарур.

II- БОБ. ХУСУСИЙ КЛИНИК МАТЕРИАЛЛАР ВА ТЕКШИРУВ УСЛУБЛАРИ.

2.1. Клиник гуруҳга кирган беморларнинг умумий характерискаси.

Магистрлик диссертациясига кирган клиник материаллар сони 93 та бемор булиб, асосан сон суяги проксимал кисми синиклари билан мурожат килганлардир. Беморлар кузатуви 2012–2016 йил феврал ойидаги мурожатларни уз ичига олади. Клиник материаллар – РШТЎИМ АФ, РШТЎИМ – травматология булими ва ТООТИ – уткир травма булимидан олинган беморлар кирган.

93 та беморнинг 50 таси аёл – 43 таси эркак киши. Даволанган беморларнинг ёши 21 дан - 74 гача булган беморни ташкил этди.

Жадвал 1.

Беморлар ёши	Эркаклар		Аёллар		Жами сонлар
	Сон	%	Сон	%	
21 ёш	7	7,5%	6	6,4%	13 (13,9%)
21-39	8	8,6%	11	11,8%	19 (20,4%)
39-62	14	15%	19	20,4%	33 (35,4%)
62-74	13	13,9%	15	16,1%	28 (30%)
	42	45,3%	51	54,7%	93

93 та кузатувдаги беморларнинг 32 таси (34,4%) йул харакат ходисаси, спорт ўйинларида 14 та (15%) баландликдан йикилиши билан – 7 та (7,5%), сирпаниб ва тойиб йикилиш билан 40 (43,1%) боғлик булган жарохат олиш сабаблари қайд этилди. Сон суяги проксимал кисмини синикларини-анатомик сохаси буйича синишлари куйидагича таксимланди.

- 1) Веретел сохасидаги синиклар – 32 та
- 2) Субкапитал синиклар – 18 та

3) Сон суягини буйинчаси синиғи – 43 та

Клиник кузатувга кирган беморларни сон-суягини проксимал кисмини синикларида бажарилган операциялар:

1) Сихлар жамламаси билан остеосинтезлаш – 6 та

2) Конюрилланган ва конюрилланмаган винтлар билан остеосинтезлаш – 21 та

3) Смит-Петерсон миҳи билан остеосинтезлаш – 12 та.

4) Биос-штифлари билан остеосинтезлаш – 12 та

5) Эндопротезлаш операцияси – 10 та.

Беморларни сон суягини проксимал-кисмини синикларини аниклашда. Гарден буйича, вертел кисмини синикларини турларга булишда, мустахам ва номустахам турларга булган холда операцияга курсатмалар куйилди.

2.2. Беморларни текширув усуллари.

Сон суягини буйинчасидан синган беморлардан Гарден классификациясидан фойдаланиб турларга ажратилди.

- 1) Гарден буйича 1 тип – Вальгусли бир-бирига ботиб кириб колувчи синик. Стандарт рентгенограммада (2 проекцияда) синик-чизиги аникланмайди. Аммо-медиал трабекулалар жамламаси ва картикал трабекулалар орасидаги бурчак 170° - 180° тенг булиб колади.
- 2) Гарден – 2 тип – синик чизиги рентгенограммада аникланади аммо синик булаклари жойидан силжимайди, медиал трабекуляр жамлама хам узгармаган.
- 3) Гарден – 3 тип – сон суяги бошчаси варусли силжиган медиал трабекуляр жамлама рентгенограммада 130° дан кам булиб колди.
- 4) Гарден – 4 тип –сон суяги бошчасини тулик варусли силижиши синик булаклари бир-биридан анча масофада жойлашиши ва синиклараро контактни йуклиги.

Жаадвал 2.

Сон суягини буйинчасини Гарден буйича синик турлари.

(жами беморлар сони – 93 та)

Гарден	Беморнинг ёши	Жами
---------------	----------------------	-------------

буйича синик тури	45 ёшга кадар	46-55 ёш	56-66 ёш	66-74 ёш	
1-тури	3	2	5	2	12 (12,9%)
2-тури	4	3	3	6	16 (17,2%)
3-тури	5	4	4	5	18 (19,3%)
4-тури	3	2	5	5	15 (16,1%)
Жами	15	11	17	18	61 (65%)

Сон суягини Вертел сохасидан синган беморларни АО классификацияси Evans (143) буйича синикни мустахкамлиги мезоналарини инобатга олган холда гурухларга ажратдик:

- 1) А1- оддий икки фрагментли синик. Синик чизиги катта костдан бошланиб медиал кортикал катламга караб дистал йуналган. Медиал картикал катламни факат бир тарафини бутунлиги бузилган – стабил синик тури.
- 2) А2- тури – бу синик А1 синиғига ухшайди, аммо медиал картикал катлам бутунлиги икки синик чизиги билан бузилган ва икки жойда жойлашган.
- 3) А3- тури – бу синик турида синик чизиги-латерал картикал катламни ишгол этади – бунга костлараро синиклар киради кичик кост диафиз билан богланган бўлиб, жахоратланмаган холда булади.

Стационар давога ёткизилган беморларни умумий холати Америка ортопедик Ассоцияцияси мезонлари буйича бахоланди. Яъний хар бир беморнинг умумий холати стандарт клиник текширув ва терапевт хулосасидан сунг бахоланди:

- 1) Аъло умумий холат – беморда сурункали кушимча йулдош касаллик йук, хаётининг давомийлиги чегараланмаган.
- 2) Яхши умумий холат – сурункали йулдош хасталиги бор, аммо доимий узлуксиз равишда дори воситаларини ичиб туриши шарт эмас. Хаётнинг давомийлиги 20 йилдан ортик.

3) Коникарли умумий ҳолат – беморда сурункали йулдош касаллиги бор, компенсация даврида, аммо актив фаолияти чегараланган. Хаёт давомийлиги 5-10 йилдан ортиқ эмас.

4) Ёмон умумий ҳолат – беморда огир сурункали-йулдош хасталик мавжуд бўлиб, декомпенсация даврида. Хаёт давомийлигини – 1-5 йил.

Беморларга клиник текширув утказиш, анамнези йиғиш, жароҳат олиш механизми, асосий шикоятлари, беморнинг умумий ва маҳаллий қуруви натижаси. Албатта терапевт қурув ва ҳулосаси амалга оширилади. Чунки сурункали йулдош касаликлари аниқлаш прогноз нуқтаи-назаридан муҳим аҳамият касб этади. Бундан ташқари терининг ҳолати, унинг трофикаси, тери ости веналари варикоз кенгайиши қушимча ҳавф деб қабул қилинади ва тромбоемболик асоратлари олдини олиш чоралари қурилиши зарурдир.

Рентгенологик текширувлар – беморларни касалхонага ётқизилиши билан стандарт проекцияда – сон чанок бўғими ва сон суягини рентген таъсири олинади. Олинган рентгенологик таъсирни таҳлили қуйидагича амалга оширилади:

- 1) синик чизигини йуналиши.
- 2) Сон суягини бутунлигини бузилишини характери.
- 3) Сон-суягини-остеопорозга ҳос узғаришлари.
- 4) Кортикал қатламни қалинлиги.
- 5) Операциядан кейинги даврда консалидация динамикасини назорати. б) Эндопротез қуйилган беморларга – эндопротез компонентларини стабиллигини назорат қилиш.

Клиник гуруҳга қирган беморга сон-чанок бўғимини эндопротезлаш операциясини қуллаш режалаштирилган ҳолда – эндопротезни типини танлашда (буйинчасидан синганда) Jahey клиникаси тизимидан фойдаландик:

1. Беморнинг ёши.
2. Беморнинг вазни
3. Операциядан сунг қутилаётган фаолият.
4. Саломатлик ҳолати

5. Сон суяги индекси.

I. Беморнинг ёши.

80 ёшдан > 1 балл

70-80 ёш = 2 балл

60-69 ёш = 3 балл

50-59 ёш = 4 балл

50 ёшдан < 5 балл

II. Вазни

55кг> - 1 бал

55-69 кг – 2бал

70-84 – 3 бал

85-99 - 4 бал

100 кг > = 5 бал.

III. Операциядан сунг кутилаётган фаолият

1) Купрок утириб хаёт кечиради – 1б

2) Уй ичида харакатланиш – 2б

3) Кучада сайр килиш эхтимоли – 3б

4) Бемалол юра олиш – 4б

5) Спорт билан шугулланиш – 5б

IV. Саломатлик халати.

1) Ёмон – 1б

2) Нисбатан коникарли – 2б

3) Коникарли – 3б

4) Яхши – 4 б

5) Яъло – 5 б

V. Сон суяги индекси: - канал диаметри: суяк диаметрига.

> 0,63= 1б

0,42-0,48= 4 б.

0,56-0,62= 2б

0,41< = 5 б.

0,49 -0,55 =3 б

олинган натижаларни йигиндиси – хар бир беморга кайси типдаги эндопротез зарурлигини аниклаш имконини беради.

1) 21-25 балл – Тотал механик эндопротез.

2) 16-20 балл Гибрид протез.

3) 11-15 балл Тотал протез цементли фиксация.

4) 8-10 балл биполяр гемипротез.

5) 8 баллдан паст булса – бир кутубли гемипротез.

Сон суягини Вертел кисмини операция килинган беморларда даво самарадорлигини бахолаш. Daubigne M- мезонлари буйича бахоланди. Бахолаш критериялари: огрик синдроми, бугимда харакат хажми, мустахкам мустакил юра олиш кобияти.

1) Огрик синдроми.

а) Доимий ва интензив – 0 балл

б) Огрик кучли , тундан хам кузатилади – 1 балл

в) Мустакил юрганда огрик кучаяди, харакатини чегралайди.-2балл

г) Огрикка чидаса булади актив фаолият чегараланган – 3 балл.

д) юрганда огрик бир оз сезилади, тинчлик холатида сунади– 4 балл

е) кисман доимий огрик бор, юрганда огрик йуколади – 5 балл

ё) Огрик синдроми йук – 6 балл

2) Чанок-сон бугимида харакат хажми.

а) Бугим анкилози – 0 балл

б) актив харакат йук, пассив харакатда огрик булади – 1 балл

в) олдинга эгилиш 40° - 2 балл

г) олдинга эгилиш 40° - 60° – 3 балл

е) олдинга эгилиш 60° - 80°

пойафзал кия олади - 4 балл.

ё) олдинга эгилиш 80° - 90°

ёнбошга харакат 15° - 5 балл

ж) олдинга эгилиш 90° зиёд,

ёнбошга 30° - 6 балл

3) Мустакил юра олиш

а) юра олмайди – 0 балл

б) култик таёк ёрдамида 1 -7 балл

- в) хасса ёрдамида 1 соат атрофида – 3 балл
- г) маълум вақтгача хассасиз юради, оксокланиш – 4 балл
- е) Хассасиз юради, аммо оксоклик бор - 5 балл
- ё) Бемалол юради – 6 балл.

Хар бир мезон курсаткичи буйича уртача сон-курсаткичи олинади сунгра натижалар жамланади.

4) Натижалар интотпретрацияси.

- 1) 0-2 балл –коникарсиз
- 2) 3-4 балл - коникарсиз
- 3) 5 балл – яхши
- 4) 6 балл – аъло

Беморларни холатини аниклаш учун, беморлар хар 1-2 ойда амбулатор шароитда куриб борилди, сунгра бир йилда 1 маротаба назорат килиниб борилди ва натижалар бахоланди.

Сон суяги чанок-сон бугими тотал эндопротезлаш операцияси утказилган беморларнинг функционал холатини бахолаш учун W.H.Harris (105) шкаласидан фойдаландик. Шкала куйидаги категориялар буйича бахолашни таклиф этган: огрик синдроми, бугим функцияси, бугим деформацияси, бугимда харакатлар амплитудаси (105). Бу категориялар ичида-огрик ва бугим функцияси асосий хисобланади, чунки бу категориялар ревизион аралашувга асос була олади. Хар бир категория балларда бахоланди. “Огрик” категорияси учун максимал балл 44 ташкил этади. Колган категориялар учун 47,5,4 баллар таксимланган. Харакатлар амплитудаси бахоланаётганда бугимдаги харакатлар амплитудасини ортиб боришини инобатга олиш устиворокдир. Чунки бугимдаги дастлабки амалга оширилган 45° градусда олдинга букиш мухимрокдир, 90-130 градусдаги харакатлардан кура, чунки 45° градусдан ортган харакатлар диапозонига унинг функционал мухимлигини курсатувчи коэффициент белгиланган. Сон-чанок бугими функциясини 4 категориянинг

аникланган балларнинг жамламаси оркали нормаланади. Максимал балл 100 га тенг. Агарда 100-90 балл булса бугим функцияси аъло, 89-80 балл бўлса – яхши 79-70балл бўлса - коникарли, 70 баллдан паст булса коникарсиз деб бахоланиди. (8.105).

Харрис буйича –чанок-сон бугимини бахолаш тизими.

(Harris. W.H: Evaluation system of the Hip, 1969).

I –категория – огрик синдроми (максимал = 44 балл).

Клиник белги	Балл
А. огрик синдроми йук	44 балл
Б. кисман огрик бор. Функция бузилмаган,	40 балл
Б.енгил огрик бор. Функцияга таъсир этмаган куп юрганда кисман кучаяди, анальгин ичганда босилади.	30 балл
В. чидаса буладиган огрик бор. Бугим харакатини кисман чегаралайди. Аналгиндан кучлирок дори ичсаоғрик босилади.	20 балл
Г. чидаса буладиган огрик бор. Вакти билан кучаяди. Бугим активлигини жиддий чегаралайди.	10 балл
Е. бугимнинг функцияси бузилган. Ёток холатда огрик мавжуд	0

II. Категория – бугим функцияси (максимал-47 балл).

А- эркин харакатланиш – 33 балл.

Клиник белги	Балл
1. Оксокланиш мавдужлиги	
А) йук	11
Б) энгил	8
В) нисбатан, сезиларли	5
Г) ривожланган	0

2. Кушимча таянчидан фойдаланиш	
А) кушимча таянчсиз	11
Б) хасса билан узок масофага юрганда	7
В) куп вақт хассадан фойдаланади	5
Г) 2 та хассадан фойдаланади	2
Е) 2 та култик таёкдан фойдаланади	1
Ж) юра олмайди	0
3. Масофага юра олиш	
А) чегарасиз юриш	11
Б) 6-квартал юра олади.	8
В) 2-ёки 3 квартал юради	5
Г) квартира худудида юра олади.	2
Д) юра олмайди ёки утиради	0

Б. Харакат фаоллиги (максимал – 14 балл)

1) Зинада юриш	
А) бемалол юра олади	4
Б) зина туткичи ёрдамида харакатланади	2
В) Зинада юриш кейинчалик тугдиради	1
Г) Зинада – юра олмайди	0
2) Пойафзал ва пайпокни кия олиш	
А) кулай	4
Б) кийинчилик билан	2
В) Имкони йук	0
3) Утира олиш кобияти	
А) Креслода утириш 1 соат давомида мумкин	5 3
Б) Баландрок креслода 0,5 соат давомида утириш мумкин.	0
В) Креслода утириш имкони йук.	

III. Кузга ташланарли деформацияларни мавжудлиги (максимал – 4 балл)

- 1) Олдинга эгилгандан контрактура 30 градусда – минус – 1балл
- 2) Оёкни ичкарига, танага якинлаштириш 10 градусгача – минус – 1 балл
- 3) Оёкни фиксацияланган ички ротацияси 10 градусдан кам–минус – 1балл.
- 4) Оёкни 3,2 см – калталаниши - минус – 1 балл

IV. Харакат хажми (максимал 5 балл).

Имкон даражасидаги харакатлар хажми хар бир интервалда белгиланган индексга купайтирилади.

А, олдинга эгилиш – 0 - 45 гр x1,0

45 – 90 гр x 0,6.

90 – 110 гр x0,3

Б.Оёкни танадан узоклаштириш.

0 - 15 гр x 0,8

15 – 20 гр x 0,3.

20 ортик гр x 0.

В. Ташки ротация 0-15 гр x 0,4

15гр – куп x 0

Г) Ички ротацияни хар кандай кискариши x 0

Е) танага якинлаштириш 0 -15 гр x0,2.

Урганилаётган клиник белгини баллдаги ифодаси харакатлар диапазони кесимларда олинган сонлар йигиндисини 0,05 купайтирилади.

Рентгенологик текширувлар – беморларни хар бир курувида стандарт проекцияда 2 куринишда амалга оширилади ва сон суяги проксимал синигининг холати динамикада урганилади. Консолидациянинг динамикаси ва боскичлари назорат килинади. Эндопротезлаш операцияси утказилган булса – унинг таркибий кесмларини функционал холати бахоланади. (58 да тугади).

III-БОБ. СОН СУЯГИ БУЙИНЧАСИ СИНИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСЛУБЛАРИ.

3.1. Сон суяги буйинчаси синган беморларда даволаш тактикасини аниклаш.

Сон суягини буйинчасини синикларини даволашда хар бир холатни чукур тахлил килиб, индивидуал равишда ёндашиш зарур. Сон суягини проксимал кисми синикларини даволашда бугунги кунда сон - чанок бугимини эндопротезлаш операциясини тиббиёт амалиётига кириб келиши, бу операция турларини даволашда кулланилишини куламини кенгайтирилмоқда. (4) аммо шуни унутмаслик лозимки, хар кандай эндопротезни хизмат килиш давомийлиги – 15-20 йилдан ортмайди.

Эндопротезлаш операциясини бажараётган мутахассис унутмаслиги лозимки - 15-20 йилдан сунг, чанок-сон бугимида такрорий равишда операцияни булиш эхтимолини, такрорий жаррохлик муолажалари эса, доимо бемор учун огир кечади. Бундан тшкари юртимизда эндопротезлар ишлаб чиқарилмайди, чет эл эндопротезлари эса, молиявий жихатдан киммат туради. Яна бир масала борки, эндопротезлаш операцияни ёшларда бажарилиши доимо хам тавсия этилмайди. Шундай килиб, остиосинтез операцияларини доимо хам эндопротезлаш операцияларига алмаштириш мақсадга мувофиқ эмас. Бизнинг фикримизча кулланилиши лозим булган жаррохлик амалиётларига пухта уйланган курсатма ва карши курсатмалар тизими були и давр талабидир.

Албатта - операцияга курсатмалар ишлаб чиқилаётганда беморнинг ёши, хамрох касалликлари мухим урин тутуди. Бизнинг фикримизга сон-суягини буйинчасини кон билан таъминланишдаги ёшга хос узгаришлари, унинг сон суяги бошчасидаги думалок боғлам оркали артерияни облитирацияси кузда тутилди, сон суяги буйинчасини остеосинтезини утказилганидан сунг, бутун консолидация даврида чанок-сон-бугимини, «юкламалардан холос» килиш мухим ва ахамиятлидир (28).

Буйинчаси синикларини консолидация даври 4,5-5 ойдан 9-13 ойгача булиши мумкин. Асосланмаган, эрта даврда беморларни фаоллаштириш

асоратларига олиб келиши мумкин. Айниқса ёши 50 дан ортган беморларда асоратлар куп учрайди, сабаби турли генезли остеопорозни симптомсиз кечишидир.

Буйинча синигини остеосинтездан сунг –маҳкамловчи, стержен ёки уч-япрокли мих буйинчани ичида жойлашган ясси суяк-уячаларини ёриб кириб жойлашади. Мана шундай ҳолатда-фиксатор факат ясси суяк трабекулалари билан контактда булади. Унинг эса ташки таъсирида дош бериш хусусияти йук.

Остеосинтез амалга оширгандан сунг хар кандай ташки таъсир: статик ёки динаик – З, аутомио компрессия F – сон-чанок бугими атрофидаги мушаклар хисобига) – каршилиқ курсатиш конуни буйича – метал фиксатордан атроф тукимага берилади. (d) Расм №10.

Расм №10 – Остеосинтездан сунг

“Суяк афиксатор” тизимига таъсир килувчи кучлар:

A – метал фиксатор.

P- тана вазнининг таъсири.

F-аутомиокомпрессия таъсир кучлари. D- «Фиксатор+суяк» атрофида таъсир этувчи кучлар.

N- синик линияси.

Сон суяги буйинчасини нормал анатомик ҳолатида компакт пластинка, шикастланмаган ҳолатда – суяк маҳкамлигини 70% ташкил этади (86), агарда-суяк синса – бутун юклама суякни говак кисмига тушади. Беморда остеопороз мавжудлиги суяк мустаҳкамлигини янада сусайтиради ва катта булмаган юкламалар берилса “Суяк фиксатор” атрофида говак суякни кушимча емирилишига олиб келади. Пировард натижада – остеосинтени номустаҳкамлиги, синикни битмаслиги, иккиламчи варусли деформацияни юзага келиши, сон суяк бошчасини остеолизи кузатилиши мумкин. Шу сабабли – остеосинтез килингандан сунг бугимга юклама бермаслик лозим. Аммо-катта ва кекса ёшдаги беморларга бундай режим мутлок тугри келмайди. Уларнинг

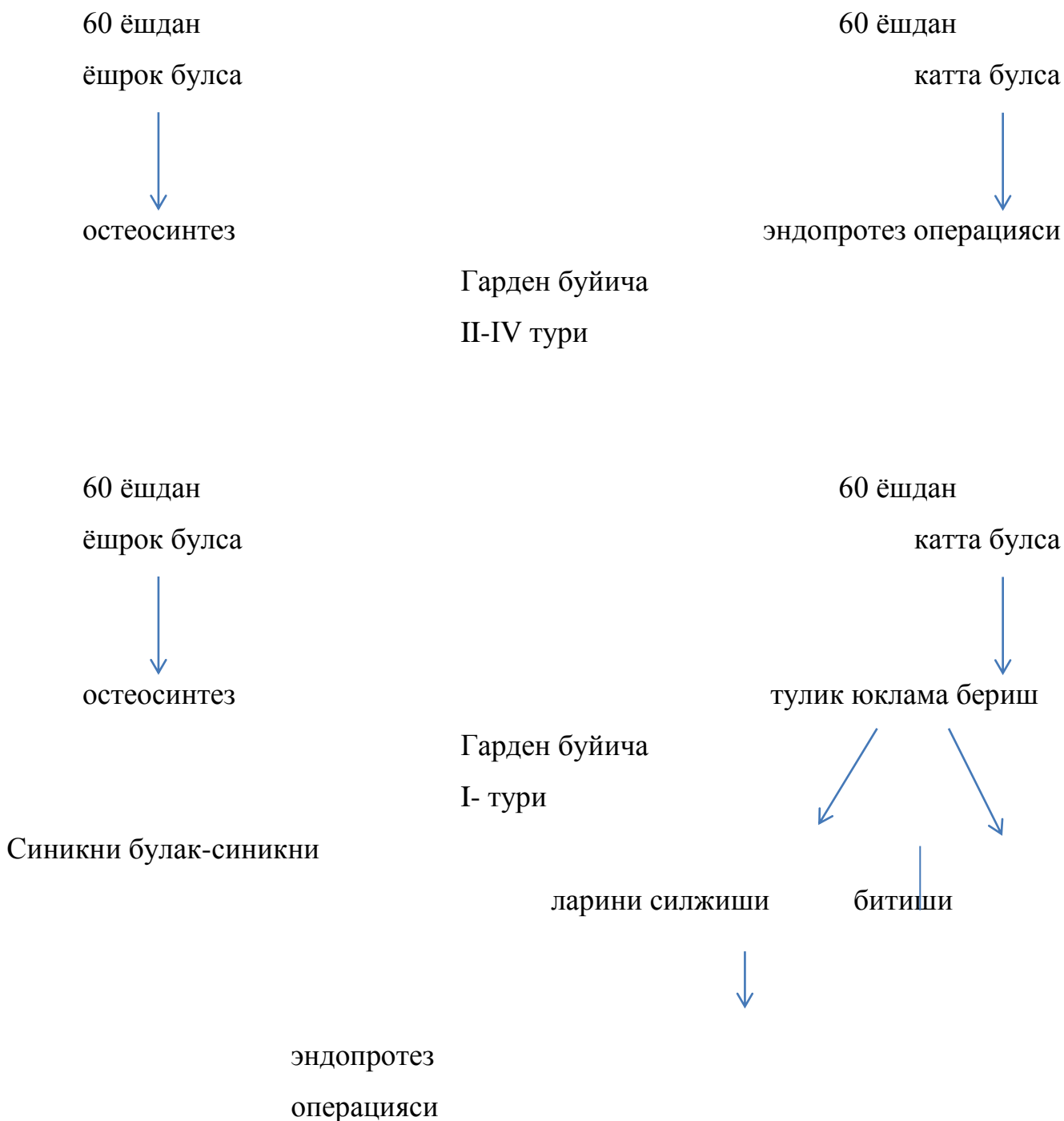
соматик статуси, мушак тизимини бушлиги-узок реабилитация муолажаларини бажариш имконини бермайди. Узок бир жойда ётиб қолиш эса-гиподинамик асоратларни сузсиз келтириб чиқаради. Шунинг ҳам инобатга олиш мумкин агарда 30-40 ёшли бемор уз халқини 3-4 ойини остеосинтездан сунг бир жойда утқишиш имкони бўлса катта-кекса ёшдаги беморларда эса ҳар қуни ганимат ҳисобланади. Шу сабабли катта ва кекса ёшли беморларга сон-чанок бугимини эндопротезлаш операцияси асосли курсатилган. Ҳисобланади. Фақат шу услубда беморларни актив фаолиятига қайтариш мумкин бўлади.

Сон-чанок бугим тотал эндопротезлаш операцияси сон суягини проксимал қисмини синикларида 60 ёшдан сунг курсатилган деб ҳисоблаймиз. Бу нисбий ёш тушунчаси. Унутмаслик керакки беморларни-биологик ёши паспорт ёшига доимо ҳам тугри келавермайди. Албатта ёшидан ташқари соматик статуси, психологик ҳолати ва ҳ.к. қабилар инобатга олиниши зарур.

Яна бир ҳолат барки – даволаш тактикасини танлашга таъсир этувчи бу синик туридир. Сон суягини медиал синикларини анатомик вариантларини куплиги, рентгенологик диагностикани қийинлиги турли классификацияларни келиб чиқишига сабаб бўлди. Бизнинг фикримизча, амалиёт учун қулай ва маъқул таъсифланиш: Гарден буйиладир. Гарден таснифига қура, синик турлари – 4 га бўлинади. I- тип - 0 абдукцион ёки вальгусли синиклар- қупинча бир-бирига қириб қолувчи синиклар. II-IV-турида қупрок абдукцион синиклар, синик булақлари силжиган ҳолда бўлади. Шу сабабли бизнинг даволаш тактикамиз ҳам синик турига қараб ўзгариши мумкин.

Шундай қилиб сон суягини буйин қисми синикларини даволаш тактикасини танлашда оддий схемадан фойдаланиш мумкин. Бу схема травматолог мутахассиси учун синикнинг тури, беморнинг ёшига қараб – остеосинтез ёки эндопротезлаш операциясини қуллаш имконини беради. Таклиф қилинаётган схемага биноан Гарден буйича II-IV тур беморларга ёши 60 дан ёшроқ бўлса –остеосинтез амалиётини бажарамиз, 60 ёшдан катта бўлса эндопротезлаш операцияси таклиф этилади. (расм № 11)

Гарден буйича сон суяги буйинчаси синикларини даволаш схемаси.



Расм № 11. Схема синик тури ва беморни ёшини инобатга олган.

Гарден буйича I тур синикларда – синик булаклари бир-бирига кириб туришига карамасдан остеосинтез операциясини бажарамиз. Чунки – синик булакларини иккиламчи силжиб кетиши мумкинлиги остеосинтезлашни такозо килади. 60 ёшдан катта булган беморларга огрик синдроми босилгандан сунг,

жарохат олган оёгига юклама беришга рухсат берамиз. Бу ҳаракат билан Гарден буйича I тур беморларда синикни бир-бирига кириб колганлиги туфайли унинг мустахкамлиги синалади. Агарда, I турдан - II-IV турга утиб колса – эндопротезлаш операцияси амалга оширилади.

Остеосинтез операцияси бажарилган беморларда олинган натижаларни тахлили маълум бир қонуният борлигини аниқлаш имконини берди. Остеосинтез операциясини муваффақияти остеосинтезни амалга ошириш техникасига боғлиқ бўлибгина қолмай, балки синикни характериға ҳам боғлиқдир. Клиник кузатувларда – синик булаксив, қисман силжиган бўлса, интраоперацион репозицияда марказий булакни проксимал синик булагига яхши келитрилган ҳолда «синик қоллапс» қузатилмайди, бундай синик стабил ҳисобланиб, остеосинтез операциясини бажаришга қурсатма ҳисобланади.

Клиник кузатувдан мисол: Бемор Е 56 ёш қасб – муҳандис (қасаллик тарихи 7320) РШТЁИМ қабулхонасига 14.XI.2012 йил унғ сон суяги буйинчасини синиш диагнози билан мурожаат этган. Гарден буйича – II-III тури (расм -12). Травматология бўлимида беморға скелет тортма урнатилди. 7-сутқада беморға қонюрилланган 3-та винт билан остеосинтез амалга оширилди. Интероперацион репозиция жараёнида-суяқ булакларини бир-бирига қоникарли келишига эришилди. Винтлар эса сон суягини буйинчасини қундаланг ва буйлама қесимида паралел жойлашувига эътибор берилди. Винтларни бир-бирига нисбатан эса учбурчак ҳосил қилиб жойлашишига эътибор қаратилди. Марказий ва проксимал булаклар оралигида яхши контакт ҳосил бўлишига эришилди. Бемор 3- сутқада-қроватда фаоллаштирилди. 10 сутқада эса операция қилинган оёгига юклама бермасдан қултиқ таёқ ёрдамида ҳаракатланишга рухсат берилди. Амбулатор қузатувда –синик сатҳида – енгил қоллапс борлиги аниқланди. Аммо маҳкамловчи винтларни паралел жойлашганлиги туфайли синик булагини иккиламчи силжиши, битмасликни рентгенологик белгилари қузатилмади. 28-хафтада синик битиши қонстатация қилинди. (расм 13). Шундан сунг тулик юклама билан юришга рухсат берилди. Мехнатга лаёқатсизлик – 8 ойни ташқил этди. Бемордаги Анатомиқ ва

функционал натижа: унг оёкни калталиги- 1,5 см, олдинга эгилиши – 70 гр. Оркага эгилиш – 180 гр. Оёкни танадан узоклаштириш – 30 гр. Эркин харакатланганда енгил оксоклик мавжуд. Мисол келтирилган клиник кузатувда – синик юзасида «коллапс» кузатилган, лекин махкамловчи конструкциялар вазифасини бажарган. Махкамловчи Винт бошчасини кортикал копламдан силжигани кайт этилди.

Аммо хамма вақт хам шундай коникарли натижа олиш имкони булмайд.

Клиник кузатувдан мисол: Бемор Ф. 53 ёш (к.т-19-73) РШТЎИМАФ - 2011й- 30.ХИИда травматология булимига ёткизилган. ДВ: сон суягини – буйинчасини синиги. Гарден буйича III тур. 26 йилдан буён канд касаллигини I тури билан даволанади. Инсулин – олиш белгиланган.

Касалхонада – 3 суткасида остеосинтез амалга оширилган. Операция жараёнида ортопедик столда – синикнинг марказий булагини коникарли репозиция қилиш қийин булган. Шундай булса хам 3 та конюрилланган винт билан остеосинтез амалга оширилган. Винтлар билан суяк булақларини компрессия бериш йули билан хам бир-бирига коникарли келтириб булмаган. Операция якунида – ортопедик столда амалга оширилган уқи буйлаб тортишдан чиқарилганда – марказий синик булагини варусли деформацияси, синиклараро диастоз аниқланди. Юзага келган асоратни бартараф этишни ягона йули-эндопротезлаш операциясини уткази тугри йул хисобланади. Назоратимизда булган беморнинг клиник кузатуви шундан далолат берадики – сон суягини буйин қисмини Гарден буйича II-IV турларида суяк булақларини марказий қисмини, периферик қисмига тегиб туришини етарли даражада репозиция усулида ташкил қилинмаса, фиксациялаш учун урнатилган винтлар хам – коникарли даражада компрессия бериб, суяқлар синикларини коникарли холатга келтирмаса – Остеосинтез – уз вазифасини бажармаган ва коникарли эмас деб хисобланади. Юз берган бундай кузатувда даволаш тактикасини узгартириб – сон-чанок бугимини эндопротезга алмаштриш зарурати асосли хисобланади.

Клиник материаларини чукур тахлили, сон суяги-буйинчасини синикларини гоятда мураккаблиги, унинг нафакат беморнинг ёшига, балки синикнинг Гарден буйича турига тугридан-тугри богликлиги маълум булди. Буйинчасининг таянчлиги сакланган, булаксиз синиклари-мустахам синиклар туркумича буйинчанинг синиклари булаклардан иборат булиб, купол варусли ёки валгуели силжиган булсак – таянчлийлиги сакланмаган булади, ва синикни номустахам деб хисоблаш зарур. Яна бир холатга – эътиборни каратмоқчимиз – сон-суягини буйин кисми синикларини остеосинтез килишда – суяклар репозициясини тугри, мукамал бажариш ахамиятлидир. Агарда сон суяги буйинчасини проксимал кисмига – марказий кисмини синган юзаларини келтириш имкони чегараланган булса, суяк булакларини валгуси 15⁰ ортмаслигин ташкил килиш имкони булмаса ундай холатда остеосинтез операцияси яхши натижа бермайди ва тактикани эндопротезлаш операцияси фойдасига узгартириш лозим булади.

3.2. Сон суяги буйин кисмини остеосинтез тез операцияси.

2014 йилдан 2016 йил феврал ойигача назоратимизда жами 61

Бемор даволанди. Шундан 27 _____ таси эркак, 34 _____ таси аёллар .

Диаграмма

Беморларни ёши ва жинсига караб таксимоти.

Операция килинган 61 _____ та бемордан 12 _____ таси % 40 ёшгача, 29 _____ таси 55 ёшгача, таси 20 _____ 73 ёшгача булган. Ёшлар куламида олинганда эркакларга нисбатан аёллар салмоги 40 _____ ёшда ортиб бормокда. Бу ракамлар адабиётларда келтирилган маълумотларга мос келади. Аёллар сонини

куплиги-гормонал фон узгариши ва остеопороз билан боғлиқдир. Гарден классификацияси буйича беморларни синик-турларига караб булиниши куйидагича

1) Гарден I

3) Гарден III

2) Гарден II

4) Гарден IV

Гарден таснифи буйича синикларни турларга булишда беморнинг ёшига боғлиқ даражасини мавжудлиги аниқланмади.

3.2.1. Сон суяги буйин қисми синикларини конюрилланган Винтлар билан остеосинтезни амалга ошириши техникаси.

Сон суяги буйин қисмини синикларини остеосинтез операциясини амалга ошириш учун куйидаги анжолар зарур булади.

1) операцион – ортопеди стол, 2) Поратив рентген аппарати –ЭОП билан. 3)

Турли улчамдаги конюрилланган винтлар.

Операцияни очик ва ёпик услубда бажариш мумкин. Операция столида ёпик усулда синик булаклари репозиция килингандан сунг, контрол-рентгенография 2 прокцияда амалга оширилади. Сон суягини катта костидан 5-7 см дисталрок қисмидан тер кесилб сон суягини проксимал қисмига йул очилади. Сон суягини буйинчасини юкори ва пастки чегаралари белгилаб олинади ва антиверсия бурчаги аниқланади. Катта вертел сохасидан антиверсия бурчаги инобатга олинган холда йуналтирувчи сик утказилади (сон суягини бошчасини марказига караб). Рентген контрол амалга оширлади.

Винтларни утказишда куйидаги қоидага амал қилиш зарур: Проксимал винт сон суяги буйинчасини компакт катламига якин жойлашиши, колган иккита винт Адамс ёйича якин жойлашиши тавсия этилади. Винтлар утказилган нуқталарни бирлаштира учбурчак шакли ҳосил булишига эришиш лозим. Винтларни мана шундай жойлашуви – суяк булакларини динамик стабилизация холатида фиксация қилиш имконини яратади.

Агарда – конюрилланганмаган винт япроклари узи кесувчиси кулланилганда – 4,5 мм калинликдаги тешувчи – парма ишлатилади. Парма ёрдамида-сон суягини проксимал кисмини компакт катлами – буйин ва бошчаси караб перфорация килиниб канал хосил килинади ва конюрилланмаган винтни ЭОП контроли остида сон суяги бошчасига караб утказилади ва остеосинтез амалга оширилади.

Бемор учун кам жарохат етказувчи услуб-ёпик услуб хисобланади. Бу услубда тери коплами кесилмайди (Вертел сохасида) яъни тукималар кетма-кетликда ажратилмайди. Интраоперацион-орторпедик стол ёрдамида суяк булакларини репозицияси амалга оширилади. Антимерсия бурчаги инобатга олинган холдатеридан уткир йуналтирувчи сик вертел сохадан-буйинча ва сон суяги бошчаси тамон утказилади. Сикни йуналиши коникарли булгандан сунг конюрилланган винт утказилади бир-бирига паралел равишда –учта винт утказилади. Винтларни утказишни биз-шартли равишда сон суяги анатомиясидан келиб чикиб 3 –боскичга булдик – 1-боскич ташик копмакт катламидан – буйинча асосигача, 2-боскич – буйинчанинг худуди. 3- боскич – сон суягини бошчасини асосигача. Сон-чанок бугим булгаг, кичик чанок бушлигига конструкцияларни утказиш тавсия этилмайди. Бу эхтиёт чораларини инобатга олмаслик кутилмаган асоратларга олиб келиши мумкин.

Утказилаётган винтларни параллел утказилишини асосий сабаби-консолидация жараёнида синик жойини «коллапс» белгиси юзага келиши мумкин.

Суяк синигини «коллапс» куйидаги белглар билан характерланади – марказий ва периферик суяк булакларини юзалари остеолизиси хисобига синик ёригини катталишиши. Унинг сабаби синик зонасида конайланшини бузилиши, буйинчада суяк усти пардан йуклиги – бир суз билан айтганда консолидация манбалари яхши ривожланмаган. Шу сабабли остеосинтез учун винтларни параллел жойлашуви аутомиокомпрессия кучларининг таъсири остида марказий синик булагини периферик булак тарафга силжиши кузатилади. Винтни вертел сохада-компакт катламдан силжиб унинг орасида диастоз хосил

килиши ижобий белги. Агар винт консолидация юзага келмасдан аввал силжиса унда – стержен миграцияси – асорат сифатида каралиши лозим.

Остеосинтез техник тугри бажарилса суяк булакларини доимий контакт сакланиб динамик остеосинтез принципи амалга ошади. Суяк булакларини бирламчи битиши учун барча шароитлар юзага келади ва консолидация асоратсиз содир булади.

Тиббий адабиётларда остеосинтезни натижаларини прогноз килиш учун беморга биринчи ёрдам курсатиш билан биргаликда унинг охириги натижаси ижобий булишига сабаб булувчи холатларни уз вақтида ташкил килиш муҳим урин тутади. Ана шундай омиллардан бири ва асосийси – жабирланувчига жароҳат олгандан то остеосинтез утказиш оралигидаги вақт ахамиятлидир. Бемор учун критик холат бу биринчи 2 сутка хисобланади. (104). Айнан мана шу 1 ва 2 сутка ичида сон суяги бошчасини ревааскуларизация жараёнига шарт-шароит яратиш бериш жуда хам муҳим хисобланади. Ревааскуларизация жараёни учун шароит яратиш куйидагиларни уз ичига олади: синган суякларни репозицияси, суяк булакларини-фиксацияси. Бизни назорат гуруҳига кирган беморларга касалхонага келгандан – то операциягача – 5,6+1,5 кунни ташкил этди. Касалхонага сон суягини медиал синиклари билан келган беморларга жароҳлик амалиётга розилик олгунга қадар, белгиланган тартибда сон суягини скелет тортмаси (болдир суягини дунглигидан сик утказиб) урнатлди. Скелет тортма – сон суягини уки буйича тортиб – суяк булакларини репозиция булишини таъминлайди, чанок-сон бугими капсуласи ичидаги босимини пасайтиради, сон суяги бошчасини думалок боғламини деформациясини тугрилайди ва унинг ичидан утувчи артериядан кон утишини яхшилаиди. Нечогли функционал услубда суяк булакларини репозициясини ташкил этмайлик, уз вақтида бажарилмаган остеосинтез, даволаш натижаларига уз таъсирини курсатди.

Утказилган остеосинтез операцияларнинг натижалар – сон суягини медиал синикларида утказилган операцияларнинг натижалари – 1-3 йил давомида урганилди ва тахлил килинди.

Сон суягини медиал синикларида амалга оширилган остеосинтез операцияси жами – 61 та. Шундан 32-таси аёллар, 29 таси –эркаклар. Олинган натижалар тахлили куйидагича натижалар кайд этилди. – 45 та беморда остеосинтездан сунг суяк битиши кузатилади – 6 та беморда Гарден буйича синикнинг IV тури-коникарсиз натижа кузатилди. Коникарсиз – натижа олинган беморларга чанок бугимини тотал эндопротези амалга оширилди. Ижобий натижа олинган беморларнинг консолидация даври -23 хафтадан – 27 хафтани ташкил этди.

Коникарсиз натижа олинган беморларни тахлили шуни курсатди: 1) Суяк битмаслигини ёши 60 дан юкори булган. 2) Суяк синиклари Адамс ёйига якин булиб, булаклардан иборат – номустахкам синик турига кирган.

Албатта коникарсиз натижа булишга сабаб кеч бажарилган остеосинтездир.

IV-БОБ. ВЕРТЕЛ СОХАСИДАГИ СИНИКЛАРНИ ДАВОЛАНИШИ.

Вертел сохасидаги синикларга дунё олимлари томонидан доимо жиддий эътибор бериб келинган. Республикамизнинг етакчи даволаш муассасаларида жумладан, Согликни Саклаш Вазирлиги қошидаги травматология-ортопедия илмий текшириш институти – даврий нашрларида ҳам вертел сохаси синикларига алохида сахифаларида тухтамлар килиб, тавсия ва курсатмалар бериб бормокда. (М.Х.Азизов, А.М.Дурсунов.) (29). Аксарият кузатувларда травматологик пунктларга мурожат қилаётган беморларнинг ёши 50 дан юқорини ташкил этган. РШТЎИМ АФ қабулхонасига – 2000 йилдан то 2011 йилгача булган даврда мурожат қилганлар сони жами:- 800 та, консерватив услубда даволанганлар сони 300 та, операция услубда даволанганлар сони - 500 тани ташкил қилган.

В.В. Ключевский (39) В.Г.Евстратов (23) илмий ишларида вертел сохаси синикларини даволашда кулланиладиган даволаш услубларини асослаш, доимий скелет- тортмасига- муносабат, оператив даволаш услубларига- алохида тухталиб утган.

4.1. Вертел сохаси синган беморларни-консерватив усулда даволаш натижалари.

Вертел сохасидаги синикларни даволашд абеборнинг умумий ҳолатига қараб биринчи ёрдамни ташкил этиш муҳим аҳамият қасб этади. Чунки вертел сохасини синиклари бундан 15-20 йил аввал асосан ёши катта, 55 ёшдан юқори беморларда кузатилар эди. Беморлар жудакам ҳолатларда иш жойида ёки спорт уйинлари вақтида олган жароҳати туфайли вертел сохасини синик турлари билан мурожат этганлар.

Бугунги кунда эса, аксарият беморларни мурожати – юқори энергияли жароҳатланишдан сунг олган жароҳатларни ташкил этмокда. Шу сабабли қасалхонага мурожат қилган беморларнинг ҳам ёши ҳам узгарган. Аввал 55 ёшдан юқори булса, ҳозирда эса - 40 ёшгача булган беморларни ҳам салмоги ортмокда. Ёши катта йулдош ҳасталиги мавжуд беморларни даволаш ҳам узига

хос кийинчиликларни тугдирмоқда. Чунки касалхона ичи летал ҳолатлари фоизи йулдош касалликлар ҳисобига ортиши табиийдир.

Бугунги кунда – мурожаат қилган беморларга асосан – вертел соҳасидаги синикларни даволашда скелет тортмадан фойдаланилади. Скелет тортма усулида даволаш иккита муаммони ечишга хизмат қилади:

- 1) Вертел соҳасидаги синикнинг булақларини юзаларини бир-бирига келтириш, репозиция қилиш.
- 2) Репозиция бўлган синик булақларини узок мудатда бир хил ҳолатда ушлаб туриш ва декомпресиялаш.

Ананавий схема буйича - беморга 8-10 ҳафта мобайнида скелет тортма урнатилиб даволанади. Қелган кундаги бирламчи рентгенограммага динамикадаги амалга оширилган контрол рентгенограммалар солиштирилиб – скелет тортмани самарадорлигига уз вақтида узгартириш киритиб борилади. Натижа 8-10 ҳафтадан сунг беморга шикаст олган оёгини букмасдан текисликдан юқорига кутара олса-синик битган ҳолда эканлигидан далолат беради. Шундан кейин скелет тортма демонтаж қилиниб беморга 2-2,5 ой мобайнида жароҳат олган оёгига юклама бермасдан ҳаракатланишга руҳсат берилади, сон суягини вертел соҳасини кон билан яхши таъминланишини инобатга олган ҳолда прогноз қилиш мумкинки – синиклар аксарият ҳолда бирламчи битади. (Расм № скелет тортма). Скелет тортмаси билан функционал услубда даволанаётган беморларни ва жарроҳлик услубида даволаниш таклиф этилган беморларни саломатлик ҳолати Америка ортопедик академиясини Саломатлик ҳолатини баҳолаш мезонлари буйича урганлиди. Терапевт ҳулосаси йулдош касалликларини беморнинг умумий ҳолатига таъсирини аниқлаб беради. Урганиш гуруҳи – 32 та беморни камраб олди.

- 1) Аъло даражадаги саломатлик – беморда сурункали хасталиги йук ҳаёт давомийлиги чегараланмаган.
- 2) Яхши даражадаги саломатлик – беморда сурункалик хасталиги бор, аммо доимий дори воситаларини истеъмол қилинишини талаб қилмайди. Ҳаёт давомийлиги 20 йилдан зиёдрок.

3) Коникарли даражадаги саломатлик – беморда сурункали хасталигини компенсация даври, дори воситалари истъемоли билан беморнинг хаёт давомийлиги 10-20 йилни ташкил этади.

4) Ёмон даражадаги саломатлик – беморда сурункали хасталигини суб- ёки декомпенсация даври. Хаёт давомийлиги 1-5 йил.

Ёшлар куламидаги беморларни урганиш шуни курсатдики – 40 ёшга кадар 8 нафар бемор аъло даражадаги саломатликка эга булган, 55 ёшга кадар булган беморлар 12 нафар яхши даражадаги саломатлигига эга булган, 66 ёшга кадар 8 нафар бемор коникарли саломатликга эга булган беморларни ташкил этди. 66 ёшдан – 74 ёшга кадар булган 12 нафар беморларда яхши ва коникарли саломатлик даражасига эга булган беморларни ташкил этди.

Ёши катта булмаган беморлар гурухи 40 ёшга етмаганларни ташкил этган (25%). Вертел сохасидаги синиклар бу ёшдаги беморларга хос булмаган синиклар турига киради. Чунки бу ёшдаги беморларда ёшга хос булган – суякнинг мустахкамлик даражаси узгармайди. Жарохат олиш сабаблари урганилганда – беморлар йул харакат ходисасидан сунг, кушалок жарохат таркибида булган жарохатланиш туфайли сон суягини проксимал кисмида синик юз берган.

40 ёшдан кичикрок беморлар доимий скелет тортмаси услубида даволанади. Доимий ёток холатни яхши утказади. Саломатлик даражаси – аъло. Айнан шу ёшдаги беморларни даволашда доимий скелет тортманинг ижобий томонлари очилади, жумладан: оддийлиги, жарохат етказмаслик, суяк булакларини репозиция килиш имкони мавжудлиги.

Клиник кузатувлардан мисол: бемор -- -34 ёш спорт гимнастикаси устаси. Спорт-машгулотлари вақтида юкоридан сакраб ёнбошига йикилган ва оёгида, букса сохасидаги каттик огрик сезган. Унг оёгини кутара олмай ётиб колган. Касалхонага тез ёрдам машинасида олиб келинганда – РШТЁИМ АФ – травматология кабулхонасида – сон-чанок бугими сохасидаги синикга гумон килиниб рентгенологик текширув утказилганда унг сон суягини проксимал кисми костлараро синиги аникланган.

Беморга булимда болдир суягини дунглигидан сих утказилиб скелет тортма урнатилди. Бирламчи ва динамик рентгенологик текширувларда костлараро синик булаклари – репозиция холатида эканлиги, булакларни холати коникарли булиб, битиш жараёни асоратсиз булаётганлиги назорат килинди. Бемор скелет тортмани яхши утказди. 58 кунда скелет тортма олинди. Ётган холда-оёгини мустакил кутаргандан сунг беморга 2-ой мобайнида оёгини эхтиёт килиб, юкламалар бермасдан култик таёк билан фойдаланиб юришга рухсат берилди. 4-ойдан сунг контрол назоратга келганда беморда –синик сохасидаги тулик консолидация булганлиги ва оёкнинг функционар холати яхши деб бахоланади.

Назорат гурухига кирган вертел сохасидаги синиклар билан кузатувда булган беморларни 60% 55 ёшдан юкори беморларни ташкил этиб, аксарият кисми аёллар булган.

Вертел кисми синган барча беморларга бирламчи скелет тортма урнатилган булиб, суяк булакларини репозицияси доимий назоратда булиб турди. Функционал услубни бемор учун узига хос кийинчилик тугдирувчи салбий томонлари хам куплаб тадкикодчилар томонидан ёритилган, булар куйидагилардан иборат:

- 1) Ёши катта беморларда УАТЭ булиш хавфи.
- 2) Ёток яраларни хосил булиши.
- 3) Мавжуд сурункали касалликларни жадал тус олиши.
- 4) Юрак-кон томир касалликларини хуружини чукурлашуви.
- 5) Ёток холатни психиологик жихатдан бемор тарафидан салбий кабул килиниши.
- 6) Летал холатлар фойизини ортиб бориши.

Бу – камчилик ёки тафовутларни давом эттириш мумкин. Лекин вертел сохаси синган беморларга – тиббий ёрдамни сифатли курсатиш лозим.

Хар кандай тиббий ёрдам хам суяк синикларини бир-бирига нисбатан силжиб кетишини бартараф килишга, беморга азоб бераётган огрик синдромини камайтиришга каратилган булиши керак. Шу сабабли – сурункали

огрик синдроми мавжуд беморларга – дератацион – гипс боғлами, оёғни 30⁰ гача ташкарига ротация берилиб куйилади.

Кузатувимиздаги 32 нафар беморнинг 4 таси огир сурункали булганлиги туфайли консерватив усулда даволанди. Аксарият кисми эса жаррохлик услубда даволашга утказилди.

4.2.Вертел сохаси синикларини жаррохлик услубида даволаш.

Вертел сохаси синикларини консерватив усулда даволаш натижалари кониктирмаганлиги сабабли беморларни жаррохлик услубида даволашни илгор усулларини куллашни асосли деб биламиз. Вертел сохаси синикларини даволашда функционалик принципага риоя килиш мақсадга мувофиқдир: функционарлик принципада – оёкнинг таянч ва харакатланиш функцияси паралелл равишда ёки консолидация жараёнидан илдамрок тикланиши кузатилади. Шундай функционалик холатини факат жаррохлик услубида ташкил килиш мумкин.

Кузатувимиздаги 32 та бемордан 28 таси жаррохлик услубида даволанди. Беморларни умумий холатини баҳолаш терапевт курувидан сунг, Америка ортопедия Академиясини мезонлари асосида баҳоладик. Кузатувдаги беморларнинг 28 тасида – саломатлик холати аъло ва яхши мезонларга тугри келди. 4 таси эса саломатик холати ёмон деб баҳоланди ва уларга деротатор куйиб даволаш тавсия этилди.

Бугунги кунда маълум булган вертел сохасини синикларини таъснифланишидан бизнинг фикримизча – амалий жихатдан тушунарли, кулай ва содда килиб синикларни турларига изох – АО – Sicot таснифидир. Бу таъснифланишда факат синикларни вертел сохасидаги анатомик тузилишни бутунлигини бузилиш турига караб А1, А2, А3, гурухларга булган. Гурухлар ракам ва харф боғликлигида изох килиниши – амалиёт врачлари учун беморга синик турига караб даволаш тактикасини аниклаш ва танлаш имконини беради. Шунинг билан биргаликда Эванс буйича вертел сохаси синикларини

«мустахам»лигини инобатга олиш лозим. Шунда синик булакларини махкамлаш учун тугри конструкция танлаш имкони булади.

28- та жаррохлик услубида даволанган беморларни – 12 тасида АО-SICOT- таъсифи буйича – А1 гурухга мансуб беморлар, 16 таси эса А2-А3-гурухга мансуб беморларни ташкил этди. Вертел сохасини номустахам – синиклари – костлараро, костлар буйлаб ва булаклардан иборат синикларни ташкил этди. Унинг сабаби – кушалок жарохат, автоавария ва бошка юкори энергетик травмаларни инсонга купол таъсири туфайли юзага – келган. Албатта даволашни таркибий кисми сифатида беморларга келган кунидан бошлаб скелет тортмаси урнатилган ва унинг довомийлиги – 4-6 кунни ташкил этди.

Синик булакларини фиксациялаш учун 2-турдаги фиксаторлардан фойдаландик. А1-А2-гурухдаги синикларни махкамловчи конструкция – динамик сон суяги Винти.

А2-А3- гурухдаги беморлар учун эса – сон суягини проксимал кисми учун – “Проксимал сон суяги михи” дан фойдаланди. Катта костни узини фиксациялаш учун вебер услубидан фойдаландик.

Операциядан кейинги эртанги даврда – беморнинг холати терапевт назоратидан утди, антибиотикотерапия белгиланган тартибда ва сурункали хасталиги учун белгиланган дори воситалари кулланилди. Операция бажарилган оёгини пастки кисми эластик бинт билан 5-6 кунга боглаб куйилди. Антикоагулянтлар факат курсатма булганда кулланилди.

Беморларни активлаштиришга алохида ахамият берилди. Чунки йулдош касалликларини ремиссия даври кузатилгандан сунг бемор 5-6 ва 10-12 суткада активлаштирилди. Синган оёкни синик турига ва кайси фиксатор билан махкамланганлиги инобатга олган холда активлаштириш режими индивидуал равишда белгиланиб сунгра амалга оширилди. Дастлаб кроватни узида, сунг култик таёк билан харакатланишга аста-секинлик билан утилди.

А1- туридаги синикларда-етарли юклама билан, А2-А3-туридаги синикларда аста-секинлик билан юкламалар берила бориши махсадга мувофикдир.

Беморларни 2000-2010 йилга қадар бўлган даврда даволаниш тактикаси ва летал ҳолатлар фойизи урганилганда – 7,2% ташкил этган. Бу фойиз – касалхона ичидаги курсаткич. Амбулатор шароитда –летал ҳолатлар инобатга олинмаган.

Даволаш тактикаси – узгариши маҳкамловчи фиксаторларни амалиётга кириб бориши билан чамбарчас боғлиқдир. Ҳозирда фиксаторлар сони, тури ва сифати ортган. Шу сабабли беморлар 4-10 куни операцияга олинмоқда. Шунинг учун – кузатилаётган асоратлар сони ва летал ҳолатлар фойизи ҳам камайган.

Кузатувимиздаги 28 та операция қилинган беморларга қуйидаги маҳкамловчи конструкциялардан фойдаландик.

- 1) А1- типдаги синикларга – сон суягини- динамик стержени – 12 та.
- 2) А2- типдаги синикларда – СХМ сон суягини проксимал қисми учун – сон суяги миҳи – 12 та- беморда қулланилди.
- 3) А3 синикларда-сон-чанок бугимини тотал эндопротезлаш операцияси амалга оширилди.

Утказилган ҳар бир жарроҳлик амалиётига жиддий тайёргарлик қурилиб сунгра амалга оширилди. Шу сабабли бизнинг кузатувимидаги беморларда касалхона ичи асоратларидан – жарроҳат ярасини инфекцияланиши, конструкцияларни нотургунлиги кузатилмади. Барча беморларда жароҳат бирламчи битди. Летал ҳолат даволаниш даврида кузатилмади.

Утказилган операцияларни натижаларини баҳоланиши- D.Aubigne буйича.

Синик тури	Олинган натижалар			Беморлар сони
	Яхши	Кониқарли	Кониқарсиз	
А1	10	2	-	12
А2	5	6	1	12
А3	0	3	1	4

DHS–конструкцияларини қуллаб қилинган операциялар А1- синикларида самарадорлигини курсатди.

Клиник кузатувдан мисол: бемор – В. 67 ёш нафакахур. РШТЁИМ АФ 12.01.2013 йилда травматология булимига ёткизилган. Касалхонада куйилган диагноз: Унг сон суягини костлар буйлаб синиши. А1 ЮИК. ФК II. НК II (расм №17). Беморга келганда – унг сон суягига скелет тортма урнатилди ва паралел равишда операцияга тайёрланиб 7 суткасида DHS – билан остеосинтез амалга оширилди. Операциядан кейинги – 5 суткада бемор активлаштирилди. Култик таёк билан юришга рухсат берилди. Холати яхши булгандан сунг 12 суткасида жарохатдан чоклари олинди амбулатор шароитда даволанишга чиқарилди. Контрол назоратга – 1-3-4 ойда келганда – конструкцияни коникарли холатда туриши. Консолидация белгиланган холда булаётган кайд этилди. 1 йил муддатда курувда D.Aubigne буйича яхши деб бахоланди.

Келтирилган клиник кузатув шуни курсатадики - вертел сохасини стабил (А1) синикларида медиал суяк таянчи мавжуд булса DHS- фиксатори билан суяк булаклари остеосинтез килинганда стабил остеосинтез хосил килиш мумкин булади. Натижада – бемор эрта активлаштирилиб – функционал холатни ташкил этиш принципи буйича касални парвариш килиш мумкин. Шунинг билан бирга синик зонасида суяк коллапси жуда хам нисбатан булиши мумкин. Натижада сон суягини анатомияси сакланади, сегментининг анатомик узунлиги узгармайди. Суяк булаклари – кадок мустахкам ва кичик хажми булиши мумкин. Стабил функционал фиксация эса – пираворд натижада яхши функционал натижа олиш имконини беради.

DHS – билан остеосинтез килинган 12 та беморнинг барчасида яхши ва коникарли натижа олинди.

Шунинг билан бирга А2- ностабил синикларида холат узгариши мумкин. Натижалар эса – А1 гурухи синигини даволаш натижаларидан фаркланиши аникланди. А1 - синикларини DHS - билан остеосинтез килиш натижалари А2 – гурух синиклари билан такосланганда – куйидаги маълумотлар олинди: яхши натижа 10 та бемор А1- да, А2- эса, - 5 та, коникарли А1- да - 2 та, А2 – эса, - 6 та. А1 – да коникарсиз – йук. А2 – эса, - 1 та. Бу маълумотлар шундан далолат берадики, - А2-гурухи синиклари муракаб синиклар туркумига кириб, варусли

деформацияга ва суяк синиклари коллапсига мойилрок экан. Шу сабабдан – остиосинтез мукамал булишига карамасдан функционал услубда даволаш усули узини окламаши мумкин. Эрта берилган юкламалар эса, суяк синиклари орасидаги коллапсни кучайтириши мумкин. Бунинг натижасида – суяк орасида кадок етилмасдан берилган юклама унинг варусли деформациясига сабаб булади ва натугри битиш, оёкнинг калталиги юзага келади.

Клиник кузатувдан мисол: бемор А – 46 ёш РШТЎИМ АФ га 18.05.2013 й автоавариядан сунг, даволангани ётказилди. DS: унг сон суягини проксимал кисми – костлар буйлаб синиши. A2. (Расм - 18). Касалхонага келганда – скелет тортма урнатилди. Холати бахолангандан сунг, 6 суткасига DHS – билан остеосинтез амалга оширилди. Операциядан кейинги суткаларда 14 кун давомида огрик синдроми сакланиб турди. 15 куни огриклар енгиллангандан сунг, бемор активлаштирилди. Остеосинтез амалга оширилган оёгига юклама беришга уринилганда – огриклар кучайди. Чоклари 16 суткада олинди амбулатор шароитда даволангани чиқарилди. 2-ой давомида оёгига юклама бермаслиги белгиланди. 18-хафтада суяк консолидацияси амалга ошганлиги маълум булди. Юрганда култик таёкдан фойдаланилмоқда. 1-йилдан сунг назоратга келганида D.Aubigne – буйича бахоланганда куйидагича функционал натижа олинди: унг оёгини 2,5 см калталаниши, юрганда оксокланади, коникарли натижа.

Шуни алохида таъкидлаш лозимки A2- туридаги синиклар билан DHS- остеосинтези амалга оширилганда суяк синикларини коллапси – 1,5-3 см гача – оёкни калталанишига сабаб булган. Ёши катта булмаган беморларда – буйин - диафиз бурчагини саклашга эришилган булса, ёши катта беморларда варусли деформацияни кайталаниши кузатилган. DHS – системаси билан остеосинтез килинганда – суяклар консолидацияси содир булса хам, ортопедик дефект кузатилган. Бу дефект сон суягини проксимал кисмини варусли деформацияси ва оёкни калталаниши билан намоён булган. Даволанаётган беморнинг синган оёгини анатомик ва функционал етишмовчилиги билан фаолият курсатади. Олинган даволаш натижаларини – суякни битиши юзага келиши ва махкам

интермедияр кадокни хосил килиш етарли эмас, балки динамик функциялаш хисобига – синган суяк сигментини бирламчи анатомик шаклини хосил килишга эришиш зарур масала хисобланади. Суяк сегментини анатомик шакл ва улчамларини сакланиб қолиши беморни кейинги фаолиятига ижобий таъсир этади. Функционал натижа эса – чанок–сон бугимида эркин харакатларни барча текисликда тула хажмда бажариш имконини яратади.

Вертел сохасини мураккаб синикларида АО- таъснифи буйича - А2-А3 номустахам синикларида остеосинтезни амалга ошириш учун суяк ичи фиксаторларидан фойдаланилди (PFN). Асосан АО ва Польша Республикасини СНМ фиксаторлари кулланилди. Суяк ичи фиксаторини афзаллиги шундан иборатки – остеосинтезни амалга оширишда туқималарни кам жароҳатланиши, фиксацияни стабиллиги – бу эса – операциядан кейинги даврда функционал даволаш услубини куллаш имкониятини беради. А2-А3 – синикларида - жами PFN – суяк ичи фиксатори билан остеосинтез амалга оширилди ва натижалари урганилди.

Клиник кузатувидан мисол: Бемор А. 68 ёш нафакахур РШТЎИМ АФ травматология булимига 16.04.2015й ётқизилди (КТ №) чап сон суягини костлараро синиши А2- ЮИК. Зуриқиш стенокардияси. Кандли диабет.

Беморга булимда чап оёғи скелет тортма урнатилди. Огриксизлантирувчи дорилар терапевт куруви амалга оширилди. Холати стабиллашгандан сунг 9-суткасида PFN - билан остеосинтез амалга оширилди: операциядан кейинги 5 суткасида култик таёк билан харакатланишга рухсат берилди. Операция яраси бирламчи битди. Бир ойдан сунг операция қилинган оёғига енгил юклама беришга рухсат берилди. 3-ойдан сунг хасса билан юришга рухсат берилди. Кузатувларда –PFN – коникарли холатда суяк булақларини фиксацияси стабил, консолидация жараёни асоратсиз ташкилланмоқда. Беморни динамик кузатувидан маълум буладики – синган сохаси тулик консолидацияси 24 хафтада - асоратсиз холда қайд этилди. Бемор мустақил юрмоқда. Контрол - рентген текширувларида – сон суяги буйинчасини қалталаниши аниқланмади. Сон – буйин – бурчаги сакланган. Аъло-даражадаги натижа қайд этилди.

Сон суягини проксимал-кисмига А2– А3– типдаги синикларни остеосинтез қилишда кулланиладиган суяк ичи фиксаторлари (PFN) беморларни эртарок реабилитация қилиш имкониятини яратади. Меҳнат қилиш қобилияти сакланган беморларда эса, операциядан сунг эрта реабилитация ўтказиш, касалхонада даволаниш даврини қисқартиради ва иқтисодий самарадорликга олиб келади.

А2– А3– синикларида – ёши катта беморларда суякнинг минерал зичлиги камайган ва сифати пасайган ҳолда унинг мустаҳкамлиги ҳам заифлашади. Шу сабабдан – синикларни остеосинтез қилишда фиксаторни суякнинг ҳолатига қараб танлаш катта аҳамият касб этади.

Баъзи ҳолатларда суяк ичи фиксаторларини куллашда – асоратлар кузатилиши мумкин. Конструкция қисмларини синиши ва варусли деформацияни кучайиши кутилаётган беморларда – бирламчи эндопротез операциясини амалга – ошириш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Беморларни даволаш жараёнида аён бўлдики: вертел соҳасидаги синикларни даволашда – консерватив ва оператив усулларни куллаш йулга кенг қуйилмоқда. Консерватив услубда даволаш асосан 40 ёшга етмаган беморларда кулланилади. Бу контингентбеморларда даволашнинг – содда, арзон ва камҳаражат етказувчи услублари тадбиқ этиш мумкин.

Скелет тортмаси услубида – даволанган нисбатан кичик ёшлар – юкламаларни яхши ўтказди, йулдош касалликлари йук, соғлом, организмнинг яшаш давомийлиги чегараланмаган, суяк туқимасини минерал зичлиги ва марфалогик ҳолати кўнкарли бўлади. 40 ёшдан ортмаган беморларга – скелет тортмаси олингандан сунг, турли мосламалар ёрдамида юришга рўхсат бўлганда – юкламаларни аста секинлик билан ортириб бориш буйича тавсияларни аниқ бажариши туфайли – консолидация жараёни – амалиёт ўтказган беморлардан деярли фарқ қилмайди.

АО таснифи буйича – А2- А3 - гуруҳи синиклари – алоҳида ёндошишни талаб этади. Синикни мураккаблиги туфайли- суяк булақларни скелет тортмаси услубида даволаш бугунги кунда нотўғри даволаш тактикаси ҳисобланиб,

фақат замонавий фиксаторларни куллаш – бугинги эндопротезлаш усули билан ижобий натижага эришиш мумкин.

ХУЛОСАЛАР

1. Сон суяги буйинчасини синикларини даволашда олинаётган натижаларни куп холатларда коникарли эмаслиги травматология учун муаммо холатида колмокда. Айникса кекса ва катта ёшдаги беморларни даволашда саломатлик холатини – прогнозлаш нуктаи назаридан караганда даволаш тактикасини узгартиришни тақозо этмокда. Шу сабабли сон суягини буйин кисмини синикларини давомида 1-5 суткада остеосинтез операциясини бажариш мақсадга мувофиқдир.
2. Сон суягини буйин кисмини синганда остеосинтез операциясини 60 ёшга қадар булган беморларда амалга оширишни тавсия этамиз. Унинг асосий шарти шуки остеосинтездан аввал синикни марказий ва проксимал кисмларини репозициясини амалга оширилганда суяк булаклари орасида таянч системасини ташкил этиш шартдир. Метал конструкция эса мана шу тизимда мувозанатни барқарорлаштирувчи вазифасини бажаради.
3. Сон чанок бугимини эндопротезлаш операцияси - сон суягини буйин кисмини синикларида - беморга тез ва самарали реабилитация утказишни имконини беради. Хаёт сифати ва саломатлик даражаси яхши булган кузатувимиздаги 10 та беморда утказилган-эндопротезлаш операцияси иккиламчи асоратларни олдини олиш, хаёт сифатини яхшилаш имконини берди.
4. Сон суягини вертел соҳасини синикларини даволашда доимий скелет тортмаси усулида даволаш мақсадга мувофиқ эмас деб ҳисоблаймиз. Замонавий метал конструкцияларни қўллаган ҳолда оператив услубида даволаш беморларни эртарок реабилитация утказишни имконини яратади ва умумий холатини оғирлаштирувчи асоратларни олдини олиш имконини беради.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ ДИССЕРТАЦИОННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Абдухалилов А.И., Раззоков А.А. Способ определения оптимальной длины трехлопастного гвоздя для остеосинтеза переломов шейки бедра // Здоровоохранение Таджикистана. 1991. -N 1. - С. 91-92.(01)
2. Абельцев В.П. Первичное эндопротезирование диспластического коксартроза высокой степени с применением бесцементной конической ножки Вагнера // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2002. - № 4. - С. 30-31.
3. Абельцев В.П. Эндопротезирование тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе (оптимальные методы лечения) // Дис.д-ра мед. наук. М. - 2004. - 284 с.
4. Абельцев В.П., Громов А.П., Переярченко П.В. К вопросу об остеосинтезе верхней трети бедра у больных, перенесших эндоротезирование тазобедренного сустава // Margo Anterior. 1999. - № 4. - С. 5.
5. Агаджанян В.В., Яруллин И.М. Динамический компрессионный остеосинтез при переломах и ложных суставах шейки бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование. 1991. - N 9. - С. 45-46.(03)
6. Анкин Л.Н. Биологическая концепция остеосинтеза по АО // Margo anterior. 1998. - № 6. - С. 1-3.
7. Белова А.Н., Щепетова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации // Руководство для врачей и научных работников. М.: Антидор, 2002. — С. 359-374.
8. Борисов С.А., Ваганов И.А., Попов С.Н. Остеосинтез шейки бедренной кости с помощью направителя-диска // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 1991. - N 5-6. - С. 116-117.(017)
9. Власенко В.Е., Поливода А.Н. Хирургическое лечение при внутрисуставных аддукционных переломах шейки бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование: Респ. межвед. сб. 1989. - С. 13-16.(19)

10. Воропаев М.С. Хирургическое лечение переломов шейки бедренной кости с помощью направляющего аппарата автора: Дисс. . канд. мед. наук. Куйбышев. - 1988. - 141 с.(020)
11. Выговский Н.В., Коржавин Г.М., Колосов Н.Г. Результаты применения внутреннего остеосинтеза при лечении больных с дистальными переломами бедренной кости // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. — М., 2003. С. 54-55.
12. Германов В.Г., Гордеев Г.Г., Никурадзе В.К., Сотиков К.В. Лечение оскольчатых переломов длинных костей с применением ГАП-содержащих материалов // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. -М., 2003.-С. 61-62.
13. Голик П.Н. Обоснование и выбор способа оперативного лечения переломов шейки бедренной кости (клинико-экспериментальное исследование): Дисс. . канд. мед. наук. Киев. - 1987. - 169 с.(021)
14. Гончаренко В. А., Лейкин М.Г. Биомеханическое обоснование металлоостеосинтеза спицами при переломах шейки бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование. -1981. -N 12. -С. 42-44.(024)
15. Демьянов В.М. Зависимость исходов переломов шейки бедренной кости от возраста больных // Ортопедия, травматология и протезирование. 1969. - N 3. - С. 7-11.(026)
16. Дубалов А.Н., Ижиков Ю.А., Козлов А.А., Сполохов В.В. Отдаленные результаты оперативного лечения медиальных и латеральных переломов шейки бедра конструкцией Сеппо //
17. Тез. докл. XI Научно-практической конференции травматологов-ортопедов Карельской АССР "Актуальные вопросы лечения травм и ортопедических заболеваний". Петрозаводск. - 1989.- С. 20-26.(029)
18. Дудко Г.Е. Опыт применения полимерно-металлического эндопротеза в лечении медиальных переломов шейки бедренной кости у пожилых // Ортопедия, травматология и протезирование. 1990. - N 2. - С. 46-48.(30)

19. Евстратов В.Г., Зверев Е.В., Васильев В.А. Закономерности механизмов разрушения шейки бедра // Консервативное лечение повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. Ярославль. - 1985. - С. 30-33.(33)
20. Елизаров И.В. Анализ тотального замещения тазобедренного сустава отечественными биметрическими эндопротезами // Дис. . канд. мед. наук. Ярославль,- 2006. -151 с.
21. Жейдурс Э.Я., Зирdziнып В.В. Биомеханическое исследование фасцикулярного полиостеосинтеза // Тезисы докладов III Всесоюзной конференции по биомеханике. Рига. -1983. - Т.2. - С. 163-165.(034)
22. Загородний Н.В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава // Дис. . д-ра мед. наук. М., 1998. - 406 с.
23. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезами нового поколения // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1999. - № 4. - С. 28-34.
24. Зверев Е.В., Евстратов В.Г. Функциональный внутрикостный остеосинтез шейки бедренной кости пучком спиц
25. Ортопедия, травматология и протезирование. 1989. - N 11. - С. 6-9.(035)
26. Зоря В.И., Зарайский В.И., Матвеев А.Г. Способ тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе третьей стадии // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. — М., 2003.-С. 124-125.
27. Иванов А.Ю, Сергеев С.В., Загородний Н.В., Жармухамбетов Е.А., Китенге Ч.Г. Эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов.-М., 2003.-С. 131-132.
28. Илизаров Г.А., Швед С.И., Шигарев В.М. Чрескостный остеосинтез при переломах шейки бедренной кости // Ортопедия, травматология и протезирование. 1983. - N 9. -С. 46-47.(039)

29. Каграманов С.В., Нуждин В.И. Среднесрочные результаты применения отечественного имплантата ЭСИ в практике первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2004. - № 3. - С. 44-49.
30. Карев Б.А. Медиальные переломы шейки бедренной кости (особенности кровоснабжения головки, хирургическое лечение): Дисс. . канд. мед. наук. Гродно. - 1984.(43)
31. Карев Б.А. Медиальные переломы шейки бедренной кости (особенности кровоснабжения головки, хирургическое лечение): Дисс. канд. мед. наук. Гродно. - 1984.(043)
32. Клочков В.С., Сарнацкий О.Ф., Лосякин С.Н., Шибут Д.С. Наш опыт эндопротезирования тазобедренного сустава тотальным бесцементным эндопротезом // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. — М., 2003. — С. 160-161.
33. Ключевский В.В. Хирургия повреждений // Руководство для фельдшеров, хирургов и травматологов районных больниц. Ярославль: ДИА-пресс, 1999. С. 264-277.
34. Ключевский В.В., Белов М.В., Даниляк В.В, Гильфанов С.И. Лечение перипротезных переломов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова. 2005. - № 3. - С. 45-48.
35. Ключевский В.В., Гильфанов С.И., Даниляк В.В., Куропаткин Г.В., Фокин В.А. Ножки изоэластик при сложном и атипичном эндопротезировании тазобедренного сустава // Margo Anterior. 1999. - С. 1-4.
36. Коптюх В.В. Управляемый множественный остеосинтез и стимуляция кровотока переменными динамическими нагрузками при переломах шейки бедренной кости: Дисс. . д-ра мед. наук. Тернополь. - 1988.-389 с.(049)
37. Коптюх В.В. Управляемый остеосинтез шейки бедренной кости спицевым аппаратом при переломах // Ортопедия, травматология и протезирование. 1988. - N 3. - С. 66-68.(050)

38. Корнилов Н.В., Шапиро К.И. Актуальные проблемы развития травматолого-ортопедической службы России на современном этапе // Травматология и ортопедия России. 1993. -№ 1.-С. 19-24.
39. Кузин Ю.И., Карпиков В.В. Лечение переломов шейки бедра по способу Сеппо // Лечение переломов костей и их последствий: Сб. науч. тр. Л. - 1987. - С. 21-22.(054)
40. Кузьменко В.В., Шмидт И.З., Медведев А.А. Эффективный остеосинтез при переломах шейки бедра // Восстановительное лечение повреждений и заболеваний конечностей. М. - 1993. - С. 94-95.(055)
41. Кулиш Н.И., Филиппенко В.А., Танькут В.А. Хирургические операции на тазобедренном суставе. Харьков: Основа, 1998.
42. Кустов В.М. Ятрогенные осложнения при эндопротезировании крупных суставов // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения — профилактика, лечение: Тезисы докладов международного конгресса. М., 2004. - С. 80-81.
43. Лазарев А.Ф., Рагозин А.О., Солод Э.И., Какабадзе М.Г. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости // Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова. 2003. - № 2. - С. 3-8.
44. Лирцман В.М., Михайленко В.В., Лукин В.П. Роль и место эндопротезирования в лечении переломов и ложных суставов шейки бедра у пожилых и старых людей // Эндопротезирование в травматологии и ортопедии. М. - 1993. -С. 16-21.(58)
45. Малабеков Б.А. Функциональный внутрикостный остеосинтез шейки бедренной кости пучком спиц // Здоровоохранение Кыргызстана. 1991. - N 5. - С. 39-40.(060)
46. Мурашка В.И., Лысенков В.П., Черняева Г.В. Первые отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренных суставов протезом «ЭСИ» // Травматология и ортопедия: современность и будущее: Тезисы докладов международного конгресса. М., 2003. - С. 118-119.

47. Мытус Я.Б. Лечение абдукционных переломов шейки бедренной кости фиксатором А.Сеппо // Хирургия. 1988. - № 8. - С. 119-123.(066)
48. Мытус Я.Б., Захаров В.А., Джапаридзе Л.Г. Лечение переломов шейки бедренной кости фиксатором А.Сеппо // Ортопедия, травматология и протезирование. 1988. - № 9. - С. 59-60.(065)
49. Навиль Э., Калетник В.А. Лечение медиальных переломов шейки бедренной кости в пожилом и старческом возрасте // Мед. журн. Узбекистана. 1989. - № 8. - С. 64-66 (69)
50. Неверов В.А. Лечение переломов шейки бедренной кости у больных пожилого возраста // Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 1988,- № 9. - С. 144-146.(071)
51. Неверов В.А., Курбанов С.Х. Восстановительное лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2004. - № 2. - С. 97-98.
52. Николенко В.К., Буряченко Б.П., Еремеев В.П., Брижань Л.К. Сложное эндопротезирование тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия: современность и будущее: Тезисы докладов международного конгресса. — М., 2003. — С. 123124.
53. Нуждин В.И., Попова Т.П., Кудинов О.А. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1999. - № 1. - С. 5-7.
54. Нуждин В.И., Попова Т.П., Раенгулов Т. Современные технологии в травматологии и ортопедии // Тезисы науч. Конф.-М.,1999-С.133.
55. Нуждин В.И., Попова Т.П., Родионова С.С. Проблема остеопороза в травматологии и ортопедии // Тезисы конф. с междунар. участием. М., 2000. - С. 180-181.
56. Нуждин В.И., Троценко В.В., Попова Т.П., Каграмонов С.В. Ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2001. - № 2. - С. 66-71.

57. Охотский В.П., Сергеев С.В. Клинико-социальная тактика лечения медиальных переломов шейки бедренной кости // Там же. - С. 87-89. (81)
58. Охотский В.П., Сергеев С.В. Активный функциональный метод лечения вколоченных переломов шейки бедра // Восстановительное лечение повреждений и заболеваний конечностей. М., 1993. - С.85-86. (80)
59. Ошукова С.М., Мельцер Р.И., Колесников Т.Н.
60. Способ извлечения фиксатора Сеппо. // Хирургия, 1992, N 3.11. С.21-22. (082)
61. Паршиков М.В., Чемянов И.Г., Попов А.В., Матвеев А.Г., Парахии Ю.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава после корригирующей остеотомии бедренной кости // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей: Тезисы докладов. — М., 2003.-С. 246-247.
62. Пастух В.И. Чрескожный остеосинтез при медиальных переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста (экспериментально-клиническое исследование): Дисс. . канд. мед. наук. Харьков, 1990. - 132 с. (084)
63. Пелигхенко В.П. Лечение переломов шейки бедренной кости трехлопастным и Y-образным фиксатором // Ортопедия, травматология и протезирование, 1979, N 1. С.51-52. (085)
65. Пернер К. Ревизионные операции с использованием эндопротезов Zweymuller системы // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. - 1998. - № 3. - С. 33-36.
66. Пичхадзе Р.М. Некоторые новые направления в лечении переломов длинных костей и их последствий // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. — 2001. № 2. - С. 40-45
67. Подрушняк Е.П. Шейка бедренной кости (ШБК) и возраст // I съезд геронтологов и гериатров Украинской ССР, 4-6 окт. 1988 г., г. Днепропетровск: Тез. и реф. докл. -Днепропетровск, 1988. С.211. (87)

68. Пустовойт М.И., Кацкович И.М., Андрейчин В.А., Фирман В.Н. Остеосинтез шейки бедренной кости стержнями Богданова // Ортопедия, травматология и протезирование, 1992, N 3. С.47-48.(090)
69. Романов К.М. Кровоснабжение головки бедренной кости при медиальных переломах шейки // Ортопедия, травматология и протезирование. 1969. - N 3. - С. 21-25.(91)
70. Руцкий А.В. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезом собственной конструкции // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000. -№4. - С. 34-38.
71. Рыбачук О.И., Бесединский С.Н. Послеоперационное вывихивание головки эндопротеза тазобедренного сустава и пути его предупреждения // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2000. - № 1. - С. 31-35.
72. Сеппо А. Металлический остеосинтез переломов костей на основе точных клинико-технических наук. Таллин, "Периодика", 1978. - 80 с.(96)
73. Сеппо А. Металлический остеосинтез переломов костей на основе точных клинико-технических наук. Таллин, "Периодика". 1978. - 80 с.(096)
74. Травматология и ортопедия. Руководство для врачей: В 3 томах. Т. I. / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. М., "Медицина". -1997. -656 сд 105)
75. Филиппенко В.А., Танькут В.А., Масандика С.Х. Ошибки и осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава и их профилактика // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1998. - № 3. - С. 37-40.
76. Фокин В.А., Волна А.А. Биологический остеосинтез -status praesens П Margo anterior. 1999. - № 1. - С. 1-2
77. Хамраев А.Ш. Перелом бедра на стороне эндопротеза тазобедренного сустава // Современные технологии в травматологии и ортопедии: ошибки и осложнения -профилактика, лечение: Тезисы докладов международного конгресса. М., 2004. - С. 181-182.

78. Цваймюллер К., Декнер А., Кунфершмидт В., Штайндл М. Эндопротезирование крупных суставов // Материалы симпозиума с международным участием.-М.,2000.-С. 121-129.
79. Шапиро К.И. Социально-гигиеническая характеристика больных с заболеваниями тазобедренного сустава // Повреждения и заболевания тазобедренного сустава. JL: , 1983.-С. 61-64.
80. Шигарев В.М. Закрытый чрескостный остеосинтез по Илизарову при переломах шейки бедренной кости: Дисс. . канд. мед. наук. Курган, 1988. - 164 с.(0119)
81. Alberts K.A. Factors predisposing to healing complications after internal fixation of femoral neck fractures // Clin. Orthop. 1996, Aug.-N257.-P. 129-133.(0126)
82. Albrecht G. Complications of femoral neck fractures // Chirurg. 1995, Jun. - Vol. 61. -N 6. - P. 462-463.(0127)
83. Alho A., Benterud J.G., Ronningen H. Radiographic prediction of early failure in femoral neck fracture // Acta Orthop. Scand. 1994, Oct. - Vol. 62. - N 5. - P. 422-426.(253)
84. Allart J.S., Porter G. Occult posttraumatic avascular necrosis of hip revealed by MRI // Magn. Reson. Imaging. 1996. -Vol. 1.-N 1. - P. 155-159.(0129)
85. Anderson L.D., Hamsa W.R., Waring T.L. Femoral-head prostheses // J. Bone Joint Surg., 1964. Vol. 46. P. 1049-1065.(120)
86. Anderson L.D., Hamsa W.R., Waring T.L. " Femoral-head prostheses." J. Bone Joint Surg., 1964. Vol. 46. P. 1049-1065.(205)
87. Anderson R., McKibbin W.B. " Intertrochanteric fractures." J. Bone Joint Surg., 1943. Vol. 25. P. 153-168.(151)
88. Anderson R.A. " A new method for treating fractures, utilizing the well leg for countertraction." Surg. Gynecol. Obstet., 1932. Vol. 54. P. 207-219.(152)
89. Anderson, L.D., Hamsa, W.R., Waring, T.L. "Femoral-head prostheses." J. Bone Joint Surg., 1964. Vol.46. P.1049-1065. (106)

90. Aprin, H., Kilfoyle, R.M. "Treatment of trochanteric fractures with Ender rods." J. Trauma, 1980. Vol. 20. P32-42. (69)
91. Arnold W.D., Lyden J.P., Minkoff J. " Treatment of intracapsular fractures of the femoral neck." J. Bone Joint Surg., 1974. Vol. 56A. P.254-262.(193)
92. Asnis S.E., Gould E.S., Bansal M., Rizzo P.F. " Magnetic Resonance Imaging of the hip after displaced femoral neck fractures." Clin. Orthop., 1994. Vol, 298. P. 191-198.(226)
93. Aufranc O.E., Jones W.N., Turner R.H. " Severely comminuted intertrochanteric hip fracture." J.A.M.A., 1967. Vol. 199. P.140-143.(155)
94. Baixauli EJ; Baixauli F; Lozano JA." Avascular necrosis of the femoral head after intertrochanteric fractures". J Orthop Trauma, 1999 Feb, Vol. 13(2). P. 134-7.(31)
95. Baixauli F; Vicent V; Baixauli E; Serra V. "A reinforced rigid fixation device for unstable intertrochanteric fractures." Clin Orthop, 1999 Apr, (361). P. 205-15.(30).
96. Barnes R., Garden R.S., Nicol E.A. Subcapital fractures of the femur // J. Bone Joint Surg. 1976. - N 58. - P. 2-10(0132)
97. Barnes R., Garden R.S., Nicol E.A. Subcapital fractures of the femur // J. Bone Joint Surg. 1976. - N 58. - P. 2-10 (0132)
98. Barnes R., Brown J.T., Garden R.S. " Subcapital fractures of the femur." J. Bone Joint Surg., 1976. Vol. 58B. P. 2-24. (188)
99. Barquet A; Francescoli L; Rienzi D; Lypez L."Tntertrochanteric-subtrochanteric fractures: treatment with the long Gamma nail. J Orthop Trauma, 2000 Jun-Jul, Vol. 14(5). P.324-8.(13)
100. Bartel W. " The treatment of intertrochanteric fractures." J. Bone Joint Surg., 1939. Vol. 21. P. 773-775.(145)
101. Beckenbaugh, R.D., Tressler, H.A., Johnson, E.W. " Results after hemiarthroplasty of the hip using a cemented femoral prosthesis: A review of 109

cases with an average follow-up of 36 Months." Mayo Clin. Proc., 1977. Vol. 52. P. 349-353.(129)

102. Berteling B.P., Stapert J.W. The dynamic hip screw in medial fractures of the femoral neck // Ned. Tijdschr. Geneesk. -1995, Jan. Vol. 137. - N 2. - P. 81-85.(0135)

103. Bhuller G.S. " Use of the Giliberty bipolar endoprosthesis in femoral neck fractures." Clin. Orthop., 1982. Vol. 162. P. 165-169.(163)

104. Bhuller G.S. " Use of the Giliberty bipolar endoprosthesis in femoral neck fractures." Clin. Orthop., 1982. Vol. 162. P. 165-169.(176)

105. Bochner R.M., Pellicci P.M., Lyden J.P. " Bipolar hemiarthroplasty for fracture of the femoral neck." J. Bone Joint Surg., 1988. Vol. 70A. P. 1001-1010.(174)

106. Bogoch E., Hastings D. The internal fixation of displaced femoral neck fracture // J. Bone Joint Surg. Br. 1991, Jan. - Vol. 73. -N 1.-P. 7-10.(0137)

107. Bogoch E., Ouellette G., Hasting D. " Failure of internal fixation of displaced femoral neck fractures in rheumatoid patients." J. Bone Joint Surg., 1991. Vol. 73. P. 7-10.(187)

108. Bolhofner BR; Russo PR; Carmen B."Results of intertrochanteric femur fractures treated with a 135-degree sliding screw with a two-hole side plate." J Orthop Trauma, 1999 Jan, Vol. 13(1). P. 5-8.(33)

109. Boriani S, De lure F, Campanacci L, Specchia L. "A technical report reviewing the use of the 11-mm Gamma nailrinteroperative femur fracture incidence. Orthopedics." 1996 Jul. 19(7). P 597-600. (10)

110. Boyd H.B., Griffin L.L. "Classification and treatment of trochanteric fractures." Arch. Surg., 1949. Vol. 58. P. 853-866.(140)

111. Boyd, H.B., Salvatore, J.E. "Acute fracture of the femoral neck: Internal fixation or prosthesis?" J. Bone Joint Surg., 1964. Vol. 46A. P.1066-1068.(107)

112. Brackett B."Tixing intertrochanteric fractures."Am J Orthop, 1999 Aug, Vol. 28(8). P. 450.(27)

113. Braune C; Pohlemann T; Schandelmaier P."Osteonecrosis of the femoral head after osteosynthesis of a proximal femur fracture with a 95 degree condylar plate.» Unfallchirurg, 1999 Mar, Vol. 102(3). P. 236-8.(39)
114. Bray T.J., Smith-Hoefer E., Timmerman, L. " The displaced femoral neck fracture." Clin. Orthop., 1988. Vol. 230. P.127-136.(164)
115. Bridle, S.H., Patel, A.D., Bircher, M. "Fixation of intertrochanteric fractures of the femur: A randomized prospective comparison of the Gamma nail and Dynamic Hip Screw." J. Bone Joint Surg., 1991. Vol. 73. P.330-334.(88)
116. Broos, P.L., Rommes, P.M., Deleyn, P.R. " Peritrochanteric fractures in the elderly: Are there any indications for primary prosthetic replacement?. J. Orthop. Trauma, 1991. Vol. 5. P.446-451.
117. Campbells operative orthopedics / Mosby. Yaar Book. -1995. 1127 p.(0141)
118. Carnesale P.G. Anderson L.D. " Primary prosthesis replacement for femoral neck fractures." Arch. Surg., 1975. Vol. 110. P. 27-29.(211)
119. Carnesale, P.G., Anderson, L.D. " Primary prosthesis replacement for femoral neck fractures." Arch. Surg., 1975. Vol. 110. P. 27-29.(112)
120. Chan R.N.-W., Hoskinson J. " Thompson prosthesis for fractured neck of femur." J. Bone Joint Surg., 1975. Vol. 57B. P. 437-443.(212)
121. Chapman, M.W., Bowman, W.E., Csongradi, J.J. "The use of Ender's pins in extracapsular fractures of the hip." J. Bone Joint Surg., 1981. Vol. 63A. P. 14-28.(79)
122. Cheng JC; Tang N."Decompression and stable internal fixation of femoral neck fractures in children can affect the outcome." J Pediatr Orthop, 1999 May-Jun, Vol. 19(3). P. 338-43.(29)
123. ChiuK.J., Pun W.K., Luk K.D. Cancellous screw fixation for subcapital femoral neck fractures // J. R. Coll. Surg. Edinb. -1994, Apr. Vol. 39. - N 2. - P. 130-132.(0142)

124. Chiu K.J., Pun W.K., Luk K.D. Cancellous screw fixation for subcapital femoral neck fractures // J. R. Coll. Surg. Edinb. -1994, Apr. Vol. 39. - N 2. - P. 130-132.(0142)
125. Christodoulou NA; Sdrenias CV."External fixation of select intertrochanteric fractures with single hip screw." Clin Orthop, 2000 Dec, (381). P. 204-11.(23).
126. Clawson D.K.: intertrochanteric fractures of the hip." Am. J. Surg., 1957. Vol. 93. P.580-587.(156)
127. Clawson, D.K."Trochanteric fractures treated by the sliding screw plate fixation method." J. Trauma 1964. Vol.4. P737-756 (58)
128. Cleveland M., Bosworth D.M., Thompson F.R. " Management of the trochanteric fracture of the femur." J.A.M.A., 1948. Vol. 137. P. 1186-1190.(150)
129. Coates R. " A retrospective survey of eighty-one patients with hemiarthroplasty for subcapital fracture of the femoral neck." J. Bone Joint Surg., 1975. Vol. 57B. P. 256.(221)
130. Coates R.L. Armour, P. " Treatment of subcapital femoral fractures by primary total hip replacement." Injury, 1979-1980. Vol. 11. P.132—135.(139)
131. Coates R.L., Armour P. " Treatment of subcapital femoral fractures by primary total hip replacement." Injury, 1979-1980. Vol. 11. P. 132—135.(178)
132. Cobelli, N.J., Sadler, A.H. "Ender rod versus compression screw fixation of hip fractures." Clin. Orthop., 1985. Vol. 201. P. 123-129.(82)
133. Collins H.R. " Replacement endoprostheses in the treatment of the damaged hip. Orthop. Clin. North Am., 1971. Vol. P. 2:75-91.(216)
134. Collins H.R. " Replacement endoprostheses in the treatment of the damaged hip." Orthop. Clin. North Am., 1971. Vol. 2. P. 75-91.(223)
135. Collins H.R."Replacement endoprostheses in the treatment of the damaged " Hip. Orthop. Clin. North Am., 1971. Vol.2. P.75-91.(113)

136. Collins T." Fractured neck of femur".Nurs Stand, 1999 Feb 24-Mar 2, Vol. 13(23). P.53-7.(42)
137. Cooper A., Minutello R. Case report 763. Osteonecrosis of femoral head // Skeletal. Radiol. 1995. - Vol. 21. - N 8. - P. 555-568.(0144)
138. Coventry M.B. " Salvage of the painful hip prosthesis." J. Bone Joint Surg., 1964. Vol. 46A. P. 200-212.(215)
139. Coventry, M.B. " An evaluation of the femoral head prosthesis after ten years of experience." Surg. Gynecol. Obstet., 1959. Vol.109. P. 243-244.(115)
140. Coventry, M.B. "Fresh fractures of the hip treated with prosthesis." Instr. Course Lect., 1959. Vol. 16. P.292-298.(108)
141. Coventry, M.B. "Fresh fractures of the hip treated with prosthesis." Instr. Course Lect., 1959. Vol. 16. P. 292-298.(114)
142. D'Arcy J., Devas M. " Treatment of fractures of the femoral neck by replacement with the thompson prosthesis." J. Bone Joint Surg., 1976. Vol. 58B. P. 279-286.(222)
143. De-Boeck H. Classification of hip fractures // Acta Orthop. Belg.1994. -N60. P. 106-109.(145)
144. Deerly W.H. Impacted fixation over resiliend multiple pins // Clin. Orthop. 1980. - N 152. - P. 107-122.(0146)
145. Dimon, J.H., Hughston, J.C. "Unstable intertrochanteric fractures of the hip." J. Bone Joint Surg. 1967. Vol. 49A. P.440^150. (67)
146. Di-Muria G.V., Marcucci M., Troiani M. Verified causes of ailure in the treatment of femoral neck fractures with multiple Knowless pins // Ital. J. Orthop. Traumatol. 1991, Mar. - Vol. 17. -N 1. - P. 107-116.(0148)

ХУЛЮСАЛАР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ