

**БОЛДИРЛАРАРО ДИСТАЛ СИНДЕСМОЗ БОЙЛАМИНИНГ УЗИЛИШИ
БИЛАН КЕЧУВЧИ ТЎПИҚЛАР СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА
ДАВОЛАШ**

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7883199>

**Гафуров Ф.А
Ходжанов И.Ю**

*Самарқанд давлат тиббиёт университети, Республика хтисослаштирилган
травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази.*

Долзарблиги. Травматолог-ортопедларнинг амалиётида энг кўп учрайдиган патологиялардан бири бу ошиқ-болдир бўғимининг шикастланишидир, бу эса таянч-ҳаракат тизимидаги шикастланишларнинг 20% гача бўлган қисмини ташкил этади [1-6]. Меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида ошиқ-болдир бўғимининг шикастланиш даражаси 12% дан 40% гача, дельтасимон мушак шикастланиши билан болдир суякларининг оғир синишлари ва дистал болдирлараро синдесмоз ажралиши 30% ҳолларда қониқарсиз натижалар билан тугайди [10-13]. Болдирлараро синдесмоз (БАС) ажралиши билан бирга тўпиқлари синган беморларни консерватив даволашда қониқарсиз натижалар 6,6 дан 23,4% гача бўлади [7-9]. Чунки тўпиқ синиқ бўлакларини қўлда ёпиқ репозицияси ва гипс билан ташқи фиксациясидан сўнг, кўпинча БАС соҳасидаги парчалар силжиши ва болдир суяклари орасидаги диастаз қолади. Маҳаллий ва хорижий муаллифлар БАС ажралиши билан тўпиқ синишларини жарроҳлик даволашдан сўнг БАС да болдир суяклари ўртасидаги диастаз ҳолатларини 24-52% ҳолатларда бартараф этишнинг имкони бўлмайди, кузатувларнинг 2,1 дан 20% гача қайта операция зарурати пайдо бўлади [14,15]. Ҳозирги вақтда дистал БАС бойламлари ажралиб кетганда ошиқ-болдир бўғими функциясини тиклаш учун ташқи фиксация мосламаларидан фаол фойдаланилмоқда, бу эса яхши натижаларга эришишга имкон беради. Шу билан бирга, суяклараро остеосинтез усули жароҳатлардан кейин ўтган вақт бўйича маълум бир чекловга эга, у 2 ойдан ошмаган жароҳатлар учун қўлланилади [16-17].

Тадқиқот мақсади. Тўпиқлар синиши ва болдирлараро дистал синдесмоз бойламининг узилишида турғун-остеосинтез натижаларини таҳлил қилиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2021-2022 йиллар РИТОИАТМ Самарқанд филиалининг ўткир шикастланишлар оқибатлари бўлимида тўпиқлар синиши ва дистал болдирлараро синдесмоз бойлами узилиши билан 62 нафар бемор даволанган, уларда жарроҳлик муолажаси ўтказилган. Улардан 32 нафари (51,6%) эркак, 30 нафари (48,4%) аёл. 35 (56,5%) нафар беморда чап томонлама жароҳатлар ва 27 (43,5%) беморларда ўнг томонлама жароҳатлар

аниқланган. Беморлар қуйидаги тадқиқот усуллари қўлланилди: клиник, рентгенологик ва УТТ.

Тўпиқлар синиши ва болдирлараро синдесмозни тиклаш учун суякичи фиксатори ва пластина билан остеосинтез қўлланилди. Бемор ўтказувчан "спинал" оғриқсизлантириш остида ошиқ-болдир бўғими соҳасида юмшоқ тўқималар асосини кичик болдир суягига қаратиб ёйсимон шаклида кесилади, қаватма-қават тери-тери ости, суяк усти пардаси кесилиб кичик болдир суягининг дистал қисми очилади. Олдин синдесмоз соҳасида суяк ичига ўрнатиладиган стерженга эга фиксаторни киритиш учун бурғу билан жой бурғуланади, сўнгра синдесмоз проекциясида тўпиқнинг метафиз қисмига стерженнинг кесикли қисми ва ўткир бошчаси ўрнатилади, бу эса стабиллаштиришни яхшилайдди, сўнгра кесикли қисмига втулка киритилади ва гайкалар фиксаторнинг кесикли иккинчи учига киритилган калит ёрдамида буралади ва фиксаторнинг барқарор фиксацясини ошириш учун мустаҳкамланади. Втулкадаги кесик суяк бўлақларининг силжишини олдини олади. Суякичи гайкаси учун биринчи фиксатор маҳкамланганда суяклар бири-бирига яқинлашади, болдирлараро диастаз тикланади. Кейин ташқи тўпиқ булақларини барқарорлаштириш, силжишларни йўқотиш ва суяк бўлақларини компрессияси учун пластинка қўйилиб, маҳкамланади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

Натижалар ва уларнинг таҳлили. Даволаш натижаларини таҳлил қилиш клиник, рентген ва УТТ усуллари ёрдамида амалга оширилди. Натижалар оғриқ синдромининг кучайишига, ошиқ-болдир бўғимдаги ҳаракатланиш амплитудасига, бўғимнинг холатига ва кундалик ҳаёт фаолияти даражасига қараб баҳоланди. Ушбу ўлчов бўйича максимал балл (100) соғлом ошиқ-болдир бўғимига тўғри келади. 6-12 ойдан сўнг (>70 балл) яхши ва аъло натижалар 45 беморда олинди, бу 72,6% ни ташкил этди, қониқарли натижалар (50-69 балл) 17 (27,4%) беморда кузатилди.

Хулоса. Суякичи остеосинтези учун фиксатор ёрдамида ташқи тўпиқ синишини ва дистал болдирлараро синдесмозни кам инвазив даволаш, ошиқ-болдир бўғими функциясини тикланишини ва беморларнинг иш жойига, шу жумладан жисмоний меҳнатга қайтиши билан шикастланган оёқнинг таянч қобилиятини тикланишини таъминлайди. Фиксатордан фойдаланиш операция давомида синдесмоз ажралишини бартараф қилиш жараёнини бошқаришга имкон беради, рецидивлар пайдо бўлишининг олдини олади ва операция қилинган оёқнинг эрта функционал тикланишини таъминлайди.

АДАБИЁТЛАР:

1. Волошин В.П., Еремин А.В., Сараванан С.А., Жадан П.Л. Хирургическое лечение последствий тяжелых повреждений голеностопного сустава // Первая

Международная конференция по хирургии стопы и голеностопного сустава в Москве: сборник тезисов. М., 2006. С. 24.

2. Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., Ахтамов, А. А., & Холбеков, Т. Б. (2019). Результаты ранней диагностики врожденной дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей грудного возраста. In Молодежь и медицинская наука в XXI веке (pp. 380-381).

3. Десятерик В.И., Дунай О.Г., Заболотный С.В., Шишко В.А. Анализ результатов лечения свежих закрытых повреждений голеностопного сустава // Травма. 2009. Т. 10. № 1. С. 29-33.

4. Кавалерский Г.М., Чернышев В.И., Петров Н.В., Бровкин С.В. Анализ ближайших результатов стационарного лечения закрытых переломов лодыжек // Медицинская помощь. 2009. № 1. С. 37-41.

5. Костив Е.П., Морозов А.А., Костива Е.Е., Гич А.А. Лечение больных с переломами лодыжек в условиях стационара // Первая Международная конференция по хирургии стопы и голеностопного сустава в Москве: сборник тезисов. М., 2006. С. 52.

6. Львов С.Е., Вадаккдат М.К., Кулыгин В.Н. Классификация переломов лодыжек. Взгляд на пороге XXI в. // Травматология и ортопедия России. М., 2003. № 1. С. 59-66.

7. Тураев, Б., Эранов, Н., Эранов, Ш., & Гафуров, Ф. (2018). Эффективности использования при осколочном раздробленном переломе дистального конца плечевой кости с помощью. Журнал проблемы биологии и медицины, (4 (104)), 113-114.

8. Уринбаев, П. У., Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., & Жураев, И. Г. (2019). Оперативное лечение оскольчатых, внутрисуставных переломов дистального конца плечевой кости. Том-I, 408.

9. Фомин Н.Ф., Овденко А.Г., Наджафов Р.А.О., Богданов А.Н. Особенности повреждения дистального межберцового синдесмоза у больных с пронационными переломами голеностопного сустава // Травматология и ортопедия России. 2010. № 2. С. 22-26.

10. Ходжанов, И. Ю., Гафуров, Ф. А., Эранов, Ш. Н., Ахмедов, М. А. Ошиқ-болдир бўғими бойламларининг жароҳатларида ультратовуш текшириш натижалари //Биология. – 2022. – №. 5. – С. 139.

11. Хорошков С.Н. Лечение повреждений голеностопного сустава и их последствий: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 48 с.

12. Шевырев К.В., Оноприенко Г.А., Волошин В.П., Зубиков В.С. Оперативное лечение неблагоприятных последствий В и С – АО/Weber типов повреждений голеностопного сустава // Первая Международная конференция по хирургии стопы и голеностопного сустава в Москве: сборник тезисов. М., 2006. С. 110-111.

13. Эранов Ш. Н., Эранов Н. Ф. Наш опыт хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей //Журнал Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана. – 2016. – №. 3. – С. 45-48.
14. Abualievich, G. F., Khojanov, I. Y., Eranov, S. N., & Mukhammadiev, E. R. (2022). Current understanding of the treatment of patients with injuries of the intertrochanteric syndesmosis (literature review). World Bulletin of Public Health, 6, 54-58.
15. Brown T.D., Johnston R.C., Saltzman C.L., Marsh J.L., Buckwalter J.A. Posttraumatic osteoarthritis: a first estimate of incidence, prevalence, and burden of disease // Journal Orthop. Trauma. 2006. V. 20 (10). P. 739-744.
16. Eranov S. N., Eranov N. F. Experience of surgical restoration of annular ligament with dislocations of radial bone head in children //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6. – С. 74-76.
17. Ibrahimov, S. Y., Eranov, S. N., Mukhammadiev, E. R., Meliboyev, A. E., Gafurov, F. A., & Juraev, I. G. Triple Pelvic Osteotomy in the Treatment of Congenital Dislocation of the Hip in Children. JournalNX, 7(03), 1-4.