

UDC: 617.616

## YELKA SUYAGINING PROKSIMAL QISMI SINISHLARINI JARROHLIK USULI BILAN DAVOLASHNI OPTIMALLASHTIRISH

T.f.d. B.N. Davlatov,<sup>1</sup> J.J. To'xtayev,<sup>2</sup> B. Nuritdinov<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Andijon davlat tibbiyot instituti dotsenti*

*<sup>2</sup>Andijon davlat tibbiyot instituti mustaqil izlanuvchisi*

*<sup>3</sup>Andijon davlat tibbiyot instituti magistranti*

**Izoh:** Ushbu maqolada yelka suyagining proksimal qismi sinishlarini jarrohlik usuli bilan davolashni optimallashtirishni amalga oshirish borasida fikrlar keltirilgan.

**Key words:** Yelka suyagi, sinish, shikastlanish, rentgen, suyak bo'lagi, gips, mushak, jarrohlik, anatomik.

## OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PROXIMAL PART OF SHOULDER BONE FRACTURES

Doctor of medical sciences, B.N. Davlatov,<sup>1</sup> J.J. To'xtayev,<sup>2</sup> B. Nuritdinov<sup>3</sup>

*<sup>1</sup>Associate Professor of Andijan State Medical Institute*

*<sup>2</sup>Independent researcher of Andijan State Medical Institute*

*<sup>3</sup>Master of Andijan State Medical Institute*

**Abstract:** This article provides suggestions for optimization of surgical treatment of proximal part of shoulder bone fractures.

**Key words:** Shoulder bone, fracture, injury, X-ray, bone fragment, plaster, muscle, surgery, anatomical.

Yelka suyagining proksimal qismini sinishlari yelka suyagi shikastlanishlari ichida ko'p uchraydi. Yelka suyagi proksimal qismi sinishlariga yelka boshi do'nglari sinishlari, anatomik bo'yincha sinishi, jarrohlik bo'yinchasi sinishlari kiradi. Yelka suyagining bo'g'im ichida sinishiga boshchasi va anatomik bo'yinning sinishi kiradi. Ular nisbatan kam asosan keksaygan odamlarda uchraydi.

Anatomik bo'yni singanda distal bo'lak odatda, boshchaga yopishadi va bir-birining ichiga kiradi. Shikastlanish qattiq bo'lganda boshcha distal bo'lak bilan kurakning bo'g'im yuzasida mayda bo'laklarga bo'linib ketishimumkin. Ba'zan bo'yni sinishida boshcha 180° ga buriladi va o'z bo'g'im yuzasi bilan distal bo'lakka o'rnashadi. Agar bunda boshchani chiqishi yuz bersa, yelka suyagi boshchasining singan chiqqani to'g'risida aytiladi.

Yelka bo'g'imi shish, bo'g'im bo'shlig'iga qon quyilishi xisobiga hajmi kattalashadi. Aktiv harakatlar qilib bo'lmaydi, passiv harakatlar va o'qi bo'yicha yuk tushishi og'riqli bo'ladi. Boshcha qo'l bilan bosilganda juda qattiq og'riq seziladi. Kompresion ichiga kirib sinishda suyak bo'laklarining krepatatsiyasi, harakat cheklanganligi, qo'lni tepaga ko'tarib bo'lmasligi kabi harakterli belgilar bo'lmaydi. Bunday xollarda aniq, tashxisni rentgenologik tekshiruvdan keyingina qo'yish mumkin.

Shikast mexanizmi bo'yicha yelka suyagi do'mbokchalarining ikki turi farq qilinadi: bevosita shikast natijasida yuz bergan sinish va qo'porilib sinish. Bevosita shikast mexanizmida sezilarli darajada surilmay bo'lakning maydalanishi ro'y beradi. Shikastning uzilish mexanizmida katta do'mboqchadan kichikroq bo'lagi uzilib, suyak usti, suyak osti yoki kichik dumaloq mushakning tortish ta'siri ostida akromial o'simta ostidan pastga va tashqariga suriladi. Katta do'mboqning sinishi ko'pincha yelkaning chiqishi bilan uchraydi. Do'mboqchalar sohasi paypaslab ko'rilganda qattiq og'riq bo'lishi do'mboqchalar sinishining o'ziga xos klinik simptomi hisoblanadi. Katta do'mboqcha singanda yelka ichkariga, kichik do'mboqcha singanda tashqariga burilgan. Yelka bo'g'imi aktiv harakatlarning buzilishlariga xos.

Katta do'mboqcha singanda aktiv tashqi rotatsiya bo'lmaydi. Yelka bo'g'imini rentgenografiya qilish do'mboqlar sinishiga tashxis qo'yishda hal qiladigan ahamiyatga ega.

Davolash. Katta do'mboqcha surilmay uzilganda qo'lni mato bog'lamga 15-20 kunga osib qo'yiladi. Bog'lam yechilgandan keyin qo'lni bemalol harakat qilishga ruxsat beriladi. Mexnat qobiliyati 2-3oydan so'ng tiklanadi.

Katta do'mboqcha surilib uzilganda yelkani 90°ga burib, tashqi rotatsiya 60° da va oldinga 30-40°ga bukish yo'li bilan bo'laklarni repozitsiya qilinadi.

Bunday holatda qo'l gips bog'lam yoki tanadan uzoqlashtiruvchi shina bilan 2,5-3 oyga fiksatsiya qilinadi. Mexnat qobiliyati 2-3 oy o'tgach tiklanadi.

Yelka jarroxlik bo'ynining sinishi. Yelka suyagi proksimal uchi sinishlari orasida jarroxlik bo'yni sinishlari ko'p uchraydi. Yelka jarroxlik bo'yni sinishlari uchun bilvosita shikast mexanizmi xos va agar yiqilishda qo'l uzatilgan holda bo'lsa, abduksion sinish ro'y beradi. Bunda proksimal bo'lak ichkari rotatsiyada, periferik bo'lak oldinga va yuqoriga ko'tarilgan bo'ladi. Proksimal va periferik bo'laklar o'rtasida tashqari va orqaga ochiq bo'lgan burchak hosil bo'ladi. Agar yiqilishda qo'l o'rta holatda bo'lganda distal bo'lak proksimal bo'lak ichiga kirib, yelka jarroxlik bo'ynining qoqilgan adduksion ya'ni yaqinlashgan sinishi ro'y beradi. Yelkaning jarroxlik bo'ynining o'qidan ko'p surilmagan qoqilgan sinishlariga tashxis qo'yish katta qiyinchilik tug'diradi. Bunday sinishlarning klinik ko'rinishida simptomlar kam, qo'l faoliyati kam zararlanadi. Singan joy paypaslanganda yelkaning rotatsion harakatida og'riq bo'ladi. Bu simptomlar asosida jarroxlik bo'yinning qoqilgan sinishini taxmin qilish mumkin. Oldingi-orqa va aksial proektsiyalarda qilingan roentgen suratlar yelka jarroxlik bo'ynining qoqilgan sinishlarini aniqlashda katta ahamiyatga ega. Abduksion va adduksion sinishlarda ko'chish sezilarli bo'lganda qo'l o'qi o'zgaradi, yelka bo'g'imi sohasida shish va qon quyilishi bo'ladi. Aktiv harakatlar qilib bo'lmaydi, passiv harakatlar qattiq og'riq beradi. Bunda ba'zan suyak bo'laklarining patologik harakatchanligi va krepitatsiyasi aniqlanadi.

Adduksion sinishlarda yelkaning oldingi tashqi yuzasida singan joyda mos keladigan suyak do'ngchasi aniqlanadi. Abduksion sinishda bu joyda chuqurcha

paydo bo'ladi. Yelka qisqargan, qoqilmagan sinishda yelka rotatsiyasi boshcha rotatsiyasiga olib kelmaydi. Singan joy paylaslanganda keskin og'riq, paydo bo'ladi. Yelka jarroxlik bo'ynining sinishi shikast paytida ham bo'laklar noto'g'ri repozitsiya qilinganda ham, tomirning nerv dastasining shikastlanishi bilan asoratlanishi mumkin.

Davolash. Singan joyni 15-20 ml 1-2% novokain eritmasi bilan og'riqsizlantiriladi. Surilmagan qoqilgan sinishlarda konservativ davolash usuli qo'llaniladi. Tirsak bo'g'imida  $70^\circ$  gacha burchakda bukilgan qo'lni ro'molga bog'lamga osib, qo'ltiq chetiga bolishcha qo'yiladi. Ikkinchi kundan boshlab bilak-kaft bo'g'imida, 6-kundan tirsakda va 7-10- kundan boshlab yelka bo'g'imida harakatlar qilinadi. Yosh va o'rtayoshdagi bemorlarda mehnatga layoqat 6-8 hafta o'tgach tiklanadi.

Keksa bemorlarda bu taktikani qoqilgan sinishlarda emas, balki yelka suyagi jarrohlik bo'ynining asoratlanmagan boshqa sinishlarida ham qo'llash kerak.

Yelka jarrohlik bo'ynining surilgan, qoqilgan va qoqilmagan sinishlarida davolash asta-sekin repozitsiya, bir momentli repozitsiya va jarrohlik yo'li bilan o'tkazilib, tanadan uzoqlashtiruvchi shinada asta-sekin repozitsiya qilish usuli eng samarali usul xisoblanadi. Ikkinchi kundan boshlab oq panja barmoqlari bo'g'imlarida, 5-kundan tirsak bo'g'imida harakatlar qilish mumkin. 4 - hafta o'tgach shinani olish mumkin. Bu paytga kelib bemorlar tirsak bo'g'imida yozilgan qo'lni  $140^\circ$  gacha bukishlari mumkin. Mexnat qobiliyati 10 hafta o'tgach tiklanadi.

Abduksion sinishlarda qo'l bog'lam yoki ro'molga osilib qo'ltiq ostiga bolishcha qo'yiladi. Bunda og'irlik ostida burchak kengayganligi o'z joyiga keladi. Agar bu hodisa ro'y bermasa, tanadan uzoqlashtiruvchi shinada  $40^\circ$  burchak ostida suyakni tortish kerak 15-20 — kunlarga kelib, suyakdan tortishni to'xtatish va 2 haftagacha ro'mol bog'lamda olib yurish kerak. Mexnatga layoqatlilik 2-3 oy o'tgach tiklanadi. Yelkani jarroxlik bo'yni sinishlarida narkoz ostida qo'lda bir

momentli repozitsiya qilinadi. Bemorni stolga yotqiziladi, yelka stolni chetida joylashishi kerak. Adduktsion sinishda yordamchi bemorning bilagini to'g'riburchakkacha olib borib, yelka o'qi atrofida traktsiya qilinadi. Jarroh bir qo'li bilan boshchani fiksatsiya qiladi, yordamchi bilan ikkinchi yelkani 90° burchakkacha olib boradi va shupaytda uni frontal tekislikdan 40°ga va 80° burchak ostida tashqariga rotatsiya qiladi. Repozitsiyadan keyin qo'l torakobraxial gips bog'lam bilan fiksatsiya qilinadi yoki tanadan uzoqlashtiruvchi shina bilan tirsak o'simtasidan tortish yo'li bilan davolanadi.

#### **Foydalanilgan adabiyotlar:**

1. Г.Р. Мак Летчи. Оксфордский журнал клинической хирургии М., “Медицина”, 1999.
2. С. Шваца, Ф. Спенсер. Справочник по клиническому хирургу. Санкт-Петербург, Москва — Минск., 2000.
3. А.Г. Еуngorn. Патологик анатомия ва патологик физиология. Т., «Медитина», 1978.
4. М.Х. Мухторов, R.A. Bekmurodova, Т.И. Rajabov. Jarrohlik va reanimatsiya asoslari. Т., «Медитина», 1998.
5. А.Ж. Намройев, А.В. Alimov, Т.С. А'zamxo'jayev. Xirurgiya va reanimatsiya asoslari. Т., Abu Ali ibn Sino nomidagi nashriyot, 2002.