



Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Травматологии и Ортопедии



**Конференция травматологов
и ортопедов Узбекистана**

**«Эндоротезирование крупных
суставов и артроскопические
технологии»**



г. Ташкент
30 мая 2020 г.



контрактуры. После снятия сегментарной гипсовой повязки через 2 недели рекомендовалось проведение физиотерапевтических процедур.

У больных с рефрактурами костей предплечья со смещением отломков костей и углом диафизарной деформации более 15° , отсутствием периостальной и параоссальной мозолей, закрытым костномозговым каналом по данным рентгенографии в двух проекциях на первом этапе оперативного лечения под общим наркозом проводился комбинированный остеосинтез. Через один месяц после проведения контрольной рентгенографии при наличии мозоли в области повторного перелома, под местным обезболиванием в области выхода спица удалялась с целью создания условий формирования эндостальной мозоли. Внешняя фиксация аппаратом Илизарова оставлялась еще на две недели с проведением в этот период мероприятий, разрабатывающих смежные суставы. После этого проводилось рентгенографическое исследование в динамике, и в случае образования эндостальной и интрамедиарной мозолей аппарат внешней фиксации демонтировался, т.е. проводилось этапное удаление фиксирующих средств. При отсутствии эндостальной и интрамедиарной мозолей аппарат внешней фиксации оставлялся еще на 2 недели. После снятия аппарата рекомендуется проведение физиотерапевтических процедур.

Вывод: При оперативном лечении и при наличии периостальной и параоссальной мозолей необходимо их сохранение, это относится к ранним рефрактурам относительно первого перелома. В случае рассасывания мозолей на поздних этапах регенерации, мозоли частично удаляются до здоровой ткани и очищается костно - мозговой канал для улучшения кровоснабжения на месте перелома и, соответственно, стимулируются процессы заживления.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР РЕФРАКТУРАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.

*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-
амалий маркази, Тошкент*

Кириш. Болаларда суякларнинг анатомик-функционал бутунлигини тиклаш учун ортопед-травматологлар ҳам анъанавий консерватив ҳам оператив усуллари кўллашади, бунда остеосинтезнинг каминвазив усули афзал деб саналади. Адабиётлардан маълумки ҳозирги вақтда узун найсимон суякларни остеосинтез қилишда эластик интрамедулляр сикларни кўллаш

“олтин стандарт” ҳисобланади. Аммо, замонавий ва каминвазив технологияларни қўллаш даволашнинг муваффақиятли натижасига кафолат бера олмайди. Консолидация секинлашиши ва сохта бўғимлар ҳосил бўлиши 0,5-3,2% клиник кузатувларда учрайди, барқарор эластик остеосинтездан кейинги рефрактура 4,9-6,7% болаларда кузатилади. Турли авторларнинг маълумотларига кўра, болаларда қайта синишлар юзага келиши 4% дан 21,3% гача ўчраб туради. Бизнинг тажрибамиз кўрсатишича, қайта синишлар мавжуд болаларни даволашда худди бирламчи синишларда қўлланиладиган даволаш – реабилитация тадбирларидан фойдаланилади. Бу масала очик адабиётларда, асосан рус тилидаги, етарлича кам ёритилган. Бизнинг фикримизга кўра, даволаш тактикасига нисбатан ягона қарашлар йўқлиги, узун суякларнинг қайта синишларида кечадиган репаратив жараёнлар ҳақидаги маълумотларнинг камлиги билан боғлиқ.

Тадқиқот мақсади – ўсаётган ҳайвонларда (каламушларда) узун найсимон суякларнинг моделлаштирилган қайта синишида репаратив жараёнларнинг морфологик хусусиятларини аниқлаш.

Материал ва текшириш усуллари. Эксперимент учун Вистар зотидаги иккала жинсдаги 5-6 ойлик, тана вазни 306 гр дан 506 гр гача бўлган 36 та каламуш олинди. Ҳайвонлар 2 та тажриба сериясига ажратилди. Биринчи тажриба сериясида (n=18) катта болдир суягининг бирламчи кўндаланг синиши моделлаштирилди, аппарат ёрдамида суяк синиқларининг ташқи фиксацияси амалга оширилди. Морфологик манзара синиқлар фиксацияланганидан кейинги 35-кунда (n=6), мослама демонтаж қилингандан (ечиб олингандан) кейинги 28- (эксперимент бошланишидан 63-куни, n=6) ва 49- кунларда (тажриба бошланишидан 84-куни, n=6) ўрганилди.

Тажрибанинг иккинчи сериясида (n=18) бирламчи синиш моделлаштирилиб, суяк синиқлари барқарор фиксациялангандан кейинги 21-кунда катта болдир суяги диафизининг рефрактураси ва синиқларнинг такрор ташқи фиксацияси амалга оширилди. Эксперимент муддатлари фиксациядан кейинги 21-кунни (тажрибанинг 21-куни, n=6); рефрактура моделлаштирилгандан кейинги фиксациянинг 35-куни (тажрибанинг 56-куни, n=6); аппарат ечиб олингандан (демонтаж қилингандан) кейинги 28-кунни (тажрибанинг 84-куни, n=6) ташкил қилди.

Операция стерил шароитларда, умумий наркоз остида бажарилди. Наркоз учун 2% ли рометар эритмаси 8 мг/кг дозада, золетил-100 4 мг/кг дозада қўлланилди. Гистологик препаратларни микроскопик нури оптик текшириш «Zen blue» («Carl Zeiss Microimaging GmbH», Германия) дастурий таъминоти билан комплектда бўлган AxioScope.A1 стереомикроскопида ва AxioCam ICc 5 рақамли камера ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Тадқиқот натижалари кўрсатдики, каламушларнинг катта болдир суякларини аниқ мослаштириш ва барқарор фиксациясида 21-кунга келиб диастаз соҳасида асосан фиброз-суяк-тоғай битишиш шаклланади, у мосламани эрта олганда ўқ бўйича юкламани кўтараолмайди ва рефрактураларга олиб келади. Суяк синикларини 35 кун давомида барқарор фиксация қилганда суяк тўқимаси билан алмашинадиган фиброз-суяк-тоғайли қадокнинг қайта қурилиши содир бўлади, у, фиксацияловчи мослама ечиб олинганда, битишишнинг ҳам интермедиар, ҳам периостал зоналарида компактлашади.

Иккинчи сериядаги (диафиз рефрактурасига эга) хайвонларда қайта фиксация даврининг 35-кунига келиб толали-тоғай устун келган суяк синикларининг фиброз-суяк-тоғайли битиши шаклланади. Фиксацияловчи мослама ечиб олинганидан кейин 28 кун ўтиб, битишиш жойида суст кечадиган остеогенез ва фиброз-тоғайли псевдоартроз шаклланиши кайд қилинади.

Хулоса: Экспериментал хайвонларда бирламчи синишдан кейин мослама билан ташқи фиксациялаш шароитларида синикларнинг тўлиқ суяк битиши шаклланишигача бажарилган рефрактура битиб кетишининг ўзига хос хусусиятлари бўлиб микроциркуляциянинг узок вақт бузилишлари шароитида репаратив жараёнларнинг секин кечиши ва суяк регенератларининг орган типик қайта қурилиши анча узок даври ҳисобланади. Олинган маълумотларни оператив даволаш тактикасини танлашда ҳисобга олиш керак.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Дурсунов А.М.,
Сайдирахматхонов С.С., Рахимов А.М.*

*ГУ Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент*

Известно, что необходимым условием успешного сращения переломов являются точное сопоставление и прочная фиксация костных отломков. Высокие показатели инвалидности и летальности, варьирующие от 20 до 50%, во многом зависят от поздней стабилизации переломов, в первую очередь бедренной кости. Без стабилизации отломков бедренной кости невозможно предупредить вторичную травматизацию тканей, жировую эмболию, сложно эффективно лечить сочетанные травмы, так как нельзя

<i>Кодиров Р.Р., Кодиров Р.С., Соипов Р.Р.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	102
<i>Кодиров Р.С., Соипов Р.Р., Кодиров Р.Р.</i> ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ	103
<i>Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.</i> ПОКАЗАНИЯ ЭТАПНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ.....	105
<i>Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.</i> УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР РЕФРАКТУРАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ	107
<i>Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Сайдияхматхонов С.С., Рахимов А.М.</i> ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ.....	109
<i>Мухаммадиев А.Б., Абдурахмонов Б.У., Деҳқонов Қ.М.</i> УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРДА БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ.....	110
<i>Назарова Н.З., Холмирзаев О.Н.</i> ЛЕЧЕНИЕ БАРОГИДРОТРАВМЫ КИСТИ.....	112
<i>Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Касымов Х.А., Эдилов У.А.</i> НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	113
<i>Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдияхматхонов С.С., Рахматов Р.Б.</i> НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ.....	115
<i>Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдияхматхонов С.С., Рахматов Р.Б.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ.....	117
<i>Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдияхматхонов С.С., Рахматов Р.Б.</i> СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС.....	118
<i>Рахматов Р.Б., Сайдияхматхонов С.С., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Рахимов А.М.</i> УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	119
<i>Рузикулов О.Ш., Дурсунов А.М., Файзуллаев Г.А.</i> НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС	121
<i>Сайдияхматхонов С.С., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б.</i> УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ	