



YELKA BO'G'IMI ODATIY CHIQISHINI JARROHLIK YO'LI BILAN DAVOLASH SAMARADORLIGINI OSHIRISH

Tibbiy xizmat mayori, tibbiyot fanlari bo'yicha falsafa doktori

PhD Isaqov Xusan Adhamovich

O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligi Markaziy harbiy klinik gospitali Travmatologiya
va ortopediya bo'limi boshlig'i.

Email: Isaqov2602@gmail.com

Tel.: +998 99 464-26-02

Annotatsiya. Ushbu tadqiqotda odatiy yelka bo'g'imi chiqishini jarrohlik yo'li bilan davolash samaradorligi ob'ektiv baholash so'rovnomasi asosida tahlil qilindi. 2017–2023-yillarda Toshkentdagi Mudofaa vazirligi Markaziy harbiy klinik gospitali va Farg'onadagi SSV muassasalarida Tkachenko hamda Isakov usullari bilan operatsiya qilingan 93 bemor kuzatildi. Baholash uch soha bo'yicha olib borildi: operatsion ko'rsatkichlar (davomiylig ≤ 2 soat, distrofiya profilaktikasi, kapsula yaxlitligi), anatomo-funksional holat (fleksiya 143° , ekstenziya 32° , abduksiya 134° , bo'g'im simmetriyasi va mushak tonusi), hamda bo'g'im elementlari (bo'g'im yorig'i 2,1 mm; MSKTda artroz belgilari saqlanib, progressiyalanmasligi). Umumiy ball 32 ni tashkil etib, jarrohlik aralashuvining yuqori samaradorligini ko'rsatdi; shuningdek, bemorlarning tibbiy yordamdan qoniqishi oshdi (A'lo: 8,0%→16,7%; Yaxshi: 33,0%→41,8%; Yomon: 16,0%→0%), ijtimoiy samaradorlik koeffitsienti 1,2 ga teng bo'ldi. Obyektiv baholash



ijobiy chiqqan bemorlarda qayta chiqish xavfi past deb baholandi va operatsiyadan 7-oydan boshlab yengil reabilitatsiya fonida sport yuklamalariga ruxsat etildi.

Kalit so'zlar: yelka bo'g'imi; odatiy chiqish; surunkali beqarorlik; Tkachenko usuli; Isakov usuli; jarrohlik davolash; reabilitatsiya; artroz; xondromalatsiya; MSKT; MRT; harakat amplitudasi (ROM); ijtimoiy samaradorlik; baholash so'rovnomasi.

Kirish. Yelka bo'g'imining travmatik chiqishi ko'pincha bo'g'im labrumining (glenoid labrum) shikastlanishi bilan kechadi va bu holat yelkaning surunkali beqarorligi rivojlanishiga zamin yaratadi. Yelka bo'g'imining surunkali beqarorligi tug'ma bo'g'im displaziyasi oqibatida ham yuzaga kelishi mumkin. Erkaklarda bunday chiqishlar ayollarga nisbatan ancha ko'p uchraydi [1, 2].

Birlamchi travmatik chiqishning takrorlanish tezligi 2% dan 38% gacha yoki 100 ming kishi-yilga 15,3 dan 56,3 gacha holatni tashkil etadi [1, 3, 4]. Takrorlanishlar ko'proq (70%) yosh guruhlarda kuzatiladi [5, 6].

Qator mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, yelkaning oldingi (anterior) travmatik chiqishi yelka bo'g'imidagi barcha chiqishlarning 90% dan ortig'ini tashkil etadi; u shikastlangan bo'g'imda surunkali beqarorlik holatini boshlab berishi mumkin. Travmatik oldingi yelka chiqishi bo'lgan bemorlarning 30% ida konservativ davolashdan so'ng takroriy chiqishlar yuz beradi, jismonan faol 15–25 yoshli bemorlarda takrorlanish chastotasi 80% dan yuqori bo'lishi mumkin [5, 7, 8, 9].

Ma'lumki, harbiy xizmatchilar turli kontakt sport turlariga faol jalb etiladi, kundalik hayotda jismoniy mashqlar bajaradi va yuqori jangovar shaylikni ta'minlash



maqsadida faol turmush tarzini olib boradi. Ushbu omillar ularning sport shikastlanmalariga moyilligini oshirib, yelka bo'g'imining chiqishi va undan keyingi surunkali beqarorlik rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Yelka bo'g'imining chiqishi qon-tomir-nerv tutamlari bir vaqtda shikastlanganda nogironlikka olib kelishi ehtimoli yuqori bo'lib, bu muammoning nafaqat tibbiy, balki ijtimoiy ahamiyatga ham egaligini ko'rsatadi.

Odatiy yelka chiqishlarini davolashda ustuvor yo'l jarrohlik usulidir; uning maqsadi bo'g'im barqarorligini tiklagan holda funksional imkoniyatlarning iloji boricha yuqori darajasini saqlab qolishdir. Jarrohlik davolashga ko'rsatmalar qatoriga muvaffaqiyatsiz yakunlangan to'liq konservativ davolash, yosh bemorlarda takroriy chiqishlar, reduksiya qilib bo'lmaydigan chiqish, ochiq chiqish va beqaror (surunkali beqarorlik bilan kechuvchi) yelka chiqishi kiradi. Konservativ davolash yakka holda ishonchli ijobiy natijalar bermaydi, shu bois u odatda tibbiy rehabilitatsiya choralari bilan kompleks qo'llanadi.

Travmatolog-ortopedlar odatiy yelka chiqishiga chalingan bemorlarni davolashda 250 dan ortiq turli jarrohlik aralashuvlaridan foydalanish tajribasini to'plaganlar. Biroq odatiy yelka chiqishining klinik shakllari turlicha bo'lgani sababli, hozirgacha mazkur patologiya uchun yagona universal jarrohlik metodini ishlab chiqishda qiyinchiliklar saqlanib qolmoqda.

Yuqoridagi holatlardan kelib chiqib, biz fizik tekshiruv va instrumental diagnostika usullariga tayangan holda odatiy yelka bo'g'imi chiqishini jarrohlik yo'li bilan davolash



samaradorligini obyektiv baholashga mo'ljallangan so'rovnomalar to'plamini ishlab chiqdik.

Materiallar va usullar: Biz yelka bo'g'imining odatiy chiqishi bilan og'rigan 93 nafar bemorni o'rgandik. Ular ikki jarrohlik davolash usuli bo'yicha davolangan: Tkachenko usuli va Isakov usuli bo'yicha, Toshkent shahrida joylashgan O'zbekiston Respublikasi Mudofaa vazirligining Markaziy harbiy klinik gospitalida hamda Farg'ona shahrida joylashgan O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazirligi tibbiyot muassasalarida, 2017–2023 yillar davomida (1-jadval).

1-jadval.

Yelka bo'g'imining odatiy chiqishi bo'lgan respondentlarning hududiy taqsimoti

| № | Tibbiyot muassasalari joylashuvi | Umumiy | |
|---|----------------------------------|--------|------|
| | | abs | % |
| 1 | Toshkent sh. | 33 | 35% |
| 2 | Farg'ona sh. | 60 | 65% |
| | Jami: | 93 | 100% |

Natijalar. Taklif etilayotgan so'rovnoma asosida, o'z metodikamiz bo'yicha o'tkazilgan jarrohlik aralashuvlar samaradorligini baholash.

1. Operatsion aralashuvni baholash. Operatsiya davomiyligini tahlil qilish shuni ko'rsatdiki, operatsiya 2 soatgacha davom etgan, bu 3 ball berishga imkon berdi. Operatsiyadan so'ng distrofiya oldi olindi va 2 ball berildi. Bo'g'im kapsulasining yaxlitligi



buzilmadi, baholash mezonlariga muvofiq 2 ball berildi. Umuman olganda, jarrohlik davolash samaradorligini baholashning birinchi sohasi 7 ball oldi.

2. Anatomico-funksional xususiyatlarni baholash. Barcha bemorlarda yelka bo'g'imining rentgenografiyasi o'tkazildi. Operatsiyadan keyin yelka bo'g'imi biomexanikasini tahlil qilish quyidagilarni ko'rsatdi: yelka bo'g'imida bukilish burchagi o'rtacha 143° , bu 4 ball berishga imkon berdi. Operatsiyadan keyin yozilish burchagi 32° bo'lib, 4 ball berildi. Operatsiyadan keyin abduksiya burchagi 134° bo'lib, mos ravishda 4 ball bilan baholandi. Yelka bo'g'imining simmetriyasi saqlangan va yelka mushagi tonusi mo'tadil saqlangan, bu mezonlarga mos ravishda 2 va 3 ball berildi. Anatomico-funksional xususiyatlarni baholash sohasi bo'yicha umumiy ball 17 ballni tashkil etdi.

3. Yelka bo'g'imi elementlarini baholash. Shikastlangan tomonda operatsiyadan keyin bo'g'im yorig'ining kengligi 2,1 mm bo'lib, 4 ball berildi. O'tkazilgan kompyuter tomografiyasi (MSKT) shuni ko'rsatdiki, barcha holatlarda shikastlangan tomonda artroz belgilari kuzatiladi, me'yorda esa bu belgilar bo'lmaydi.

Klinik tasnifga ko'ra, yelka bo'g'imi artrozi uch darajaga ajratiladi:

Birinchi daraja. Bemor harakat paytida paydo bo'ladigan yengil g'ijir-g'ijirdan shikoyat qiladi. Og'riq sindromi yo'q. Qo'lni chekka holatga olib borganda noqulaylik seziladi.

Ikkinchi daraja. Qo'lni yelka darajasidan yuqoriga ko'targanda og'riq paydo bo'ladi. Harakat amplitudasi kamaygan. Katta yuklamalardan so'ng bemor tinch holatda ham og'riqni his qiladi.



Uchinchi daraja. Bo'g'imdagi harakatchanlik keskin cheklangan. Og'riq sindromi deyarli doimiy.

Taklif etilgan o'z metodikamiz bo'yicha o'tkazilgan operativ davolashdan so'ng artroz belgilari saqlanadi, biroq progressiyalanmaydi, bu mezon bo'yicha 2 ball berildi.

Kompyuter tomografiyasi (MSKT) shuni ko'rsatdiki, barcha holatlarda turli darajada ifodalangan yelka suyagi boshchasi va kurak suyagining glenoid kosachasi deformatsiyasi kuzatiladi, me'yorda esa ular bo'lmaydi.

Adabiyotlar ma'lumotlariga ko'ra, MR-tekshiruvda xondromalatsiya 4 bosqichga bo'linadi; buning uchun yog' signali bostirilgan proton zichligiga og'irlik berilgan ketma-ketlik qo'llanadi. Ushbu tasnif dastlab tizza qopqog'i xaftasidagi xondromalatsiyani artroskopik baholash uchun ishlab chiqilgan Outerbridge tasnifining modifikatsiyasi bo'lib, keyinchalik istalgan bo'g'im sirtlarini baholash uchun moslashtirilgan va kengaytirilgan.

I bosqich

- giperintens signalning lokal zonalari, xafta konturlari o'zgarmagan;
- artroskopik: xaftaning yumshashi yoki shishishi;

II bosqich

- bo'g'im xaftasining shishishi/tolalanib ketishi, yuzaga tarqalishi;
- artroskopik: xaftaning bo'laklanishi va yoriqlari, yumshash o'choqlari;

III bosqich

- xaftaning qisman yemirilishi va yupqalashishi, lokal yara hosil bo'lishi;



- artroskopik: “qisqichbaqa go’shti” ko‘rinishidagi fibrillyatsiya bilan qisman yupqalash va yemirilish;

IV bosqich

- xaftaning to‘liq qalinlikda yemirilishi va ostidagi suyakda reaktiv o‘zgarishlar rivojlanishi;

- artroskopik: xaftaning to‘liq qalinlikda yemirilishi va subxondral suyakning ochilishi.

Taklif etilgan o‘z metodikamiz bo‘yicha o‘tkazilgan operativ davolashdan so‘ng yelka suyagi boshchasi va glenoid kosacha deformatsiyasi belgilari saqlanadi, biroq progressiyalanmaydi, bu baholash mezonini bo‘yicha 2 ball berildi. Yelka bo‘g‘imi elementlarini baholash sohasi bo‘yicha jami 8 ball to‘plandi.

Shu tariqa, uch soha bo‘yicha yig‘indi ball 32 ballni tashkil etdi, bu operatsion aralashuv samaradorligining yuqori darajasiga mos keldi.

Shundan kelib chiqib, obyektiv baholash ijobiy natija bergan 93 nafar bemorda yelka bo‘g‘imining qayta chiqish xavfi pastligi haqida xulosa qilish mumkin; ular operatsiyadan keyin 7-oydan boshlab, ketma-ket yengil reabilitatsiya kursi doirasida sport mashg‘ulotlarini bajarishlari mumkin (2-jadval).

2-jadval

Respondentlarning tibbiy yordamdan qoniqish bahosi va joriy etishdan oldin

hamda keyin ijtimoiy samaradorlik ma’lumotlari

| | Baholash mezonlari | | | | Sef t |
|--|--------------------|--------|-----------|-------|-------|
| | A’lo | Yaxshi | Qoniqarli | Yomon | |
| | | | | | |



| | Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | % | Abs | % |
|--------------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|-------|-----|--------|
| Oldin | 8 | 8,0% | 33 | 33,0% | 43 | 43,0% | 16 | 16,0% | 84 | 84,0% |
| Keyin | 18 | 16,7% | 45 | 41,8% | 30 | 27,9% | 0 | 0,0% | 93 | 100,0% |
| Sef m | 2,3 | 2,1% | 1,4 | 1,3% | 0,7 | 0,6% | 0 | 0,0% | 1,1 | 1,2% |

Shu tariqa, olib borilgan tadqiqotlar odatiy yelka bo'g'imi chiqishini jarrohlik yo'li bilan davolashning yangi usulini joriy etishning sezilarli ijtimoiy samaradorligi borligini, 1,2 miqdoridagi musbat koeffitsiyent bilan isbotladi.

Xulosa:

1. Yelka bo'g'imi odatiy chiqishini jarrohlik yo'li bilan davolagandan so'ng o'tkazilgan operatsiya samaradorligini obyektiv baholash lozim.
2. Yelka bo'g'imi odatiy chiqishining qaytalanishini oldini olish maqsadida jarrohlik davolashning yangi usulini qo'llash maqsadga muvofiqdir.
3. Jarrohlik davolash samaradorligining past yoki o'rtacha darajasi aniqlanganda qayta operatsiya o'tkazish, operatsiyadan keyin 1 yilgacha sport mashg'ulotlarini cheklash hamda uzoq muddatli rehabilitatsiya kursini o'tkazish zarur.

Adabiyotlar ro'yxati:

1. Burkhart S., Lo I.K., Brady P.C., Denard P.J. The Cowboy's Companion: A trail guide for the arthroscopic shoulder surgeon. Philadelphia, 2012. 495 p.
2. Finestone A, Milgrom C, Radeva-Petrova DR, et al. Bracing in external rotation for traumatic anterior dislocation of the shoulder. J Bone JointSurg Br. 2009;91(7):918–921.



3. Gartsman G.M. Shoulder arthroscopy. Philadelphia, 2009. 378 p.
4. Hovelius L, Eriksson K, Fredin H et al. Recurrences after initial dislocation of the shoulder. Results of a prospective study of treatment. J Bone Joint Surg 1983;65-A: 343-349.
5. Itoi, E. et al., 2003: A new method of immobilization after traumatic anterior dislocation of the shoulder: A preliminary study, J Shoulder Elbow Surgery
6. Largacha M., Parsons I.M. 4th, Campbell B., Titelman R.M., Smith K.L., Matsen F. 3rd. Deficits in shoulder function and general health associated with sixteen common shoulder diagnoses; a study of 2674 patients. J. Shoulder Elbow Surg. 2006;15(1):30-39.
7. Sugaya H, Moriishi J, Dohi M, Kon Y, Tsuchiya A: Glenoid rim morphology in recurrent anterior glenohumeral instability / Bone Joint Surg Am 2003; 85:878-884
8. Бабич, Б.К. Вывихи плеча //Травматические вывихи и переломы. – Киев, 1968.
9. Филипенко П.В. Анализ возможности и обоснованности консервативного лечения первичного травматического вывиха плеча. Мир науки, культуры, образования. №3 (46), 2014. С.401-404.