



## БОЛДИР СУЯКЛАРИНИ ДИСТАЛ ЭПИМЕТАФИЗ ҚИСМИДАН (PILON, A) СИНИШИ ВА УЛАРНИНГ ОҚИБАТЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ УСУЛЛАРИ

Тияжов Азиз Буриевич<sup>1</sup>

Назаров Сарбоз Парда ўғли<sup>2</sup>

Ахмадов Лочинбек Ўткир ўғли<sup>3</sup>

<sup>1-2-3</sup>Самарқанд Давлат Тиббиёт Университети

ДКТФ травматология ва ортопедия курси

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия  
илмий амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиали

<https://doi.org/10.5281/zenodo.6748936>

### ARTICLE INFO

Received: 28<sup>th</sup> May 2022

Accepted: 02<sup>nd</sup> June 2022

Online: 05<sup>th</sup> June 2022

### KEY WORDS

тирсак бўғим, Илизаров  
аппарати,

контрактура, анкилоз,

Волков –Оганесян

аппарати

### ABSTRACT

Болдир суягининг дистал охири бўғим ичидан синиши ошиқ болдир бўғими шикастланиши бўлиб хисобланади ва бу шикастланишлар бўғим функциясига тасир кўрсатиб, беморларни умр мобайнида ногирон бўлиб қолишига олиб келади. Бизни изланишларимиз Самарқанд вилоят травматология ва ортопедия шифохонаси, қабул булими ва катталар ўткир шикастланишлар булими, катталар ортопедияси бўлимида 2017 дан 2022 йилгача бўлган вақт оралиғида Пиолон синишларидаги 20 та беморда оператив даво олиб борилган ва бу беморлар икки гуруҳга бўлиниб тахлил қилинган.

Болдир суякларини дистал қисмидан бўғим ичи ва бўғим олди синишлари умумий синишларни ичидан 1% учраб, болдир суягини синишлари ичида эса 9% ни ташкил қилади. Бу синишларни ташхислаш ва даволашда анча хатоликлар йўл қўйилади, натижада беморлар узоқ йиллар мобайнида ногирон бўлиб қолишади. Асосий сабаблар даволашдаги ноадекват ёндашувдир.

Тадқиқот мақсади: Пилон синишларини ва унинг оқибатларини даволаш тактика хусусиятларини такомиллаштириш

Материаллар ва усуллар: Изланиш ёпиқ жароҳат олган 2 гуруҳга бўлинган

беморларнинг натижалари тахлили асосида олиб борилди.

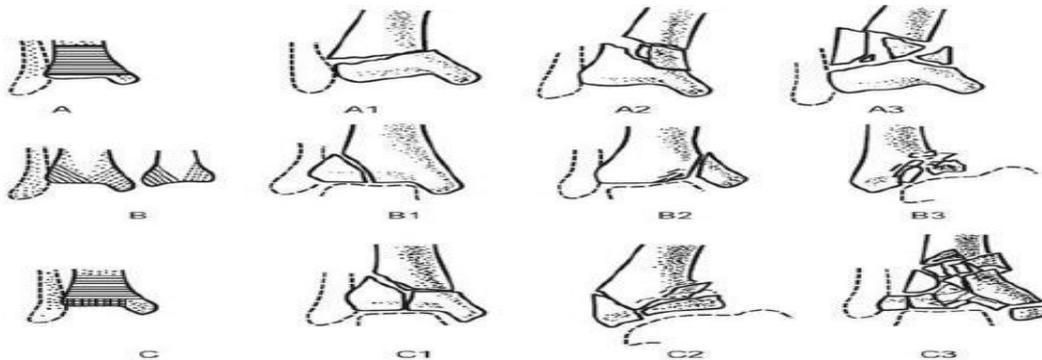
1- Гуруҳда 11 нафар бемор 24 ёшдан 45 ёшгача (8-эркак, 3 та аёл) барча беморда ўткир даврда операция ўтқазилган. АО классификацияси бўйича, А тип -5 та бемор, В тип- 4 бемор, ва С типда -2 та беморда учраган.

2- Гуруҳ беморлар 9 нафарни ташкил қилиб уларнинг ёши 28 то 60 ёшгача бўлган. ( 7-эркак, 2 аёл) уларда ноадекват жароҳлик тактикаси қўлланилганлиги ва репаратив остеогенезни бузилганлиги сабабли, деформация аниқланган, кўп учраган деформация тури *vagus* ва *antecurvatio*. Диагностик тадбирларга биринчи навбатда: юмшоқ тўқималар баҳоланди

(шиш), икки прекцияда рентген тасвир, КТ кўрсатма бўлганда (сук синиши даражасини баҳолашда, суяк фрагментларини сони ва уларнинг силжиши) бажарилди.

Жароҳат оқибатларини даволаш тактикасини танлаш мақсадида юқридаги текширишлар билан бир қаторда; доплеросонография, ЭНМГ, денситометрия (агарда кўрсатма бўлса), юмшоқ тўқималарни холати баҳоланади (чандиқ тўқималарини ривожланиб тарқалганлиги).

Умумий даволаш тамойилари Янги жароҳатлар, бўғим ташқи синишларидаги А тип даги синишларда консерватив даво чора бир моментли тортиб тўғирлаш ва гипсли боғламни қўллаш. Бундай консерватив даво А ва В типдаги синишларда қўлланилади. Абсолют оператив кўрсатмаларга мураккаб, парчаланган бўғим ичи синишлари (С тип) бўғимда иштирок қиладиган 2 мм ва ундан ортиқ суяк бўлакларини силжиганлиги катта болдир суягини метафиз қисмида ностабил синишидир.

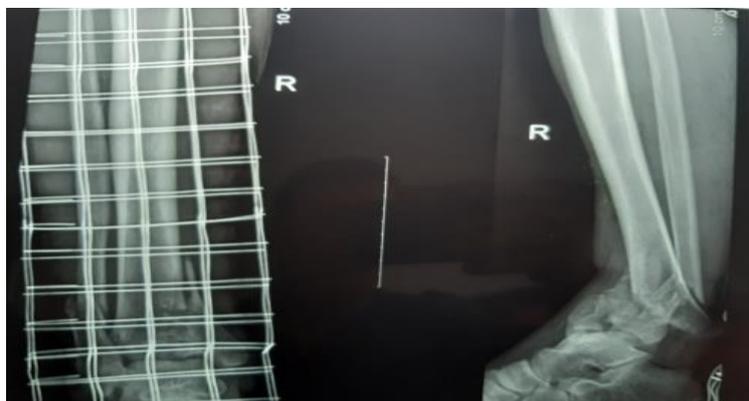


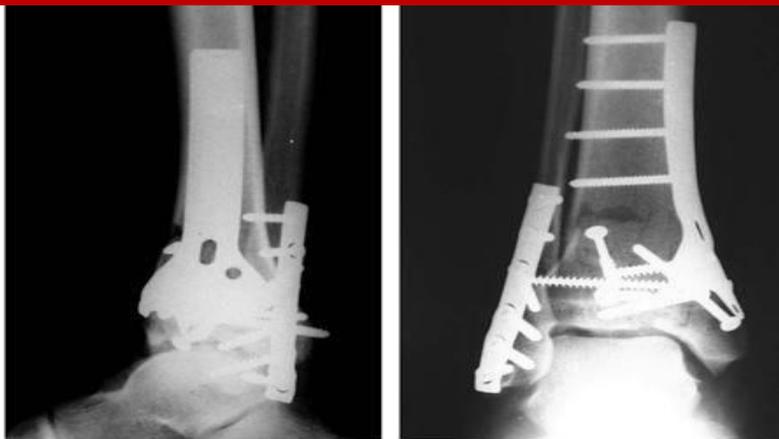
**Расм. 1 Пилон синишларини АО бўйича классификацияси**

Асосий ўринда операцияни ўтқазиш вақти яъни тери холати ахамиятга эга, кўп холларда 7-10-14 кунларда амалиёт бажарилди.

Клиник мисол тариқасида бемор Э.Б. 1979 й.т. Баланглиқдан йиқилиш натижасида жароҳат олади (расм. 2).

Рентген тасвирда ўнг болдир суягининг дистал охири бўғим ичидан парчланиб синиши жароҳат тасниф бўйича С3 типига мос





**Расм 3.** Ўнг болдир суягининг операциядан кейинги рентген тасвири

Стандарт хирургик даволаш 2 томондан кесиш билан кичик болдир сохаси ва катта болдир сохаси томондан кесилади. Операцияда асосан сегмент узунлигини тиклаш, ўқни тўғирлаш, катта болдир соха дистал бўғим юзаларини тиклаш ва стабил остеосинтез. (Расм.3)

Оператив технология тамойлари куйидаги тартибда амалга оширилади

1) Кичик болдир суяги реконструкцияси ва уни стабил остеосинтези.

2) Катта болдир суяги бўғим юзасини тиклаш.

3) Суяк дефектини аутотрпансплантат билан қоплаш.

4) Катта болдир суяги фрагментларини суяк усти пластиналари билан фиксациялаш.

Пилон синишларида деформация оқибатларини хирургик даволашни ўзига хос хусусиятлари.

Жароҳлик аралашувининг хусусияти бир қанча омилларга боғлиқдир:

Иккала болдир суякларини репаратив остеогенезини бузулиши натижасида ва ноадекват оёқга юкли таяниш доимий деформация мавжудлиги

Деформацияга учраган ва ўз функциясини бажармаётган металоқонструкцияни мавжудлиги

Суяк билан бирикиб кетган тердаги чандиқлар

Болдирнинг паски учлигида олдинги ички томонида теридаги трофик бузилишларнинг мавжудлиги

Нейродистрофик синдромнинг мавжудлиги

Узоқ вақт мобайнида шу оёқга тайанмаслик натижасида регионар остеопорознинг ифодаланганлиги.

Хирургик даволашнинг босқичлари ( иккала болдир суяклариде деформация ва металфиксатор мавжудлиги мисолида)

- Металофиксаторни олиб ташлаш;

- кичик ва катта болдир суякларини коррекцияловчи остеотомияси;

- кичик ва катта болдир суякларини ўқи бўйича тиклаш ва превентив фиксация;

- кичик болдир суякдан бошлаб иккала болдир суякларини стабил фиксациялаш;

- кичик ва катта болдир суякларидефектини аутосуяк ва керамик имплантлар билан тўлдириш.

Клиник мисол тариқасида бемор Ю.С. 48 ёш. 5 ой олдин баландликдан йиқилиш натижасида жароҳар олади.

Бирламчи ташхисда чап катта болдир суягини бўғим ичи дистал эпиметафизидан парчаланиб синиши,

кичик болдир суягини паски учлигидан синиб суяк бўлакларини силжиши.

Ўз яшаш жой клиникасида очиқ усулда иккала чап болдир суяклари пластинкалар ёрдамида остеосинтез қилинади ва гипсли боғламада даволанади. 3- ойдан сўнг беморга шу оёғига таяниб юриш рухсат берилади, 4- расм

беморда шу оёғига босиб юриш жараёнида деформация шакланади. Мурожат қилганда беморнинг болдир сохаси пастки учлигида деформация  $varus-25^{\circ}$   $antecurvatio-27^{\circ}$  / Болдир панжа бўғимида ҳаракат чегараланган, шу оёқда таяниш функцияси бузилган.



**Расм -4 Операциядан 5 ойдан кейинги рентген тасвири.**

Операциядан 5,5 ойдан кейин қайта операция қилинди пластиналар олиб ташланди, катта ва кичик болдир суяклари деформация сохаси 5-расм.

юқорисидан коррекцияловчи остеотомия қилиниб, оёқ ўқи туғриланди, иккала суяклар суяк усти пластиналар билан маҳкамланди.



**Расм-5. Операциядан 6- ойдан кейинги беморнинг рентген сурати**



Операциядан кейинги ҳолат яхши ўтди, яра бирламчи битди. Бемор периодик ҳолатда консерватив даво чораларини олиб келмоқда.

Операциядан кейинги парвариш Даволаш тартибига яллиғланишга қарши, шишга қарши, хондромодуляция ва остеотроп даво терапияси буюрилади. Физиофункционал даво репаратив остеогенезга қаратилган.

Операциядан кейин аллбатта рентген 2, 6, ва 12 ҳафтада қилиш керак. Тўлиқ операция қилинган оёқга таяниш сук битгандан кейин тавсияланади.

Натижалар

Иккала гуруҳда ҳам 4 ойдан 2 йил гача баҳоланди, барча беморда суяк тўлиқ битган, бироқ биринчи гуруҳдаги беморларда ўртача суяк битиши 4 ойни мобайнида, иккинчи гуруҳдагиларда эса 6,5 ой, оёқ панжа бўғимида функция бузилганлиги 2 гуруҳда остеоартрит борлиги билан боғлиқдир.

Хулоса

1. Пилон жароҳати оғир жароҳатлар турига кириб, на фақат суяк-

тоғай бирлашмаси балки юмшоқ тўқималар структураси ҳам жароҳатланади

2. Пилон жароҳати “учтўпиқлик” синишлардан қуйидаги мезонлари билан пжралиб туради.
  - Жароҳат механогенези ( пилонда ўқи бўйлаб босилувчи жароҳат, тўпиқлар синишида эса, ротацияли жароҳат механизми)
  - Локализацияси ва суяк тоғай, юмшоқ тўқималарнинг жароҳати оғирлиги
  - Даволашга ёндашув ва операция тактикаси.

Яхши натижаларга эришиш учун, операциядан олдинги текширув, операцияни режалаштириш босқичлари, артекуляр юзалардаги бўлақларни анатомик репозицияси, стабил остеосинтез, суяк дефектларини алмаштириш, индивидуал реабилитация ўтқазилган билан суяк тўқимаси ва юмшоқ тўқималарнинг репаратив жараёнларини мониторинги.

## References:

1. Абрамов И.В. Малоинвазивный комбинированный остеосинтез в лечении сложных переломов дистального отдела костей голени: Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Москва, Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны РФ, кафедра военно - полевой (военно - морской) хирургии. - 2008.-93с.
2. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Травматология. Европейские стандарты. — Москва, 2005. — С. 432-438.
3. Бабовников А.В.: дис. канд. мед. наук. оперативное лечение переломов дистального метаэпифиза большеберцовой кости. / А.В. Бабовников. – М., 2003. – 110.
4. Дрягин В.Г. Клинические лекции по травматологии (переломы пилона и лодыжек) / В.Г.Дрягин, А.Ф.Лазарев. - Челябинск: Изд-во РЕКПОЛ, 2007.



5. Здоровенко А.П. Переломы пилона - выбор импланта / А.П.Здоровенко, Г.Н.Старостин, Д.В.Седунов. - 2009.
6. Ивашкин А.Н., Максименко В.Н. Метод Илизарова в системе оказания помощи пострадавшим с переломами дистального отдела голени / А.Н.Ивашкин, В.Н.Максименко // Лечение сочетанных травм и заболеваний конечностей. - М., 2003. - С.140-142.
7. Каплун В.А. Особенности остеосинтеза у больных с переломами дистального метаэпифиза большеберцовой кости / В.А.Каплун, В.А.Копысова, А.Н.Брижко, У.Н.Ковин // Травматология и ортопедия России. - 2009. - Т. 54, № 4. - С. 100-104.
8. Assal M. The extensile approach for the operative treatment of highenergy pilon fractures: surgical technique and soft-tissue healing / M.Assal, A.Ray, R.Stern // J. Orthop Trauma. - 2007. - Vol. 21, N 3. - P. 198-206.
9. Ruedi T.P., Buckley R.E., Christopher G. Moran. AO Principles of fracture management. — Stuttgart; New York: Thieme-Verlag, 2007. — 948 p.
10. Chapman M.W. Chapman's Orthopaedic Surgery. — 3rd ed. — Lippincott Williams & Wilkins, 2001. — 4194 p.
11. Akhme Dov Alisher Astanovich, Rizayev Jasur Alimdjanoich, Sadikov Abdushukur Abdujamilevich, Turayev Alimjan Bakhriddnovich. (2021). The State of Periodontal Tissues in Athletes Engaged in Cyclic Sports. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 235-241. Retrieved from <https://www.annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/102>
12. Tukhtarov B.E., Comparative assessment of the biological value of average daily diets in professional athletes of Uzbekistan. Gig. Sanit., 2010, 2, 65-67.
13. Djuraev, A. M., & Khalimov, R. J. (2020). New methods for surgical treatment of perthes disease in children. International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 24(2), 301-307.
14. Dzhuraev, A., Usmanov, Sh., Rakhmatullaev, H., & Khalimov, R. (2021). Our experience with surgical treatment of congenital elevation of the scapula in young children. Medicine and Innovations, 1(4), 37-44.
15. Khodjieva D.T., Pulatov S.S., Khaidarova D.K. All about hemorrhagic stroke in elderly and senile persons (own observations) // Science of Young People (Eruditio Juvenium). 2015. №3. C. 87-96.
16. Ismoilov, O. I., Murodkosimov, S. M., Kamalova, M. I., Turaev, A. Y., & Mahmudova, S. K. (2021). The Spread Of SARS-Cov-2 Coronavirus In Uzbekistan And Current Response Measures. The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research, 3(03), 45-50.
17. Khamdamov B.Z. Indicators of immunocytocine status in purulent-necrotic lesions of the lower extremities in patients with diabetes mellitus.//American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2020 10(7) 473-478 DOI: 10.5923/j.ajmm.2020.- 1007.08
18. M. I. Kamalova, N.K.Khaidarov, Sh.E.Islamov, Pathomorphological Features of hemorrhagic brain strokes, Journal of Biomedicine and Practice 2020, Special issue, pp. 101-105
19. Khodjieva D. T., Khaydarova D. K., Khaydarov N. K. Complex evaluation of clinical and instrumental data for justification of optive treatment activites in patients with resistant forms of epilepsy. American Journal of Research. USA. № 11-12, 2018. C.186-193.



20. Khodjieva D. T., Khaydarova D. K. Clinical and neurophysiological characteristics of post-insular cognitive disorders and issues of therapy optimization. Central Asian Journal of Pediatrics. Dec.2019. P 82-86

21 Sadriddin Sayfullaevich Pulatov. (2022). Efficacy of ipidacrine in the recovery period of ischaemic stroke. World Bulletin of Public Health, 7, 28-32.