

**ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.717 \718 – 001.5 -089 - 06

АБДУЛОЕВ МУХТОЧШОХ САДУЛОЕВИЧ

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук
по специальности
14.01.15 – Травматология и ортопедия

Душанбе – 2021

Работа выполнена на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан

Научный руководитель: **Курбанов Сайбилол Хушвахтович** – доктор медицинских наук, доцент

Официальные оппоненты: **Сирочов Кутбиддин Хасанович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии ГОУ «Институт постдипломного образования в сфере здравоохранения РТ»

Назаров Хасан Насруллоевич - кандидат медицинских наук, заведующий отделением травматологии и ортопедии Хатлонской областной клинической больницы имени Б. Вохидова МЗ и СЗН РТ

Оппонирующая организация: Северо-Западный государственный медицинский Университет им. И.И. Мечникова.

Защита диссертации состоится «___» октября в «_____» часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино». Адрес: 734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке (734003, г. Душанбе, проспект Рудаки, 139) и на официальном сайте (www.tajmedun.tj) Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино

Автореферат разослан «_____» «_____» 2021 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук**

Юнусов И.А.

Введение

Актуальность и востребованность проведения исследований по теме диссертации.

Стремительный научно – технический прогресс привел к значительному росту травматизма, изменению тяжести и характера травм, увеличению числа сложных, множественных и сочетанных повреждений, открытых переломов длинных костей, в том числе с обширными повреждениями мягких тканей. Как показывают клинические исследования, проблема лечения переломов длинных костей ещё далека от окончательного решения. Неправильный выбор лечебной тактики практически неизбежно ведёт к развитию ложных суставов, дефектам костной ткани, возникновению гнойно-инфекционных осложнений, что обуславливает необходимость оптимизации тактики оперативного лечения. Проблема устранения подобных последствий не только не утратила своей актуальности, но и приобрела важное медико-биологическое и социальное значение (Раззоков А.А. и соавт., 2001; Джумабеков С.А. и соавт., 2011; Сирочов К.Х. и соавт., 2013; Урунбаев Д.У. и соавт., 2014; Барабаш Ю.А. и соавт., 2014).

Ошибки в клинической практике травматолога-ортопеда встречаются довольно часто. У 96 % больных, как с закрытыми, так и с открытыми переломами встречаются погрешности при обследовании, транспортировке и лечении. В результате, осложнения после переломов длинных костей скелета достигают до 30-35% (Курбонов С.Х. и соавт., 2016; Климовицкий В.Г. и соавт., 2016; Костиев Р.Е. и соавт., 2016; НаугЛ. и соавт., 2016). В их числе ложные суставы и несросшиеся переломы длинных костей составляют 55,1%, медленно срастающиеся - 26,4%, неправильно сросшиеся -13%, дефекты костей - 5,5%. При остеосинтезе закрытых переломов длинных костей они зарегистрированы в 12-17% случаев (Тошматов А.М., 2015). Число неудовлетворительных исходов переломов костей опорно - двигательного аппарата колеблется от 10 до 15,5%, среди которых 70% приходится на переломы длинных костей, нередко приводящих к стойкой утрате трудоспособности и снижению качества жизни (Науменко Л.Ю. и соавт., 2018; Панов А.А. и соавт. 2018; Салохидинов Ф.Б. и соавт., 2018).

Широкое внедрение в практику современных методов остеосинтеза с применением различных конструкций (внутренней и внешней фиксации) увеличили возможности травматологов при лечении больных с множественными, сочетанными переломами длинных костей скелета. К настоящему времени накоплен большой клинический опыт их применения.

В настоящее время не имеется единого мнения по вопросам активной хирургической тактики в аспекте профилактики и по срокам и способам остеосинтеза у больных с переломами костей опорно-двигательного аппарата.

Заслуживает внимания влияние ошибок на развитие осложнений при лечении больных с переломами длинных костей в зависимости от уровня оказываемой медицинской помощи в лечебных учреждениях, а также установление связи между ошибками и осложнениями, возникающими на различных этапах лечения. Неблагоприятные общие исходы лечения переломов длинных костей зависят от позднего обращения пострадавших в лечебные учреждения и допущенных ошибок при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе. В связи с этим, анализ осложнений в зависимости от допущенных ошибок при оказании помощи пострадавшим является актуальной задачей, решение которой способствует значительному улучшению качества медицинской помощи пострадавшим. Отсутствие обобщённых исследований по этой проблеме в Таджикистане свидетельствует об её актуальности, что и побудило к выбору избранной темы научной работы.

Степень изученности научной задачи

В выборе тактики хирургического лечения определяющую роль играют тяжесть травмы, характер перелома, степень развития шока и сроки обращения от момента получения травмы, позволяющие определить показание к применению инновационной технологии.

По данным литературы последних лет, применение угловой стабильной пластинки у пострадавших с переломами длинных костей различной локализации уменьшило количество различных ортопедических осложнений.

До сих пор не разработан единый алгоритм действия врача при лечении пациентов с переломами длинных костей, с учетом выбора очерёдности, времени, способов и этапности остеосинтеза в зависимости от общего состояния пациентов и характера перелома, позволяющего уменьшить число осложнений и снизить количество допущенных ошибок.

Теоретические и методологические основы исследования

Учитывая появление новых технологических возможностей в современной травматологии, разработка новых методов операций и совершенствование существующих методов лечения, обоснование тактики лечения больных с переломами длинных костей конечности остаются актуальными для современной травматологии. Приведенные результаты убедительны и могут быть предложены в системе практического здравоохранения РТ.

Общая характеристика работы

Цель исследования. На основании комплексного обследования пострадавших выявить причины осложнений, встречающихся при лечении переломов длинных костей, усовершенствовать тактику лечения и разработать рациональную программу профилактических мероприятий по их снижению.

Объект исследования. Объектом исследования служили 103 пациентов с переломами длинных костей, больные были обследованы и оперированы на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» за период с 2013 по 2018 годы.

Предмет исследования. Предметом исследования явились анализ анамнестических данных (обстоятельства получения травмы, время и способы оказания помощи, начиная с догоспитального периода), диагностика, лечение, профилактика осложнений перелома длинных костей.

Задачи исследования:

Определить основные причины развития осложнения в зависимости от допущенных ошибок при лечении переломов длинных костей.

Установить зависимость частоты ранних и поздних осложнений при лечении переломов длинных костей в зависимости от сроков оказания помощи и технологии лечения переломов.

Разработать тактику лечения и практические рекомендации по профилактике осложнений при лечении переломов длинных костей различными методами лечения с учетом новых технологий.

Изучить ближайшие и отдаленные результаты лечения переломов, ложных суставов, несросшихся переломов длинных костей конечностей в зависимости от технологии лечения.

Методы исследования. Для обследования больных с переломами длинных костей был использован комплекс взаимодополняющих методов, включающий клинические, лабораторные и рентгенологические исследования, компьютерную томографию. Такой подход позволил оценить клиническое течение и функциональные исходы в различные сроки лечения пострадавших с переломами длинных костей конечности.

Отрасль исследования. Диссертация выполнена в соответствии с паспортом ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.15 – Травматология и ортопедия и соответствует следующим пунктам:

1. Изучение этиологии, патогенеза и распространенности заболеваний опорно-двигательной системы.
2. Изучение травматизма и разработка методов его профилактики.
3. Разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы.
4. Клиническая разработка методов лечения заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы и внедрение их в клиническую практику.

Этапы исследования. Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе проводился литературный обзор по данной проблеме, были сформулированы цель и задачи диссертации. Далее проведен сбор материала по выбранной теме диссертации; написаны статьи, тезисы и главы диссертации. Результаты проведенного научного исследования

позволили сформулировать концептуальные выводы касательно оптимизации тактики хирургического лечения пострадавших с переломами длинных костей.

Основная информационная и исследовательская база. В работе была изучена информация из диссертаций, защищённых в Республике Таджикистан и в зарубежных странах (Россия, Европа), научные статьи журналов и конференции по хирургическому лечению переломов длинных костей. Исследования проводились на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Достоверность результатов диссертации. Был разработан алгоритм действия врача при лечении пациентов с переломами длинных костей, с учетом выбора очередности, времени способов и этапности остеосинтеза в зависимости от общего состояния пациентов и характера перелома, позволяющего уменьшить число осложнений и снизить количество допущенных ошибок.

Статистическая обработка подтвердила достоверность полученных результатов. Все полученные результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

Научная новизна исследования. Впервые в Республике Таджикистан изучены причины, тяжесть травм, частота ошибок и осложнений при лечении больных с переломами длинных костей в зависимости от сроков оказания помощи и технологии лечения переломов.

Разработан алгоритм комплексного обследования и лечения пострадавших больных с переломами длинных костей, показавший на практике свою эффективность.

Усовершенствованы традиционные и современные методы оперативного лечения переломов длинных костей. Предложен способ заполнения костного дефекта в случае секвестраций остеомиелитического очага костным цементом и аутокостной тканью, на что получен патент РТ. №1103 от 2020г.

Теоретическая ценность исследования. Результаты исследования, которые повысят осведомленность врачей травматологов, хирургов об ошибках и осложнениях при диагностике, лечении переломов длинных костей, могут быть использованы в учебном процессе учреждений медицинского профиля.

Практическая ценность исследования. Разработаны и усовершенствованы традиционные и современные методы оперативного лечения переломов длинных костей, что позволило повысить качество оказываемой помощи данной категории больным. При трудноподдающихся лечению секвестраций остеомиелитического очага предложен способ заполнения костного дефекта костным цементом и аутокостной тканью, на что получен патент РТ. №1103 от 2020г.

Положения, выносимые на защиту:

1. Допущенные ошибки на этапах медицинской помощи пострадавших с переломами длинных костей конечности в значительной степени влияют на результаты лечения и частоту развития различных инфекционно – ортопедических осложнений и ее исходов.
2. Выявление причины осложнения и их профилактика позволяют улучшить анатомо – функциональные результаты лечения и снизить количество инфекционно – ортопедических осложнений.
3. Ранние и поздние осложнения при лечении переломов длинных костей зависят от срока и качества оказания первой, специализированной помощи, тяжести повреждения анатомических структур, технологии остеосинтеза.
4. Качественное оказание догоспитальной помощи, своевременное обращение в специализированную клинику, выбор оптимальной тактики лечения, технически правильно выполненный остеосинтез с применением современных технологий при переломах длинных костей способствует снижению ортопедических, инфекционных осложнений и инвалидности.

Личный вклад соискателя. Автором лично проводилось обследование пациентов, разработка новых методов профилактики и алгоритма лечения переломов длинных костей конечности, выполнение операций и анализ результатов хирургического материала, написание

и оформление диссертационной работы. Автором самостоятельно выполнена статистическая обработка полученных данных.

Апробация диссертации и информация об использовании ее результатов.

Основные положения диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ имени Абуали ибни Сино, (2016,2017,2018,2019,2020) на Республиканской научно – практической конференции травматологов Таджикистана (Куляб, 2016 г), на заседании межкафедральной экспертно - проблемной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Опубликование результатов диссертации.

По материалам диссертации опубликовано 22 научные работы, из них 4 статьи в рецензируемых изданиях, рекомендуемых ВАК при Президенте Республики Таджикистан. Получен патент на изобретение № 1103 от 18. 07.2020 г. «Способ замещения костных полостей при лечении больных хроническим остеомиелитом». Регистрировано рационализаторское предложение № 000301 от 22.04.2020г. «Способ замещения костного дефекта измельчённым костным ксенотрансплантантом в сочетании с плазмотерапией».

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 120 страницах машинописного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы и 3 глав собственных исследований, заключения, и списка литературы. Библиографический список содержит 135 наименований источников, из них 95 на русском языке и 40 зарубежных англоязычных авторов. Диссертация иллюстрирована 14 таблицами и 29 рисунками.

Содержание диссертации

Материал и методы исследования. Диссертационная работа основана на результатах обследования и лечения 103 больных с переломами длинных костей. Больные были обследованы и оперированы в отделении травматологии и ортопедии Государственного учреждения Национальный медицинский центр Республики Таджикистан «Шифобахш» за период с 2013 по 2018 годы.

В зависимости от технологии лечения больные были распределены на две клинические группы:

основная группа (66 (64,1%) больных, которые лечились с применением оптимизированной тактики лечения;

контрольная группа (37 (35,9%) больных, которые лечились традиционным методом лечения.

При анализе клинического материала было установлено, что большую часть больных как в основной, так и в контрольной группах составили лица мужского пола (72,7% и 83,8% соответственно) и трудоспособного возраста, что свидетельствует о наибольшей их вовлеченности в наиболее травмоопасные занятия.

Из 103 больных 87 (84,5 %) обратились в травматологические отделения в срок после 72 часов. Поздние обращения больных от момента получения травмы до поступления в клинику травматологии были обусловлены отдаленным расстоянием от места получения травмы. При тяжелом состоянии больных после получения травмы возникала необходимость проведения на месте противошоковых мероприятий. В клинику травматологии Национального медицинского центра Республики Таджикистан больные поступали после полного выведения из шока и оказания первой медицинской помощи.

До поступления в отделение, больным на месте получения травмы была оказана медицинская помощь, включавшая в себя первичную хирургическую обработку раны, остеосинтез перелома, транспортную иммобилизацию и антибиотикотерапию.

При обследовании пациентов с переломами длинных костей был использован комплекс взаимодополняющих методов, включающих клинические, лабораторные, рентгенологические исследования и компьютерную томографию. Такой подход позволил оценить клиническое течение и функциональные исходы в различные сроки лечения пострадавших с переломами

длинных костей конечности.

Клиническое обследование носило традиционный характер, но вместе с тем имело свои особенности. При тщательном сборе анамнеза уточняли время и характер травмы, место оказания медицинской помощи. Изучали жалобы и анамнез. Измеряли вес тела, изучались гемодинамические показатели. Оценка местного статуса включала: внешний вид больного, ось конечности, вид кожных покровов на уровне повреждения, наличие деформации, дефектов костей или укорочения сегмента, а также состояние активных и пассивных движений в смежных суставах.

Лабораторное обследование включало клинические исследования крови с изучением содержания гемоглобина, гематокрита, эритроцитов и лейкоцитов, а также биохимические исследования содержания белков, билирубина, электролитов, сахара, время свертывания крови, как при поступлении, так и в динамике.

Микробиологическое исследование содержимого раны и свищевого хода предусматривало определение вида микробов и их чувствительность к антибиотикам.

Рентгенография проводилась всем больным с целью оценки локализации и характера перелома в момент поступления и в динамике с целью топографо–анатомической оценки изменений поврежденных костей конечности, оценки результатов лечения и своевременного выявления осложнений. Рентгеновские снимки выполняли аппаратом «EDR – 750 В».

Фистулографию использовали для определения топографии свищевых ходов, глубины их распространения в зоне повреждения и выявления затеков у 7 больных с посттравматическим остеомиелитом.

Компьютерную томографию использовали 16 больным с целью: более детальной оценки внутренней структуры костной ткани и формирующейся костной мозоли; выявления на ранних стадиях асептического некроза головки бедренной и плечевой кости после остеосинтеза; уточнения типа перелома и вида смещения отломков.

В предоперационном периоде доплерография была выполнена 42 пострадавшим с травмами длинных костей нижней конечности для исключения повреждения сосудов, явлений флебита, определения скорости кровотока. При этом в задачу входило изучение состояния клапанного аппарата вен, выявление гематомы, сдавление сосуда и пр.

Для анализа причин развития гнойных осложнений проведено изучение характера микрофлоры у 11 больных с посттравматическим остеомиелитом.

Статистическая обработка материала выполнена с применением пакета прикладных программ Statistica 10,0 (Statsoft, США). Вычислялось среднее значение (M) и его стандартная ошибка ($\pm m$), для относительных величин определялись доли (%). Нормальность распределения выборки определяли по критерию Шапиро-Уилка. Парное сравнение качественных показателей выполнялось с помощью критерия χ^2 , при малом количестве наблюдений (<10) применялась поправка Йетса, а также точный критерий Фишера (<5). Различия считались статистически значимыми при уровне $p < 0,05$.

Анализ осложнений в зависимости от допущенных ошибок при лечении больных с переломами длинных костей

При анализе историй болезней было установлено, что у больных с последствиями перелома результаты лечения непосредственно были связаны с дефектами при оказании медицинской помощи, тяжестью самой травмы и сроками поступления в специализированную клинику.

При анализе обращаемости было установлено, что лишь 16 (15,5%) больных поступили на стационарное лечение в сроки от 3 до 12 часов после получения травмы, а 87 (84,5%) пострадавших поступили в сроки более 72 часов. Поступление больных в клинику на 3 сутки и более поздние сроки от момента получения травмы обусловлено большим расстоянием от места получения травмы. Необходимо отметить, что пострадавшим, которым нами были выполнены различные операции по поводу последствий переломов длинных костей, первичную помощь оказывали в районных больницах.

С учетом вышеизложенных данных был проведен анализ ошибок, допущенных при оказании первичной помощи врачами районных больниц.

Необходимо отметить, что со стороны врачей первичного звена как при оказании первичной помощи, так и в последующем допускаются ряд тактических и технических ошибок. Следует отметить, что допущению этих ошибок способствовали некоторые факторы. При первичной травме допущенные ошибки были обусловлены, прежде всего, особенностями этиологического фактора, тяжестью состояния больных, сочетанным характером повреждения, уровнями службы оказания первой помощи и обученности населения, водителей, сотрудников ГАИ оказанию первой медицинской помощи пострадавшим на месте происшествия, а также квалификацией врача первичного звена. Несмотря на развитие инфраструктуры в РТ, при оказании догоспитальной и госпитальной помощи встречаются погрешности, которые приводят к развитию различных осложнений у пострадавших.

Оказание медицинской помощи пострадавшим состоит в основном, из двух этапов: догоспитальной и госпитальной специализированной медицинской помощи. Анализ историй болезней показывает некоторые ошибки, встречающиеся при оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе (таблица 1).

Таблица 1. – Дефекты оказания догоспитальной помощи пациентам с переломами длинных костей конечности

Вид ошибки	Основная группа (n=66)		Контрольная группа (n=37)		p
	Абс	%	Абс	%	
Без транспортной иммобилизации	53	80,3	13	35,1	<0,001
Без асептической повязки	13	19,7	10	27,0	>0,05
Неправильная иммобилизация	7	10,6	3	8,1	>0,05**
Без обезболивания	48	72,7	8	21,6	<0,001*
Неполноценная ПХО	4	6,1	2	5,4	>0,05**

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Как видно из таблицы 1, первично погрешности допускаются на догоспитальном этапе. В общей структуре лечебно – диагностических ошибок отмечается высокая частота случаев отсутствия транспортной иммобилизации, что свидетельствует о недооценке ее значимости при повреждениях опорно- двигательного аппарата. Так, по представленным данным, 53 (80,3%) пострадавших основной и 13 (35,1%) контрольной группы с переломами костей конечности были доставлены без применения иммобилизации, вследствие чего при их транспортировке возникла дополнительная травматизация кожи и мышц у 14(21,2%) пациентов из основной и у 6(16,2%) - из контрольной группы. Трансформация закрытого типа перелома в открытый наблюдалась у 2 (3,0%) пациентов из основной и у 1(2,7%) из контрольной группы. Неадекватная транспортная иммобилизация привела к усугублению течения геморрагического шока у 3 (4,5%) больных основной группы и у 1 (2,7%) - из контрольной группы, что сопровождалось развития вторичного шока.

Без наложения асептической повязки и неправильной иммобилизацией были доставлены 20 (30,3%) пострадавших основной и 13 (35,1%) контрольной группы, что явилось причиной развития инфекционных осложнений ран и перелома.

У 48 (72,7%) пострадавших основной группы и 8 (21,6%) контрольной не проводилась анестезия.

Определена группа больных (4 (6,1%) из основной группы и 2 (5,4%) из контрольной группы), которые были доставлены после неполноценной ПХО раны в лечебные учреждения районов, что явилось причиной нагноения ран. В ходе исследования выявилось, что без первичной медицинской помощи на догоспитальном этапе поступило 53 пациента из основной

группы и 13 из контрольной, так как в специализированное медицинское учреждение они добирались либо попутным транспортом, либо самостоятельно. Больные, которые получили травму на производстве (место работы) были доставлены машиной скорой помощи после оказания первой помощи. Среди них 13 (19,7%) пациентов из основной и 24(64,9%) из контрольной группы.

Неудовлетворительная иммобилизация либо перевозка пострадавшего без таковой повышает риск дополнительного повреждения кожно-мышечных структур, сосудов или нервов, в результате чего возможно усугубление кровотечения, болевого синдрома с развитием шока. (рисунок 1)



Рисунок 1. – Рентгенография больного А. Неправильная иммобилизация поврежденной конечности

Проведенный нами анализ показал, что первоочередными задачами при оказании первой помощи должны быть: остановка кровотечения, профилактика шока, профилактика вторичного инфицирования поврежденных участков, иммобилизация травмированной конечности, аккуратная транспортировка пациента в специализированное медицинское учреждение (применение алгоритма оказания помощи по принципу АВС- системы). При несоблюдении данных условий значительно возрастает риск развития различного рода осложнений.

Анализ допущенных ошибок на госпитальном этапе лечения больных с переломами длинных костей конечности

При анализе клинического материала у 103 больных было выявлено 107 ошибок, которые распределены на три основные группы: тактические, технические и организационные. Превышение количества ошибок над числом больных показывает, что при лечении некоторых больных были допущены ряд ошибок. (рисунок 2.)

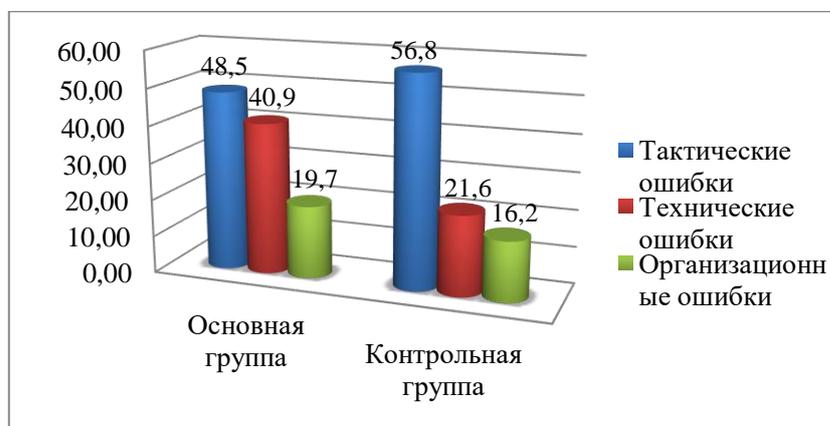


Рисунок 2. – Общая структура ошибок в обеих группах больных с переломами длинных костей

Тактические ошибки в основной группе больных составили 32 (48,5%) случая, а в контрольной группе – 21(56,8%) случай, которые были обусловлены следующими факторами:

- избрание нерационального варианта фиксации костных отломков - у 13(19,7%) пациентов из основной группы и у 9 (24,3%) из контрольной группы;

- применяемый метод анестезии не позволял в полном объеме выполнить первичное оперативное вмешательство у 8(12,1%) больных в основной группе и у 4(10,8%) больных в контрольной группе;

- объем экстренного хирургического вмешательства не был сопоставим с тяжестью повреждения, в первую очередь, это относится к сочетанным и множественным повреждениям, что наблюдалось у 5(7,6%) больных в основной группе и у 3(8,1%) больных в контрольной группе;

- выполнение операции у пациента, еще находящегося в состоянии шока – у 2 (3,0%) пациентов из основной группы и у 1(2,7%) пациента из контрольной;

- неправильный выбор способа лечения, при котором не удается стабильно фиксировать область перелома - у 4(6,1%) пациентов в основной группе и у 4(10,8%) пациентов в контрольной группе.

Данные ошибки иллюстрирует следующий пример. (рисунок 3.)

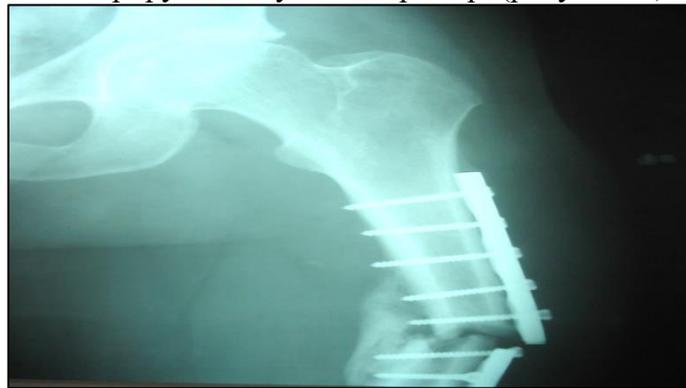


Рисунок 3. – Перелом пластины со смещением костных отломков

Как видно из таблицы 2, большое количество тактических ошибок в основной группе были допущены при остеосинтезе костей голени у 11 (16,7%) пациентов, плечевой кости – у 9 (13,6%), костей предплечья – у 7 (10,6%), и бедренной кости – у 5 (7,6%).

Таблица 2. – Распределение тактических ошибок по сегментам

Группа больных	Локализация переломов				Всего
	бедренная кость	кости голени	плечевая кость	кости предплечья	
Основная (n=66)	5 (7,6%)	11 (16,7%)	9 (13,6%)	7 (10,6%)	32 (48,5%)
Контрольная (n=37)	7 (18,9%)	4 (10,8%)	5 (13,5%)	5 (13,5%)	21 (56,8%)
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Нужно отметить, что в основной группе ошибки при оказании помощи при переломах костей голени в 2,5 раза превышают таковые при переломе бедренной кости. В контрольной группе, наоборот, аналогичный показатель у пострадавших с переломами бедренной кости встречался в 1,5 раза больше по сравнению с переломами костей голени.

В контрольной группе были допущены ошибки при остеосинтезе бедренной кости (7 случаев), плечевой кости (5 случаев) костей голени (4 случаев) и костей предплечья (5 случаев).

Следует отметить, что причиной допущенных тактических ошибок, в основном, являлись неопытность травматолога-хирурга и недостаток в операционной необходимого для оперативного вмешательства оборудования в условиях районной больницы, где была оказана помощь.

Технические ошибки

В предоперационном периоде тщательно планируется хирургическая тактика лечения переломов костей в зависимости от характера, локализации, уровня перелома, и состояния мягких тканей в области перелома, чтобы вмешательство хирурга проводилось с подготовленным персоналом и необходимым оборудованием. При остеосинтезе необходимо соблюдать правильную технику его выполнения, что не всегда встречается в нашей практике. В нашей работе к техническим ошибкам отнесены погрешности, которые встречались в ходе операции (интраоперационно) и в момент установки фиксатора.

Технические ошибки составили 27 (40,9%) случаев у больных основной группы и 8 (21,6%) случаев у больных контрольной группы. Они были обусловлены:

- неполной анатомической репозицией у 5(7,6%) пациентов из основной группы и у 2(5,4%) пациентов из контрольной;
- неполноценным обеспечением компрессии между поврежденными костными сегментами у 2(3,0%) пациентов из основной группы и у 1(2,7%) пациента из контрольной;
- неполным либо отсутствием полного восстановления оси и длины поврежденной конечности у 3(4,5%) пациентов из основной группы и у 2(5,4%) пациентов из контрольной;
- невыполнением костной пластики при наличии для этого показаний (костный дефект) у 3(4,5%) пациентов из основной группы;
- неполноценным применением фиксатора у 7(10,6%) пациентов из основной группы и у 2(5,4%) пациентов из контрольной;
- оставшимся смещением костных отломков у 5 (7,6%) пациентов из основной и у 1(2,7%) пациента из контрольной группы;
- нестабильным остеосинтезом и нерадикальной хирургической обработкой раны при открытых переломах у 2 (3,0%) пациентов основной группы.

Организационные ошибки

Ошибки организационного характера отличаются своей разнообразностью. В данную группу входят ошибки, совершаемые не только по причине неудовлетворительной работы организационных служб, но и в результате недостаточного соблюдения предписанных норм и рекомендаций. Так, в ряде медицинских учреждений руководители не уделяют должного внимания необходимости полноценного материально-технического оснащения для оптимального лечения пациентов травматологического профиля. Стоит отметить, что на сегодняшний день в Таджикистане остаются не решенными вопросы достаточного обеспечения операционных залов ортопедическими столами, специальным оборудованием и необходимым материалом (металлические конструкции, винты и др.). Организация бесперебойного оснащения вышеперечисленными оборудованиями во многих клиниках на данный момент остается недостаточной. Часто бывает, что в некоторых больницах пользуются подручными средствами, что может негативно отразиться на лечении пациентов. Нередко такие ситуации наблюдаются и в общехирургических медицинских учреждениях, в которых также отмечается слабое либо неполное техническое оснащение

Организационные ошибки в нашем исследовании составили 13 (19,7%) случаев среди больных основной группы и 6 (16,2%)- среди больных контрольной группы. Они были обусловлены: неправильной иммобилизацией поврежденной конечности у 3(4,5%) пациентов из основной и у 2(5,4%) пациентов из контрольной группы. Преждевременное прекращение иммобилизации у 2(3,0%) пациентов из основной и у 1(2,7%) пациента из контрольной группы, отсутствие при проведении хирургического вмешательства необходимого оборудования в 5 (7,6%) случаях у пациентов основной группы и в 2(5,4%) случаях у пациентов контрольной группы, недостаточный расходный материал (пластинки, винты и т.д.) у 3(4,5%) больных основной группы и у 1(2,7%) больного контрольной группы.

Ошибки при остеосинтезе

В структуре изучаемых нами материалов 103 больных (66 больных основной группы, 37-контрольной) в зависимости от вида остеосинтеза, по данным медицинской документации и данным рентгенографии, при остеосинтезе найдены ошибки, которые сгруппированы и

проанализированы. Для оценки допущенных ошибок при остеосинтезе данный метод лечения в каждой группе изучали более детально.

В зависимости от вида остеосинтеза и допущенных ошибок распределение было следующим образом (таблица 3).

Таблица 3. – Ошибки при остеосинтезе в основной (ОГ) и контрольной (КГ) группах больных с переломами длинных костей

Виды остеосинтеза	Тактические ошибки		Технические ошибки		Организационные ошибки	
	ОГ(n=66)	КГ(n=37)	ОГ(n=66)	КГ(n=37)	ОГ(n=66)	КГ(n=37)
	abc (%)	abc (%)	abc (%)	abc (%)	abc (%)	abc (%)
Накостный остеосинтез	14 (21,2)	8 (21,6)	11 (16,7)	3 (8,1)	4 (6,1)	2 (5,4)
Интрамедул. остеосинтез	5 (7,6)	6 (16,2)	3 (4,5)	2 (5,4)	2 (3,0)	2 (5,4)
АВФ	7 (10,6)	5 (13,5)	9 (13,6)	1 (2,7)	4 (6,1)	1 (2,7)
Остеосинтез спицами	6 (9,1)	2 (5,4)	4 (6,1)	2 (5,4)	3 (4,5)	1 (2,7)
Итого	32 (48,5)	21 (56,8)	27 (40,9)	8 (21,6)	13 (19,7)	6 (16,2)

Как представлено в таблице 3, на основании данных медицинской документации и результатов обследования у 66 больных основной группы и 37 больных контрольной группы проанализированы допущенные ошибки при остеосинтезе, которые характеризовались по отдельности.

Наибольшее количество ошибок встречались при накостном остеосинтезе: 29 (43,9%) у больных основной группы и 13 (35,1%) у больных контрольной группы. При интрамедуллярном остеосинтезе 10 (15,2%) ошибок было констатировано среди больных основной группы и 10 (27,0%) - контрольной группы. Сравнительный анализ полученных данных показывает, что у пострадавших контрольной группы ошибки встречались в 1,8 раза чаще, чем у больных основной группы. Аналогичный показатель при остеосинтезе аппаратами внешней фиксации в 1,5 раза чаще встречался у больных основной группы (30,3% и 18,9% соответственно). Неверно выбранная тактика при остеосинтезе спицами была выявлена у 13 (19,7%) больных основной и у 5 (13,5%) контрольной группы. Среди ошибок, встречаемых при проведении остеосинтеза, отмечается превалирование лечебно-тактических.

Анализ причин осложнений при переломах длинных костей конечности

Анализируя осложнения при лечении переломов длинных костей, мы оценивали не только влияние тяжести травмы, но и их связь с применяемым способом лечения. Было бы неверным объяснять большинство осложнений при переломах длинных костей лишь ошибками при оказании медицинской помощи, недостаточным опытом и квалификацией хирургов, оснащённостью операционного блока, где была оказана медицинская помощь. Необходимо учитывать специфику травмирующего агента и тяжесть травмы в целом. Кроме, того у специалистов в области травматологии отсутствует единая точка зрения на проведение остеосинтеза в зависимости от степени повреждения тканей, локализации переломов и общего состояния больных.

Тем не менее, встречались осложнения, возникшие по причине допущения ряда ошибок – неправильный выбор метода оперативного вмешательства, тактики хирургического лечения и ведения больного в послеоперационном периоде. (таблица 4)

Таблица 4. – Осложнения при переломах длинных костей

Последствия повреждений	Основная группа (n=66)		Контрольная группа (n=37)		P
	abc	%	abc	%	
Хр. остеомиелит	4	6,1	7	18,9	<0,05*

Дефект костей	-	-	1	2,7	
Ложный сустав	13	19,7	7	18,9	>0,05
Неправильно срастающийся перелом	14	21,2	9	24,3	>0,05
Неправильное сращение перелома	13	19,7	6	16,2	>0,05
Контрактуры суставов	6	9,1	7	18,9	>0,05
Перелом длинных костей	16	24,2	-	-	

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса, *по точному критерию Фишера)

Как видно из таблицы 4, среди ортопедических осложнений в обеих группах преобладают ложные суставы (19,7% случаев в основной и 18,9% случаев в контрольной группе), неудовлетворительное сращение костных сегментов (19,7% и 16,2% соответственно), неправильно сросшийся перелом (21,2% и 24,3% соответственно), развитие хронического остеомиелита (6,1% и 18,9% соответственно). Наличие костного дефекта не отмечено в основной группе пациентов и в 1 (2,7%) случае наблюдалось в контрольной группе больных. Формирование контрактуры суставов отмечалось в 6 (9,1%) случаях в основной группе пациентов и в 7 (18,9%) случаях среди больных контрольной группы, в 16 (24,2%) случаях среди пациентов основной группы наблюдались свежие переломы.

Ретроспективный анализ медицинской документации и данных рентгенографии позволил нам определить основные причины развития различных ортопедических осложнений.

Основными причинами развития остеомиелита у 11 больных являлись: отказ или несвоевременная и неполноценная хирургическая обработка раны и перелома, неправильной подбор типа фиксатора, нестабильный остеосинтез, неправильное или отсутствие дренирования и несвоевременное восполнение гомеостаза.

Формирование ложных суставов в 4 случаях было обусловлено наличием остеомиелита, в 11 случаях в терапии пострадавших была выбрана ошибочная тактика лечения, в 5 случаях без необходимости выполнялась частая смена гипсовой повязки с преждевременным ее удалением. Причиной неправильного сращения переломов являются невосстановленная анатомия и ось конечности при первичном остеосинтезе у 6 больных, нестабильный остеосинтез у 9 больных, неправильное наложение гипсовой повязки у 3 больных, отказ больных от оперативного метода лечения, а также лечение у народных знахарей (5 больных).

У 13 больных причиной контрактуры суставов стала длительная иммобилизация конечности, которая неизбежно вызывает контрактуру крупных суставов.

Дефект костей отмечался у одного больного и был связан с тяжестью самой травмы и отказ от костной пластики при первичном остеосинтезе.

Как представлено в таблице 5, на основании данных медицинской документации и результатов обследования у 66 больных основной группы и 37 больных контрольной группы проанализированы связь допущенных ошибок с осложнениями при остеосинтезе, которые характеризовались по отдельности.

Таблица 5. – Факторы, влияющие на возникновение осложнений при переломах длинных костей

Ошибки	Исход допущенных ошибок					
	Хронический остеомиелит	Дефект костей	Ложный сустав	Непр. срастающийся перелом	Непр. сращение перелома	Контрактуры суставов
Тактические ошибки n= 53	8		11	23	9	2
Технические ошибки n= 35	3	1	7	12	7	5

Организационный ошибки n=19	-	-	2	4	3	6
-----------------------------	---	---	---	---	---	---

Наиболее часто встречались тактические ошибки (n=53), которые сопровождались развитием хронического остеомиелита у 8 больных, ложного сустава у 11 больных, неправильно срастающегося перелома у 23 больных, неправильного сросшегося перелома у 9 больных и контрактуры суставов у 2 больных. (таблица 6)

Таблица 6. – Возможность влияния тактических ошибок на формирование осложнений (логистическая регрессия)

От тактических ошибок	Ехр. (В)	95% ДИ для Ехр. (В)		р
		Нижний	Верхний	
Остеомиелит	14,667	1,970	109,204	0,009 (<0,01)
Дефект костей	-	-	-	
Ложный сустав	6,722	1,174	38,502	0,032 (<0,05)
Неправильное сращение	4,950	0,856	28,635	0,074 (>0,05)
Неправильно срастающийся перелом	7,906	1,540	40,602	0,013 (<0,05)
Контрактура	-	-	-	

Примечание: р – статистическая значимость логистической регрессии.

Технические ошибки встречались в 35 случаях, которые тоже привели к развитию различных ортопедических осложнений и характеризовались следующим образом: хронический остеомиелит у 3 больных, ложный сустав у 7 больных, неправильно срастающийся перелом у 12 больных, неправильное сращение перелома у 7 больных, дефект костей у 1 больного и контрактуры суставов у 5 больных. (таблица 7).

Таблица 7. – Возможность влияния технических ошибок на формирование осложнений (логистическая регрессия)

От тактических ошибок	Ехр. (В)	95% ДИ для Ехр. (В)		р
		Нижний	Верхний	
Остеомиелит	0,844	0,143	4,974	0,851 (>0,05)
Дефект костей				
Ложный сустав	1,212	0,272	5,396	0,801 (>0,05)
Неправильное сращение	1,313	0,292	5,894	0,723 (>0,05)
Неправильно срастающийся перелом	1,125	0,291	4,352	0,865 (>0,05)
Контрактура				

Примечание: р – статистическая значимость логистической регрессии.

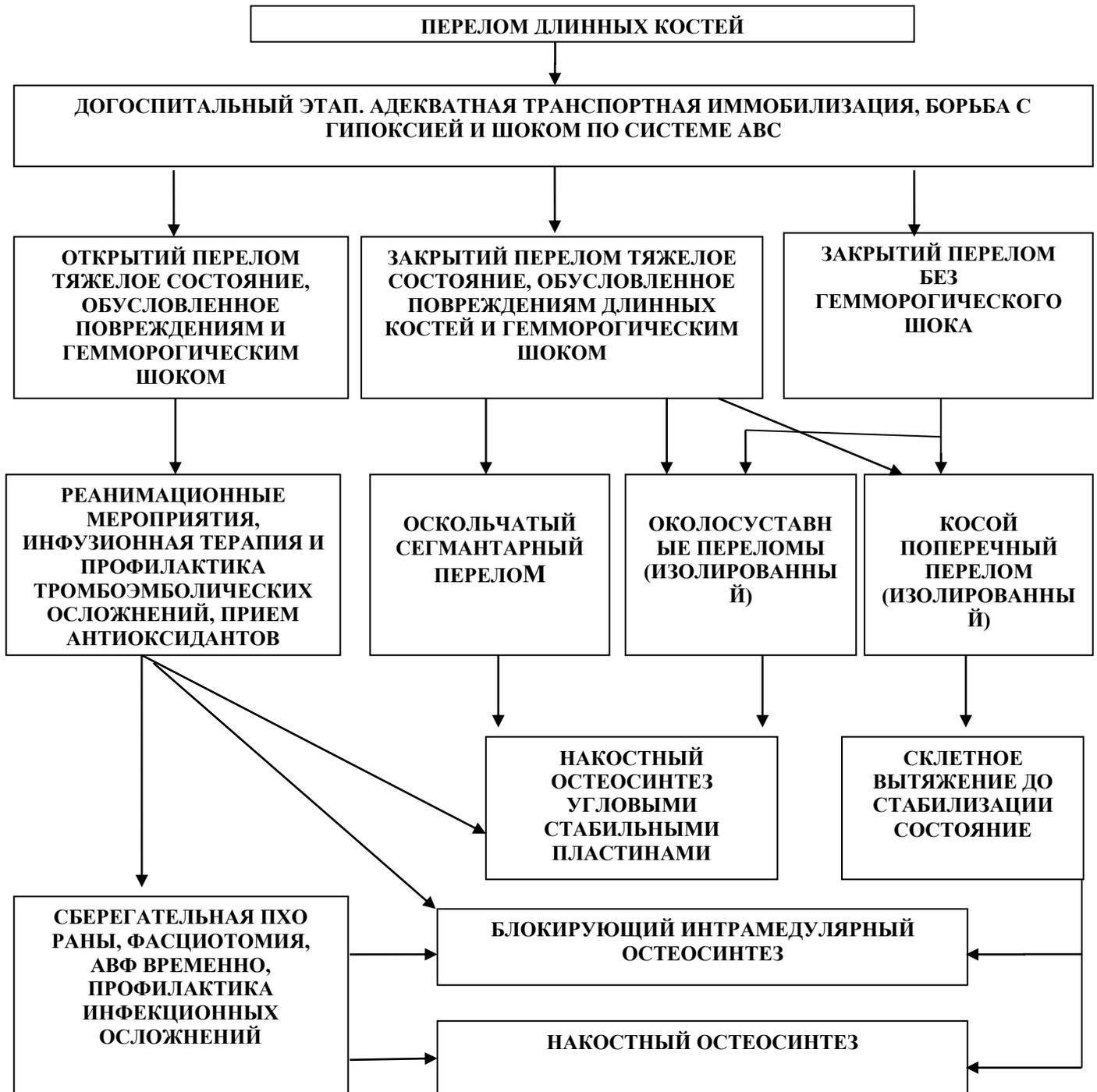
Организационные ошибки в структуре изученных материалов встречались в 19 случаях, которые стали причинами развития ложных суставов у 2 больных, неправильно срастающегося перелома у 4 больных, неправильное сросшегося перелома у 3 больных и контрактуры суставов у 6 больных

Таким образом, необходимо отметить, что в результате проведенного анализа ошибок при остеосинтезе в зависимости от типа и вида специализированной помощи были выявлены тактические, технические и организационные ошибки. Основная масса ошибок при остеосинтезе встречается у больных, поступающих из регионов в поздние сроки от момента получения травмы. В ходе исследования было обнаружено, что ошибками являются несоблюдение элементарных правил и принципов остеосинтеза, тяжесть самой травмы, квалификация специалиста, оснащённость медицинского учреждения необходимым

материалом (пластины, шурупы, стержни, ЭОП, ортопедические столы и т.д.). Необходимо отметить, что вышеперечисленные ошибки имеют большое влияние на эффективность хирургического лечения переломов длинных костей конечностей.

На основе выделенных факторов, предложен и внедрен в практику алгоритм лечения, учитывающий общее состояние пациента, локальный статус и данные рентгенологических исследований (рисунок 4).

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ



Результаты лечения последствий травм длинных костей конечности

Хирургическое лечение последствия переломов длинных костей

При переломе длинных костей конечности с различными ортопедическими осложнениями у 103 больных определены показания к хирургическому вмешательству, при этом выбор его способа зависел от локализации и уровня поражения. Практически многие направления хирургического лечения последствий травм конечности нашли свое применение.

На сегодняшний день существует большое количество стандартных и инновационных способов хирургического лечения.

Перед выполнением хирургического вмешательства всем больным проводилось комплексное обследование, в результате которого оценивалось общее состояние пострадавшего, наличие гемокоагуляционных расстройств, признаков остеопороза и показаний к хирургическому вмешательству.

Тактика лечения больных зависела от вида осложнения, характера и уровня пораженного сегмента.

При анализе клинического материала мы выявили у 4 (6,1%) больных основной группы и у 7 (18,9) больных контрольной группы явления хронического остеомиелита. После проведенного комплексного обследования всем больным с хроническим остеомиелитом на фоне соответствующей подготовки выполнялись хирургические вмешательства, во время которых иссекались все некротические ткани, секвестры, проводилась резекция некротизированных концов основных отломков с образованием вторичного дефекта кости. Нами предложена двухэтапная обработка остеомиелитического очага. На первом этапе костный дефект заполняли костным цементом с антибиотиками и проводили дренирование раны. На втором этапе, через 12-14 дней после удаления костного цемента, неоднократного промывания костной полости физиологическим раствором до 4-5 литров и антибиотиками, костный дефект заполняли костными крошками (ксенотрансплантат) + антибиотики + плазмотерапия. По этой методике лечили больных, составивших основную группу. Больных контрольной группы лечили традиционным методом. В качестве остеосинтеза у всех больных был использован компрессионно-дистракционный аппарат (КДА). Хирургическая обработка только в половине случаев уменьшает риск повторного развития гнойно-воспалительных осложнений, в связи с чем до сих пор многими авторами большое значение придается профилактической антибиотикотерапии. При развившейся гнойной инфекции с патологических очагов брали посевы на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Таким образом, антибиотикотерапия проводилась с учетом вида возбудителя, чувствительности микрофлоры, совместимости избранных антибиотиков с другими антибиотиками и препаратами. Проведенное комплексное лечение создало благоприятные условия для раннего купирования патологического процесса и своевременного заживления раны у 8 больных и вторичного заживления у 3 больных.

В исследуемой работе ложный сустав был выявлен у 13 (19,7%) больных основной группы и у 7 (18,9%) больных контрольной группы. Одним из клинических проявлений не сращения перелома являлось наличие подвижности в области перелома с нарастающим болевым синдромом. При рентгенологическом исследовании наблюдается наличие щели в области перелома, склеротические изменения и диастаза в участках повреждения, формирование гипертрофической мозоли либо полное отсутствие таковой.

Формирование ложных суставов было обусловлено наличием остеомиелита, выбором ошибочной тактики лечения, выполнением без необходимости частой смены гипсовой повязки с преждевременным ее удалением. Следует отметить, что в основе успешного лечения ложного сустава лежит стимуляция механизмов ангиогенеза и микроциркуляторных процессов в области повреждения. На состояние процессов регенерации большое влияние оказывает его течение и трофическое обеспечение, которое зависит от состояния кровообращения в области регенерации. С целью улучшения микроциркуляции в участках крупных диафизарных дефектов у больных основной группы применялись антикоагулянты - препарат клексан, рекомендуемая доза которого составляет 40 мг 1 раз в сутки п/к течению 7 дней и антиоксиданты - препарат цитофлавин 10 мл препарата в разведении на 200мл 0,9% раствора натрия хлорида 1 раз в сутки в течение 10 дней. Хирургическое лечение при ложном суставе заключалось в краевой резекции ложного сустава, декорткации, открытии костномозгового канала и фиксации. У больных основной группы в 5 случаях фиксация осуществлялась интрамедуллярными блокирующими штифтами, а в 8 случаях - пластинками угловой стабильности с применением костной пластики в сочетании с плазмотерапией. Больным контрольной группы в 3 случаях использовали метод

русского замка с фиксацией традиционными пластинами и в 4 случаях- аппарат внешней фиксации. Продолжительность периода сращения во многом зависит от характера и места расположения ложного сустава, варьируя от 4 до 7 месяцев. Стоит подчеркнуть, что в 8 случаях у пациентов основной группы с ложными суставами, которым применялась усовершенствованная методика (костная пластика в сочетании с плазмотерапией), срок сращения ложного сустава сократился на 1-1,5 месяцев. У 17 больных было достигнуто сращение ложного сустава, у 2 больных добиться этого нам не удалось.

Неправильно сросшийся перелом мы выявили у 13 (19,7%) больных основной группы и у 6 (16,2%) - контрольной. Во всех 19 случаях произведена коррегирующая остеотомия с фиксацией инновационными пластинами у больных основной группы (БИОС в 5 случаях, угловыми стабильными пластинами LCP, DCP-LC в 8 случаях), и традиционными пластинами у больных контрольной группы.

В структуре изучаемых материалов у 16 (24,2%) больных основной группы имелся свежий перелом длинных костей. Кроме того, у 14 (21,2%) больных основной группы и у 9 (24,3%) больных контрольной группы имелся неправильно срастающийся перелом длинных костей. Во всех случаях произведена открытая репозиция с фиксацией: инновационными пластинами у больных основной группы и традиционными пластинами у больных контрольной группы.

Почти у всех больных наблюдались хорошие и удовлетворительные результаты (СОИ-1, Миронов С.П., 2008), однако у 2 пациентов возникла необходимость в проведении повторной операции.

В 6 случаях у пациентов с контрактурой крупных суставов легкой степени тяжести, амплитуда движений в которых не превышала 50° , а также у 5 пациентов со среднетяжелой контрактурой и амплитудой движения в суставах не более 30° и у двоих пациентов с тяжелой контрактурой и амплитудой движения до 10° , использовался комплекс реабилитационных мер с применением лечебной физкультуры, физио-и механотерапии. Функциональное восстановление суставов в полном объеме отмечалось у 8 больных, улучшение объема движения в суставах отмечено в 4 случаях, в одном случае наблюдалось развитие анкилоза в локтевом суставе.

Ближайшие результаты лечения

Оценка эффективности хирургического лечения при переломах длинных костей в раннем послеоперационном периоде проводилась у больных во всех случаях в сроки до 12 недель после проведения операции. При этом определяли характер заживления послеоперационной раны, наличие гиперемии, гнойных осложнений, а также сроки стационарного лечения (таблица 8).

Таблица 8. - Характер заживления раны после оперативного лечения

Характер заживления	Основная группа (n=66)		Контрольная группа (n=37)		p
	abc	%	abc	%	
Первичное заживление	57	86,4	31	83,8	>0,05
Гиперемия	4	6,1	2	5,4	>0,05*
Краевой некроз	2	3,0	1	2,7	>0,05*
Поверхностное нагноение ран	1	1,5	2	5,4	>0,05*
Глубокое нагноение ран	2	3,0	1	2,7	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

Результаты исследования показали, что у большинства пациентов изучаемых групп (86,4% и 83,7% соответственно) заживление раны произошло путем первичного натяжения. При этом, у 4 (6,1%) пациентов основной группы и у 2 (5,4%) - контрольной наблюдалось

наличие гиперемии в области хирургического вмешательства. В этом случае заменяли антибактериальные препараты с увеличением продолжительности их использования, 2 раза в день проводилась смена повязки с использованием бетадина либо его комбинации с левомиколом, в результате чего наблюдалось исчезновение гиперемии в течение 4-6 суток. Развитие некроза в краевых участках раны в ближайшем периоде после хирургического вмешательства наблюдалось в 2 (3,0%) случаях у пациентов основной группы и в 1 (2,7%) случае - контрольной. При исследовании характера раневого процесса у пациентов было выявлено, что в основе развития краевого некроза лежали: выполнение репозиции с дополнительной травматизацией мягких тканей у больных с неправильно срастающимся переломом, наличие анатомических особенностей сегмента (голень) и сильное натяжение краев раны при ушивании.

При применении погружного остеосинтеза глубокое и поверхностное нагноение мягких тканей отмечалось в 3,0% и 1,5% случаев в основной и в 2,7% и 5,4% - контрольной группе соответственно. По данным научной литературы аналогичные показатели встречаются до 6-7 % случаев от общего числа пациентов. Основными факторами развития гнойного осложнения являются: увеличение отечности и выраженные патологические изменения в мягких тканях в результате воздействия большого количества осколков при соответствующих переломах, нестабильный характер наложенного остеосинтеза, интенсивное кровотечение, отсутствие дренирования.

При выявлении поверхностного нагноения раны проводились следующие манипуляции: снятие швов, применение антибиотикотерапии, смена повязок 2 раза в сутки с использованием антисептика бетадина, в результате чего признаки инфекционного поражения исчезали в течение 5 - 6 суток. При глубоком гнойном осложнении, выявленном в 2-х случаях, выполнялось: широкое рассечение послеоперационной раны, аспирация гнойного содержимого с помощью вакуум-отсоса, извлечение свободных костных осколков, санация костномозгового канала, введение в область поражения полиэтиленовых дренажных трубок.

После выполнении чрескостного остеосинтеза у 3 (45%) пациентов средняя продолжительность койко-дней составила 9-10 суток, у 5 (25%) 10 -14 суток. У 6 (30%) больных с хроническим остеомиелитом отмечалось поверхностное и глубокое нагноение раны, заживление которой произошло путем вторичного натяжения, продолжительность койко-дней при этом варьировала от 15 до 21 дня. В случае использования погружного остеосинтеза у 45 (64,2%) больных продолжительность койко-дней в среднем составляла 7-8 суток, у 23 (32,8%) - 10-12 суток. В 2-х (2,8%) случаях пациенты были выписаны из стационара по собственной инициативе на 4-5 сутки после хирургического лечения. Больные с контрактурой крупных суставов (13 (12,6%)) были выписаны на 14 -15 день после получения соответствующей терапии.

Отдаленные результаты

Результаты лечения в отдаленном послеоперационном периоде были оценены у 59 (89,4%) пациентов из основной и у 32 (86,5%) пациентов из контрольной группы. При этом сроки наблюдения составляли до 5 лет от момента получения травмы.

При обследовании больных со срастающимися переломами в отдаленном периоде обращали внимание на наличие и характер деформации конечности, местные изменения мягких тканей и кожных покровов, данные пальпации в области перелома, объем движений в смежных суставах, опороспособность конечности. Данный анализ проводился по схеме, приведенной в СОО-1 (Стандартизованная оценка исходов. Миронов С.П. 2008г). Для более объективной оценки эффективности лечения использовали следующие критерии (таблица 9).

Таблица 9. – Критерии оценки результатов лечения пациентов с переломами длинных костей

Критерии оценки результатов	Баллы
Болевой синдром	
Незначительная боль после интенсивной нагрузки	3

Боль умеренной интенсивности	2
Сильная боль при особых нагрузках	1
Степень подвижности в смежных суставах (объем движений) в градусах	
Более 90	5
61 – 90	4
31-60	3
11-30	2
5-10	1
Заживление раны	
Первичное натяжение	6
Гранулирующая рана	5
Краевой некроз кожи	4
Нагноение	3
Глубокое нагноение	2
Остеомиелит	1
Укорочение поврежденного сегмента	
Укорочения нет	3
Укорочение менее 2-х см	2
Укорочение более 2-х см	1
Деформация поврежденного сегмента	
Деформации нет	3
Ротационная деформация	2
Угловая деформация	1
Нарушение периферической иннервации	
Расстройств нет	4
Гипостезия	3
Гиперестезия	2
Парез	1
Функциональные оценки нижних конечностей	
Походка не нарушена	5
Ходьба с тростью и прихрамыванием	4
Ходьба с тростью	3
Ходьба с помощью костылей с умеренной нагрузкой	2
Ходьба с помощью костылей без нагрузки на поврежденную конечность	1
Рентгенологические данные	
Сращение	5
Сращение + деформация кости	4
Замедленная консолидация	3
Хронический рецидивирующий остеомиелит	2
Ложный сустав, осложненный остеомиелитом	1

Для оценки эффективности лечения применялась балльная шкала оценок. Результаты лечения оценивались как «хорошие» при общей сумме баллов свыше 30, «удовлетворительные» - в пределах 20-30; «неудовлетворительные»- до 20 баллов.

Таким образом, при интерпретации итогов лечения в отдаленном периоде мы, как и другие исследователи, оценивали анатомические данные, показатели рентгенологического исследования, степень функционального восстановления поврежденной конечности и работоспособность пострадавшего. Оценивая эффективность проведенного лечения, нами использовались такие критерии, как «хорошие», «удовлетворительные» и «неудовлетворительные» результаты.

Эффективность проведенного лечения считалась хорошей при отсутствии у пациента болевых ощущений, укорочения либо искривления конечности или его сегмента. При этом, на рентгенологическом снимке должно наблюдаться формирование костной мозоли на фоне определяемой проходимости костной мозговой полости. Обязательным считали отсутствие развития воспалительных осложнений в области повреждения, восстановление функциональной способности суставов, что в целом даёт возможность пациенту полностью приступить к своей работе.

Результаты лечения считались удовлетворительными при наличии у пациента умеренного болевого синдрома, деформационных изменений в конечности с возможным её укорочением до 2-х см., смещения отломков по ширине до 1/3 диаметра кости и под углом до 10 градусов, формирования костной мозоли удовлетворительной степени, умеренной дисфункции суставов со стороны пораженной конечности, вследствие чего пациент вынужден сменить свою трудовую деятельность на более легкую.

Эффективность лечения считалась неудовлетворительной при развитии гнойных осложнений с формированием свищей, ложного сустава, значительного укорочения пострадавшей конечности более чем на 2 см, выраженного расстройств статики и опороспособности, угловой деформации кости в зоне перелома более 10 градусов, перевод пациента на инвалидность.

С целью наиболее оптимальной оценки результатов лечения больных с переломами длинных костей конечности нами применялся усовершенствованный способ изучения результатов, где для каждого из вышеуказанных параметров вычислялся соответствующий средний балл (рисунок 5)

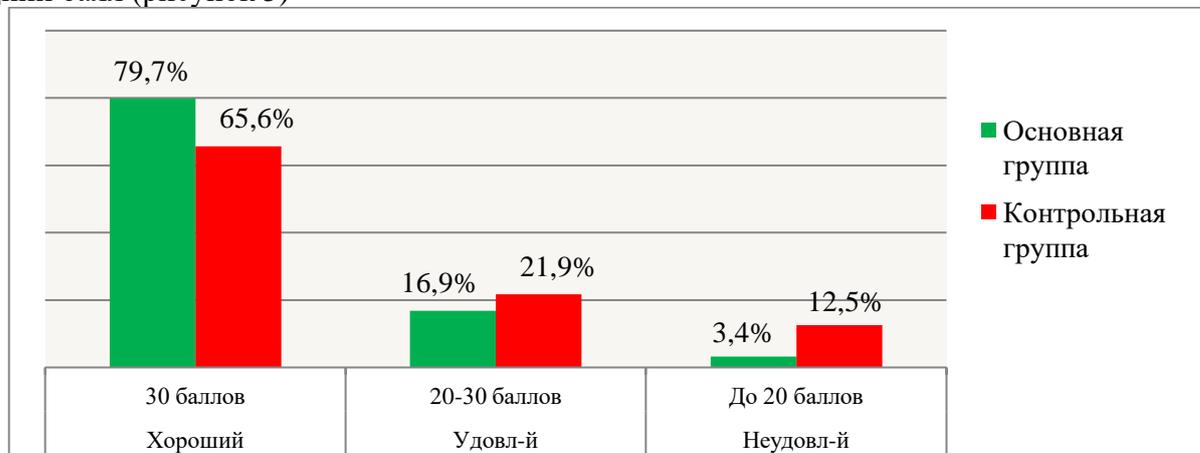


Рисунок 5. – Результаты лечения последствия перелома длинных костей конечности

В ходе исследования было установлено, что результаты лечения последствий при переломах длинных костей конечности оказались более эффективными среди пациентов основной группы в связи с применением оптимизированного метода лечения, в сравнении с больными, составивших контрольную группу. Данная разница имела статистическую значимость и была обусловлена не только наибольшим числом хороших и удовлетворительных результатов (96,6% случаев среди больных основной группе и 87,5% случаев среди больных контрольной группы), но и значительным превалированием частоты случаев с хорошим исходом (79,7% и 65,6%, соответственно). При использовании рекомендованных комплексных подходов и применение оптимизированных методов лечения удалось заметно уменьшить (на 9,1 %) и число случаев неудовлетворительных результатов лечения.

Также, при изучении результатов лечения наблюдаемых нами больных было установлено большое число случаев с инфекционными и ортопедическими осложнениями среди пациентов из контрольной группы. Это, на наш взгляд, было обусловлено тяжестью самой травмы, сроками доставки пострадавших в клинику и технологии лечения больных с последствиями переломами длинных костей. Необходимо отметить, что сравнительный анализ результатов лечения наблюдаемых пациентов с данными других авторов показывает, что

аналогичные осложнения отмечены в 14% случаев.

Заключение **Основные научные результаты диссертации**

1. Основными причинами допущения тактических ошибок при лечении переломов длинных костей являются неадекватная анестезия, не позволяющая выполнить в полном объеме первичную хирургическую обработку раневых поверхностей (12,1%), неправильный выбор типа фиксации (19,7%) и метода лечения (6,1%), обусловленный недостаточным оснащением стационара необходимым оборудованием и несоответствующей квалификацией оперирующего хирурга. [3-А,9-А,11-А]
2. Развитие ранних (13%) и поздних (15%) осложнений при переломах длинных костей конечностей напрямую зависит от качества, срока оказания первой медицинской, специализированной помощи пострадавшим и тяжести повреждений анатомических структур конечностей. [5-А, 14-А,15-А,16-А]
3. Разработан алгоритм лечения пациентов с переломами длинных костей, способствующий профилактике инфекционных и ортопедических осложнений и восстановлению функции поврежденной конечности. [3-А,4-А,21-А,]
4. Наилучшие ближайшие и отдаленные результаты лечения переломов длинных костей получены: при проведении радикальной первичной хирургической обработки раны при открытых переломах в комплексе со своевременным лечением травматической болезни; корригировании нарушенной региональной гемодинамики; применении стабильного остеосинтеза. [6-А,10-А,15-А]

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. При подготовке врачей – травматологов необходимо акцентировать внимание на проблемах лечения и профилактики осложнений при переломах длинных костей, начиная с момента догоспитального оказания помощи.
2. Лечение пострадавших с переломами длинных костей конечности должно осуществляться в ранние сроки после коррекции и восстановления гемодинамических показателей пациента в специализированных учреждениях.
3. Правильный выбор тактики лечения при переломах длинных костей с применением инновационной технологии, использованием антиоксидантов и антиагрегантов значительно уменьшает риск развития ранних и поздних осложнений.

Качественное и своевременное оказание догоспитальной помощи, радикальная хирургическая обработка с фасциотомией при открытых переломах, правильно технически выполненный остеосинтез с применением современных технологий при переломах длинных костей способствуют ранней реабилитации пациента и повышению качества его жизни.

Список публикаций соискателя ученой степени **Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А] Абдулоев М.С. Факторы риска и профилактика венозных тромбоэмболических осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, К.С. Мирзобеков, А.Т. Аскарров // Вестник Академии медицинских наук – Душанбе 2018. - №1. - С. 44-52.
- [2-А] Абдулоев М.С. Истифодаи ауто ва ксенотрансплантатҳо хангоми бугумҳои козиби кулфак / М.А. Шарипов, С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев// журнал Авчи зухал. –Душанбе 2016. -№4.- С.- 10-12.
- [3-А] Абдулоев М.С. Случай успешного лечения ложного сустава большеберцовой кости / С.Х. Курбонов, Б.Н. Хасанов, М.С. Абдулоев //Вестник Академии медицинских наук – Душанбе 2016. -№3 -С. 116-119.

[4-А] Абдулоев М.С. Проблема лечения переломов проксимального отдела бедренной кости перспективные направления в лечении переломов /С.Х. Курбонов, И.А. Юнусов, А.А. Шарипов, М.С. Абдулоев //Вестник Академии медицинских наук – Душанбе 2016. -№4- С. 145-149.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[5-А] Абдулоев М.С. Анализ результатов стабильно – функционального остеосинтеза при переломах длинных костей нижних конечностей / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, Ч.Б. Мавлонов, А.Т. Аскарров // материалы 67 –ой годичной международной науч.- практ. конф., посвящённой 80 - летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2019. - С.253.

[6-А] Абдулоев М.С. Анализ результатов ревизионного остеосинтеза при хирургическом лечении переломов длинных костей конечностей / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, К.С. Мирзобеков, Б.Н. Хасанов // материалы 67 –ой годичной международной науч.- практ. конф., посвящённой 80 - летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино.. – Душанбе, 2019. С260.

[7-А] Абдулоев М.С. Замещение пострезекционных дефектов проксимального отдела бедренной кости / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, М.А. Шарипов // Современные подходы в диагностике и лечения злокачественных новообразований в Республики Таджикистан. Сбор. Научных трудов – Душанбе, 2019. - С.248.

[8-А] Абдулоев М.С. Анализ ошибок при лечении больных с переломами длинных костей конечности / М.С. Абдулоев, С.Х. Курбонов, М.А. Шарипов, М.Г. Хамидов // Научно – медицинский журнал Симург – Душанбе, 2019. - №3. -С.37-42.

[9-А] Абдулоев М.С. Анализ тактических, технических и организационных ошибок при остеосинтезе длинных костей /М.С. Абдулоев, К.С. Мирзобеков, А.А. Шарипов // Материалы XIV международной научно – практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» – Душанбе 2019. -С.127.

[10-А] Абдулоев М.С. Хирургическое лечение несросшихся переломов и ложных суставов костей предплечья / С.Х. Курбонов, И.А. Юнусов, М.С. Абдулоев // материалы науч.- практ. конф. с международным участием, посвященной 90 – летию со дня рождения профессора Н.П. Демичева г. Астрахань 2019. -С.66-67.

11-А] Абдулоев М.С. Анализ ошибок при остеосинтезе переломов длинных костей конечностей / С.Х. Курбонов, М.А. Шарипов, М.С. Абдулоев, И.А. Юнусов //материалы науч.- практ. конф. с международным участием, посвященной 90 – летию со дня рождения профессора Н.П. Демичева г. Астрахань -2019. - С.63-64.

[12-А] Абдулоев М.С. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости \ С.Х. Курбонов, М.А. Шарипов, М.С. Абдулоев // материалы науч.- практ. конф.с международным участием, посвященной 90 – летию со дня рождения профессора Н.П. Демичева г. Астрахань 2019.- С.65-66.

[13-А] Абдулоев М.С. Тактические и технические ошибки при лечении переломов длинных костей / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, А.А. Шарипов // материалы 64 –той науч. – практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины». Душанбе 2018. С.-287-288.

[14-А] Абдулоев М.С. Ошибки и осложнения при оперативном лечении перелома бедренной кости / М.С. Абдулоев, М.М. Амони, К.С. Мирзобеков // материалы XIII науч. – практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» – Душанбе 2018. -С.129.

[15-А] Абдулоев М.С. Анализ результатов остеосинтеза переломов диафиза бедра и костей голени интрамедулярными блокирующими штифтами / М.С. Абдулоев, М.М. Амони // материалы XIII науч. – практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» – Душанбе 2018. - С.141.

[16-А]. Абдулоев М.С. Ошибки и осложнения при оперативном лечении переломов бедренной кости / С.Х. Курбонов, И.А. Юнусов, М.С. Абдулоев, А.А. Шаприпов // XI всероссийского съезда травматологов – ортопедов достижения российской травматологии и ортопедии –СПБ - 2018. -С.418-419.

[17-А] Абдулоев М.С. Комплексное лечение хронического остеомиелита с применением костной и мышечной пластики / А.Т. Аскарлов, А.А. Раззоков, Б.Н. Хасанов, М.С. Абдулоев // сборник научных статей 65 годичной международно науч.- практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино – Душанбе-2017. - С.180-181.

[18-А] Абдулоев М.С. Тактические и технические ошибки при лечении переломов длинных костей /С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, А.А. Шарипов, М.А. Шарипов //IX съезд травматологов – ортопедов Узбекистана. Актуальные вопросы травматологии – ортопедии, посвящённый 85 – летию Научно – исследовательского института травматологии ортопедии – Ташкент 2017. - С.159-160.

[19-А] Абдулоев М.С. Анализ ошибок и осложнения при применении костно пластических операции у больных с хроническим остеомиелитом трубчатых костей / И.Г. Мухамедова, И.Р. Назаров, М.С. Абдулоев //материалы 64 –той науч.– практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины»- Душанбе 2016. -С.339.

[20-А] Абдулоев М.С. Применения ауто и ксенотрансплантатов при ложных суставах ключицы / М.А. Шарипов,С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев // материалы 64 –той науч. – практ.конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины». Душанбе 2016. - С. 411.

[21-А] Абдулоев М.С. Ошибки и осложнения при костной пластики при несращениях и псевдоартрозах плечевой кости /Б.Н. Хасанов, С.Х. Курбонов, А.А. Раззоков, М.С. Абдулоев // материалы 64 –той науч. – практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины». Душанбе 2016. С.400.

[22-А] Абдулоев М.С. Диагностические, тактические и технические ошибки при лечении переломов длинных костей конечностей /М.С. Абдулоев, А.А. Шарипов, С.Х. Абдулоев // научно – практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан - Душанбе 2016. -С.121.

Патент на изобретение.

[23-А] Способ замещения костных полостей при лечении больных хроническим остеомиелитом. /Курбонов С.Х., Абдулоев М.С., Юнусов И.А., Шарипов А.А.// Патент № 1103 от 18. 07.2020 г.

Рационализаторское предложение:

[24-А] Способ замещения костного дефекта измельчённым костным ксенотрансплонтантом в сочетании с плазмотерапией. /Курбонов С.Х., Абдулоев М.С.// Рационализаторское предложение № 000301 от 22.04.2020г

Перечень сокращений и условных обозначений

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

АВФ – аппарат внешней фиксации

в\3- верхняя треть

ЗП – закрытый перелом

КДА – компрессионно – дистракционный аппарат

н\3 – нижняя треть

НМЦ РТ – Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

ОП – открытый перелом

ПДК - перелом длинных костей
ПХО – первичная хирургическая обработка
РТ- Республики Таджикистан
с\3 – средняя треть
СОИ-1 – стандартизированная оценка исходов

**МДТ “ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ
СИНО”**

УДК: 616.717\718 – 001.5 -089 – 06

АБДУЛОЕВ МУҲТОҚШОХ САДУЛОЕВИЧ

**РОҲҲОИ БЕҲТАР НАМУДАНИ ТАБОБАТИ АВРИЗҲОИ ШИКАСТАҲОИ
УСТУНХОНҲОИ ДАРОЗ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т И

**дисертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиб
аз рӯи ихтисоси 14.01.15 - травматология ва ортопедия**

Душанбе – 2021

Таҳқиқот дар базаи кафедраи травматология, ортопедия ва чарроҳии ҳарбии саҳроии Муассисаи давлатии таълимии «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»- и Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст

Роҳбари илмӣ: **Қурбонов Сайбилол Хушвахтович** - доктори илмҳои тиб, дотсент

Муқарризи расмӣ: **Сирочов Қутбуддин Ҳасанович** - доктори илмҳои тиб, дотсент, мудир кафедраи осебшиносӣ ва раддодии МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Назаров Ҳасан Насруллоевич - номзади илмҳои тиб, мудир шуъбаи осебшиносӣ ва ортопедии Беморхонаи клиникӣ вилояти Хатлон ба номи Б.Воҳидови ВТ ва ҲИА ҚТ

Муассисаи тақриздиханда: Донишгоҳи давлатии тиббии Шимолу Ғарбии ба номи И.И. Мечникови Вазорати тандурустии Русия.

Ҳимояи диссертатсия «___» «_____» с.2021, соати «___» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии бД.КOA-025 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино », суроғаи 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139 баргуздор мегардад.

Бо диссертатсия дар китобхона (734003, Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) ва дар сомонаи расмии (www.tajmedun.tj) Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ Ибни Сино шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» «_____» с. 2021 ирсол гардид.

Котиби илмӣ
Шӯрои диссертатсионӣ,
Доктори илмҳои тиб

Юнусов И.А.

Муқаддима

Аҳамият ва зарурати баргузори таҳқиқот аз рӯи мавзӯи диссертатсия.

Пешрафти сареъи илмӣ ва техникӣ боиси афзоиши назарраси чароҳатҳо, тағйирёбии вазнинӣ ва табиати онҳо, зиёд шудани шумораи чароҳатҳои мураккаб, сершумор ва омехта, шикастаҳои кушоди устухонҳои дароз, аз ҷумла чароҳатҳои васеи бофтаҳои мулоим гардид. Тавре ки таҳқиқотҳои клиникӣ нишон медиҳанд, мушкilotи табобати шикастани устухонҳои дароз то ҳол ҳалли ниҳоии худро наёфтааст. Интихоби нодурусти тактикаи табобат амалан боиси пайдоиши буғумҳои козиб, иллатҳои бофтаҳои устухон, пайдоиши аворизҳои чиркноку сироятӣ мегардад, ки оптимизатсияи тактикаи табобати чарроҳиро тақозо мекунад. Мушкilotи рафъи чунин оқибатҳо на танҳо аҳамиятнокии худро гум накарда, балки хусусияти муҳими тиббию биологӣ ва иҷтимоӣ низ касб кардааст (Раззоқов А.А. ва диг., 2001; Ҷумабеков С.А. ва дигарон, 2011; Сирочов К.Х. ва диг.) ., 2013; Урунбоев Д.У. ва дигарон, 2014; Барабаш Ю.А. ва дигарон, 2014).

Ҳатогихо дар амалияи клиникӣи травматологӣ- ортопедӣ зиёд дучор меоянд. Дар 96% беморон, ҳам бо шикастаҳои пӯшида ва ҳам кушода, Ҳангоми ташхис, интиқол ва табобат ҳатогихо ба амал меоянд. Дар натиҷа, пас аз шикастани устухонҳои дарози скелет мушкilot то 30-35% -ро нишон медиҳад (Қурбонов С.Х. ва дигарон, 2016; Климовитский В.Г. ва дигарон, 2016; Костиев Р.Э. ва дигарон, 2016; NaugL ва диг., 2016). Дар байни онҳо буғумҳои казоб ва сабзиш наёфтаи шикастаҳои устухонҳои дароз 55,1, суст афзоишбанда - 26,4%, нодуруст афзоишбанда -13%, устухонҳои иллатнок - 5,5%-ро ташкил медиҳанд. Ҳангоми остеосинтези шикастҳои пӯшидаи устухонҳои дароз, онҳо дар 12-17% ҳолатҳо ба қайд гирифта шуданд (Тошматов А.М., 2015). Шумораи натиҷаҳои ғайриқаноатбахши шикастани устухонҳои системаи таҷаю ҳаракат аз 10 то 15,5% -ро ташкил медиҳад, ки дар байни онҳо 70% ба шикастаҳои устухонҳои дароз, ки аксар вақт боиси талафоти қобилияти қорӣ ва паст шудани сифати зиндагӣ мегарданд, рост меояд (Науменко Л.Ю. ва диг., 2018; Панов А.А. ва диг. 2018; Салоҳидинов Ф.Б. ва диг., 2018).

Дар амалияи васеъ татбиқ намудани усулҳои муосири остеосинтез бо истифода аз тарҳҳои гуногун (мустваққамкунии дохилӣ ва беруни) имкониятҳои травматологҳо Ҳангоми табобати беморони гирифтори шикастаҳои сершумори устухонҳои дарози скелет зиёд намуд. Дар айни замон таҷрибаи зиёди клиникӣи истифодаи онҳо ҳосил шудааст.

Дар айни замон оид ба масъалаҳои тактикаи фаъоли чарроҳӣ дар самти пешгирӣ, мӯҳлат ва усулҳои остеосинтез дар беморони шикастаи устухони андомҳои ҳаракат фикри ягона вучуд надорад.

Таъсири ҳатогихо ба рушди аворизҳо дар табобати беморони шикастаи устухонҳои дароз вобаста аз сатҳи расонидани ёрии тиббӣ дар муассисаҳои тиббӣ, инчунин ба роҳ мондани пайвастагӣ байни ҳатогихо ва аворизҳое, ки дар марҳилаҳои гуногуни табобат ба вучуд меоянд, боиси тавачҷӯх мебошад. Натиҷаҳои умумии номусоиди табобати шикастаҳои устухонҳои дароз аз дер қабул шудани осебдидаҳо ба муассисаҳои тиббӣ ва ҳатогихо дар расонидани ёрии тиббӣ дар давраи пеш аз беморхона вобастагӣ дорад. Дар робита ба ин, таҳлили аворизҳо вобаста ба ҳатогихо Ҳангоми расонидани кӯмак ба осебдидагон вазифаи таъхирнопазир аст, ки ҳалли он ба баланд шудани сифати ёрии тиббӣ ба осебдидагон мусоидат мекунад. Набудани таҳқиқоти умумӣ оид ба ин мушкilot дар Тоҷикистон аз муҳимиятнокии он шаҳодат медиҳад, ки ин боиси интихоби мавзӯи интихобшудаи қори илмӣ шудааст.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ

Ҳангоми интихоби тактикаи табобати чарроҳӣ вазнинии чароҳат, хусусияти шикаст, дарачаи инкишофи садама ва мӯҳлати табобат аз лаҳзаи гирифтаи чароҳат нақши ҳалкунанда дорад, ки имконияти мӯйян намудани нишондиҳандаро барои истифодаи технологияи инноватсионӣ фароҳам меорад.

Мувофиқи маълумотҳои адабиёти солҳои охир истифодаи пластики устувори қунҷ дар беморони шикастаи устухонҳои дарози гуногуни маҳалли қойгиршавӣ шумораи мушкilotи гуногуни ортопедиро қоҳиш додааст.

То ба имрӯз алгоритми ягонаи амали табиб Ҳангоми табобати беморони шикастаи

устухонҳои дароз, бо назардошти интихоби пайдарпай, вақт, усулҳо ва марҳилаҳои остеосинтез, вобаста ба вазъи умумии беморон ва табиати шикастабандӣ, ки имконияти кам намудани шумораи аворизҳо ва паст шудани шумораи иштибоҳҳо ба миён меорад, таҳия нагардидааст.

Заминаҳои назариявӣ ва методологии таҳқиқот

Бо назардошти пайдоиши имкониятҳои нави технологӣ дар травматологияи муосир таҳияи усулҳои нави амалиёт ва такмил додани усулҳои мавҷудаи табобат, асосноккунии тактикаи табобат барои беморони шикастаи устухонҳои дарозии андомҳо барои травматологияи муосир аҳамиятнок боқӣ мондааст. Натиҷаҳои пешниҳодшуда боварибахшанд ва метавонанд дар сохтори амалии тандурустии ҚТ пешниҳод карда шаванд.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Мақсади таҳқиқот. Ошкор намудани сабабҳои пайдоиши авориз ҳангоми табобати шикасти устухонҳои дароз дар асоси ташҳиси ҳамаҷонибаи осебдидагон, такмил додани тактикаи табобат ва таҳияи барномаи оқилонаи чораҳои пешгирикунанда барои коҳиш додани онҳо.

Объекти таҳқиқот. Ҳадафи таҳқиқот 103 нафар беморони шикастаи устухонҳои дароз буданд, беморон дар кафедраи травматология, ортопедия ва чарроҳии ҳарбии саҳроии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" дар давраи аз солҳои 2013 то 2018 муоина ва чарроҳӣ карда шуданд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот таҳлили маълумотҳои анамнестикӣ (ҳолатҳои осебпазирӣ, вақт ва усулҳои расонидани кӯмак, аз давраи пеш аз беморхона), ташҳис, табобат, пешгирии мушкilotи шикастани устухонҳои дароз буд.

Масъалаҳои таҳқиқот. Муайян намудани сабабҳои асосии пайдоиши аворизҳо ҳангоми табобати шикастани устухонҳои дароз вобаста аз ҳатоғҳои роҳдода.

Муқаррар намудани вобастагии басомади барвақтӣ ва баъдинаи аворизҳо ҳангоми табобати шикастани устухонҳои дароз вобаста аз мӯҳлати нигоҳубин ва технологияи табобати шикастагӣ.

Таҳияи тактикаи табобат ва тавсияҳои амалӣ оид ба пешгирии аворизҳо ҳангоми табобати шикастани устухонҳои дароз бо усулҳои гуногуни табобат бо назардошти технологияҳои нав.

Омӯзиши натиҷаҳои фаврӣ ва дарозмуддати табобати шикастҳо, бугумҳои козиб, сабзиши нодурусти шикастаҳои устухонҳои дарозии андомҳо вобаста аз технологияи табобат.

Усулҳои таҳқиқот. Барои муоинаи беморони шикастаи устухонҳои дароз маҷмӯи усулҳои иловагӣ, аз ҷумла омӯзиши клиникӣ, лабораторӣ ва рентгенӣ, томографияи компютерӣ истифода шуданд. Ин равиш имкон дод, ки раванди клиникӣ ва натиҷаҳои функционалӣ дар давраҳои гуногуни табобат дар беморони шикастаи устухонҳои дарозии андомҳо арзёбӣ карда шавад.

Соҳаи таҳқиқот. Диссертатсия тибқи шиносномаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯи ихтисоси 01/14/15 - Травматология ва ортопедия ба анҷом расонида шудааст ва ба нуктаҳои зерин мувофиқ аст:

1. Омӯзиши этиология, патогенез ва паҳншавии бемориҳои андомҳои ҳаракат.
2. Омӯзиши чароҳатҳо ва таҳияи усулҳои пешгирии онҳо.
3. Таҳия ва такмили усулҳои ташҳис ва пешгирии бемориҳо ва чароҳатҳои сохтори ҳаракат.
4. Коркарди клиникӣ усулҳои табобати бемориҳо, чароҳатҳои сохтори ҳаракат ва дар амалияи клиникӣ чорӣ намудани онҳо.

Марҳилаҳои таҳқиқот. Навишти диссертатсия марҳила ба марҳила сурат гирифтааст. Дар марҳилаи аввал оид ба масъалаи мазкур шарҳи адабиёт гузаронида шуда, мақсад ва вазифаҳои диссертатсия таҳия гардиданд. Минбаъд, ҷамъоварии мавод дар мавзӯи интихобшудаи диссертатсия анҷом дода шуд; мақолаҳо, тезисҳо ва бобҳои диссертатсия навишта шуданд. Натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда имкон доданд, ки хулосаҳои концептуалӣ оид ба оптимизатсияи тактикаи табобати чарроҳии беморони шикастаи устухонҳои дароз таҳия карда шавад.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоиши таҳқиқот. Дар кор маълумот аз рисолаҳое, ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва дар кишварҳои хориҷӣ (Русия, Аврупо) дифоъ карда шудаанд, мақолаҳои илмӣ дар маҷаллаҳо ва конференсиҳо оид ба таъбири чарроҳии шикастани устухонҳои дароз мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Таҳқиқот дар заминаи кафедраи травматология, ортопедия ва ва чарроҳии ҳарбии саҳроии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ Ибни Сино" гузаронида шуд.

Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсионӣ. Алгоритм барои амали табиб ҳангоми таъбири беморони шикастани устухонҳои дароз бо назардошти интихоби пайдарпай, вақти усулҳо ва марҳилаҳои остеосинтез вобаста ба ҳолати умумии беморон ва хусусияти шикастани он таҳия шуд. Ин имкон медиҳад, ки шумораи аворизҳо кам ва ҳатоҳои роҳдода паст карда шаванд.

Қоркарди омӯрӣ эитимоднокии натиҷаҳоро тасдиқ кард. Ҳама натиҷаҳо ва ҳулосаҳои бадастомада ба принципҳои тибби далелнок асос ёфтаанд.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот. Бори аввал дар Ҷумҳурии Тоҷикистон сабабҳо, вазнинии чароҳатҳо, басомади ҳатоҳои ва аворизҳо ҳангоми таъбири беморони шикастани устухонҳои дароз вобаста аз мӯҳлати нигоҳубин ва технологияи таъбири шикастаҳо мавриди омӯзиш қарор гирифтанд.

Алгоритми таҳхиси маҷмӯӣ ва таъбири беморони осебдидаи шикастани устухонҳои дароз таҳия шуд, ки самаранокии ҳудро дар амал нишон дод.

Усулҳои анъанавӣ ва муосири таъбири чарроҳии шикастани устухонҳои дароз таҳлил дода шуданд. Усули пур кардани нуқси устухон дар ҳолати пур намудани манбаи вайроншудаи устухон бо сементи устухон ва аутопластикаи устухони пешниҳод карда шуд, ки барои он патенти ҚТ ба даст оварда шуд, №1103, соли 2020.

Арзиши назариявии таҳқиқот. Натиҷаҳои таҳқиқот, ки саводнокии духтурони травматолог ва чарроҳонро дар бораи ҳатоҳои ва аворизҳо ҳангоми таҳхис ва таъбири шикастани устухонҳои дароз зиёд мекунад, метавон дар раванди таълимии муассисаҳои тиббӣ истифода бурд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот. Усулҳои анъанавӣ ва муосири таъбири чарроҳии шикастани устухонҳои дароз таҳия ва таҳлил дода шуд, ки имконияти баланд бардоштани сифати кӯмакро ба ин гуруҳи беморон зиёд мекунад. Дар ҳолати таъбири душвори манбаи вайроншудаи устухон, усули пур кардани нуқси устухон бо сементи устухон ва аутопластикаи устухони пешниҳод карда шуд, ки барои ин аз ҚТ патент гирифта шуд, №1103, соли 2020.

Муқаррароте, ки барои ҳимоя пешниҳод мешавад:

1. Иштибоҳҳое ки дар давраҳои расонидани ёрии тиббӣ ба беморони гирифтори шикастани устухонҳои дарози андомҳо роҳ меёбанд, ба натиҷаҳои таъбир ва пайдоиши аворизҳои гуногуни сироятӣ ва ортопедӣ ва натиҷаҳои он ба андозаи калон таъсири назаррас мерасонанд.

2. Муайян кардани сабаби пайдоиши аворизҳо ва пешгирии онҳо метавонад натиҷаҳои анатомӣ- функционалии таъбирро беҳтар намуда, шумораи аворизҳои сироятӣ ва ортопедиро коҳиш диҳад.

3. Аворизҳои барвақтӣ ва баъдӣ ҳангоми таъбири шикастани устухонҳои дароз аз вақт ва сифати кумаки аввалия, ёрирасонии махсус, вазнинии чароҳати сохти анатомӣ ва технологияи остеосинтез вобаста аст.

4. Расонидани кӯмаки босифати пеш аз беморхонвӣ, мурочиати саривақтӣ ба клиникаи махсус, интихоби тактикаи оптималии таъбир, истифодаи дурусти техникаи остеосинтез бо истифодаи технологияҳои муосир барои шикастани устухонҳои дароз ба коҳиш додани мушкilotи ортопедӣ, сироятӣ ва маҷбӯбӣ мусоидат мекунад.

Саҳми шахсии довталаб. Муаллиф шахсан беморонро муоина намуда, усулҳои нави пешгирӣ ва алгоритми таъбири шикастани устухонҳои дарози андомҳо таҳия кард. Ӯ, инчунин, амалиёт анҷом дода, натиҷаҳои маводи чарроҳиро мавриди таҳлил намуд ва диссертатсия навишта ба итмом расонид. Муаллиф қоркарди омӯри маълумоти бадастовардари мустақилона иҷро кард.

Апробацияи диссертатсия ва маълумот дар бораи истифодаи натиҷаҳои он.

Муқаррароти асосии қори диссертатсия дар конференсияҳои илмӣ-амалии солонаи олимони ҷавон ва донишҷӯёни ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (с. 2016,2017,2018,2019,2020), дар Конференсияи ҷумҳуриявии илмӣ-амалии травматологҳои Тоҷикистон (ш. Кӯлоб, с. 2016), дар ҷаласаи байникафедравии комиссияи экспертӣ-проблемавӣ оид ба фанҳои ҷарроҳии МДТ "ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино" маъруза ва муҳокима гардиданд.

Наشري натиҷаҳои диссертатсия.

Дар асоси маводи диссертатсия 22 қорҳои илмӣ ба таърифи расид, аз он ҷумла 4 мақола дар нашрияҳои тақризшавандаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. Патент барои ихтироот №1103 аз 18.07.2020 с. дар мавзӯи "Усули иваз кардани шикофҳои устухон дар табобати беморони остеомиелити музмин" гирифта шуд. Пешниҳоди навоаронаи № 000301 аз 22.04.2020 ба қайд гирифта шуд - "Усули иваз кардани нуқси устухон бо ксенографти шикастаи устухон дар якҷоягӣ бо табобати плазмавӣ."

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар 119 саҳифаи матни ҷопӣ таълиф гардида, аз муқаддима, тавсифи умумии қор, шарҳи адабиёт ва 3 боби таҳқиқоти шахсӣ, хулоса ва феҳристи адабиёт иборат аст. Рӯйхати библиографӣ 135 номгӯи маъхазҳоро дар бар мегирад, ки 95-тои он бо забони русӣ ва 40-тоаш муаллифони хориҷии англисизабон мебошанд. Диссертатсия бо 14 ҷадвал ва 29 расм тасвир шудааст.

Мухтавои диссертатсия

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Қори диссертатсионӣ аз рӯи натиҷаҳои таҳхис ва табобати 103 бемор бо шикастани устухонҳои дароз асоснок карда шудааст. Беморон дар Шӯъбаи травматология ва ортопедияи Муассисаи давлатии Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон "Шифобахш" дар давраи аз солҳои 2013 то 2018 муоина ва ҷарроҳӣ карда шуданд.

Вобаста аз технологияи табобат беморон ба ду гурӯҳи клиникӣ тақсим карда шуданд: гуруҳи асосӣ (66 (64,1%) бемороне, ки бо истифода аз тактикаи оптимизатсионии табобат муолиҷа карда шуданд;

гурӯҳи назоратӣ (37 (35,9%) бемороне, ки бо усули анъанавии табобат муолиҷа карда шуданд.

Ҳангоми таҳлили маводи клиникӣ муқаррар карда шуд, ки қисми зиёди беморони ҳам дар гурӯҳи асосӣ ва ҳам гуруҳи назоратӣ мардҳои (мутаносибан 72,7% ва 83,8%) синни қобили меҳнатӣ мебошанд, ки ин иштироки бештари онҳоро дар қорҳои осебпазир нишон медиҳад.

Аз 103 бемор 87 нафар (84,5%) дар давоми 72 соат ба шӯъбаи травматология мурочиат намуданд. Мурочиати дери беморон аз лаҳзаи осеб гирифтани то қабул шудан ба клиникаи травматологӣ аз сабаби дур будани ҷои ҷароҳатбӣ буд. Ҳангоми ҳолати вазнини беморон пас аз гирифтани ҷароҳат дар ҷои ҳодиса гузаронидани ҷароҳии зидди садамавӣ зарур шуд. Беморон пас аз баромадан аз ҳолати садамавӣ ва гирифтани ёрии аввалини тиббӣ дар клиникаи травматологияи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон бистарӣ карда шуданд.

Пеш аз дохил шудан ба шӯъба ба беморон дар маҳалли ҷароҳатбӣ ёрии тиббӣ, ба монанди табобати аввалияи ҷарроҳии ҷароҳат, остеосинтези шикаст, иммобилизатсияи нақлиётӣ ва табобати антибиотикӣ гузаронида шуд.

Ҳангоми муоинаи беморони шикастаи устухонҳои дароз маҷмӯи усулҳои иловагӣ, аз ҷумла омӯзиши клиникӣ, лабораторӣ, рентгенӣ ва томографияи компютерӣ истифода шуд. Ин равиш имкон дод, ки раванди клиникӣ ва натиҷаҳои функционалӣ дар давраҳои гуногуни табобат дар беморони шикастаи устухонҳои дарози андомҳо арзёбӣ карда шавад.

Муоинаи клиникӣ хусусияти анъанавӣ дошт, аммо дар айни замон он дорои хусусиятҳои хоси худ буд. Ҳангоми амиқ ҷамъ намудани анамнез вақт ва хусусияти ҷароҳат ва ҷои расонидани ёрии тиббӣ муайян карда шуд. Шикоят ва анамнезҳо мавриди омӯзиш қарор гирифтанд. Вазни бадан чен карда шуда, нишондодҳои гемодинамикӣ омӯхта шуд. Арзёбии вазъи маҳаллӣ дар бар мегирад: намуди зохирии бемор, меҳвари дасту пой, намуди зохирии пӯст дар сатҳи зарарбӣ, мавҷудияти деформатсия, нуқсонҳои устухон ё кӯтоҳ шудани сегмент, инчунин ҳолати ҳаракатҳои фаъол ва пасив дар буғумҳои омехта.

Муоинаи лабораторӣ таҳлили клиникӣ хунро бо омӯзиши мавҷудоти гемоглобин,

гематокрит, эритроцитҳо ва лейкоцитҳо, инчунин омӯзиши биохимиявии таркиби сафедаҳо, билирубин, электролитҳо, қанд, вақти лахташавии хунро ҳам ҳангоми қабул ва ҳам дар динамика дар бар мегирад.

Муоинаи микробиологии мавҷудоти захм аз дохили носур барои муайян кардани навъи микробҳо ва ҳассосияти онҳо ба антибиотикҳо пешбинӣ шуд.

Дар ҳама беморон бо мақсади арзёбии чойгоҳ ва хусусияти шикаст дар вақти қабул ва дар динамика бо мақсади баҳодихии топографӣ ва анатомияи тағирёбии устухонҳои дасту пой, арзёбии натиҷаҳои табобат ва саривақт муайян кардани мушкилот рентгенография гузаронида шуд. Аксбардории рентгенӣ бо дастгоҳи EDR-750 В гузаронида шуд.

Фистулография барои муайян кардани топографияи гузаргоҳҳои фиста, умқи паҳншавии онҳо дар минтақаи зарардида ва муайян кардани ихроҷ дар 7 бемори гирифтори остеомиелит пас аз ҷароҳат истифода шудааст.

Томографияи компютерӣ дар 16 бемор бо мақсади зерин истифода шудааст: арзёбии муфассали сохтори дохилии бофтаи устухон ва шираи (мазоли) пайдошудаи устухон; ошкор дар марҳилаҳои аввали некрозии асептикии саракҳои устухонҳои рон ва китф пас аз остеоинтез; аниқ кардани навъи шикастагӣ ва намуди чойивазкунии шикастапораҳо.

Дар давраи пеш аз ҷароҳӣ, дар 42 беморе, ки ҷароҳати устухонҳои дарози андомҳои поёниро доранд, бо мақсади истисно кардани осеби рағҳо, флебит ва муайян кардани суръати гардиши хун доплерография гузаронида шуд. Ҳамзамон, ба вазифа мазкур омӯзиши ҳолати дастгоҳи клапани рағҳои варидӣ, муайян кардани гематома, фишурдани рағҳо ва ғ. дохил мешуд.

Барои таҳлили сабабҳои пайдоиши аворизҳои чирк хусусиятнокии микрофлора дар 11 бемори гирифтори остеомиелит пас аз осебёбӣ омӯхта шуд.

Коркарди омории мавод бо истифодаи баъсаи барномаи интихобии Statistica 10.0 (Statsoft, ИМА) анҷом дода шуд. Арзиши миёнаи (М) ва ҳатогии стандартии он ($\pm m$) ҳисоб карда шуда, таносуб (%) барои қиматҳои нисбӣ муайян гардид. Таксимоти муқаррарии интихоб бо истифода аз меъёри Шапиро-Вилк муайян карда шуд. Муқоисаи чуфтшудаи нишондиҳандаҳои сифатӣ бо истифода аз санчиши χ^2 , бо миқдори ками мушоҳидаҳо (<10), ислоҳи Йейтс, инчунин озмоиши дақиқи Фишер (<5) истифода карда шуд. Тафовутҳо дар $p < 0.05$ аҳамияти оморӣ доштанд.

Таҳлили аворизҳо вобаста ба ҳатогҳои роҳдода ҳангоми табобати беморони шикастаи устухонҳои дароз

Ҳангоми таҳлили варақаи беморӣ муқаррар карда шуд, ки дар беморони дорои оқибатҳои шикаст натиҷаҳои табобат мустақиман бо нуксонҳо ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ, вазнинии ҳуди ҷароҳат ва мӯҳлати қабул ба клиникаи махсус алоқаманданд.

Ҳангоми таҳлили мурочиатҳо маълум гардид, ки танҳо 16 (15,5%) беморон дар давоми 3 то 12 соати пас аз гирифтани ҷароҳат ба табобати статсионарӣ фаро гирифта шуданд, 87 (84,5%) беморон бошанд, дар давоми пас аз 72 соат қабул гардиданд. Қабули беморон ба клиника дар рӯзи 3-юм ва муҳлатҳои дертар аз лаҳзаи осебёбӣ аз масофа аз ҷои осебёбӣ вобастагӣ дорад. Бояд қайд кард, ки ба осебдидагон, ки барои оқибатҳои шикастани устухони дароз ҷароҳҳои гуногун гузаронидем, кумаки аввалияро дар беморхонаҳои ноҳиявӣ гирифтанд.

Бо назардошти маълумоти дар боло овардашуда, таҳлили ҳатогӣ, ки ҳангоми расонидани кӯмаки аввалия аз ҷониби духтурони беморхонаҳои ноҳиявӣ роҳ дода шуд, гузаронида шуд.

Бояд қайд намуд, ки аз ҷониби табибони гуруҳи аввал ҳангоми расонидани кӯмаки аввалия ва ҳам дар оянда як қатор ҳатогҳои тактикӣ ва техникӣ рух медиҳанд. Ба содир намудани ин ҳатогҳо якҷанд омилҳо мусоидат мекунанд.

Дар ҳолати осебёбии аввалия ҳатогҳо пеш аз ҳама бо хусусиятҳои омилҳои этиологӣ, вазъи вазнини бемор, хусусияти ҳамбастагии зарарёбӣ, сатҳи хидмати аввалияи тиббӣ ва омодагии аҳоли, ронандагон, кормандони БДА дар расонидани ёрии аввалия ба осебдидагон дар ҷои ҳодиса, инчунин тахассуси табиби гуруҳи аввал вобастагӣ дорад. Сарфи назар аз рушди

инфрасохтор дар ҚТ ҳангоми расонидани кӯмаки пеш аз беморхона ва беморхонавӣ хатогихое дида мешаванд, ки боиси пайдоиши аворизҳои гуногуни осебдидагон мегардад.

Расонидани ёрии тиббӣ ба чабрдидагон асосан аз ду марҳила иборат аст: ёрии махсуси тиббии пеш аз беморхона ва беморхонавӣ. Таҳлили варакаи бемориҳо нишон медиҳад, ки баъзе хатогихо дар расонидани ёрии тиббӣ дар марҳилаи пеш аз беморхона ба назар мерасанд (Чадвали 1).

Чадвали 1. - Камбудии расонидани кӯмаки пеш аз беморхона ба беморони шикастаи устухонҳои дарози дасту пой

Намуди хато	Гуруҳи асосӣ (n=66)		Гуруҳи назоратӣ (n=37)		p
	Абс	%	Абс	%	
Бе имобилизатсияи нақлиёт	53	80,3	13	35,1	<0,001
Бе бандинаи асептикӣ	13	19,7	10	27,0	>0,05
Имобилизатсияи номувофик	7	10,6	3	8,1	>0,05**
Бе дардпазкунии	48	72,7	8	21,6	<0,001*
КАЗ - и нопурра	4	6,1	2	5,4	>0,05**

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо (мувофиқи меъёри χ^2 , * бо ислоҳи Йейтс, ** мувофиқи меъёри дақиқи Фишер)

Тавре ки аз чадвали 1 дида мешавад, ба хатогихо пеш аз ҳама дар марҳилаи пеш аз беморхона роҳ дода мешаванд. Дар сохтори умумии хатогихои табобатӣ ва ташхисӣ басомадҳои зиёди ҷой надоштани имобилизатсияи нақлиёт ба назар мерасанд, ки ин хуб арзёбӣ нагардидани аҳамияти онро дар ҳолати осебёбии андоми ҳаракат нишон медиҳад.

Ҳамин тариқ, тибқи маълумоти пешниҳодшуда, 53 нафар (80,3%) маҷруҳи гуруҳи асосӣ ва 13 нафар (35,1%) гурӯҳи назоратӣ бо шикастаи устухонҳои дасту пойҳо бидуни истифодаи имобилизатсия оварда шуданд, ки дар натиҷаи ҳамлу нақли онҳо осеби иловагӣ ба пӯст ва мушакҳо дар 14 (21, 2%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 6 (16,2%) - аз гурӯҳи назоратӣ расонида шуд.

Табдилёбии шакли шикастаи пӯшида ба намуди кушод дар 2 (3,0%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) аз гурӯҳи назоратӣ мушоҳида карда шуд. Имобилизатсияи номувофиқи нақлиёт боиси шиддат гирифтани ҷараёни садамаи геморрагӣ дар 3 (4,5%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) гурӯҳи назоратӣ гардид, ки боиси шидатёбии садамаи такрорӣ гардид.

Бе гузоштани бандинаи асептикӣ ва имобилизатсияи нодуруст 20 нафар (30,3%) осебдидагон гурӯҳи асосӣ ва 13 нафар (35,1%) гурӯҳи назоратӣ интиқол дода шуданд, ки боиси пайдоиши оворизҳои сироятии захм ва шикастҳо шуданд.

Ба 48 (72,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 8 нафар (21,6%) гурӯҳи назоратӣ бедардкунӣ гузаронида нашуд.

Гурӯҳи беморони муайян карда шуда - (4 (6,1%) аз гурӯҳи асосӣ ва 2 (5,4%) аз гурӯҳи назоратӣ) пас аз ёрии аввалияи ҷарроҳии захмҳо аз муассисаҳои тиббии ноҳияҳо оварда шуданд, ки сабаби фасодёбии захмҳо гардид. Дар рафти таҳқиқот маълум гардид, ки 53 нафар беморон аз гурӯҳи асосӣ ва 13 нафар аз гурӯҳи назоратӣ дар марҳилаи пеш аз беморхона бе кӯмаки аввалияи тиббӣ қабул карда шуданд, зеро онҳо ба муассисаи махсуси тиббӣ ё тавассути нақлиёти тасодуфӣ, ё мустақилона расиданд. Беморонро, ки дар ҷои кор осеб дидаанд, пас аз расонидани ёрии аввал бо воситаи мошинаи ёрии таъҷилӣ бурдаанд. Дар байни онҳо 13 нафар (19,7%) беморон аз гурӯҳи асосӣ ва 24 нафар (64,9%) аз гурӯҳи назоратӣ буданд.

Имобилизатсияи нодуруст ё интиқоли осебдида хавфи осебёбии иловагии сохторҳои пӯсту мушакӣ, рағҳои хун ё асабҳоро меафзояд, ки дар натиҷа шиддати хунравӣ, синдроми дард бо шидатёбии садама ба амал меояд (Расми 1).

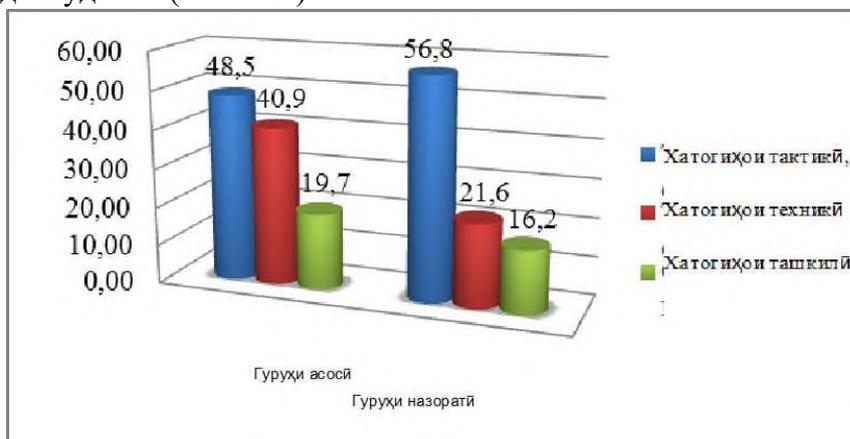


Расми 1. - Рентгени бемор А. Имобилизатсияи нодурусти сегменти осебдида

Таҳлили мо гузаронида нишон дод, ки вазифаҳои аввалиндараҷаи расонидани ёрии аввалияи тиббӣ бояд инҳо бошанд: қатъ намудани хунравӣ, пешгирии ҳолати садамавӣ, пешгирии сирояти дуҷумдараҷаи ҷойҳои осебдида, беҳаракат кардани андомҳои осебдида, бодикқат интиқол додани бемор ба муассисаи махсуси тиббӣ (бо истифода аз алгоритми расонидани кӯмак мувофиқи принципи системаи АВС). Ҳангоми риоя накардани ин шартҳо хавфи пайдоиши намудҳои гуногуни мушкilot зиёд мегардад.

Таҳлили хатогиҳои роҳи дода дар марҳилаи госпиталии табобати беморони гирифтори шикастаи устухонҳои дарози андомҳо

Ҳангоми таҳлили маводи клиникӣ дар 103 бемор 107 хатогӣ ошкор гардид, ки ба се гурӯҳи асосӣ тақсим карда шуданд: тактикӣ, техникӣ ва ташкилӣ. Зиёд будани шумораи хатогиҳо аз шумораи беморон нишон медиҳад, ки дар табобати баъзе беморон ба як қатор хатогиҳо роҳ дода шудааст. (Расми 2.)



Расми 2. - Сохтори умумии хатогиҳо дар ҳарду гурӯҳи беморони шикастаи устухонҳои дароз

Хатогиҳои тактикӣ дар гурӯҳи асосии беморон 32 ҳолат (48,5%) ва дар гурӯҳи назоратӣ 21 ҳолатро (56,8%) ташкил доданд, ки ба омилҳои зерин вобаста буданд:

- интихоби шакли ноқиллона барои ислоҳи шикастапораҳои устухон - дар 13 (19,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 9 (24,3%) аз гурӯҳи назоратӣ;

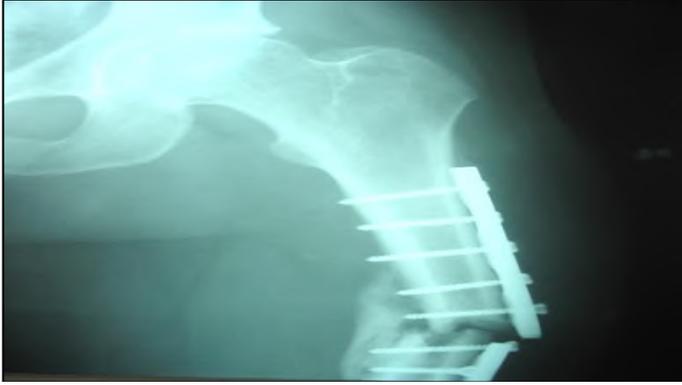
- усули татбиқшудаи бедардкунни имкон надод, ки ҷарроҳии аввалия дар 8 (12,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 4 (10,8%) беморони гурӯҳи назоратӣ пурра анҷом дода шавад;

- ҳаҷми ҷарроҳии фаврӣ бо вазнинии ҷароҳат қобили муқоиса набуд, пеш аз ҳама ин ба осебҳои якҷоя ва сершумор дахл дорад, ки дар 5 (7,6%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 3 (8,1%) гурӯҳи назоратӣ мушоҳида шуд;

- анҷом додани амалиёт дар бемороне, ки ҳанӯз ҳам дар ҳолати садамавӣ қарор доранд - дар 2 (3,0%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) беморони гурӯҳи назоратӣ;

- интихоби нодурусти усули табобат, ки дар он пурра маълум намудани минтақаи шикастан ғайриимкон аст - дар 4 (6,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 4 (10,8%) беморони гурӯҳи назоратӣ.

Ин хатогиҳоро мисоли зерин нишон медиҳад. (Расми 3.)



Расми 3. - Шикастани пластина бо омезиши пораҳои устухон

Тавре ки аз чадвали 2 дида мешавад, шумораи зиёди хатогиҳои тактикӣ дар гурӯҳи асосӣ ҳангоми остеосинтези устухони соқи пой дар 11 (16,7%) беморон, китф дар 9 (13,6%), устухонҳои дастҳо - дар 7 (10,6%).), ва устухони рон - дар 5 (7,6%) роҳ дода шуданд.

Чадвали 2. - Тақсимои хатогиҳои тактикӣ аз рӯи сегментҳо

Гурӯҳи беморон	Минтақаи шикастаҳо				Ҳамагӣ
	Устухони рон	Устухонҳои соқи пой	Устухони китф	Устухонҳои банди дастҳо	
Асосӣ (n=66)	5 (7,6%)	11 (16,7%)	9 (13,6%)	7 (10,6%)	32 (48,5%)
Назоратӣ (n=37)	7 (18,9%)	4 (10,8%)	5 (13,5%)	5 (13,5%)	21 (56,8%)
p	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо мебошад (мувофиқи санчиши дақиқи Фишер)

Бояд қайд кард, ки дар гурӯҳи асосӣ хатогиҳо дар расонидани кӯмак барои шикастани устухони соқи пой назар ба хатогиҳои устухони рон 2,5 маротиба зиёдтаранд. Дар гурӯҳи назоратӣ баръакс, нишондиҳандаи монанд дар беморони шикастани устухони рон нисбат ба шикастани устухони соқи пой 1,5 маротиба зиёдтар буд.

Дар гурӯҳи назоратӣ хатогиҳо ҳангоми остеосинтези устухон (7 ҳолат), устухони китф (5 ҳолат), устухонҳои соқи пой (4 ҳолат) ва устухони даст (5 ҳолат) роҳ дода шуданд.

Бояд қайд кард, ки сабаби хатогиҳои тактикӣ асосан бетачрибагии чарроҳ – травматолог ва набудани таҷҳизот дар ҳучраи чарроҳӣ барои даҳолати чарроҳӣ дар шароити беморхонаи ноҳиявӣ, ки кумак расонида шуд, буд.

Хатогиҳои техникӣ

Дар давраи пеш аз чарроҳӣ тактикаҳои чарроҳии таботати шикасти устухонҳо вобаста аз хусусият, маҳалли ҷойгиршавӣ, сатҳи шикастагӣ ва ҳолати бофтаҳои мулоим дар минтақаи шикаста бодикқат ба нақша гирифта мешаванд, ки даҳолати чаррохро бо кормандони ботачриба ва таҷҳизоти зарурӣ талаб мекунад. Ҳангоми остеосинтез техникаи дурусти татбиқи онро риоя кардан лозим аст, ки ин на ҳамеша дар таҷрибаи мо дида мешавад. Дар кори мо ба хатогиҳои техникӣ камбудӣ дохил мешаванд, ки ҳангоми амалиёт (дар рафти амалиёт) ва ҳангоми насб намудани нигоҳдоранда (фиксаторҳо) дучор меоянд.

Хатогиҳои техникӣ 27 (40,9%) ҳолатро дар беморони гурӯҳи асосӣ ва 8 (21,6%) ҳолатро дар беморони гурӯҳи назоратӣ ташкил медиҳанд. Онҳо чунин маънидод мегарданд:

- даҳолати анатомии нопурраи 5 нафар (7,6%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 2 (5,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ;

- таъмини нокифояи фишурдагӣ дар байни сегментҳои осебёфтаи устухонҳо дар 2 (3,0%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) беморони гурӯҳи назоратӣ;

- нопурра ё ҷой надоштани барқароркунии пурраи меҳвар ва дарозии андоми осебдида дар 3 (4,5%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 2 (5,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ;

- иҷро накардани пайвандсозии устухон ҳангоми ҷой доштани нишонаҳои он (нуқси

устухон) дар 3 (4,5%) беморони гурӯҳи асосӣ;

- истифодаи нокифояи нигоҳдоранда (фиксатор) дар 7 (10,6%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 2 (5,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ;

- чойивазкунии боқимондаи шикастапораҳои устухонҳо дар 5 (7,6%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) беморони гурӯҳи назоратӣ;

- остеосинтези ноустувор ва коркарди ғайрирадикии чарроҳӣ хангоми шикастаҳои кушод дар 2 (3,0%) беморони гурӯҳи асосӣ.

Хатогиҳои ташкилӣ

Хатогиҳои ташкилӣ бо гуногунии худ фарқ мекунанд. Ба гурӯҳи мазкур хатогиҳое дохил мешаванд, ки на танҳо аз сабаби фаъолияти ғайриқаноатбахши хизматрасониҳои ташкилӣ, балки дар натиҷаи риоя накардани меъёрҳо ва тавсияҳои муқарраршуда ба амал омадаанд. Ҳамин тариқ, дар як қатор муассисаҳои тиббӣ роҳбарон ба чиҳозонидани таҷҳизоти мукаммали моддию техникаӣ барои табобати оптималии беморони соҳаи осебшиносӣ диққати зарурӣ намедиданд. Бояд қайд кард, ки имрӯзҳо дар Тоҷикистон масъалаҳои таъмин намудани утокҳои чарроҳӣ бо мизҳои ортопедӣ, таҷҳизоти махсус ва маводҳои зарурӣ (конструкцияҳои металлӣ, винтҳо ва ғ.) ҳалли кофӣ худро наёфтаанд. Ташкили чиҳозонидани бефосила бо таҷҳизоти дар боло номбаршуда дар бисёр клиникаҳо дар айни замон ноқофӣ боқӣ мондааст. Аксар вақт чунин мешавад, ки дар баъзе беморхонаҳо воситаҳои ноқомил истифода мешаванд, ки метавонад ба табобати беморон таъсири манфӣ расонанд. Чунин ҳолатҳо бисёри вақт дар муассисаҳои тиббии чарроҳӣ низ ба назар мерасанд, ки дар онҳо таҷҳизоти техникаӣ заиф ё нопурра низ дида мешавад.

Хатогиҳои ташкилӣ дар таҳқиқоти мо 13 (19,7%) ҳолат дар байни беморони гурӯҳи асосӣ ва 6 (16,2%) ҳолат дар байни беморони гурӯҳи назоратиро ташкил доданд. Онҳо аз инҳо иборат буданд: нодуруст беҳаракат намудани андомҳо дар 3 (4,5%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 2 (5,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ. Қатъи бармаҳали беҳаракаткунонӣ дар 2 (3,0%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) бемор аз гурӯҳи назоратӣ, набудани таҷҳизоти зарурӣ хангоми чарроҳӣ дар 5 (7,6%) ҳолат дар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 2 (5,4%) ҳолат дар беморони гурӯҳи назоратӣ, нокифоя будани маводи сарфшаванда (пластин, винт ва ғайра) дар 3 (4,5%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 (2,7%) беморони гурӯҳи назоратӣ.

Хатогиҳо хангоми остеосинтез

Дар сохтори маводҳои омӯхтаи мо дар 103 бемор (66 бемор дар гурӯҳи асосӣ, 37 нафар дар гурӯҳи назоратӣ) вобаста ба намуди остеосинтез, тибқи ҳуҷҷатҳои тиббӣ ва маълумоти рентгенӣ, хангоми остеосинтез хатогиҳо пайдо шуданд ки гурӯҳбандӣ ва таҳлил карда шуданд. Барои арзёбии хатогиҳо хангоми остеосинтез ин усули табобат дар ҳар гурӯҳ муфассалтар омӯхта шуд.

Вобаста аз намуди остеосинтез ва хатогиҳои содиршуда тақсимот чунин буд (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. - Хатогиҳо хангоми остеосинтези гурӯҳҳои асосӣ (ГА) ва назоратии (ГН) беморони шикастаи устухонҳои дароз

Намуди остеосинтез	Хатогиҳои тактикӣ		Хатогиҳои техникаӣ		Хатогиҳои ташкилӣ	
	ГА(n=66)	ГН(n=37)	ГА(n=66)	ГН(n=37)	ГА(n=66)	ГН(n=37)
	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)	абс (%)
Остеосинтези болои устухони	14 (21,2)	8 (21,6)	11 (16,7)	3 (8,1)	4 (6,1)	2 (5,4)
Остеосинтези интрамедулярӣ	5 (7,6)	6 (16,2)	3 (4,5)	2 (5,4)	2 (3,0)	2 (5,4)
ДББ (АВФ)	7 (10,6)	5 (13,5)	9 (13,6)	1 (2,7)	4 (6,1)	1 (2,7)
Остеосинтез бо сикҳо	6 (9,1)	2 (5,4)	4 (6,1)	2 (5,4)	3 (4,5)	1 (2,7)
Ҳамагӣ	32 (48,5)	21 (56,8)	27 (40,9)	8 (21,6)	13 (19,7)	6 (16,2)

Тавре ки дар ҷадвали 7 дар асоси нишондодҳои санадҳои тиббӣ ва натиҷаҳои таҳлил дар

66 бемори гурӯҳи асосӣ ва 37 бемори гурӯҳи назоратӣ нишон дода шудааст, хатогихо ҳангоми остеосинтез таҳлил ва дар алоҳидагӣ тавсиф гардиданд.

Шумораи аз ҳама зиёди хатогихо ҳангоми остеосинтези устухонҳо 29 (43.9%) дар беморони гурӯҳи асосӣ ва 13 (35.1%) дар беморони гурӯҳи назоратӣ ба амал омадааст. Ҳангоми остеосинтези интрамедулярӣ дар байни беморони гурӯҳи асосӣ 10 (15,2%) ва дар гурӯҳи назоратӣ 10 (27,0%) хатогихо ёфт шуданд. Таҳлили муқоисавии маълумоти бадастомада нишон медиҳад, ки дар беморони гурӯҳи назоратӣ нисбат ба беморони гурӯҳи асосӣ 1.8 маротиба зиёдтар хатогихо ба чашм мерасанд. Нишондиҳандаи монанд ҳангоми остеосинтез бо дастгоҳҳои барқароркунии беруна дар беморони гурӯҳи асосӣ 1,5 маротиба зиёдтар буд (мутаносибан 30,3% ва 18,9%). Тактикаи нодуруст интихобшудаи остеосинтез бо сихҳо дар 13 (19,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва 5 (13,5%) беморони гурӯҳи назоратӣ ошкор карда шуд. Дар байни хатогихое, ки ҳангоми гузаронидани остеосинтез дучор меоянд, паҳншавии хатогихои табобатӣ ва тактикӣ қайд карда мешавад.

Таҳлили сабабҳои аворизҳо ҳангоми шикастани устухонҳои дарози андомҳо

Аворизҳоро ҳангоми табобати шикастани устухонҳои дароз таҳлил намуда, мо на танҳо таъсири вазнинии чароҳат, балки муносибати онҳоро бо истифодаи усули табобат низ арзёбӣ кардем. Аксари аворизҳоро ҳангоми шикастани устухонҳои дароз танҳо дар хатогихо ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ, таҷрибаи кофӣ надоштан ва ихтисосмандии ҷарроҳон, таҷҳизоти шӯъбаи ҷарроҳӣ, ки дар он ҷо ёрии тиббӣ расонида шуд, шарҳ додан мумкин аст. Хусусиятҳои агенти осебпазир ва дар маҷмӯъ вазнинии чароҳатро ба назар гирифта лозим аст. Ғайр аз он, дар байни мутахассисони соҳаи травматология барои гузаронидани остеосинтез вобаста ба дараҷаи осебёбии бофтаҳо, ҷойгиршавии шикастаҳо ва вазъи умумии беморон нуқтаи назари ягона вучуд надорад.

Бо вучуди ин, аворизҳое буданд, ки бо сабаби роҳ додан ба як қатор хатогихо - интиҳоби нодурусти усули даҳолати ҷарроҳӣ, тактикаи табобати ҷарроҳӣ ва раванди нигоҳубини беморон дар давраи баъд аз ҷарроҳӣ ба вучуд омаданд. (Ҷадвали 4)

Ҷадвали 4. – Аворизҳо ҳангоми шикастани устухонҳои дароз

Оқибати осебёбӣ	Гуруҳи асосӣ (n=66)		Гуруҳи назоратӣ (n=37)		P
	абс	%	абс	%	
Остеомиелити музмин	4	6,1	7	18,9	<0,05*
Нуқсонҳои устухонҳо	-	-	1	2,7	
Буғуми козиб	13	19,7	7	18,9	>0,05
Шикасти нодурустсабзидаи стода	14	21,2	9	24,3	>0,05
Шикасти нодуруст сабзида	13	19,7	6	16,2	>0,05
Кантрактураи буғумҳо	6	9,1	7	18,9	>0,05
Шикасти устухонҳои дароз	16	24,2	-	-	

Эзоҳ: p - аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо мебошад (мувофиқи меъёри χ^2 бо ислоҳи Йейтс, * мувофиқи меъёри дақиқи Фишер)

Тавре ки аз ҷадвали 4 дида мешавад, аворизҳои ортопедӣ дар ҳар ду гуруҳ - (19,7% ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ ва 18,9% ҳолатҳо дар гурӯҳи назоратӣ), омезиши ғайриқаноатбахши сегментҳои устухонҳо (мутаносибан 19,7% ва 16,2%), сабзиши нодурусти шикастагӣ (мутаносибан 21,2% ва 24,3%), инкишофи остеомиелитҳои музмин (мутаносибан 6,1% ва 18,9%) бартарӣ доранд. Мавҷудияти нуқси устухон дар гурӯҳи асосии беморон ба қайд гирифта нашуд ва дар 1 (2,7%) ҳолат дар гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Кантрактураи буғумҳо дар 6 (9,1%) ҳолат дар гурӯҳи асосӣ ва дар 7 (18,9%) ҳолат дар байни гурӯҳи назоратӣ қайд карда шуд, дар 16 (24,2%) ҳолатҳо дар байни беморони гурӯҳи асосӣ шикастагҳои нав мушоҳида гардид.

Таҳлили ретроспективии ҳуҷҷатҳои тиббӣ ва маълумоти рентгенӣ ба мо имкон дод, ки

сабабҳои асосии пайдоиши аворизҳои гуногуни ортопедиро муайян намоем.

Сабабҳои асосии пайдоиши остеомиелит дар 11 бемор ба шумор рафтанд: рад намудан, саривақт ё пурра нагирифтани табобати ҷарроҳии захм ва шикаста, интихоби нодурусти навъи нигоҳдоранда, остеоинтези ноустувор, ҷой надоштан ё номувофик дренажкунонӣ ва саривақт пурра накардани гомеостаз.

Ташаккули буғумҳои козиби дар 4 ҳолат аз сабаби мавҷудияти остеомиелит буд, дар 11 ҳолат дар муолиҷаи осебдидагон тактикаи нодурусти табобат интихоб карда шуд, дар 5 ҳолат бе зарурат ивазнамоии бандинаи гачӣ бо баргараф кардани бармаҳали он амалӣ гардид. Сабаби ҳамбастагии номуваффақи шикастаҳо анатомияи барқарорнашуда ва меҳвари андомҳо хангоми остеоинтези ибтидоӣ дар 6 бемор, остеоинтези ноустувор дар 9 бемор, истифодаи нодурусти бандинаи гачӣ дар 3 бемор, даст кашидани беморон аз усули ҷарроҳии табобат, инчунин табобат аз ҷониби табибони халқӣ (5 бемор) мебошад.

Дар 13 бемор, сабаби кантрактураи буғумҳо андомҳо беҳараткунонии тӯлонии буғумо буд, ки ногузир кантрактураи буғумҳои андомҳои калонро ба вучуд меорад.

Нуқси устухон дар як бемор мушоҳида шуда, бо вазнинии худӣ осеб ва даст кашидан аз пластикаи устухони хангоми остеоинтези ибтидоӣ вобаста аст.

Тавре ки дар ҷадвали 5 нишон дода шуд, дар асоси ҳуҷҷатҳои тиббӣ ва натиҷаҳои ташҳис дар 66 бемори гурӯҳи асосӣ ва 37 бемори гурӯҳи назоратӣ вобастагии ҳатогиҳои роҳдода бо аворизҳои хангоми остеоинтез, ки алоҳида тавсиф шудаанд, таҳлил карда шуд.

Ҷадвали 5. - Омилҳои, ки ба пайдоиши аворизҳои хангоми шикастани устухонҳои дароз таъсир мерасонанд

Ҳатогиҳо	Натиҷаи ҳатогиҳои роҳдода					
	Остеомиелит и музмин	Нуқсон и устухон	Буғуми козиб	Сабзиш и нодурусти шикаста	Шикасти нодурусти сабзидаи стода	Кантрактура и буғумҳо
Ҳатогиҳои тактикӣ n= 53	8		11	23	9	2
Ҳатогиҳои техникӣ n= 35	3	1	7	12	7	5
Ҳатогиҳои ташкилӣ n=19	-	-	2	4	3	6

Аз ҳама бештар ҳатогиҳои тактикӣ буданд (n = 53), ки бо ташаккули остеомиелитҳои музмин дар 8 бемор, буғуми козиб дар 11 бемор, сабзиши нодурусти шикаста дар 23 бемор, омезиши нодурусти шикаста дар 9 бемор ва кашидани сусти андомҳо дар 2 бемор ҳамроҳ буданд. (ҷадвали 6)

Ҷадвали 6. - Имконияти таъсири ҳатогиҳои тактикӣ ба ташаккули аворизҳои (регрессияи логистикӣ)

Аз ҳатогиҳои тактикӣ	Ехр. (В)	95% ДИ для Ехр. (В)		р
		Поёни	Болои	
Остеомиелит	14,667	1,970	109,204	0,009 (<0,01)
Нуқсонҳои устухонҳо	-	-	-	
Буғуми козиб	6,722	1,174	38,502	0,032 (<0,05)
Сабзиши нодурусти шикаста	4,950	0,856	28,635	0,074 (>0,05)
Шикасти нодурусти сабзидаи стодаи устухон	7,906	1,540	40,602	0,013 (<0,05)
Кантрактураи буғумҳо	-	-	-	

Эзоҳ: р- аҳамияти омории регрессияи логистикӣ мебошад.

Хатогиҳои техникӣ дар 35 ҳолат рух доданд, ки ин ба пайдоиши аворизҳои гуногуни ортопедӣ оварда расонд ва чунин тавсиф мешуданд: остеомиелити музмин дар 3 бемор, буғуми козиб дар 7 бемор, сабзиши нодурусти шикаста дар 12 бемор, шикасти нодурустсабзидаи стодаи устухон дар 7 бемор, нуқси устухон дар 1 бемор ва кантрактураи буғумҳои андомҳо дар 5 бемор. (ҷадвали 7).

Ҷадвали 7. - Имконияти таъсири хатогиҳои техникӣ ба ташаккули аворизҳо (регрессияи логистикӣ)

Аз хатогиҳои тактикӣ	Ехр. (В)	95% ДИ для Ехр. (В)		р
		Нижний	Верхний	
Остеомиелит	0,844	0,143	4,974	0,851 (>0,05)
Нуқсонҳои устухонҳо				
Буғуми козиб	1,212	0,272	5,396	0,801 (>0,05)
Сабзиши нодурусти шикаста	1,313	0,292	5,894	0,723 (>0,05)
Шикасти нодурустсабзидаи стодаи устухон	1,125	0,291	4,352	0,865 (>0,05)
Кантрактураи буғумҳо				

Эзоҳ: р- аҳамияти омории регрессияи логистикӣ мебошад

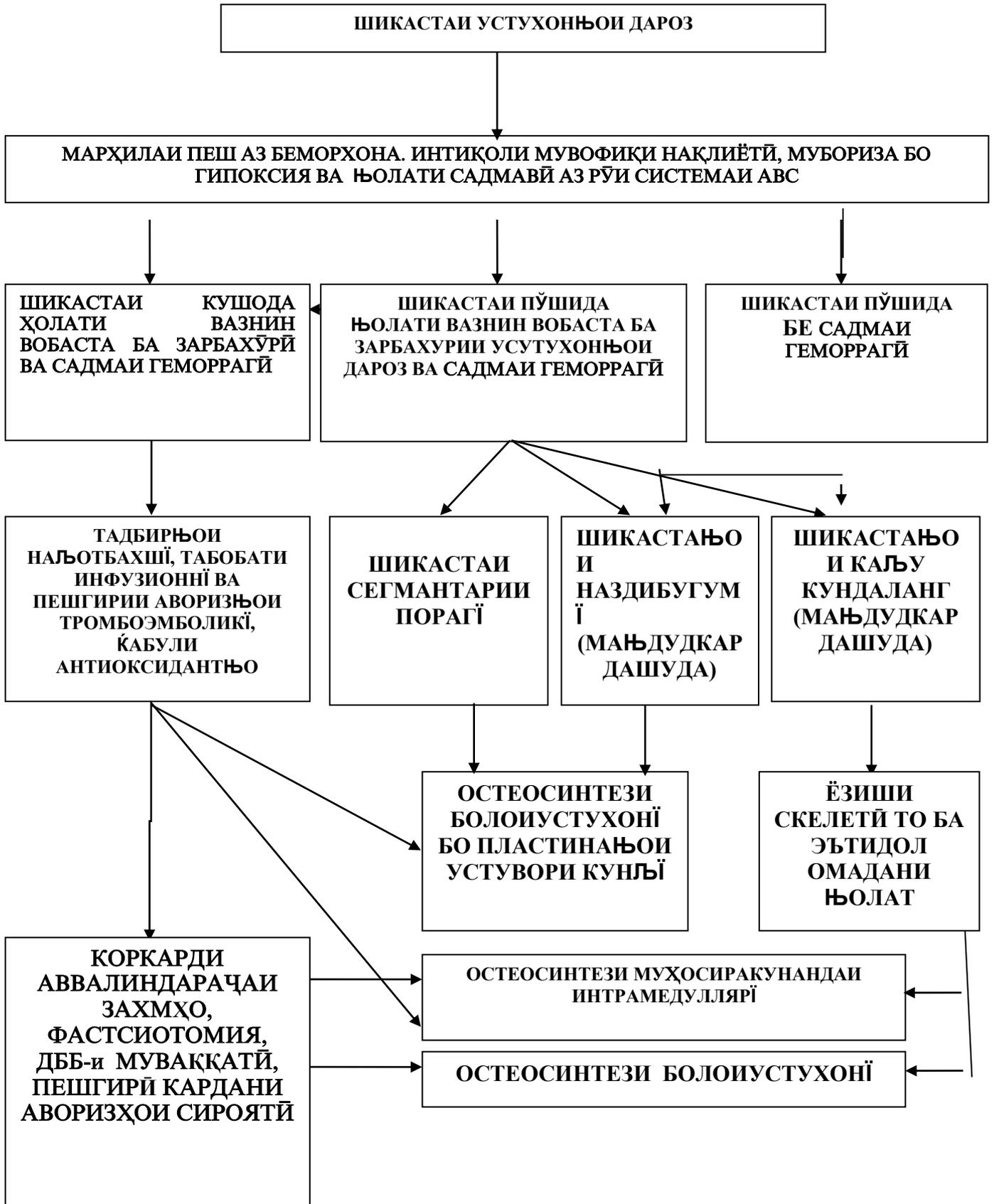
Дар 19 ҳолат ба хатогиҳои ташкилӣ дар сохтори маводҳои омӯхташуда дучор омаданд, ки сабаби пайдоиши буғуми козиб дар 2 бемор, сабзиши нодуруст дар 4 бемор, шикасти нодурустсабзидаи стода дар 3 бемор ва кантрактураи буғумҳои андомҳо дар 6 бемор гардиданд.

Ҳамин тавр, бояд қайд кард, ки дар натиҷаи таҳлили хатогиҳои остеосинтез вобаста ба намуд ва шакли ёрии махсус, хатогиҳои тактикӣ, техникӣ ва ташкилӣ муайян карда шуданд. Қисми асосии хатогиҳо ҳангоми остеосинтез дар беморони дар аз минтақаҳо омада, дар вақтҳои дуртар аз лаҳзаи ҷароҳатёбӣ рух медиҳанд.

Дар ҷараёни таҳқиқот муайян карда шуд, ки хатогиҳо ин риоя накардани қоидаҳо ва принципҳои ибтидоии остеосинтез, вазнинии ҳуди ҷароҳат, ихтисоснокии мутахассисон, таҷҳизоти муассисаи тиббӣ бо маводи зарурӣ (лавҳаҳо, винтҳо, чубҳо, найчаҳои таквиятдиҳандаи тасвир, мизҳои ортопедӣ ва ғ.) мебошанд. Бояд қайд кард, ки хатогиҳои дар боло овардашуда ба самаранокии таъбаоти ҷарроҳии шикастани устухонҳои дарози андомҳо таъсири калон мерасонанд.

Дар асоси омилҳои муайяншуда, бо назардошти вазъи умумии бемор, вазъи маҳаллӣ ва маълумоти таҳқиқоти рентгенӣ алгоритми таъбаот пешниҳод ва дар амалия ҷорӣ карда шуд (Расми 4).

АЛГОРИТМИ ТАБОБАТ



Натиҷаҳои табоботи оқибатҳои ҷароҳатҳои устухонҳои дарози андомҳо

Табобати чарроҳии оқибатҳои шикастани устухонҳои дароз

Дар ҳолати шикастани устухонҳои дарози андомҳо дар 103 бемор бо аворизҳои гуногуни ортопедӣ нишондоди даҳолати чарроҳӣ муайян карда шуд, дар ҳоле ки интихоби усули он ба ҷойгоҳ ва сатҳи осеб вобаста буд. Амалан самтҳои зиёди табобати чарроҳӣ хангоми оқибатҳои чароҳати андомҳо атбиқи худро ёфтанд. Имрӯзҳо шумораи зиёди табобатҳои чарроҳии стандартӣ ва инноватсионӣ мавҷуданд. Пеш аз иҷрои даҳолати чарроҳӣ, ҳамаи беморон аз ташҳиси ҳамаҷониба гузаштанд, ки дар натиҷаи он вазъи умумии осебдида, мавҷудияти ихтилоли гемокоагулятсия, нишонаҳои остеопороз ва нишондодҳои даҳолати чарроҳӣ арзёбӣ карда шуд.

Тактикаи табобати беморон аз намуди авориз, хусусият ва сатҳи сегменти осебёфта вобаста буд.

Ҳангоми таҳлили маводи клиникӣ дар 4 (6,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 7 (18,9) беморони гурӯҳи назоратӣ остеомиелити музмин муайян карда шуд. Пас аз муоинаи ҳамаҷониба ба ҳамаи беморони гирифтори остеомиелити музмин дар заминаи омодагии мувофиқ даҳолатҳои чарроҳӣ гузаронида шуд, ки дар ҷараёни он тамоми бофтаҳои некрозӣ, мавзехои беҳаракат бурида шуда, некрозҳои қисматҳои қисмҳои асосӣ бо пайдоиши иллати дуҷумдараҷаи устухон икҷо карда шуданд. Мо табобати ду марҳилаи манбаи остеомиелитро пешниҳод кардем. Дар марҳилаи аввал, нуқси устухон бо сементи устухон ва антибиотикҳо пур карда шуда, захм дренаж гардид. Дар марҳилаи дуввум, баъди 12-14 рӯз пас аз баровардани сементи устухон, шустани такрори ковокӣ бо маҳлули намақ то 4-5 литр ва антибиотикҳо, нуқсонҳои устухон бо пораҳои устухон (ксенографт) + антибиотикҳо + табобати плазмавӣ пур карда шуд. Бо ин усул табобати беморонро, ки гурӯҳи асосиро ташкил медиҳанд, истифода шудааст. Беморони гурӯҳи назоратӣ бо усули анъанавӣ табобат карда шуданд. Ба сифати остеосинтез дастгоҳи фишорӣ-дистраксионӣ (ДФД) дар ҳамаи беморон истифода шудааст.

Коркарди чарроҳӣ танҳо дар нисфи ҳолатҳо хавфи такрори пайдоиши аворизҳои чиркӣ-газакиро коҳиш медиҳад ва аз ин рӯ аксари муаллифон то ҳол ба табобати пешгирикунандаи антибиотикҳо аҳамияти калон медиҳанд. Ҳангоми инкишофёбии сирояти чиркӣ аз манотиқи патологӣ барои микрофлора ва ҳассосият ба антибиотикҳо киштаҳо гирифта шуданд. Ҳамин тариқ, табобати антибиотикӣ бо назардошти намуди ангезанда, ҳассосияти микрофлора, мутобиқати антибиотикҳои интихобшуда бо дигар антибиотикҳо ва доруҳо гузаронида шуд. Табобати маҷмӯии гузаронидашуда барои сабукии раванди патологӣ ва саривақт шифо ёфтани захмҳо дар 8 бемор ва табобати дуҷумдараҷа дар 3 бемор шароити мусоид фароҳам овард.

Дар тадқиқоти гузаронида буғумҳои казоб дар 13 (19,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 7 (18,9%) беморони гурӯҳи назоратӣ муайян карда шуд. Яке аз зухуроти клиникӣ омезиши нодурусти шикаста ҷой доштани ҳаракат дар минтақаи шикаст бо афзоиши синдроми дард буд. Ҳангоми муоинаи рентгенӣ мавҷудияти холигӣ дар минтақаи шикаст, тағйироти склеротикӣ ва диастаз дар ҷойҳои зарардида, ташаккулимазоли гипертрофӣ ё тамоман набудани он мушоҳида гардид.

Ташаккули буғуми казоб аз сабаби мавҷудияти остеомиелит, интихоби тактикаи нодурусти табобат ва иҷроиши бидуни зарурати зуд-зуд иваз кардани бандинаи гачӣ бо баргарафсозии бармаҳали он ба амал омад. Бояд қайд кард, ки асоси табобати муваффақонаи буғуми казоб танзими механизмҳои ангиогенез ва равандҳои микротсиркуляторӣ дар минтақаи осебёфта мебошад. Ба ҳолати равандҳои регенератсия ҷараёни он ва таъминоти трофикӣ, ки ба ҳолати гардиши хун дар минтақаи регенератсия вобаста аст, таъсири калон мерасонад. Бо мақсади беҳтар намудани микротсиркулятсия дар минтақаҳои нуқсонҳои диафизалии калон дар беморони гурӯҳи асосӣ антикоагулянтҳо - доруи клексан, ки миқдори тавсияшудааш дар як шабонарӯз 40 мг 1 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 7 рӯз ва антиоксидантҳо - доруи ситофлавин 10 мл бо омезиши 200 мл 0,9% маҳлули хлориди натрий дар як рӯз 1 маротиба дар давоми 10 рӯз истифода шуд.

Табобати чарроҳӣ барои буғумҳои казоб аз икҷои хошияи буғумҳои казоб дур намудан, кушодани канали мағзи устухон ва остеосинтез иборат буд. Дар беморони гурӯҳи асосӣ дар 5 ҳолат остеосинтез бо маҳдуднамоӣ ба воситаи штифҳои интрамедуллярӣ ва дар 8 ҳолат - бо

пластинҳои устувори кунҷӣ бо истифодаи пластикаи устухони дар ҳамбастагӣ бо табобати плазмавӣ гузаронида шуд. Беморони гурӯҳи назоратӣ усули кулфаки русиро бо остеосинтези пластинҳои анъанавӣ дар 3 ҳолат ва дастгоҳи нигоҳдорандаи беруна дар 4 ҳолат истифода карданд. Давомнокии давраи сабзиш бештар аз хусусият ва маҳалли ҷойгиршавии буғумҳои казоб вобаста аст, ки аз 4 то 7 моҳро дар бар мегирад. Бояд қайд кард, ки дар 8 ҳолат, дар беморони гурӯҳи асосӣ бо буғумҳои казоб, ки техникаи мукамалгашта гузаронидаанд (пластикаи устухони дар якҷоягӣ бо терапияи плазмавӣ), давраи омезиши буғумҳои казоб 1-1,5 моҳ кохиш ёфт. Дар 17 бемор омезиши буғумҳои казоб ба даст оварда шуд, дар 2 бемор мо ба ин муваффақ шуда натавонистем.

Мо дар 13 (19,7%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 6 (16,2%) беморони гуруҳи назоратӣ сабзиши нодурусти шикасти чудошударо ёфтем. Дар ҳамаи 19 ҳолат остеотомияи ислоҳӣ бо нигоҳдории пластинҳои инноватсионӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ (БИОС дар 5 ҳолат, пластинҳои устувори кунҷии LCP, DCP-LC дар 8 ҳолат) ва пластинҳои анъанавӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ гузаронида шуданд.

Дар сохтори маводҳои омӯхташуда 16 нафар (24,2%) беморони гурӯҳи асосӣ шикасти тозаи устухонҳои дароз доштанд. Ба ғайр аз ин дар 14 (21,2%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 9 (24,3%) беморони гурӯҳи назоратӣ сабзиши нодурусти устухонҳои ҷой дошт. Дар ҳама ҳолатҳо репозитсияи кушода бо нигоҳдорӣ амалӣ карда шуд: бо роҳи пластиинҳои инноватсионӣ дар беморони гурӯҳи асосӣ ва пластинҳои анъанавӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ.

Тақрибан ҳамаи беморон натиҷаҳои хуб ва қаноатбахш доштанд (СОИ-1, Миронов С.П., 2008), аммо дар 2 бемор зарурат ба ҷарроҳии дубора пеш омад.

Дар 6 ҳолат, дар беморони кантрактураи буғумҳои калони дараҷаи миёнаи вазнин амплитудайи ҳаракате, ки дар онҳо аз 50⁰ зиёд набуд, инчунин дар 5 беморони кантрактураи буғумҳо мӯътадил ва амплитудайи ҳаракат дар буғумҳо на бештар аз 30⁰ ва дар ду беморони кашишхӯрии сусти мушакҳои шадид ва ҳаракаташон то 10⁰ бо истифодаи табобати машқҳои ҷисмонӣ ва табобати механикӣ маҷмӯи тадбирҳои барқарорсозӣ истифода шуданд. Барқарорсозии функционалии буғумҳо дар 8 бемор ба пуррагӣ мушоҳида карда шуд, бештар шудани ҳаракат дар буғумҳо дар 4 ҳолат, дар як ҳолат анкилоз дар буғумҳои оринҷ мушоҳида карда шуд.

Натиҷаҳои ҷарроҳии табобат

Арзёбии самаранокии табобати ҷарроҳӣ ҳангоми шикастани устухонҳои дароз дар давраи аввали баъдичарроҳӣ дар беморон дар ҳама ҳолатҳо дар давоми 6-12 ҳафтаи пас аз амалиёт гузаронида шуд. Ҳамзамон, хусусияти табобати захмҳои баъдичарроҳӣ, мавҷудияти гиперемия, аворизҳои чиркӣ, инчунин давомнокии табобати статсионарӣ муайян карда шуд (Ҷадвали 8).

Ҷадвали 8 – Хусусияти сабзиши ҷароҳатҳо баъди табобати ҷарроҳӣ

Хусусияти сабзиш	Гуруҳи асосӣ (n=66)		Гуруҳи назоратӣ (n=37)		p
	абс	%	абс	%	
Сабзиши аввал	57	86,4	31	83,8	>0,05
Гиперемия	4	6,1	2	5,4	>0,05*
Некрози кунҷӣ	2	3,0	1	2,7	>0,05*
Фасодшавии болоии захм	1	1,5	2	5,4	>0,05*
Фасодшавии захмҳои чуқур	2	3,0	1	2,7	>0,05*

Эзоҳ: p -аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳо байни гурӯҳҳо мебошад (мувофиқи меъёри χ^2 , * мувофиқи меъёри дақиқи Фишер)

Натиҷаҳои таҳқиқот нишон доданд, ки дар аксарияти беморони гурӯҳҳои таҳқиқшуда (мутаносибан 86,4% ва 83,7%), шифоёбии захмҳо тавассути ташаннуҷи аввалия ба амал омад. Ҳамзамон, дар 4 (6,1%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 2 (5,4%) беморони гурӯҳи назоратӣ гиперемия дар соҳаи даҳолати ҷарроҳӣ ба мушоҳида расид. Дар ин ҳолат, доруҳои антибактериявӣ бо зиёд шудани давомнокии истифодашон иваз карда шуданд, баста бо

истифода аз бетадин ё омезиши он бо левомикол дар як рӯз 2 маротиба иваз карда шуд, ки дар натиҷа аз байн рафтани гиперемия дар давоми 4-6 мушоҳида карда шуд рӯзҳо. Инкишофи некроз дар минтақаҳои канорӣ захм дар давраи фаврии пас аз ҷарроҳӣ дар 2 ҳолат (3,0%) дар беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 1 ҳолат дар гуруҳи назоратӣ (2,7%) мушоҳида карда шуд. Ҳангоми омӯзиши хусусияти раванди захм дар беморон муайян карда шуд, ки инкишофи некрози канорӣ ба инҳо асос ёфтааст: репозитсия бо осебҳои иловагии бофтаҳои мулоим дар беморони сабзиши нодурусти шикаста, мавҷудияти хусусиятҳои анатомияи сегмент (соки пой) ва шиддати шадиди канораҳои захм ҳангоми дӯхтан.

Ҳангоми истифодаи остеосинтези иммерсионӣ ва болоӣ дар 3,0% ва 1,5% ҳолатҳо дар гурӯҳи асосӣ ва 2,7% ва 5,4% ҳолатҳо дар гурӯҳи назоратӣ вайроншавии бофтаҳои мулоим қайд карда шуд. Мувофиқи маълумоти адабиёти илмӣ нишондиҳандаҳои монанд дар 6-7% ҳолатҳо аз шумораи умумии беморон дида мешаванд. Омилҳои асосии пайдоиши аворизҳои чиркӣ инҳоянд: афзоиши варамнокӣ ва тағйироти ифоданоки патологӣ дар бофтаҳои мулоим дар натиҷаи таъсири микдори зиёди пораҳо ҳангоми шикастаҳои мутаносиб, табиати ноустувори остеосинтези болопӯш, хунравии шадид ва ҷой надоштани дренаж.

Ҳангоми муайян кардани фасодшавии болоии захм тадбирҳои зерин гузаронида шуданд: баргараф кардани дӯхтаҳо, истифодаи табобати антибиотикҳо, иваз намудани бастаи гипсӣ дар як рӯз 2 маротиба бо истифодаи антисептикаи бетадин, ки дар натиҷаи он нишонаҳои аворизҳои сироятӣ дар давоми 5-6 рӯз нопадид шуданд. Бо фасодшавии захмҳои чуқур, ки дар 2 ҳолат муайян карда шуд, анҷом дода шуд: ҷудошавии васеи захми баъдичарроҳӣ, гирифтани мавҷудоти чиркӣ бо истифода аз ҷаббиши вакуумӣ, истихроҷи пораҳои устухонҳои ҷудошуда, тоза намудани канали мағзи устухон, ворид кардани найҳои дренажии полиэтиленӣ ба дохили минтақаи зарардида.

Пас аз анҷом додани остеосинтези болои устухонӣ дар 3 (45%) беморон давомнокии миёнаи бистаришавӣ 9-10 рӯз, дар 5 (25%) беморон 10-14 рӯз буд. Дар 6 (30%) беморони гирифтори остеомиелити музмин фасодшавии болоӣ ва чуқури захм қайд карда шуд, ки шифоёбии онҳо бо шиддати дуумдараҷа ба амал омада, давомнокии бистаришавӣ аз 15 то 21 рӯзро ташкил медиҳад. Дар ҳолати истифода бурдани остеосинтези имплантӣ дар 45 (64,2%) беморон давомнокии бистаришавӣ ба ҳисоби миёна 7-8 рӯз, дар 23 (32,8%) беморон 10-12 рӯз буд. Дар 2 ҳолат (2,8%) беморон бо ташаббуси худ 4-5 рӯз пас аз табобати ҷарроҳӣ аз беморхона ҷавоб дода шуданд. Бемороне, ки кашиши сусти буғумҳои калон (13 (12,6%)) доштанд, баъд аз 14-15 рӯзи гирифтани табобати мувофиқ ҷавоб дода шуданд.

Натиҷаҳои дарозмуддат

Натиҷаҳои табобат дар давраи пас аз ҷарроҳии дарозмуддат дар 59 (89,4%) беморони гурӯҳи асосӣ ва дар 32 (86,5%) беморони гурӯҳи назоратӣ арзёбӣ карда шуданд. Дар ин ҳолат, давраи мушоҳида аз лаҳзаи осебӣ то 5 сол буд.

Ҳангоми муоинаи беморони омезиши шикаста дар давраи дарозмуддат ба мавҷудият ва хусусияти иллати андомҳо, тағйироти маҳаллӣ дар бофтаҳои мулоим ва пӯст, нишонҳои ламс дар минтақаи шикаста, ҳаҷми ҳаракат дар буғумҳои шафат, қобилияти таҷағҳии андомҳо дастҳо диққат шуд. Ин таҳлил тибқи нақшаи дар АСН-1 додашуда анҷом дода шуда (Арзёбии стандартикунонидашудаи натиҷаҳо. С.П. Миронов 2008). Барои арзёбии воқеъбинонаи самаранокии табобат меъёрҳои зерин истифода шуданд (Ҷадвали 9).

Ҷадвали 9. - Меъёрҳои арзёбии натиҷаҳои табобати беморони шикастаи устухонҳои дароз

Меъёрҳои арзёбии натиҷаҳо	Ҳолҳо
Синдроми дард	
Дарди суст пас аз сарбории интенсивӣ	3
Дарди миёнаи интенсивӣ	2
Дарди сахт ҳангоми сарбории шадид	1
Сатҳи ҳаракат дар андомҳои омехта (ҳаҷми ҳаракат) аз рӯи дарачанокӣ	
Зиёда аз 90	5

61 - 90	4
31-60	3
11-30	2
5-10	1
Шифоёбии чароҳат	
Шиддати ибтидоӣ	6
Чароҳатҳои гранули	5
Некрози пусти канорӣ	4
Фасоднокӣ	3
Фасоднокии чуқур	2
Остеомиелит	1
Кӯтоҳ шудани сегменти осебдида	
Кӯтоҳшавӣ нест	3
Кӯтоҳшавӣ аз 2 см камтар	2
Кӯтоҳшавӣ аз 2 см зиёдтар	1
Деформатсияи сегменти осебдида	
Деформатсия нест	3
Деформатсияи тобхуранда	2
Деформатсияи кунҷӣ	1
Вайроншавии иннерватсияи канорӣ	
Вайроншавӣ нест	4
Гипостезия	3
Гиперестезия	2
Сустшавии мушаҳо	1
Арзёбиҳои функционалии андомҳо	
Вайроншавии рафтор дида намешавад	5
Роҳ рафтан бо асо, лангидан	4
Роҳ рафтан бо асо	3
Роҳ рафтан бо асобағал, бо сарбории миёна	2
Роҳ рафтан бо асобағал, рафтан бидуни сарборӣ ба андомҳои осебёфта	1
Нишондодҳои рентгенӣ	
Омезиш	5
Омезиш + тағйироти устухон	4
Муттаҳидшавии суст	3
Остеомиелити музмини такроршаванда	2
Буғумҳои козиб, остеомиелити мураккаб	1

Барои арзёбии самаранокии табобат чадвали холнокии баҳогузорӣ истифода шуд. Натиҷаҳои табобати "хуб" бо баҳои умумии зиёда аз 30 хол, "қаноатбахш" - дар доираи 20-30 хол; "ғайриқаноатбахш" - то 20 хол арзёбӣ гардиданд.

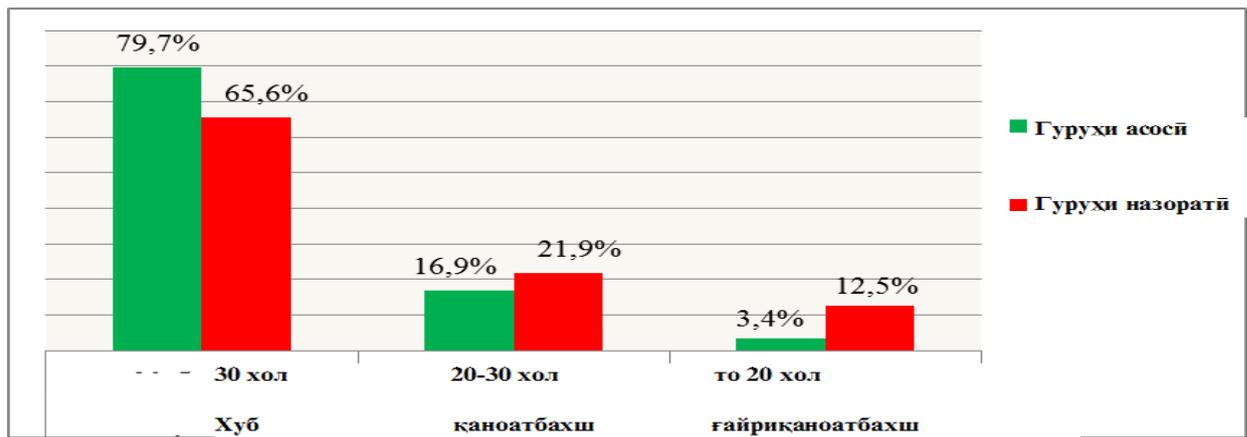
Ҳамин тариқ, ҳангоми тафсири натиҷаҳои табобат дар давраи дарозмуддат мо ба монанди дигар муҳаққиқон нишондиҳандаҳои ташхиси рентгенӣ, дараҷаи барқароркунии функционалии узви осебдида ва қобилияти кори осебёфтаре баҳо додем. Самаранокии табобатро арзёбӣ намуда, мо аз чунин меъёрҳо, ба монанди натиҷаҳои "хуб", "қаноатбахш" ва "ғайриқаноатбахш" истифода кардем.

Самаранокии табобат дар сурати набудани дард, кӯтоҳӣ ё қачшавии сегменти осебдида дар бемор хуб ҳисобида шуд. Ҳамзамон, дар тасвири рентгенӣ, ташаккули мазол бояд дар заминаи шикофии муайяншудаи ковокии мағзи устухон мушоҳида карда шавад. Набудани инкишофи мушкilotи илтиҳобӣ дар минтақаи осеб, барқарорсозии қобилияти функционалии буғумҳо, ки дар маҷмӯъ барои пурра ба қор шурӯъ кардани бемор имкон фароҳам оварданд, ҳатмӣ доништа шуданд.

Натиҷаҳои таъобат қаноатбахш ҳисобида мешуданд, агар дар бемор дарди миёна ҷой дошта бошад, тағйирёбии андомҳо бо имконияти то бо 2 см кӯтоҳ шудан, ҷойивазкунии пораҳо дар паҳнои то 1/3 диаметри устухон ва дар кунҷи то 10 дараҷа, ташаккули мазоли мағзи устухон то дараҷаи қаноатбахш, ноқисии мӯътадили буғумҳо дар қисми андомҳои осебдида, ки дар натиҷа бемор маҷбур мешавад фаъолияти меҳнати худро ба кори осонтар иваз намояд.

Самаранокии таъобат ҳангоми инкишофи аворизҳои чиркӣ бо пайдоиши фистулаҳо, буғумҳои казоб, кӯтоҳ шудани сегменти осебдида зиёдтар аз 2 см, ихтилоли шадиди статикӣ ва қобилияти такаҷоҳи устухонҳо, тағйирёбии кунҷи устухон дар минтақаи шикаста зиёда аз 10 дараҷа, интиқоли бемор ба маъҷубӣ ғайриқаноатбахш ҳисобида мешавад.

Бо мақсади арзёбии оптималии натиҷаҳои таъобати беморони гирифтори шикастаи устухонҳои дарозии андомҳо мо усули такмилёфтаи омӯзиши натиҷаҳоро истифода кардем, ки дар он барои ҳар як параметрҳои дар боло нишондодашуда ҳолҳои мувофиқ ҳисоб карда шуд (Расми 5).



Расми 5. - Натиҷаҳои таъобати оқибатҳои шикастани устухонҳои дарозии андомҳо

Дар ҷараёни таҳқиқот муайян карда шуд, ки натиҷаҳои таъобати оқибатҳои ҳангоми шикастани устухонҳои дарозии андомҳо дар натиҷаи истифодаи усули оптимизатсияшудаи таъобат, дар муқоиса ба бемороне, ки гуруҳи назоратиро ташкил кардаанд, нисбатан самараноктар мебошад. Ин фарқият аз ҷиҳати омӯри аҳамиятнок буд ва на танҳо ба шумораи зиёди натиҷаҳои хуб ва қаноатбахш (96,6% ҳолатҳо дар байни беморони гуруҳи асосӣ ва 87,5% ҳолатҳо дар байни беморони гуруҳи назоратӣ), балки ба паҳншавии назарраси басомади ҳолатҳои, ки натиҷаи хуб доранд (мутаносибан 79,7% ва 65,6%), вобастагӣ дошт. Ҳангоми истифодаи усулҳои ҳамгирошудаи тавсияшуда ва истифодаи усулҳои оптимизатсияшудаи таъобат миқдори ҳолатҳои натиҷаҳои ғайриқаноатбахши таъобат (9,1%) кам карда шуд.

Инчунин, ҳангоми омӯзиши натиҷаҳои таъобати беморон, ки мо онҳоро мушоҳида кардем, шумораи зиёди ҳолатҳои гирифтори аворизҳои сироятӣ ва ортопедӣ дар байни беморони гуруҳи назоратӣ пайдо шуданд. Ин, ба андешаи мо, ба вазнинии ҳуди ҷароҳат, вақти расонидани осебдида ба клиника ва технологияи таъобати беморон бо оқибатҳои шикасти устухонҳои дароз вобаста буд. Таҳлили муқоисавии натиҷаҳои таъобати беморони мушоҳидашуда бо маълумоти муаллифони дигар нишон медиҳад, ки чунин мушкилот дар 14% ҳолатҳо қайд шудаанд.

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия

1. Сабабҳои асосии ҳатоғоҳи тактикӣ ҳангоми таъобати шикастаи устухонҳои дароз бедардкунӣ номувофиқ мебошанд, ки барои таъобати пурраи ибтидоии ҷароҳии сатҳи захмҳо пурра имконият намедиҳанд (12,1%), интиқоли нодурусти намуди остеосинтез (19,7%)

ва усули табобат (6, 1%), бинобар бо таҷҳизоти зарурӣ таъмин накардани беморхона ва таҳассуси номувофиқи ҷарроҳи амалкунанда. [3-А, 9-А, 11-А]

2. Рушди аворизҳои барвақтӣ (13%) ва баъдина (15%) ҳангоми шикастани устухонҳои дароз андомҳо бевосита аз сифат, давомнокии расонидани ёрии аввалияи тиббӣ, таҳассусӣ ба осебдидагон ва вазнинии зарар ба сохторҳои анатомии андомҳо вобастагии амиқ дорад [5-А, 14-А, 15-А, 16-А]

3. Алгоритм барои табобати беморони шикастаи устухонҳои дароз таҳия шудааст, ки ба пешгирии аворизҳои сироятӣ ортопедӣ ва барқарорсозии функсияи андоми осебдида мусоидат мекунад. [3-А, 4-А, 21-А,]

4. Натиҷаҳои беҳтарини саривақтӣ ва дарозмуддати табобати шикастаи устухонҳои дароз ба даст оварда шуданд: ҳангоми табобати радикалии ибтидоии ҷарроҳии захм бо шикастаи кушода дар якҷоягӣ бо табобати саривақтии бемории осебёфта; ислоҳи гемодинамикаи минтақавии вайроншуда; истифодаи остеосинтези устувор. [6-А, 10-А, 15-А]

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Ҳангоми тайёр кардани духтурон-травматологҳо бояд диққати асосиро аз лаҳзаи нигоҳубини пеш аз беморхона ба масъалаҳои табобат ва пешгирии мушкilot ҳангоми шикастани устухонҳои дароз равона кард.

2. Табобати осебдидагон бо шикастаи устухонҳои дарози андомҳо бояд дар марҳилаҳои аввал пас аз ислоҳ ва барқароркунии параметрҳои гемодинамикии бемор дар муассисаҳои махсус гузаронида шавад.

3. Интиҳоби дурусти тактикаи табобат ҳангоми шикастани устухонҳои дароз бо истифодаи технологияи инноватсионӣ, истифодаи антиоксидантҳо ва антиагрегантҳо хавфи инкишофи аворизҳои барвақтӣ ва баъди роҳи коҳиш медиҳад.

Расонидани кӯмаки пеш аз беморхона бо сифати баланд ва саривақтӣ, табобати радикалии ҷарроҳӣ бо фастсиотомия ҳангоми шикастаҳои кушода, истифодаи дурусти остеосинтез бо истифодаи технологияҳои муосир ҳангоми шикастани устухонҳои дароз ба барқарорсозии саривақтии бемор ва баланд бардоштани сатҳи зиндагии ӯ мусоидат мекунад.

Феҳристи интишороти докталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризишаванда

[1-А] Абдулоев М.С. Факторы риска и профилактика венозных тромбозных осложнений при эндопротезировании тазобедренного сустава / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, К.С. Мирзобеков, А.Т. Аскарров // «Вестник Академии медицинских наук» – Душанбе 2018. - №1. - С. 44-52.

[2-А] Абдулоев М.С. Истифодаи ауто ва ксенотрансплантатҳо ҳангоми буғумҳои козиби қулфак / М.А. Шарипов, С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев// маҷаллаи « Авҷи зуҳал». –Душанбе 2016. - №4.- С.- 10-12.

[3-А] Абдулоев М.С. Случай успешного лечения ложного сустава большеберцовой кости / С.Х. Курбонов, Б.Н. Хасанов, М.С. Абдулоев // «Вестник Академии медицинских наук» – Душанбе 2016. -№3 -С. 116-119.

[4-А] Абдулоев М.С. Проблема лечения переломов проксимального отдела бедренной кости перспективные направления в лечении переломов /С.Х. Курбонов, И.А. Юнусов, А.А. Шарипов, М.С. Абдулоев // «Вестник Академии медицинских наук» – Душанбе 2016. -№4- С. 145-149.

Мақолаҳо ва фишурдаҳои маърузаҳо дар маҷмӯаҳои конференсияҳо

[5-А] Абдулоев М.С. Анализ результатов стабильно – функционального остеосинтеза при переломах длинных костей нижних конечностей / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, Ч.Б. Мавлонов, А.Т. Аскарров // материалы 67 –ой годичной международной науч.- практ. конф., посвящённой 80 - летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе, 2019. - С.253.

[6-А] Абдулоев М.С. Анализ результатов ревизионного остеосинтеза при хирургическом лечении переломов длинных костей конечностей / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, К.С. Мирзобеков, Б.Н. Хасанов // материалы 67 –ой годичной международной науч.- практ. конф.,

посвящённой 80 - летию ТГМУ им. Абуали ибни Сино.. – Душанбе, 2019. С260.

[7-А] Абдулоев М.С. Замещение пострезекционных дефектов проксимального отдела бедренной кости / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, М.А. Шарипов // Современные подходы в диагностике и лечения злокачественных новообразований в Республики Таджикистан. Сбор. Научных трудов – Душанбе, 2019. - С.248.

[8-А] Абдулоев М.С. Анализ ошибок при лечении больных с переломами длинных костей конечности / М.С. Абдулоев, С.Х. Курбонов, М.А. Шарипов, М.Г. Хамидов // Научно – медицинский журнал Симург – Душанбе, 2019. - №3. -С.37-42.

[9-А] Абдулоев М.С. Анализ тактических, технических и организационных ошибок при остеосинтезе длинных костей /М.С. Абдулоев, К.С. Мирзобеков, А.А. Шарипов // Материалы XIV международной научно – практической конференции молодых ученых и студентов, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021)» – Душанбе 2019. -С.127.

[10-А] Абдулоев М.С. Хирургическое лечение несросшихся переломов и ложных суставов костей предплечья / С.Х. Курбонов, И.А. Юнусов, М.С. Абдулоев // материалы науч.- практ. конф. с международным участием, посвященной 90 – летию со дня рождения профессора Н.П. Демичева г. Астрахань 2019. -С.66-67.

[11-А] Абдулоев М.С. Анализ ошибок при остеосинтезе переломов длинных костей конечностей / С.Х. Курбонов, М.А. Шарипов, М.С. Абдулоев, И.А. Юнусов //материалы науч.- практ. конф. с международным участием, посвященной 90 – летию со дня рождения профессора Н.П. Демичева г. Астрахань -2019. - С.63-64.

[12-А] Абдулоев М.С. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости \ С.Х. Курбонов, М.А. Шарипов, М.С. Абдулоев // материалы науч.- практ. конф.с международным участием, посвященной 90 – летию со дня рождения профессора Н.П. Демичева г. Астрахань 2019.- С.65-66.

[13-А] Абдулоев М.С. Тактические и технические ошибки при лечении переломов длинных костей / С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, А.А. Шарипов // материалы 64 –той науч. – практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины». Душанбе 2018. С.-287-288.

[14-А] Абдулоев М.С. Ошибки и осложнения при оперативном лечении перелома бедренной кости / М.С. Абдулоев, М.М. Амони, К.С. Мирзобеков // материалы XIII науч. – практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» – Душанбе 2018. -С.129.

[15-А] Абдулоев М.С. Анализ результатов остеосинтеза переломов диафиза бедра и костей голени интрамедуллярными блокирующими штифтами / М.С. Абдулоев, М.М. Амони // материалы XIII науч. – практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел» – Душанбе 2018. - С.141.

[16-А] Абдулоев М.С. Ошибки и осложнения при оперативном лечении переломов бедренной кости / С.Х. Курбонов, И.А. Юнусов, М.С. Абдулоев, А.А. Шаприпов // XI всероссийского съезда травматологов – ортопедов достижения российской травматологии и ортопедии –СПБ - 2018. -С.418-419.

[17-А] Абдулоев М.С. Комплексное лечение хронического остеомиелита с применением костной и мышечной пластики / А.Т. Аскарров, А.А. Раззоков, Б.Н. Хасанов, М.С. Абдулоев // сборник научных статей 65 годичной международно науч.- практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино – Душанбе-2017. - С.180-181.

[18-А] Абдулоев М.С. Тактические и технические ошибки при лечении переломов длинных костей /С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев, А.А. Шарипов, М.А. Шарипов //IX съезд травматологов – ортопедов Узбекистана. Актуальные вопросы травматологии – ортопедии, посвящённый 85 – летию Научно – исследовательского института травматологии ортопедии – Ташкент 2017. - С.159-160.

[19-А] Абдулоев М.С. Анализ ошибок и осложнения при применении костно пластических операции у больных с хроническим остеомиелитом трубчатых костей / И.Г. Мухамедова, И.Р. Назаров, М.С. Абдулоев //материалы 64 –той науч.– практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины»- Душанбе 2016. -С.339.

[20-А] Абдулоев М.С. Применения ауто и ксенотрансплантатов при ложных суставах ключицы / М.А. Шарипов, С.Х. Курбонов, М.С. Абдулоев // материалы 64 –той науч. – практ.конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины». Душанбе 2016. - С. 411.

[21-А] Абдулоев М.С. Ошибки и осложнения при костной пластике при несращениях и псевдоартрозах плечевой кости /Б.Н. Хасанов, С.Х. Курбонов, А.А. Раззоков, М.С. Абдулоев // материалы 64 –той науч. – практ. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины». Душанбе 2016. С.400.

[22-А] Абдулоев М.С. Диагностические, тактические и технические ошибки при лечении переломов длинных костей конечностей /М.С. Абдулоев, А.А. Шарипов, С.Х. Абдулоев // научно – практ. конф. молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25 – летию Государственной независимости республики Таджикистан - Душанбе 2016. -С.121.

Патент ба ихтироот

[23-А] Способ замещения костных полостей при лечении больных хроническим остеомиелитом. /Курбонов С.Х., Абдулоев М.С., Юнусов И.А., Шарипов А.А.// Патент № 1103 от 18. 07.2020 г.

Пешниходи навоварона

[24-А] Способ замещения костного дефекта измельчённым костным ксенотрансплонтантом в сочетании с плазмотерапией. /Курбонов С.Х., Абдулоев М.С.// Рационализаторское предложение № 000301 от 22.04.2020г

Фехристи ихтисораҳо

КОА - Комиссияи олии аттестатсионӣ

ДББ - дастгоҳи барқароркунандаи беруна

дар \ 3- сеяки боло

ШП - шикасти пӯшида

ШК – шикасти кушода

ММТҚТ – Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ШУД – шикасти устухонҳои дароз

КАЗ – коркарди аввалиндараҷаи захм

ҚТ – Ҷумҳурии тоҷикистон

ДҚФ- дастгоҳи фишурдасозӣ ва ҷаббанда

n \ 3 - сеяки поёни

ММТ ҚТ - Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон

ШК - шикасти кушода

ШУД - шикастани устухонҳои дароз

ТАҚ - табобати аввалияи ҷарроҳӣ

ҚТ - Ҷумҳурии Тоҷикистон

s \ 3 - сеяки миёна

АСН-1- арзёбии стандартии натиҷаҳо

АННОТАЦИЯ

Абдуллова Мухтошшоха Садуловича

«Пути улучшения лечения осложнений переломов длинных костей»

Ключевые слова: ошибки, осложнения, перелом длинных костей.

Цель исследования. На основании комплексного обследования пострадавших выявить причины осложнений, встречающихся при лечении переломов длинных костей, усовершенствовать тактику лечения и разработать рациональную программу профилактических мероприятий по их снижению.

Методы исследования и использованная аппаратура. Проведено обследование и лечение 103 больных с переломами длинных костей конечности. Большую часть больных как в основной, так и в контрольной группах составили лица мужского пола (72,7% и 83,8% соответственно) и трудоспособного возраста. Наблюдаемые нами больные были с осложнениями, связанными с ошибками при оказании первой помощи и тяжестью травмы. Больным проведены были клинические методы обследования, рентгенография, компьютерная томография, доплерография и бактериологическое исследования.

Полученные результаты и их новизна. Впервые в Республике Таджикистан изучены частота ошибок и осложнений при лечении больных с переломами длинных костей в зависимости от сроков оказания помощи и технологии лечения переломов.

Разработан алгоритм комплексного обследования и лечения больных с переломами длинных костей, показавший на практике свою эффективность.

Усовершенствованы традиционные и современные методы оперативного лечения переломов длинных костей. Предложен способ заполнения костного дефекта в случае секвестраций остеомиелитического очага костным цементом и аутокостной тканью, на что получен патент РТ. №1103 от 2020г.

Рекомендации по использованию. Основные положения и разработки внедрены и используются в практике работы отделения травматологии и ортопедии НМЦ РТ «Шифобахш» и в учебной работе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино.

Использование способа заполнения костного дефекта в случае секвестраций остеомиелитического очага костным цементом и аутокостной тканью, алгоритм лечения больных с переломами длинных костей, показали на практике свою эффективность. Применение современных технологий при лечении больных с последствиями перелома длинных костей, своевременное обращение в специализированные учреждения и правильное оказание медицинской помощи значительно улучшают как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения больных.

Область применения. Травматология

АННОТАТСИЯ

Абдулоев Муҳтошшоҳ Садулоевич

"РОҲҲОИ БЕҲТАР НАМУДАНИ ТАБОБАТИ ШИКАСТАҲОИ УСТУХОНҲОИ ДАРОЗ"

Калимаҳои асосӣ: хатогиҳо, аворизҳо, шикастани устухонҳои дароз.

Мақсади таҳқиқот. Дар асоси ташҳиси ҳамаҷонибаи осебдидагон ошкор намудани сабабҳои аворизҳо, ки ҳангоми табобати шикастани устухонҳои дароз вомехӯранд, такмил додани тактикаи табобат ва таҳияи барномаи оқилонаи ҷорабиниҳои пешгирикунанда барои паст намудани онҳо.

Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизоти истифодашуда. Ташҳис ва табобати 103 бемор бо шикастагии устухонҳои дарози андомҳо анҷом дода шуд. Қисми зиёди беморонро ҳам дар гурӯҳҳои асосӣ ва ҳам назоратӣ мардҳои (мутаносибан 72,7% ва 83,8%) синни қобилияти меҳнатӣ ташкил доданд. Беморонро, ки мо мушоҳида намудаем, дорои аворизҳои мушкил вобаста ба хатогиҳо ҳангоми расонидани ёрии аввалин ва вазнинии ҷароҳат буданд. Беморон аз усулҳои ташҳиси клиникӣ, рентгенография, томографияи компютерӣ, доплерография ва таҳқиқоти бактериологӣ гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва навоариҳои онҳо. Аввалин маротиба дар Ҷумҳурии Тоҷикистон басомади хатогиҳо ва аворизҳо дар табобати беморони шикастаи устухонҳои дароз вобаста аз мӯҳлати нигоҳубин ва технологияи табобати шикаст мавриди омӯзиш қарор гирифтанд.

Алгоритми ташҳиси комплексӣ ва табобати беморон бо шикастаи устухонҳои дароз таҳия гардид, ки самаранокии худро дар амал нишон дод. Усулҳои анъанавӣ ва муосири табобати ҷарроҳии шикастани устухонҳои дароз такмил дода шуд. Усули пур қардани нуқси устухон дар сурати беҳаракат қардани нигоҳдорандаи остеомиелит бо сементи устухон ва бофтаи автобон пешниҳод карда шуд, ки барои он патенти Ҷумҳурии Тотористон ба даст оварда шуд, №1103 аз соли 2020.

Тавсияҳои барои истифода. Муқаррароти асосӣ ва таҳияҳо дар амалияи кафедраи травматология ва ортопедияи ММТ ҚТ "Шифобахш" ва дар қорҳои таълимии кафедраи травматология, ортопедия ва МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ҷорӣ ва истифода шуданд.

Истифодаи усули пур қардани нуқси устухон дар ҳолати беҳаракат қардани нигоҳдорандаи остеомиелит бо сементи устухон ва бофтаи автобон, алгоритми табобати беморон бо шикастаи устухонҳои дароз самаранокии худро дар амал нишон дод. Истифодаи технологияҳои муосир ҳангоми табобати беморон бо оқибатҳои шикастани устухонҳои дароз, муҷриати саривактӣ ба муассисаҳои махсус ва расонидани ёрии дурусти тиббӣ натиҷаҳои ҳам фаврӣ ва ҳам дарозмуддати табобати беморонро хеле беҳтар мекунад.

Соҳаи истифода: травматология

ANNOTATION**Abduloev Muhtojshoh Saduloevich****“Ways to improve the treatment of complications of long-bone fractures.”****Keywords: mistakes, complications, long-bone fractures.**

The purpose of study: Based on a comprehensive examination of the injured, identify the causes of complications encountered in the treatment of long-bone fractures, improve treatment tactics and develop a rational programme of preventive measures to reduce them.

Research methods and used technologies: 103 patients with fractures of the long-bones of the limb were examined and treated. The majority of patients in both primary and control groups were male (72.7 percent and 83.8 percent respectively) and of working age. The observed patients had complications related to first-aid errors and the severity of the injury. Patients underwent clinical examination, radiography, computed tomography, Doppler and bacteriological tests.

Results and their novelty: The frequency of errors and complications in the treatment of patients with long bone fractures depending on the timing of care and technology of fracture treatment was studied for the first time in the Republic of Tajikistan.

An algorithm for the comprehensive examination and treatment of long bone fractures has been developed and has proved to be effective in practice. Traditional and modern methods of operative treatment of long bone fractures have been improved. A method of filling a bone defect in case of osteomyelitic sequestration with bone cement and autologous bone tissue has been proposed, for which a patent of the Republic of Tajikistan No.1103 of 2020 has been received.

Recommendation for use: The main provisions and developments are implemented and used in the practice of the department of traumatology and orthopaedics of the National Medical Centre "Shifobakhsh" and in the educational work of the department of traumatology, orthopaedics and MFS of the Tajik State Medical University of Abuali ibn Sino. The use of a method to fill a bone defect in the case of osteomyelitic sequestrations with bone cement and autologous bone tissue, an algorithm for the treatment of patients with long bone fractures, has shown to be effective in practice. The use of modern technology in the treatment of patients with consequences of fractures of long bones, timely referral to specialised institutions and proper medical care significantly improve both immediate and long-term results of treatment of patients.

Field of application: Traumatology