

Ўзбекистон республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги

Андижон давлат тиббиёт институти

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Соғлиқни сақлаш вазирлигининг

илмий техник кенгаши раиси

_____ **Ш.К.Атаджанов**

«_____» _____

**Мадазимов Мадамин Мўминович,Тешабоев Мухаммадяхё
Гуломқодирович.,Исомиддинов Зиёвиддин Дарвешалиевич**

**БОЛАЛАР ОЁҚДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИНГ КУЙИШ
АСОРАТЛАРИ**

монография

Тошкент 2025

Аннотация.

В монографии представлен клинико-экспериментальный материал, отражающий значение лимфатической и иммунной систем в патогенезе наиболее тяжелой формы интраабдоминальной хирургической инфекции - третичного перитонита. На основании данных ультраструктурных морфологических исследований, а так же изучения местных иммунологических показателей брюшной полости выявлена важная роль «млечных пятен» большого сальника и его лимфатической системы в развитие и исходе перитонита. Разработаны и внедрены в клинику методы лимфатической терапии через большой сальник в профилактике и лечении третичного перитонита. Книга предназначена для хирургов, магистров и студентов старших курсов медицинских вузов. В монографии 44 рисунка, 25 таблиц, библиография содержит 42 источника.

Annonasiya.

Monografiyada qorin bo'shlig'i jarrohlik infektsiyasining eng og'ir shakli - uchlamchi peritonitning patogenezida limfa va immun tizimining ahamiyatini aks ettiruvchi klinik va eksperimental materiallar taqdim etilgan. Ultrastrukturali morfologik tadqiqotlar ma'lumotlari, shuningdek, qorin bo'shlig'ining mahalliy immunologik parametrlarini o'rganish asosida peritonitning rivojlanishi va natijalarida katta charvi va uning limfa tizimining "sutli dog'lari" ning muhim roli aniqlandi. Uchlamchi peritonitning oldini olish va davolashda katta charvi orqali limfatik terapiya usullari ishlab chiqilgan va klinikaga joriy etilgan. Monografiyada qorin bo'shlig'i jarrohlik infektsiyasining eng og'ir shakli - Uchlamchi peritonitning patogenezida limfa va immun tizimining ahamiyatini aks ettiruvchi klinik va eksperimental materiallar taqdim etilgan. Ultrastrukturali morfologik tadqiqotlar ma'lumotlari, shuningdek, qorin bo'shlig'ining mahalliy immunologik parametrlarini o'rganish asosida peritonitning rivojlanishi va natijalarida katta charviva uning limfa tizimining "sutli dog'lari" ning muhim roli aniqlandi. Uchinchi darajali peritonitning oldini olish va davolashda katta charviorqali limfatik terapiya usullari ishlab chiqilgan va amaliyotga joriy etilgan.

Annotation.

The monograph presents clinical and experimental material reflecting the importance of the lymphatic and immune systems in the pathogenesis of the most severe form of intra-abdominal surgical infection - tertiary peritonitis. Based on data from ultrastructural morphological studies, as well as the study of local immunological parameters of the abdominal cavity, the important role of "milky spots" of the greater omentum and its lymphatic system in the development and outcome of peritonitis was revealed. Methods of lymphatic therapy through the greater omentum in the prevention and treatment of tertiary peritonitis have been developed and introduced into the clinic.

Рецензенты:

**Назирова Феруз Гафурович - Академик АН Республики Узбекистан,
д.м.н., профессор. Заслуженный работник здравоохранения РУз.**

**Уртаев Бексолтан Махарбекович - Заведующий кафедрой производственной и
клинической трансфузиологии, д.м.н., профессор. Заслуженный врач РФ. Президент
общественной организации лимфологов РФ.**

Монография была утверждена решением экспертного совета Андижанского
государственного медицинского института.в 2024 г.

« _____ » _____ № ____.

МУНДАРИЖА

КИРИШ	4
I БОБ. БОЛАЛАР ОЁҚДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИНГ КУЙИШ АСОРАТЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ).....	9
1.2. Куйишлар натижасида чандиқли оқибатлари бўлган болаларни реабилитация қилиш.	13
1.4. Болаларда оёқ йирик бўғимларининг куйишдан кейинги чандиқли контрактураларини жарроҳлик усулида даволаш.	16
1.6. Терини кўчириб ўтказиш пластикаси	17
Хулоса.....	Ошибка! Закладка не определена.
II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ	26
§2.1. Клиник кузатувларнинг умумий хусусиятлари.....	26
§2.2. Куйикдан кейинги оёқнинг йирик бўғимлар контрактурасини шахсий классификацияси.	31
§2.3. Беморларни текширув усуллари	36
§2.4. Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш	42
III боб. ОЁҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРИДА КУЙИКДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯ ВА КОНТРАКТУРАЛАРИНИ АНЪАНАВИЙ ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШ	42
§3.1 Оёқ йирик бўғимлари чандиқли деформациялари ва контрактураларини анъанавий жарроҳлик усулларида даволаш	42
§3.1.2 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини Лимберг усулида бартараф этиш (<i>Z-пластика</i>).	47
§3.1.3 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини лахтаклар ёрдамида бартараф этиш.	49
§3.1.4 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини тери кўчириб ўтказиш орқали бартараф этиш.	51

§3.2. Жарроҳлик даволашнинг анъанавий усуллари қисқача тахлили ва муҳокамаси.	53
Хулоса.....	Ошибка! Закладка не определена.
IV боб. Оёқ йирик бўғимларида куйикдан кейинги чандикли деформация ва контрактураларини такомиллаштирилган ва ишлаб чиқилган усуллар ёрдамида бартараф этиш	59
§4.1 Ишлаб чиқилган пластика усуллари физиологик асослаш.	60
§4.2 Оёқ йирик бўғимлари чандикли деформациялари ва контрактураларини такомиллаштирилган ва янги ишлаб чиқилган жарроҳлик усуллари ёрдамида даволаш	70
§4.3. Жарроҳлик даволашнинг таклиф этилган усуллари тахлили ва муҳокамаси.	82
ХУЛОСА.....	Ошибка! Закладка не определена.
V БОБ. Оёқ йирик бўғимлари куйишдан кейинги жарроҳлик амалиётларидан кейинги натижаларни қиёсий тахлили	88
§5.1. Жарроҳлик даволашнинг таклиф этилган ва анъанавий усуллари яқин натижаларини тахлили ва муҳокамаси.....	89
§5.2. Оёқ йирик бўғимлар куйишдан кейинги оқибатларни жарроҳлик амалиётларидан кейинги олис муддатларда функционал ва косметик натижаларини баҳолаш.....	95
<i>Чандикли деформация контрактурасиз бўлган ҳолатда (майдони беморнинг ёшига қараб)</i>	<i>99</i>
ХУЛОСА	101
АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР	Ошибка! Закладка не определена.
ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:	115
ҚИСҚАРТМАЛАР	125

КИРИШ

Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) маълумотларига кўра, куйишлар умумий сонини 30-35% дан кўпроғи болаларнинг улушига тўғри келади. Тараққий этган давлатларда АҚШ, Германия, Буюк Британия, Россия ва бошқа давлатларда «Куйиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил қилинганда ҳар 100 минг аҳолига 160-190, ўлим кўрсаткичи эса 2,1%»¹. «Ўзбекистонда бу кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига 19-23 нафарга тўғри келади»². «Қўл, оёқ ёки бирор сегментини электр, контакт куйишлари натижасида ампутациялар 18% ҳолатларда бирмаламчи ногиронликка олиб келган. Ногиронликка олиб келувчи сабаблардан яна бири бу чандиқли деформациялар ва бўғимларнинг чандиқли контрактуралар ҳисобланади. 10%-55% гача тананинг куйишлари 20-25% ҳолатларда чандиқли деформациялар ёки бўғимлар контрактуралари билан яқунланади»³, ижтимоий соҳага, инсон табиатида, ижтимоий фаолиятига, боланинг ривожланишига салбий таъсир қилиб, шахс сифатида ривожланишини издан чиқаради.

Замонавий реконструктив пластик жаррохликнинг мазкур йўналишни истиқболлар янги такомиллаштирилган усулларни клиник

¹ World Health Organization. Burn disease: fact sheet no. 219. World Health Organization website. 2012. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs221/en>, accessed November 26.

² Здравосохранение в Узбекистане: факты и цифры. Ташкент. Узбекистан. - 2006. - 56 с.

³ Buja Z, Arifi H, Hoxha E, Duqi S. Surgical treatment of burns sequelae. our experience in the Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Pristina, Kosovo. // Ann Burns Fire Disasters. 2015 Sep 30;28(3):205-9.

амалиётга тадбиқ этилиши куйишдан кейинги таянч ҳаракат тизимидаги нуқсонлар сонини кескин камайтиришга қаратилган. Оёқ йирик бўғимлари куйикдан кейинги асоратлари 85-90% ҳолларда қайта тиклаш ташрихларига мухтождир. Чандикли деформацияларни бартараф этишда болаларда нафақат реконструктив амалиётлар, балки ортопедик ёки травматологик ёрдамга мухтож бўлиб, реконструктив-пластик жаррохликнинг мураккаб бўлими бўлиб ҳисобланади. Бугунги кунда мавжуд маҳаллий, тери лахтакли пластиканинг энг оптимал эстетик ва функционал натижалари уларнинг қўлланишини таъминлайди. Тери кўчириб ўтказиш муаммосининг ечими ҳисобланмайди, бироқ косметик жихатдан қониқарсиз натижаларга олиб келади.

Муаллифларнинг фикрига кўра, «Хозирги вақтга таъта тиклов амалиётларини ўтказиш бўйича аниқ кўрсатма мавжуд эмас. Умум қабул қилинган кўрсатмага асосан, реконструктив қайта тиклов операциялари 6-12 ойдан сўнг чандик тўла шакллангандан кейин олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади» (Перловская В.В, Сапухин Э.В., Козлов Ю.А.⁴). «Агарда беморларни ногиронлик гуруҳига кўра тақсимланганда 1-гуруҳ 56,5%, 2-гуруҳ 40,5% ва 3-гуруҳда эса 3%. Ногиронлик даражасини сабаблари ўрганиб чиқилганда, битмаган ёки трофик яралар, куйикдан кейинги чандикли деформациялар ва контрактуралар 69,6%, ҳаракат тизими аъзолари ва қафт бармоқлар ҳаракатини чекланиши 19%, оёқ ва қўллар ампутациялари 9% ташкил этади» (Yu N, Long X.⁵). Юденич А.А.нинг маълумотиға кўра “3-10 йил вақт оралиғида беморларда ногиронлик даражаси 69% га, бундан ташқари 71% ҳолатларда ногиронлик гуруҳи яъни 1-гуруҳдан 2-гуруҳга, 2 дан 3 га камайган. Шу сабабдан куйикдан кейинги тикланиш давридаги беморни диспансер назоратиға олиш ва қайта тиклов давосини ўтказиш кейинги босқичда меҳнат қобилиятини тикланишиға олиб келади.

⁴ Перловская В.В, Сапухин Э.В., Козлов Ю.А. Использование эндовидеохирургической техники для лечения детей с обширными дефектами кожи методом экспандерной дермотензии. // Детская хирургия. № 6 / том 18 / 2014:401-6

⁵ Yu N, Long X. The Clinical Application of Preexpanded and Prefabricated Superthin Skin Perforator Flap for Reconstruction of Post-Burn Neck Contracture. // Ann Plast Surg. 2017 Feb;78(2):240

Рақамларда кўрсатиб ўтилганда 6-8 минг куйигандан кейинги беморларнинг 18-27% яъни, 2 мингга яқин беморлар йилига қайси марказга ёки қайси шифокорга мурожаат қилишини билмайди. Муаммонинг иккинчи томонига назар соладиган бўлсак бу беморларнинг (оператив давога мухтожлар) 600-620 нафари ҳаракат тизимида куйикдан кейинги нуқсонлилар ҳисобланади (Mirastschijski U, et al.⁶, Ahuja RB, Mulay AM, Ahuja A.⁷).

Чандик ҳосил бўлаётганда амалга оширилган қайта тиклов жаррохлик амалиётлари кам натижали бўлиши мумкин. Шу сабабда чандикли контрактура ёки чандикли деформацияни даволашда шифокордан жаррохлик амалиётини бажаришдан аввал консерватив даво қўллаши лозим бўлади. Бу албатта маълум вақтни талаб этади, шунда бажарилиши мумкин бўлган операция ҳажми, лахтаклар миграцияси, яшовчанглиги, ва албатта бўғимнинг ҳаракатини тўла тиклаш имкониятини яратади (Saaïq M, Zaib S, Ahmad S.⁸).

Йирик бўғимлар куйикдан кейинги чандикли деформацияларини бартараф этишда ҳам косметик ҳам функционал ҳолатини тиклашда жуда кўплаб жаррохлик усуллар ишлаб чиқилган ва такомиллаштириб келинмоқда. Эрта, кечки ва олис асоратларни олдини олиш бугунги замонавий пластик жаррохликни муаммолари саналади.

Адабиётларда келтирилган маълумотлар таҳлили болаларда оёқ йирик бўғимлар куйишидан кейинги чандикли деформация ва контрактураларини жаррохлик даволаш усуллари оптималлаштириш, илмий изланишларни такомиллаштириш зарурлигини кўрсатмоқда, шу билан бирга бажарилган амалиётлардан кейин ҳам функционал, ҳам косметик натижалар асосий долзарб ва белгилаб берувчи муаммолигича қолмоқда, бу эса тактик ва техник жиҳатларни янада такомиллаштириш кераклигини кўрсатади.

⁶ Mirastschijski U, Sander JT, Zier U, Rennekampff HO, Weyand B, Vogt PM. The cost of post-burn scarring. // Ann Burns Fire Disasters. 2015 Sep 30;28(3):215-22.

⁷ Ahuja RB, Mulay AM, Ahuja A. Assessment of quality of life (QoL) of burn patients in India using BSHS-RBA scale. // Burns. 2016 May;42(3):639-47.

куйишдан кейинги оёқ йирик бўғимлар чандикли деформация ва контрактураларини жаррохлик амалиёти натижаларига кўра даволаш баёни ва алгоритмини ишлаб чиқиш.

I БОБ. БОЛАЛАР ОЁКДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИНГ КУЙИШ АСОРАТЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Болаларда тасаввурни ҳосил бўлиши ўз-ўзини бошқариш билан характерланади. Болаларни ҳақиқатдан узоқлашиши унда фантазияни ривожланишига олиб келади. Болаларни (айниқса, эрта ва кичик ёшдаги) ўз-ўзларини бошқара олмаслиги, ота-оналарга мухтожлиги техноген сабаблардан ташқари майиший техникалар, иссиқ суюқликлар, приротехника воситалари, қурилишда ишлатиладиган маҳсулотларни иккиламчи ишлов беришда, ёзнинг иссиқ вақтида назоратсиз қолиши, чўғ, кул ва бошқалар билан боғлиқ бўлган куйишларга олиб келади. Муаллифларнинг маълумотларига кўра тинчлик даврдаги жароҳатларнинг 5-12 % куйишга туғри келади [4-7, 49, 50, 62, 96]. Бутун жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотга кўра куйишлар сони жихатидан учунчи, Японияда эса иккинчи ўринни эгаллайди. Бу техноген талофатлар билан боғлиқ ҳисобланади. Куйик туғрисида сўз борар экан, келтириб чиқариш сабабига кўра физик, кимёвий, контакт куйиклар болаларда энг кўп учрайдиган куйишлар қаторига киради. А.А.Алексеев маълумотларига кўра аксарият мамлакатларда куйишлар тинчлик давридаги болаларнинг йўл-транспорт ҳодисалари ва сувга чўкишдан кейинги дунёдаги шикастланишлар орасида ўлим ва ногиронликнинг юқори даражада эканлиги билан учинчи ўринни эгаллайди. У барча шикастланишларнинг 30% ни ташкил қилади. Термик шикастланишлар болаларда 13,8 дан (75,3%) ташкил этади

Куйишлар умумий сонини 30-35% дан кўпроғи болаларнинг улушига туғри келади. Тараккий этган давлатларда АҚШ, Германия, Буюк британия, Россия ва бошқа давлатларда куйиш кўрсаткичларини қиёсий таҳлил

килинганда, ҳар 100 минг аҳолига 160-190, ўлим кўрсаткичи эса 2,1%. С.П. Пахомова (1997) маълумотига кўра, умумий куйишдан азият чекканларнинг 1,7% болалар улушига тўғри келади. Ўзбекистонда бу кўрсаткич ҳар 100 минг аҳолига 19-23 нафарга тўғри келади, яъни умумий аҳолининг 6-8 минг нафари куйик жароҳати билан руйхатга олинади, бундан 2,4-2,8 минг болаларга тўғри келади.

Юзаки куйишлар, чуқур куйишлар, қандай турдагиси бўлмасин улар ҳар доим болалар ҳаётига таҳдид солади ва чекланган чуқур куйишлар кўпинча ёшлигидан ногиронликка олиб келади. Чуқур куйиш жойларида, айниқса бармоқлар ва оёқларда ёки катта бўғимлар соҳасида ҳаракатни чеклайдиган, қон таъминотини бузадиган ва боланинг нормал ривожланишига тўсқинлик қиладиган қўпол чандиқлар пайдо бўлади.

В.К. Гусак ҳам муаллиф. (2000), умумий куйганларни қўл ва оёқ жароҳатларини 13,7% ҳолатларида ампутацияга олиб келган [44]. Қўл, оёқ ёки бирор сегментини электр, контакт куйишлари натижасида ампутациялар 18% ҳолатларда бирмаламчи ногиронликка олиб келган [63, 93, 21]. Ногиронликка олиб келувчи сабаблардан яна бири, бу чандиқли деформациялар ва бўғимларнинг чандиқли контрактуралари ҳисобланади. 10%-55% гача тананинг куйишлари 20-25% ҳолатларда чандиқли деформациялар ёки бўғимлар контрактуралари билан яқунланади [67, 196]. Тананинг 20% чуқур анатомик структураларининг куйиши 60,2% ҳолатларда ногиронликни юзага келтиради [44]. Куйикдан кейинги чандиқли контрактуралар ва деформациялар фундаментал тадқиқодлар ўтказилмасдан консерватив ёки жарроҳлик даволаш мақсадга мувофиқ эмас. [1, 43, 48, 77, 105, 129]. Ҳозирги вақтгача қайта тиклов амалиётларини ўтказиш бўйича аниқ кўрсатма мавжуд эмас. Умум қабул қилинган кўрсатмага асосан реконструктив қайта тиклов операциялари 6-12 ойдан сўнг чандиқ тўла шакллангандан кейин олиб бориш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. [31-34, 43, 102-104, 159]. Такидлаш лозимки бу даврда бўғим элементлари ва периартикуляр тўқима уз ҳолатини тиклайди, жарроҳлик амалиётини

самарадорлигини оширади. [40, 173]. Чуқур анатомик структураларнинг куйишдан кейинги даволаш тактикасида некрэктомия амалиёти кенг кулланилади ва аутодермопластика билан якунланади. Бу амалиётдан кейин пай, суяк, бўғим секин асталик билан некрэзланади. Натижада остеонектос, артрит, остеомиелит баъзи ҳолатларда ампутацияга ёки фукцияни йуқолишига олиб келади [6, 7, 44, 58, 69, 111-116, 160]. Сунги йилларда чуруқ куйикларни даволашга янгича қарашлар кириб келди. Эрта жарроҳлик некрэктомиясидан кейин тери-ёғли лахтак билан жароҳатни ёпиш орқали ҳам нуқсон бартараф этилади ҳам бўғимлар фаолияти тикланади. [44, 58, 59, 69, 112, 113, 188].

Куйган яраларни даволаш натижаларига инфекциянинг таъсири шубҳа остига олинмайди, чунки бу йўқолган терини ўз вақтида оператив тиклашга имкон бермайди ва жарроҳлик даволаш натижаларини ёмонлаштиради [69, 73, 85]. Куйиш жароҳатларининг ҳар қандай чуқурлигида жароҳат инфекциясини бошқариш муҳим аҳамиятга эга [60, 62, 85]. Шикастланиш чуқурлиги ва майдонини ишончли ташхислаш, даволаш тактикасини ва яраларни маҳаллий даволаш усулларини тўғри танлашни белгилайди. Юқорида айтиб ўтилган ҳолатлар болаларда ногиронлик кўрсаткичлари кўпайишига олиб келмоқда.

Мадазимов М.М., Темиров П.Ч. ва ҳам муалф.ларнинг таъкидлашига кўра, стационар даводан амбулатор давога юборилишида барча даволанганларнинг 6,9% ҳолатларда беморлар ногирон хисобланадилар. Беморларни ногиронлик гуруҳига кўра тақсимланганда, 1-гуруҳ 56,5%, 2-гуруҳ 40,5% ва 3-гуруҳда эса 3%. Ногиронлик даражасини сабаблари ўрганиб чиқилганда, битмаган ёки трофик яралар, куйикдан кейинги чандиқли деформациялар ва контрактуралар 69,6%, ҳаракат тизими аъзолари ва қафт бармоқлар ҳаракатини чекланиши 19%, оёқ ва қўллар ампутациялари 9% ни ташкил этади. Юденич А.А.нинг маълумотига кўра ногиронларнинг 82 % 20-49 ёшдаги беморларни ташкил этиб, улар меҳнат қобилияти бор аҳоли қатламига киради. Такидлаш лозимки, 3-10 йил вақт оралиғида беморларда

ногиронлик даражаси 69% га, бундан ташқари 71% ҳолатларда ногиронлик гуруҳи яъни 1-гуруҳдан 2-гуруҳга, 2 дан 3 га камайган. Шу сабабда куйикдан кейинги тикланиш давридаги беморларни диспансер назоратига олиш ва қайта тиклов давосини ўтказиш кейинги босқичда меҳнат қobiliятини тикланишига олиб келади.

Президентимизнинг ташаббуслари билан ижтимоий соҳага қаратилаётган эътибор шошилиш тиббий ёрдамни ташкил этилиши бир қатор куйик бўлимларини вилоят марказларида очилиши эрта даволашга қаратилган қадам ҳисобланади. Ногиронликни эрта аниқлаш, ижтимоий ҳимояга олиш давлат томонидан тўғри ва изчил олиб борилмоқда. Шу билан бирга, бир қатор ечими топилмаган муаммолар борки, беморлар куйик бўлимидан чиққандан кейинги реабилитацияси травматолог ёки жаррох назорати остида қолишига олиб келмоқда. Бу мутахассислар куйгандан кейинги беморларни реабилитациясида етарли даражада малакага эга эмаслиги куйикда кейинги эрта реабилитация (массаж, чандиқларни сўрдирувчи муолажалар, санатор-курорт муолажалар), оператив даволаш усуллари кечиктирилиши ҳалигача муаммо ечими топилмаганлигини кўрсатиб турибди, бу эса ногиронлик даражасини ортишига олиб келмоқда. Бундан ташқари бакалаврлар, клиник ординатура ва магистратурада таҳсил олаётган талабаларни укув адабиётларда куйик, куйик асоратларини даволаш бўйича манбаларни йўқлиги, ҳаттоки вилоят марказларида куйик асоратларини даволашга ихтисослаштирилган бўлимларнинг йўқлиги масалага яқинроқ ёндашувни талаб этмоқда. Рақамларда кўрсатиб ўтилганда 6-8 минг куйгандан кейинги беморларнинг 18-27% яъни, 2 мингга яқин беморлар йилига қайси марказга ёки қайси шифокорга мурожаат қилишини билмайди. Муаммонинг иккинчи томонига назар соладиган бўлсак, бу беморларнинг (оператив давога муҳтожлар) 600-620 нафари ҳаракат тизимида куйикдан кейинги нуқсонлилар ҳисобланади. Ўз вақтида малакали тиббий хизматни ташкил этмаслик бўғим контрактураси, кейинчалик эса бўғим онкилозига олиб келиши беморларни умрбод ногирон бўлишига олиб

келмокда. Айтиш мумкинки хозирда таянч харакат тизими учун ишлаб чиқилган (сунъий бўғим) махсус тиббий ашёлар терининг чандиқли ўзгарган сохаларида ёки мушак-пай сохаларида қўлланилмаслиги хали ечими топилмаган қисми ҳисобланади. Масалани иккинчи томонига эътибор қаратиш муҳим деб ўйлаймиз. Болаларни таълим олиши жисмонан ва тафаккурини ривожлантиришга махсус мактабларни ва реабилитация масканларини йўқлиги бу контингент беморларни назардан четда қолганини кўрсатиб турибди.

1.2. Куйишлар натижасида чандиқли оқибатлари бўлган болаларни реабилитация қилиш.

Куйикда кейинги реабилитация тўғрисида сўз юритилганда, консерватив ва оператив реабилитацияга бўлиб кўриб чиқамиз. Реабилитация чандиқланиш бошлангандан кейин амалга оширилади. Куйикдан кейинги чандиқли деформацияларни профилактикаси ва даволаш мураккаб жараёнлардан бири ҳисобланади. Таклиф этиладиган усуллар биринчи навбатда патологик чандиқ ҳосил бўлишини олдини олишга қаратилган бўлиши лозим [257, 103, 258]. Чандиқ ҳосил бўлаётганда амалга оширилган қайта тиклов жаррохлик амалиётлари кам натижали бўлиши мумкин. Шу сабабда чандиқли контрактура ёки чандиқли деформацияни даволашда шифокордан жаррохлик амалиётини бажаришдан аввал консерватив даво қўллаши лозим бўлади. Бу албатта маълум вақтни талаб этади, шунда бажарилиши мумкин бўлган операция хажми, лахтаклар миграцияси, яшовчанглиги, ва албатта бўғимнинг ҳаракатини тўла тиклаш имкониятини яратади [26, 255, 174, 146, 215, 156, 293, 345].

Куйикдан кейинги жароҳатларни битиши ҳар доим ҳам чандиқ билан яқунланмайди, баъзи ҳолатларда жаррохлик аралашуви яъни тери кўчириб ўтказиш амалиёти ҳам бажарилиши мумкин. Кўчириб ўтказилган тери лахтаги ҳар доим ҳам биз кўзлаган натижани бермайди, лахтак вақт ўтиши билан ўз хусусиятини йўқотади, хажм жихатидан кичраяди, бир сўз билан

айтганда иккиламчи ретракцияга учрайди [73, 90, 203, 233, 350]. Т.Я.Арьев [34] томонидан биринчилардан бўлиб иккиламчи ретракция тўғрисида сўз юритган. Кейинчалик М.Л.Бирюков [50] томонидан морфо-функционал ҳолати ўрганиб чиқилган ва тери қопламани қайта тикланишини 3 даврга бўлиб берган: 1 давр - ретракция – жароҳат битгандан 3 ойгача бўлган муддатда ҳосил бўлади. 2 давр - деретракция – 3 ойдан 12 ойгача ва 3 давр - стабилизация – 1 йилдан сўнг. Баъзи муаллифлар эса 4 даврга бўлишади: эпителизация, шиш, қаттиклашиши, юмшаши, бу ерда ҳар давр 3-4 ҳафтани талаб этади.

III-A даражали куйишда жароҳат битгач микроциркуляцияни бузилиши куйидагича намоён бўлади. Обектив томондан трофик ўзгарган тўқималарда чандиқ қопламасини рангини ўзгариши, ёриқлар ва баъзида ярани ҳосил бўлиши бўлса, субектив маълумотга кўра, қичишиш, оғрик, сезгини пасайиши кузатилади. [90, 139, 307]. Айтиб ўтиш лозимки баъзи ҳолатларда донор жароҳатда атрофик ва чандиқли ўзгаришлар кузатилади. [50, 80, 11, 341, 344, 447, 365].

Шифокор томонидан қайта тиклов жарроҳлик амалиётларини бажаришда беморни умумий ҳолати инобатга олиниши шарт. Бемор тўла текширувдан ўтиши лозим, унутмаслик керакки оғир даражали куйикдан кейинги беморларда куйик касаллиги яъни, юрак қон томир, нафас тизими, жигар, буйрак, имун ҳолати, ошқозон ичак тизими, эндокрин тизимларда қатор полиорган етишмовчиликлар кузатилади [79, 264, 9]. Айниқса алангадан куйган беморларда бу тизим фаолияти 6 ойдан 3 йилгача бўлган муддатда тикланиши мумкин. Лекин масалани иккинчи томонини унутмаслик лозим, ҳаракат тизимидаги чандиқли ўзгаришлар бу муддат ичида асосий қайта тиклов амалиётларини ўтказиш лозим бўлади. Бу ҳолатларда бемор ҳолатига эмас балки чандиқли ўзгарган тўқималарни функционал ҳолатни қайта тиклашга қаратилган бўлиши керак.

Узоқ муддат нафас тизимидаги муаммолар беморларда энцефалопатияни келтириб чиқаради. Бу бемордаги ўзига ишончни йуқотади.

Уларнинг психоневрологик халати бузилиб, баъзан одамови, баъзида эса ўта жахлдор бўлиб қоладилар [186, 205, 33, 35, 31]. Хаёт сифати бузилади. Тешабоев М.Г. «WHONAL-BREEF» бўйича хаёт сифатини жаррохлик амалиётгача ва амалиётдан кейинги тахлили шуни кўрсатадики беморлардаги ўзига ишонч, қатъиятлик 10 баллик тизимда баҳоланганда 6,6 дан 7,2 баллга кўтарилганлигини кўриш мумкин. Шуни инобатга олган ҳолда тиббий реабилитация беморларга ўзлигини англашга, хаётдан мамнун бўлишига ёрдам беради. Н.Е.Повстяной [217] , Д.Г.Дмитриев [109], томонидан тиббий реабилитация 3 даврга бўлинади: 1 давр – эрта, бунда бемор шифоханадан уйга чиқарилганда максимал равишда бўғимлар вазифасини консерватив усуллар, шу билан бир қаторда юрак қон-томир, нафас тизими, буйрак ва жигар фаолиятини тиклашга қаратилади. 2 давр – жаррохлик амалиётлари даври бўлиб, контрактура ёки деформацияларни бартараф этиш косметик ва функционал нуқсонларни камайтиришга қаратилган. Бунда жаррохлик амалиётидан кейин ортопед ва травматолог томонидан (миотомия, пай пластикаси, остеотомия, остеосинтез ва бошқа) амалиётлар бажарилади. 3 давр – якунловчи давр бўлиб, амалиётдан кейинги 2-4 ҳафталарда амалга оширилади. Бу давр фақат бўғим ёки орган фаолиятига қаратилган бўлади.

Стабилизация даврини тезлаштириш учун беморларга консерватив даво тавсия этилади. Бир вақтни ўзида қуйишдан кейинги беморларга таянч ҳаракат тизими фаолияти ва умумий ҳолатини тиклашга қатарилади [117, 155].

Таянч ҳаракат тизими фаолияти тиклаш турли усул ва услублар ёрдамида олиб борилади. Н.В.Повстяной [216] принципига кўра 3 гуруҳга бўлинади: 1) мажбурий даволаш жисмоний тарбия, массаж, механотерапия, алмашувчи иммобилизация; 2) алмашинувчи ва вақтли малҳамлар ва усуллар - физиотерапия, сўрдирувчи терапия, ионофорез; 3) танлаб олинган ёки махсус малҳамлар ва усуллар Букки нури, рентгенотерапия, босиб турувчи терапия, магнитотерапия, криотерапия ва бошқалар.

1.4. Болаларда оёқ йирик бўғимларининг куйишдан кейинги чандикли контрактураларини жаррохлик усулида даволаш.

Йирик бўғимлар куйикдан кейинги чандикли деформацияларини бартараф этишда ҳам косметик ҳам функционал ҳолатини тиклашда жуда кўплаб жаррохлик усуллар ишлаб чиқилган ва такомиллаштириб келинмоқда. Эрта, кечки ва олиш асоратларни олдини олиш бугунги замонавий платик жаррохликни муаммолари саналади. [78, 89,125,153].

Жаррохлик усулини танлаш учун чандикли деформацияларни таснифлашда чандикли контрактураларни функционал етишмовчилик даражасига кўра бўлинади. Б.В.Парин (1947й) чандикли контрактураларни функционал етишмовчилиги даражасига қараб таснифлаган ҳамда ҳар бир учраган ҳолат учун оптимал жаррохлик усулини танлаган. 1-даражага ҳаракатда зўриқувчи унчалик катта бўлмаган чандиклар натижасидаги бўғимлар функциясининг чегараланиши. 2-даража 50 % ҳаракат чегараланиши. 3-даража эса бўғим ҳаракатининг кескин чегараланиши. 4-даража зарарланган бўғимда иккита юзанинг ўсиши натижасида ҳаракатнинг тўлиқ чегараланганлигидир. В.Ю.Мороз ҳам муаллиф. (2003) тўғри жаррохлик усулини танлаш учун йирик бўғимлари контрактураларни куйидагича классификациясини тавсия этган: 1) Бўғимнинг иккала юзанинг олд ёки орқа соҳаси зараланиши 2) Бўғим медиал ёки гумбаз соҳаси зараланиши 3) Бўғимнинг атрофидаги терининг тотал зарарланиши. М.А.Матеев (2007) томонидан жаррохлик усулини танлашда куйидагича таснифдан фойдаланишни тавсия этдилар, улар куйгандан кейинги чандикли деформацияларни 3 турга бўлди: 1) Маҳаллий чандикли деформациялар 2) Атроф тўқиманинг ангиосом қон билан таъминланиши сақланиб қолган кенг чандикли деформациялар 3) Атроф тўқиманинг ангиосом қон билан таъминланиши сақланиб қолмаган кенг чандикли деформациялар. Муаллифлар фикрига кўра, 1 турга хос чандикли деформацияларда учбурчаксимон, трапециясимон лахтакларнинг кўчирилиши атроф тўқимага боғлиқ ҳолда маҳаллий чандикли деформацияларда қўлланилиши мақсадга

мувофикдир. 2-турда эса кенг соха чандикли деформацияларда ангиосом қон айланишини таъминловчи магистрал қон томирлар сақланиб қолганда оролсимон ва перфорант васкуляризацияланган тўқима лахтақларини кўчириб ўтказиш самарали ҳисобланади. 3-тур чандикли деформацияларни эса микроанастамозли қон-томирлар ёрдамида эркин тери-ёғли лахтагини кўчириш, бу анатомик тузилмалар (пайлар, нерв, қон томирлар) зараланиши билан кечувчи кенг ва чуқур чандикли деформацияли беморларда қўлланилади.

T.Zan, H.Li лар (2013) куйгандан кейинги чандикли деформацияларни куйидагича таснифлашни муҳим деб ҳисоблайдилар: 1-тур якка, 2-тур икки, 3-тур икки ва ундан ортик ёндош сохаларни қамраб олган дефектлар, 4-тур субтотал дефектлар. Муаллифлар фикрига кўра, бундай таснифлаш жаррохга алоҳида анатомик сохаларда жаррохлик усулини танлашда ёрдам беради. Келтирилган бир нечта таснифларнинг ҳеч бири куйиш асорати бор беморларни жаррохлик даволашда аниқ вақти ва босқичини белгиламайди.

Бугунги кунда йирик бўғимларда қайта тиклов амалиётларини бажаришда пластик жаррохлар олдида қатор оддий лекин самарали усуллар мавжуд бўлиб, булардан:

- тери кучириб ўтказиш пластика
- маҳаллий тўқималар пластикаси
- лахтақли пластика (яқин соғ тери ёғли қатлам ҳисобига контрактураларни бартараф этиш)
- микрожаррохлик усулида қон томирли лахтақ кўчириб ўтказиш
- баллонли дермотензия

Юқорида кўрсатиб ўтилган жаррохлик усуллари ўз афзалликларига ва камчиликларига эга [43,49,110,152,191,193].

1.6. Терини кўчириб ўтказиш пластикаси

Бу усул атроф тўқималарда етарли тўқима захираси бўлганда қўлланилувчи усул бўлиб, 2 хил усулда амалга оширилади. 1. Махсус дерматом ёрдамида терининг юза қавати шилиб олинади ва жароҳатга

ёпилади бу пластика усули пластик жаррохлар орасида дерматомли пластика ёки аутодермопластика атамалари билан юрилилади. 2. Эркин бут тери пластикаси эса терининг барча қаватлари ёғли қаватдан холи равишда кўчириб ўтказилади.

Аутодермопластика соғ тери ёғли қават юзаси асептик ишлов берилгандан кейин глицерин суртилади ва дерматом ёрдамида шилиб олинади. Глицерин дерматомни ҳаракатини ва терини бир хил қалинликда олинишини тامينлайди. Усулни афзаллиги шундаки, тери бир хил қалинликда ва кераклича юзани ёпиш имконини беради.

Аутодермопластика очик жароҳатларда грануляцион майдонни, катта юзалаларни ёпишда ишлатилади [215]. Чуқур грануляцион тўқималарни ёпиш, донор ўчоқ дефицити мавжудлиги ва функционал актив бўлакларда (бўйин, қўлтик ости, букулувчи бўғим юзаси, кафт, бармоқлар) аутодермопластикани инкор этиб бўлмайдиган афзаллигидир [2-4, 47, 133]. Куйик жароҳати субфациал куйишда жаррохлик амалиёти олиб бориладиган беморларда ушбу усулни танланиши нафақат жароҳатни ёпишда амалиётдан кейинги натижага ҳам ўз таъсирини кўрсатиб, бажарилган муолажа вақтида ва керакли ҳолатда ишлатилганлигини кўрсатиб беради. Муалифлар томонидан йиғилган бой тажриба куйикдан кейинги очик жароҳатни эрта ёпиш муаммо ечими сифатида айтиб ўтилган [42, 45, 55, 58, 148, 217]. Аутодермопластика, барча чуқур жароҳатларни ёпишда 90% ҳолатларда ишлатилади [6, 22]. Усулнинг соддалиги жаррохлар учун олтин қоида бўлиб ҳисобланади [190, 218]. Ўтган вақт давомида жароҳатни ёпиш муаммони тўла ечими эмаслигини кўрсатади. Бугунги кунга келиб жароҳатни ёпиш билан бир қаторда косметик ва функционал нуқсонни тиклаш лозим бўлмоқда [12, 17, 69, 226]. Тадқиқот натижаларига кўра болаларда оёқларнинг йирик бўғимлари куйишини даволашнинг узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилишда қўлланиладиган жаррохлик аралашув услубига қараб натижаларига кам эътибор берилади.

Бу усулни камчиликлари тўғрисида бир катор муаллифларни тадқиқодларга назар ташлашни лозим топдик. М.М.Мадазимов (2006) кўчириб ўтказилган аутодермотрансплантат вақт ўтиши билан 30-40% қисқаради. М.Г.Тешабоев (2017) кўчирилган трансплантат қорайиши 32% ҳолатларда кузатилган. Motamed S., Jahadi R., Asadi M. (2011) такидлашича, кўчириб ўтказилган аутодермотрансплантат 47% ҳолатларда косметик ечимга эга эмаслигини кўрсатиб берган.

1.6.1 Маҳаллий тўқима пластикаси

Куйикдан кейинги чандикли деформациялар ва контрактураларни бартараф этишда жаррохлик амалиётини ўтказиш бўғимнинг ҳам функционал, ҳам косметик ҳолатини яхшилаш талабини бажариши керак. Бу мақсадни амалга оширишда турли жаррохлик усулларни бажариш талаб этилади (Гуллер А.Е., Шурова Д.В., Мензул В.А., 2006). Куйик асоратини даволашда реконструктив жаррохлик амалиётида эришилган ютуқлар асосида энг содда, самарали, иқтисодий жihatда мақбул усул маҳаллий тўқима пластика ҳисобланади.

Маҳаллий тўқима пластикаси чандикларни кесиб олиб атрофидаги соғ тери-ёғли тўқимани мобилизация қилиш орқали ҳосиб бўлган жароҳатни ёпиш билан яқунланувчи усул ҳисобланади.

Маҳаллий тўқима пластикаси усулини бажаришда ўзига хос талаблар қўйилган бўлиб чандик тўғри юзада жойлашган бўлиши, атрофида соғ тўқималар бўлиши, чандик ҳаракатчан бўлиши, остида жойлашган тўқимага ёпишмаган бўлиши ва албатта кенглиги катта бўлмаслиги лозим [38, 51, 189].

Йирик бўғим юзаларидаги катта ўлчамдаги чандикларда жаррохлик амалиётни бажарилгандан сўнг қўйилган чокларда юқори даражадаги юклама ҳосил бўлади натижада жароҳатни бирламчи битишига ва косметик ҳамда функционал натижага салбий таъсир кўрсатади. Жаррохлик амалиётидан кейинги даврда чоклар олингандан сўнг чандикларни иккиламчи кенгайиши косметик жихатига таъсир этади. М.М.Мадазимов,

М.Г.Тешабоев 2017, А.А.Каюмходжаев, К.М.Мадазимов 2020 кузатувларига кўра юз ва бўйин сохаларида куйикдан кейинги чандикли деформациялари бор беморларнинг 47 нафарини 22%да, бош сохасида 78 бемордан 59% иккиламчи чандикни кенгайтириш ҳолатлари аниқланган [171]. Усулни яна бир камчиликларида келлоид ва гипертрофик чандикларда кам самаралилигидир, айниқса чов, тизза орти сохаларида бу усулни қўллаш натижасизлиги кўриниб турибди [108].

Кўриниб турибдики куйик ва унг асоратларини бартараф этишда зарарланган чуқур анатомик структураларни анъанавий аутодермопластика усули билан бартараф этиш кам самарали усул ҳисобланади шу сабабдан такомиллаштиришга муҳтож усулларда биридир [84, 134]. Бу эса янги усулларни яратишга ва клиник амалиётга жорий қилишга пластик жаррохлик амалиётларида бир вақтни ўзида 3 та вазифани бажарувчи ҳам нуқсонни ёки контрактурани бартараф этиш, ҳам бўғим функциясини тиклаш ва албатта косметик жihatдан самарали бўлиши керак [44, 85, 161, 169, 191]. Мақсадни амалга оширилишида охириги йилларда лахтакли пластика усулларини амалиётга жорий қилиниши, муаммони ечимида янгича қараш бўлиб келмоқда [20, 43, 101, 153, 190]. Куйикдан кейинги йирик бўғимлар чандикли деформациялари ва контрактураларида афзал усуллардан бири лахтакли пластика ҳисобланади.

Лахтаклар ёрдамида оёқ йирик бўғимлар контрактураларини бартараф этиш.

Лахтакли пластика соғлом ёки чандикли узгарган тери-ёғли тўқималарда амалга оширилади. Лахтакли пластика кўриб чиқилган усуллардан ҳам косметик, ҳам функционал натижалари яхшилиги билан ажралиб туради. Чандикларги структураси жойлашиш ўрни функционал етишмовчилик даражасига кўра бажарилиш техникаси ёки ишлаб чиқилган вазифасига кўра турли тоифали лахтаклар фарқланади [19, 42, 46, 90, 113], шу билан бир қаторда бу лахтаклар иннервацияси, текстураси, қон айланиши, реципиент сохада ўрнашиши билан атроф соғлом тўқималардан ажралиб қолмайди.

Лахтакни мустаҳкам қон айланиш лахтакни ҳаётийлини, сўрилган жойда тез ўрнаши ва албатта функционал нуқсонни бир вақтда бартараф эта олиши билан ажралиб туради [12, 113].

Терининг IIIA даражали куйишларда бўғим соҳаларида чизикли тортувчи контрактуралар юзага келади. Лимберг ва унинг издошлари томонидан яратилган ва такомиллаштирилган учбурчакли лахтакларни ишлатиш содда ва қулай усул ҳисобланади. Бугунги кунга келиб Z, V, Y шакллардаги учбурчак шаклдаги лахтаклар кенг қўлланилмоқда. Лахтаклар ҳосил қилиш геометрик қонуниятларга асосланган бўлиб, лахтаклар тенг томонли ва ўткир бурчакли бўлиши лозим. Камчилик сифатида эса ўткир бурчаклар некрозланишга мойил бўлади. Носимметрик чандикли деформацияларда учбурчак лахтакли пластика кам самарали бўлиб, лахтак кўчирилаётган томон қарама-қарши томонга нисбатан кичик бўлиб қолади. Бундан ҳолатларда Z-пластикадан воз кечилади. Бу ҳолатларда жаррохлик амалиётини тўғри режалаштириш лозим бўлади. Агар дефектни бартарф этишда юқоридаги усул ёрдам бермаса, жаррох томонидан тери лахтакларнинг томирли ёғча усули самарали ҳисобланади.

Муаллифларнинг сўзидан лахтакли пластика жаррохлик амалиётини олиб боришда жаррохдан тўқимани ёки тери-ёғли лахтакни озиқлантирувчи томир фаолиятига таъсир этмаслиги талаб этилади [122]. Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар юмшоқ тўқималар чандикли контрактураларида катта ёки кичик тери-ёғли, тери-фациал ёки тери-мушак лахтакларни ишлатилиши муаммони тўла ечишга олиб келади [34,35,114]. Бу усулни бир урунишда бажариш тўқималар микроциркуляциясини бузилишига, тўқимани некрози жаррохлик амалиётидан кейинги асоратни келтириб чиқаради. Шу сабабдан бундай лахтакларни олдиндан режа асосида бажариш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Филатов банди (юрувчи лахтак), Италияча пластика, Кўриксимон (икки озиқлантирувчи оёқли) лахтак шулар жумласидандир. Бу усуллар ишлатилиши бўйича жароҳат чуқур ва суякли тўқима очилиб қолганда ишлатилиши билан фарқланади [35]. Бу усул айланма дефектларда

қорин , бел сохасида, билак ёки кафт дефектларида фойдаланилади. Жаррох пластик жаррохлик амалиётини режалаштиришда барча усулларни афзалликлар ва камчиликларини синчиклаб ўрганиб чиқиши лозим. Кўчиб юрувчи лахтакларнинг энг соддаси Филатов банди хисобланади. Лахтакли пластикада лахтакни бир жойдан иккинчи жойга кўчиришда 21 кундан 1 ойгача вақт талаб этилади. Усулни такомиллаштиришда “delay”- жаррохлик тренеровкаси амалиётга тадбиқ этилиши лахтакни кўчириш 21 кундан 14 кунгача қисқаради. Бироқ XX-асрнинг охирига келиб пластик қайта тиклов амалиётларини жадал суратларда ривожланиши Филатов банди усули долзарблигини йўқотди. Бунга қуйидаги камчиликлар сабаб бўлди: кўчириш даврини узоклиги, кўп босқичлилиги, узок муддатли иммобилизация, бемор учун ноқулайлиги, хар босқичда тўқима эластиклигини йўқолиши, иккиламчи чандиқли деформация хосил бўлиши [115]. Бундан ташқари катта чандиқли деформациялар ёки контрактураларда икки ва ундан кўп лахтаклар кўчирилиши лозим бўлади, албатта бу бошқа усулларни танлашга олиб келади [55,64,121].

Италянча пластикада агар жароҳат кафт сохасида бўлса, билак сохасидан лахтакни тайёрланиш босқичи бемор учун енгил кечади, ўлчам жихатдан тўла жароҳатни қоплайди, бироқ “болдир-кафт”, “болдир-болдир”, “бармоқлар-кафт” ёки “қўл-болдир” сезиларли даражада оғир ва машаққатли хисобланади. Кичик ва ўрта ёшдаги болаларда эса албатта гипс лангета ёрдамида иммобилизация қилишга тўғри келади [11, 56, 217]. Бунга боғлиқ равишда унутмаслик керакки донор сохада айниқса, у болдир ёки кафт сохаларида бўлса тери-ёғли озиқланувчи оёқчали лахтакларни хосил қилиш мураккаб жараён бўлиб, 3-4 босқичли баъзи бир ҳолатларда 6-8 ой давом этувчи жараёнга айланади [124, 209].

Тос-сон бўғими чандиқли контрактураси ва уни бартараф этиш усуллари.

Куйикдан кейинги тос-сон бўғими тортиб турувчи чандиқли контрактураларининг асосий сабабаларидан бири тананинг олд томонинг

қорин ва сон, баъзида човнинг ёки оралиқнинг маҳаллий куйишлари натижасида келиб чиқади. Бу тери-чандиқли турдаги контрактуралар туркумига киради. Тос-сон соҳасида фация, мускул, пай ва бошка тўқималар чуқур жойлашган, улар катта ёғли қават билан ўралганлигини инобатга олсак тортувчи чандиқли контрактуралар кескин намоён бўлмасдан бўғимнинг 15-30⁰ гача чекланишига олиб келади. Сонни қоринга ёпишиб қолиши шу давргача кузатилмаган ходисалардан бири ҳисобланади. Тос-сон, чов соҳаларидаги чандиқли ўзгаришлар беморларни энкайиб қолишига, умуртқа поғонасини букчайишига ва юришда қийинчилик кузатилишига олиб келади. Чов ва сон соҳаларидани тортувчи чандиқлар тортувчи контрактурага сабаб бўлади. Чов соҳасида тортувчи чандиқларни кесиб олиш шарт эмас, балки тортувчи соҳалар тўлик кесилади ҳосил бўлган жароҳат тери кўчириб ўтказиш билан яқунланади. Бу соҳа тери ости ёғ қавати ўз ичига яхши қон билан таъминланувчи қатламни мавжудлиги кўчириб ўтказиладиган терини яхши ўрнашишига олиб келади. Жароҳат иммобилизациясини таъминлаш мақсадида гипс лангет қўйилади. Кўчириб ўтказилан тери ҳаракат давомида иккиламчи бужмайишга учрамайди, шу сабабли контрактура қайталанмайди. Соннинг олиб келувчи контрактураси ҳам юқорида айтиб ўтилганидек бартараф этилади. Агарда соннинг ички юзасида чандиқли тортилишлар бўлса, у ҳолатларда соғлом тери-ёғли лахтаклар ҳисобига тортувчи чандиқлар кесилиб, лахтаклар ёрдамида контрактура бартараф этилади.

Чуқур чандиқли деформацияларда сон ички мушак фация қисмлар чандиқланиши оқибатида пупарт боғлами, қон томирлар, нервлар ва лимфа томир ва тугунлар қисилишлари кузатилади. Узок муддат чандиқларни бартараф этмаслик ўтиб кетмайдиган оёқлардаги шишга, баъзи ҳолларда эса бепуштликка олиб келади. Бу ҳолатларда чандиқларни бартараф этиш эмас орган ва тўқималарни қайта тиклаш лозим. Агар сон соҳасида чандиқлар бўлмаса мушак-тери лактак ёрмамида бартараф этилади. Қорин олд деворидан апаневроз ёки мушакли апаневроз тери ёғли қават ёрдамида тўла қайта тикланади.

Соннинг олиб келувчи контрактурасида чов бурмасида чандик жойлашган бўлса, қорин олд девори териси камдан кам ҳолатларда сақланган бўлади. Бу ҳолатда тери кўчириб ўтказиш кам самарали бўлиб, бунда чов соҳасидан икки паллали лахтақлар ёрдамида бартараф этилади. Палланинг бир қисми пупарт боғлами проекциясига тўғри келса, иккинчи қисми сал юқорироққа ёнбош суяк соҳасига тикилади. Донор жароҳат маҳаллий тўғималар ёрдамида беркитилади. Имконсиз бўлган вақтда эса тери кўчириб ўтказиш амалиёти бажарилади.

Тизза бўғими чандикли деформацияси ва контрактураси ва уни бартараф этиш усуллари

Икки йирик бўғимнинг куйишдан кейинги деформациялар орасида частота бўйича тизза бўғимини чандикли функционал контрактуралари учунчи ўринни эгаллайди, 10-25 % ни ташкил қилади. Чандиклар тизза бўғимида ёнбош, тизза чуқурчаси ёки орқа юзасида учрайди. Шу сабабли куйикдан кейинги тизза бўғими контрактураси букувчи контрактура бўлади. Тизза бўғимини ҳаракатини чекланишига куйикдан кейинги гипертрофик ёки келлоид чандиклар сабаб бўлади.

Тизза бўғимини ташқи юзаси, сон ва болдир соҳаларида жойлашган чандиклар ёнбош контрактураларни чақиради.

Кам ҳолатларда чандикли деформациялар тиззанинг ҳам олдинги, ҳам орқа юзаларида учрайди. В.М.Грешкеевич кузатувларига кўра, тизза бўғми ён юзасида учрайдиган чандикли контрактуралари доимий равишда жароҳатланади ёки яллиғланади, йиртилишлар, ёрилишлар ва яралар пайдо бўлади. Бу каби асоратлар контрактура чақирмаган тақдирда ҳам бемор меҳнат қобилиятига таъсир кўрсатади.

Тизза бўғими ички юзасида жойлашган тортувчи чандиклар тизза орти чуқурчасида жойлашади. Чандик сон ва болдирга чўзилган ёки ҳаракатини чеклаган кўринишда бўлиб кўп ҳолатларда трофик ярага олиб келади. Тизза бўғими тизза чуқурчаси ён тери қопламлари соғлом бўлади. Оғир ҳолатларда ги тизза бўғими контрактураларига циркуляр жойлашган чандиклар сабаб б

ўлади . Кўрсатиб ўтилган чандиқларни жойлашуви ва уларнинг қўшни тўқималар билан боғлиқлиги жарохлик амалиётини қайси усулида (эркин, лахтакли ёки комбинациялашган пластика) усулини кўрсатиб беради. Шу сабабдан муаллифлар фикрига кўра тизза бўғими контрактураси қуйидаги анатомик критерияларга асосан классификацияланади :

а) ён (латерал, медиал ва латеромедиал) б) ўрта в) тотал.

Тизза бўғими контрактурасини ривожланганлик даражаси ёзилиш бурчагини чегараланиши билан аниқланади . Замонавий куйикни даволашда оғир даражадаги контрактуралар жуда кам учрайди. Асосан биринчи ва иккинчи даражали контрактуралар кузатилади. Кўп ҳолатларда чандиқли тўқималар бўғимни тўла ёзилишига тўлиқ қаршилиқ кўрсатади. Шу сабабдан чандиқ йиртилади, оғрийди бу эса бўғимни функциясини бузади ва жаррохлик амалиётини талаб этади. Ривожланган контрактураларда беморлар қафтида эмас “бармоқ“ да юради.

Тизза бўғимини ривожланган тотал букилган контрактураси циркуляр жойлашган чандиқларни сиқиши ҳисобига пайдо бўлади. Оёқни пассив жойлашуви фонида чандиқларни доимий компрессияси юмшоқ тўқималар озиқланishiга таъсир этиб, мускулнинг гипотрофиясига олиб келади. Шу сабабдан оёқларни озиши табиий шаклини йўқотади. Чуқур куйишларда чандиқлар нафақат терида, сон ва болдирнинг орқа гуруҳига кирувчи мускул, фация ва пайларидан кузатилади. Шу сабабли, узок вақт тизза бўғимини ҳаракатини чекланиши қон томир ва нерв охириларига жиддий зарар етказади.

Санаб ўтилган факторларни келтириб чиқариши мумкин бўлган тизза бўғими контрактуралари жаррохлик аралашувисиз имконияти йўқлигини кўрсатиб турибди. Клиника амалиёти шуни кўрсатадики, тизза бўғими контрактураларини консерватив даволаш мураккаб жараён ҳисобланади. Тизза бўғимида жойлашган узлуксиз қалинлашади, зичлашади ёки паталогик (зич , қалин, трофикаси бўйича қизарган) чандиққа айланади. Бу ҳолатда тизза орти чуқурчасидан ромбсимон чандиқли тўқималар тери ости ёғ клеткасигача ажиратиб олинади ва бирламчи аутодерма пластика амалиёти ўтказилади. Амалиёт ўткази

лгандан сўнг кўчириб ўтказилган лахтак устига асептик ва антибиотикка шимдирилган марли ёпилади.

М.М.Мадазимов такидлашича, тизза орти соҳасидаги тортувчи чандиқлар доимо кенг ва радикал то соғлом тўқимагача кесиб олиниши керак. Бундай ҳолатларда, эркин бут тери пластикаси амалиёти бажарилади. Тизза бўғими ён контрактураларида Зпластика усули кам самарали усул ҳисобланади. Бундай ҳолатларда трапециясимон тери ёғли лахтаклардан фойдаланиш самарали ҳисобланади. Бунда

соф тери ёғли қатламдан трапеция кўринишида лахтак ҳосил қилинади. Тортиб турувчи чандиқ кесилади. Ҳосил бўлган жароҳатга трапециясимон лахтак сўрилади, четларига тугунли чоклар қўйилади.

Тизза бўғими ён контрактураларни бартараф этишда аввалдан тайёрлаган тизза орти болдир ёки тизза орти тери лахтакдан фойдаланиш мумкин. Сон ёки болдир соғ тери ёғли қаватдан кўндаланг йўналишда бир-бирига қарама қарши бўғим ҳаракатига параллел тилсимон лахтаклардан ҳам фойдаланиш мумкин. бу ҳолатларда донор жароҳат аутодерма трансплантат ёпиш билан яқунланади. Тизза бўғими орти, ўрта контрактурасини бартараф этишда 2 та П-симон лахтакдан фойдаланиш самарали ҳисобланади .

II БОБ. ТАДҚИҚОТ МАТЕРИАЛИ ВА ТЕКШИРУВ УСУЛЛАРИ

§2.1. Клиник кузатувларнинг умумий хусусиятлари

Бу илмий тадқиқодда 203 нафар оёқ йирик бўғимларида куйикдан кейинги чандиқли деформация ва контрактуралари бор бемор болаларни Андижон вилоят болалар кўп тармоқли маркази пластик жарроҳлик ва Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази жароҳат оқибатлари ва ортопедия бўлимларида 2015-2021 йилларда текшириш ва даволаш натижаларини ўрганишга қаратилган.

Болалар бўлимларда бирламчи тиббий кўрикдан (шикояти, олган жароҳатини тавсилоти) ва даволаш касаллик тарихлари натижалари бўйича

кайта ва чақурувлар асосида кўрувга келишганда ўрганилди. Бундан ташқари, даволашнинг олис натижалари сўровномалар орқали ўрганилди, бироқ 24 ҳолатда қониқарсиз жавоблар олинган.

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли деформациялари ва контрактуралари жаррохлик амалиётигача ва амалиётдан сўнги натижалар ташқи кўринишига қарабгина эмас балки ҳам фукционал, ҳам эстетик ҳолати баҳоланди. Тадқиқодга жалб этилган болалар 2 ёшдан 18 ёшгача бўлиб, 122 ўғил ва 81 нафари қиз болаларни ташкил этган. 1 жадвалда болаларни ёши ва жинсига қараб тақсимланган.

1-жадвал

Бемор болаларини ёши ва жинсига қараб тақсимланиши

Бола	Ё Ш И					Жами
	1-3 %	3-7 %	7-12 %	12-15 %	15-17 %	%
Ўғил	11	46	51	9	5	122
	69%	69%	51%	64%	83%	60%
Қиз	5	21	49	5	1	81
	31%	31%	49%	36%	17%	40%
Жами	16	67	100	14	6	203
	8%	33%	49%	7%	3%	100%

Ушбу жадвалдан кўриниб турибдики, 7-12 ёшда ўғил-қиз болалар жинсидан қатъий назар куйиш кўрсаткичи 51%-49% бир хил бўлади экан. Бу эрта балоғат ёшида болаларни психоэмоционал ҳолатлари тенг ривожланиши билан боғлиқ. 15-17 ёшга келиб эса 1 нафар қизда, яъни 17% ни ташкил этди. Бу эса қизларни балоғат ёшида ўзларини англаши билан боғлиқ. Ўғил болалар эса эрта жисмоний меҳнат қобилиятини ривожланишини кўрсатди.

Ташқи кўрик амалга оширилганда маҳаллий чандик ва соғ тўқималарни ҳолати ўрганилди. Куйиш сабабига кўра аланга, қайноқ

суяқлик, кимёвий моддалар, электр тоқларга бўлинади (2-жадвал). Тадқиқодимиз шуни кўрсатдики, болаларда оёқлар йирик бўғим контрактураларини келиб чиқишида контакт қуйиш ҳолатидан кейинги беморлар кузатилмади. Келтириб чиқарувчи сабабларга кўра чандиқлар атрофик, нормотрофик, гипертрофик ва келлоидларга бўлинади.

2-жадвал

Болаларни қуйиш сабабларига кўра тақсимланиши

Сабаблар	Бемор болалар		Жами
	Угил n=122 %	Киз n=81 %	n= 203 %
Аланга	51 42%	43 53%	94 46%
Қайноқ суяқлик	48 39%	31 38%	79 39%
Кимёвий моддалар	19 16%	6 7%	25 12%
Электр тоқи	4 3%	1 1%	5 2%
Жами	122 60%	81 40%	203 100%

Бу жадвалдан шундай хулоса қилиш мумкинки, болалар қайноқ суяқликдан қуйиши жинсига ёки психо-эмоционал ҳолатларига боғлиқ эмас, балки мавсумийликка боғлиқ экан. Қуйиш сабабларини таҳлил қилиб шуни айтиш мумкинки, 173 (86%) ҳолатларда болалар аланга ва қайноқ суяқликлардан термик жароҳат оладилар.

Қуйиқ бўлимидан олиб келинган касаллик тарихидан кўчирмалардан II-III даража қуйиқ болалар 47 (23%) нафарида, IIIA- IIIB эса 156 (77%)

ташкил этди. Ўрганишларимиз шуни кўрсатдики, оёқ йирик бўғимлар тери копламлари қанча чуқур жароҳатланса чандикли контрактура ҳосил бўлиши эҳтимоли жуда юқори.

3-жадвалда беморларда куйикдан кейинги жароҳат битгандан кейинги қайси муддатларда чандикли контрактураларни пайдо бўлгани кўрсатилган.

3-жадвал

Контрактурани пайдо бўлиш муддати

Пайдо бўлиш муддати	Беморлар	%
1 ой муддат ичида	18	9%
1-3 ой муддатда	68	33%
3-5 ойдан сунг	66	33%
6-12 ойда	34	17%
12 ойдан кейин	17	8%
Жами	203	100%

Ўз тадқиқодларимизни кенгайтирган ҳолда синчиклаб ўрганишлар шуни кўрсатадики, контрактурани ривожланиши 2 асосий кўрсаткичга асосланишга қарор қилдик. 1. Чандикли контрактурани пайдо бўлишида боланинг ёши (4-жадвал); 2. Куйик жароҳатини чуқурлиги (5-жадвал) катта аҳамиятга эга. Шу сабабдан бу таҳлилларни кенгайтириб ўрганиш жарроҳлик амалиётида тўғри ечим топиш имконини беради деб ўйлаймиз.

4-жадвал

Болаларини ёши қараб тақсимланиши

Муддати	Ё Ш И					Жами
	1-3	3-7	7-12	12-15	15-17	
1 ойгача	3	8	6	1	0	18

1-3 ой	9	27	29	3	0	68
3-5 ой	4	22	37	2	1	66
6-12 ой		10	16	6	2	34
12 ойдан			12	2	3	17
Жами	16	67	100	14	6	203

Бу жадвалдан кўриш мумкинки, 1-5 ой оралиғида 66% ҳолатларда контрактура учрайди. 15-17 ёшда 3 ойдан эрта муддатда, бироқ 1-3 ёшда 6 ойдан кейинги муддатларда контрактура учрамади.

5-жадвал

Жароҳат чуқурлигига қараб тақсимланиши

Муддати	Чуқурлиги		Жами
	II-IIIА	IIIА-IIIБ	
1 ойгача		18	18
1-3 ой		68	68
3-5 ой	7	59	66
6-12 ой	23	11	34
12 ойдан	17		17
Жами	47	156	203

Жароҳатни чуқурлиги чандиқланиш даврида остидаги тўқималарни жараёнга қўшилиши контрактура бўлиш муддатини ва даражасини белгилаб берди.

К.М.Мадазимов (2020) такидлашича, куйикдан кейинги чандиқларни ҳосил бўлиш муддати қисқа бўлиб, катталарда бу кўрсаткич жароҳат битгач 1-2 ойни, кексаларда 2-4 ой ташкил этади.

Оёқ йирик бўғимлар контрактураси турли хиллиги билан ўзига хос ҳисобланади. Бу чандиқли деформациялар 6-жадвалда кўрсатиб ўтилган.

6 жадвал

Куйикдан кейинги йирик бўғимлар контрактурасини турлари

Чандик шакллари	Беморлар сони	%
Якка шакли	41	20%
“Елкан” шакли	97	48%
Тугунли шакли	28	14%
Тиришган шакли	21	10%
Бўғимни барча қисмини эгаллаган шакли	16	8%
Жами	203	100%

Жадвалдан кўришиб турибдики, 97 (48%) ҳолатларда чандиклар “Елкан” шаклда бўлиб, гипертрофик ёки келлоид турдаги чандиклардан бўғимнинг ён, баъзида олд томонларида учрайди.

§2.2. Куйикдан кейинги оёқнинг йирик бўғимлар контрактурасини шахсий классификацияси.

Чандикларнинг тури, жойлашиши, шакли, шунингдек контрактуранинг оғирлик даражаси объектив баҳолаш бизга ўз таснифимизни ишлаб чиқишга имконият яратди. Шу билан бирга, чандикларни жойлашуви ва шакли, бўғим ва унга ёндош тўқималардан режалаштирилаётган жаррохлик амалиётида лахтакли пластика усулини танлашга ёрдам беради.

Куйикдан кейинги оёқнинг йирик бўғимлар чандикли контрактураси классификацияси.

1. Оёқ йирик бўғимларида жойлашуви бўйича: а) тос-сон бўғимида
б) тизза бўғимида
в) болдир-кафт бўғимида
2. Оёқ йирик бўғимини жароҳатига кўра: а) битта бўғим
б) икки ва ундан ортиқ бўғим

3. Бўғим юзасида жойлашуви бўйича: а) бўғим орти

б) латерал бир томонлама

в) медиал бир томонлама

г) икки томонлама

г) конгломерант

4. Бўғим функциясини бузилиши бўйича: а) I даража (30^0 гача)

б) II даража (30^0 дан 60^0 гача)

в) III даража (60^0 дан 90^0 гача)

г) IV даража (90^0 ва ундан юқори)

Бўғим функциясини бузилиши бўйича классификацияга киритишда оёқ йирик бўғимлар ҳаракатини функционал тузилишини инобатга олишга ҳаракат қилди. Буни қуйидагича ифодалаш мумкин, фақатгина тизза бўғими 180^0 гача ҳаракат амплитудасига эга бўлган бўғим ҳисобланади. Қолган икки бўғимда бу траектория чекланган бўлиб, тос-сон бўғимида 90^0 , болдир-товон бўғимида 140^0 ташкил этади. Даражани аниқлашда агарда бир оёқ соғлом бўлса, бўғимларни бир бирига қиёсий таққосини олиш мақсадга мувофиқ деб топдик. Ҳаракатни бўйича букилиш, ёзилиш, айланма (бурилишдаги ва айланишдаги нуқсон) бундан ташқари олиб келувчи ва олиб кетувчи чекланиш кузатилиши мумкин. Функцияналлиги бўйича- норентабел (бўғим ҳаётийлиги сакланмаган) ва рентабел (бўғим ҳаракати чекланади, лекин ҳаётийлиги сакланиб қолади).

I даражада ҳаракат траекторияси 30^0 гача чекланган бўлиб, бўғим ҳаракатига қисман ҳалакит беради. Ҳаётийлиги сакланиб қолади. Ҳаракатда кузга ташланмайди. Чандиқли контрактура юзага келади.

II даражада ҳаракат траекторияси 30⁰дан 60⁰гача чекланган булиб, бўғим ҳаракатига ҳалакит беради, баъзида чандиқларни йиртилиши, қонаши, яралар билан кечади. Хаётийлиги сакланиб қолади. Бўғим контрактураси ҳаракатда қузга ташланади.

III даражада ҳаракат траекторияси 60⁰дан 90⁰гача чекланган булиб, бўғим ҳаракатига тулик ҳалакит беради, тортилган чандиқларнинг марказларида йиртилиши, қонаши, трофик яралар билан кечади. Хаётийлиги қисман сакланади. Контрактура туфайли ҳаракатда оқаш ёки юраолмаслик қузатилади.

IV даражада ҳаракат траекторияси 90⁰дан чекланган булиб, бўғим ҳаракати йуқолади, органлар бир бирига ёпишади. Хаётийлиги қисман йуқолади баъзида анкилоз. Бемор юра олмайди.

5. Чандиқларни чуқурлиги бўйича: а) юза жойлашган

б) чуқуқ жойлашган

6. Қосметик нуқсон ривожланганлиги: а) қузга ташланмайдиган

б) сезиларли

в) жуда ривожланган

Оёқ йирик бўғимларида чандиқли контрактурани жойлашуви бўйича беморларни қуйидагича тақсимлаб чиқилди (7-жадвал): 5% ҳолатда тос-сон бўғимида, 61% тизза бўғимида ва 34% болдир-қафт бўғимида.

7 жадвал

Контрактурани жойлашуви бўйича тақсимои

№	Контрактураларни жойлашган жойи	Беморлар сони	(%)
1	Тос-сон бўғими	11	(5%)

2	Тизза бўғими	123	(61%)
3	Болдир-кафт бўғими	69	(34%)
Жами (%)		203	(100%)

Бу жадвалдан курилиб турибтики энг юкори курсатгич 61% холатларда тизза бўғими контрактурасига турги келмокда.

Бўғим юзасида чандиқларни жойлашуви бўйича қуйидагича таксимланди (8-жадвал).

8- жавдал

Бўғим юзасида жойлашуви бўйича

№	Контрактураларни жойлашган жойи	Беморлар сони	(%)
1	бўғим орти	15	7%
2	латерал бир томонлама	77	38%
3	медиал бир томонлама	68	33%
4	икки томонлама	36	18%
5	конгламерант	7	3%
Жами (%)		203	100%

Жадвалга асосланиб латерал ва медиал бир томонлама учрайдиган чандиқли контрактуралар 71%, энг кам учрайдиган тури 3% холларда конгламерантни ташкил этади.

9 жадвалда бўғим функциясини бузилиши бўйича беморларни таксимотини куриш мумкин.

9 жадвал

Функция бузилиши бўйича

№	Контрактуларни даражаси	Беморлар сони	(%)
1	I даража	96	47%
2	II даража	69	34%
3	III даража	32	16%
4	IV даража	6	3%
Жами (%)		203	100%

Контрактурада бўғим ҳаракатини бузилиши ушбу жавдалдан куриниб турибтики энг куп 47% холларда I даража контрактулар учрайди.

Куйикдан кейинги чандиқларни чуруклиги бўйича 10 жадвалда келтирилган.

10 жадвал

Чандиқларни чукурлиги бўйича таксимланиши

№	Чандиқларни чукурлиги	Беморлар сони	(%)
1	Юза жойлашган чандиқлар	171	84%
2	Чурур чойлашган чандиқлар	32	16%
Жами (%)		203	203

Тадкикодга жалб этилган 203 нафар болаларнинг 32 нафарида (16%) чандиқлар чукур жойланган булиб, тери, тери ости ёғ қаватдан ташкари хусусий фация бутунлигига уз таъсирини утгазган. 84% халатда эса чандиқлар тер ива тери ости ёғ қаватини эгаллаганлигини куриш мумкин.

Куйикдан кейинги оёк йирик бўғимлари контрактуларлари бор 203 нафар болаларни жаррохлик амалиёти ўтказишда 2 гурухга булинган холда ўрганиб чикилди. Биринчи гурух (n=99) оёк йирик бўғимлари куйикдан кейинги контрактуларлари бор беморларга анъанавий усуллар, иккинчи гурух

(n=104) бу гуруҳдаги беморларга такомиллаштирилган ва клиникамизда янги ишлаб чиқилган усуллар ёрдамида жаррохлик амалиётлари ўтказилган (11 жадвал).

11-жадвал

Беморларни жаррохлик амалиёти турлари бўйича тақсимланиши (n=203)

№	Амалиёт турлари	Контрактура жойи			Беморлар сони, (%)
		Тос-сон	Тизза	Болдир-товон	
I гурух					
1	Тери кучириб ўтказиш пластика	5	7	11	23 (23%)
2	Z - пластика	7	14	13	34 (34%)
3	Лахтакли пластика	9	24	9	42 (42%)
1 гурухдаги беморлар (%)		21 (21%)	45 (45%)	33 (33%)	99 (49%)
II гурух					
1	Эркин бут тери пластикаси	6	7	12	25 (24%)
2	Такомиллаштирилган Z - пластика	7	15	14	36 (35%)
3	Ишлаб чиқилган лахтакли пластика	9	24	10	43 (41%)
2 гурухдаги беморлар (%)		22 (21%)	46 (44%)	36 (35%)	104 (51%)
Жами (%)		43 (21%)	91 (45%)	69 (34%)	203 (100%)

§2.3. Беморларни текширув усуллари

Беморларни барчаларига умумий клиник (умумий кон, сийдик тахлили), биокимёвий ва инструментал таҳлилларни ўтказилди. Барча маълумотлар касаллик тарихларига қайд этилди. Фото ва видео суратлар олинди.

Ташрих олди тахлиллар қуйидагилар:

- а) Ташрих олди умумкабул қилинган тахлиллар;
- б) Чандиқларни ранги, калинлиги, силжиши, зичлиги, уларни бурмага олиниши бўйича баҳолаш;
- в) чандиқларнинг локализацияси ва майдонини, чуқуррок тўқималарнинг чуқурлиги ва шикастланишини, қўшни ҳудудларда соғлом тери копламининг мавжудлигини баҳолаш.
- г) тери оркали термометрия бунда чандиқ ва соғ тўқималарни, сурилган лахтақларни ҳаётий аниқлаш;
- д) тери оркали осметрия бунда чандиқ ва соғ тўқималарни, сурилган лахтақларни ҳаётий аниқлаш;
- е) бўғимларни рентгенографияси
- г) гониометрия бунда бўғим ҳаракат ҳажмини угломер ёрдамида ҳаракат треакторияси градуси аниқланади.

Тери оркали термометрияни ўтказишда инфрақизил контаксиз тиббий термометр беморларни ҳароратини ўлчаш учун мўлжалланган ва сертификатланган. Тавсия етилган ўлчов масофаси: 5 дан 15 см гача. Контактсиз инфрақизил термометрнинг ишлаш принципи инсон танасидан ёки объект юзасидан чиқадиган инфрақизил нурланиш маълумотларини рўйхатга олишга асосланган. Ҳароратни ўлчашнинг бу усули юқори аниқликка эга ва қурилманинг ўзи инсон саломатлигига ҳеч қандай салбий таъсир кўрсатмайди, чунки эмитент эмас, балки қабул қилувчи ҳисобланади. Ушбу ўлчаш усули туфайли процедура оддий ва тез бўлиб, инфекция хавфи жуда кам, ўлчовнинг юқори аниқлиги ва тезлиги билан симоб термометрдан афзал ҳисобланади. Термометрларда иккита ўлчаш режими мавжуд: тана ҳарорати ва объект юзаси ҳарорати. Охириги 32 ўлчов учун ички хотира мавжуд бўлиб, у ҳарорат ўзгариши динамикасини кузатиш имконини беради.

Нисбий хатолиги $\pm 0,3^{\circ}\text{C}$ га тенг (1-расм).



1-расм. Тана ҳароратини ўлчаш учун инфрақизил контакtsiz термометр

Тери орқали термометрия бу тадқиқот жарроҳга жарроҳлик даволашдан олдин ва жарроҳлик даволашдан сўнг, трансплантация қилинган ёки жой ўзгартирилган лахтакларнинг ҳаётийлигини баҳолаш учун жарроҳлик тактикасини тўғри танлаш имконини беради. Тадқиқотимиз шуни кўрсатдики, нормотрофик чандикнинг ҳарорати $36,7^{\circ}\text{C}$, атрофик чандикда $35,7^{\circ}\text{C}$, гипертрофик чандикда еса бу кўрсаткичлар $38,3^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилган (IV бобда батафсил маълумот берилади).

Транскутан (тери орқали) монитор TCM 4 битта электрод билан $\text{TsrO}_2/\text{TsrcO}_2$ ни ўлчаш учун транскутан (перкутан) тизимдир. Экранда (рақамли, жадвали ва график) куринишида намоён булади. Windows дастурий таъминотга асоасан натижаларни чоп этиш график ёки жадвал кўриниши чоп этилади.

Жарроҳлик даволаш босқичида 112 нафар беморда кучириб ўтказилган терида тери-ёғли лахтакларда, шунингдек соғлом тўқималарда кон айланишининг ҳолатини баҳолаш учун биз ёпиқ Кларк типигаги электрод ёрдамида транскутан кислород қисман босимининг (TsrO_2) динамикасини ўргандик. Унинг остида терининг томирлар тармоғининг максимал кенгайиши ва стандарт ўлчов шароитларини яратиш имкониятини берди.

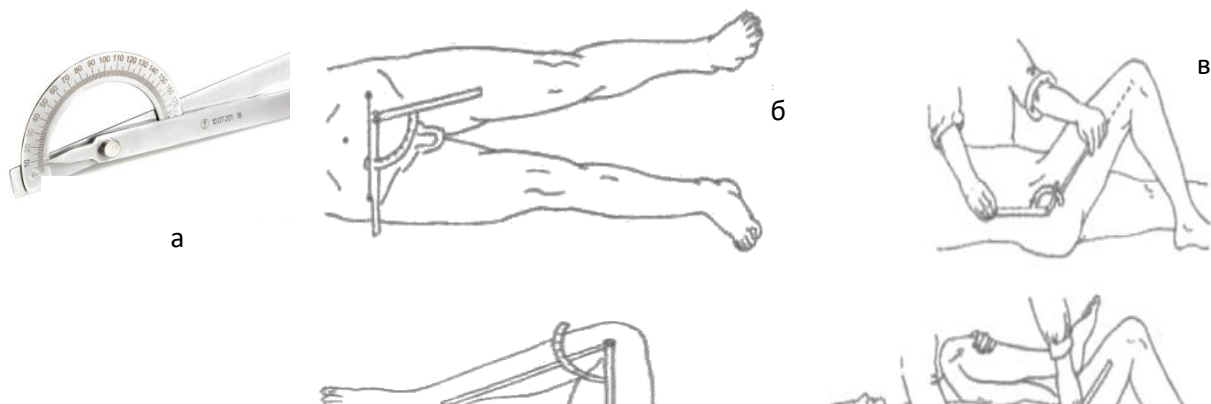
Назорат нуқтаси учун чов соҳаси танлаб олинди. Бунинг учун Даниянинг Радиометр компаниясининг TCM 4 бир каналлик тизимидан фойдаланилган (2-расм).

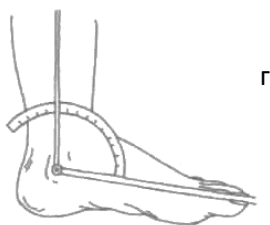


2- расм. TCM 4 бир каналлик тизими

Олинган маълумотлар бир-бири билан таққосланди, $T_{cp}O_2$ нинг мутлақ қийматлари нисбий шароитида ҳаво билан нафас олаётганда ўлчанди. Усулни турли вақтлар оралигида жаррохлик амалиётигача, амалиёт вақтида ва амалиётдан кейинги даврларда ўзгаришлари аниқланди (IV бобда батафсил маълумот берилади).

Таянч ҳаракат тизими бўғимларидаги ҳаракатларни ўлчаш SFRT халқаро усули бўйича гониометр (гониометер) ёрдамида (нейтрал - 0^0 , S-сагиттал, F-фронтал текисликдаги, Т-бўғимдаги, кўндаланг (кўндаланг) текислик, R-айланиш ҳаракатлари) амалга оширилади 3-расм.





3- расм. Бўғимни харахат хажмини аниклаш. а) угломер, б, в, г улчаш усуллари.

Таклиф этилаётган гониометрия усули оёк йирик бўғимлари куйикдан кейинги чандиқли контрактураларини даражасини аниклашда ва даволаш самарадорлигини курсатиб беришда ёрдам беради.

Жаррохлик амалиётини эрта ва олис натижалари 6 ойдан 2 йилгача бўлган ораликда 203 бемордан 200 (98,5%) нафарида ўрганилди.

Жаррохлик амалиётидан кейинги эрта натижаларни 2 қисмга бўлиб ўрганилди, булар ижобий ва салбий натижалар. Ижобий - кучириб ўтказилган трансплантат, лахтак ёки маххалий тўқималарнинг сурилишидан кейинги жароҳатнинг бирламчи битиши булса, жароҳатни иккиламчи битиши, кўчирилган тери ёки сурилган лахтакнинг лизиси, некрози, йиринглаши салбий натижа сифатида баҳоланди.

Жаррохлик амалиётларини олис натижалари сифатида функционал ва косметик натижалари баҳоланади. Функционал натижалар бўғим ҳаракат траэкторияси ва бўғим функцияси тикланиши билан баҳоланади.

Яхши функционал ва косметик натижа сифатида қуйидагиларни санаб утиш мумкин:

- чандиқли деформация, контрактура тўла бартараф этилса;
- кучириб ўтказилган тери остида юпка тери ости ёғ қават ҳосил булса;

- сурилган ёки кучириб ўтказилган лахтак ҳаракатчанг булса;
- эластик булса;
- гижимлаганда бурма ҳосил булса;
- текис булса;
- сезги тикланса;
- кучирилган ёки сурилган лахтакни ранги атроф тўқималар рангида булса;
- функция тўла тикланса.

Коникарли функционал ва косметик натижа сифатида куйидагиларни санаб утиш мумкин:

- чандикли деформация, контрактура бартараф қисман этилса;
- кучириб ўтказилган тери остида қават ҳосил булса;
- сурилган ёки кучириб ўтказилган лахтак ҳаракатчанг булса;
- бурма ҳосил булса;
- сезги тикланса;
- кучирилган ёки сурилган лахтакни ранги атроф тўқималар рангига яқинлашса;
- функция қисман тикланса.

Коникарсиз функционал ва косметик натижа сифатида куйидагиларни санаб утиш мумкин:

- чандикли деформация, контрактура бартараф этилмаса;
- кучириб ўтказилган тери остида қават ҳосил булмаса;
- сурилган ёки кучириб ўтказилган лахтак ҳаракатчанг булмаса;
- сезги тикланса;
- кучирилган ёки сурилган лахтакни ранги атроф тўқималар рангига ухшамаса;
- функция тикланмаса.

Бизнинг ишимизда қўлланиладиган турли хил кайта тиклов жаррохлик амалиётларининг косметик таъсири кўчирилган ва сурилган тўқималарнинг

турига қараб баҳоланди: ранги, эластиклиги, сирт топографияси, қолган чандиқларнинг майдони ва табиати.

§2.4. Олинган натижаларни статистик қайта ишлаш

Олинган маълумотларни таҳлил қилиш учун статистик параметрларни ва ҳар бир кўрсаткични тақсимлаш шаклини баҳолашни таъминлайдиган модуллардан фойдаланилди. Объектларнинг танланган гипотетик тоифалари ўртасидаги фарқларнинг аҳамияти параметрик ва параметрик бўлмаган статистика усуллари – Пирсон бўйича χ^2 тести ёрдамида ҳар қандай параметр билан баҳоланди. Фарқлар $p \leq 0.05$ да муҳим деб ҳисобланди. Статистик материалларни рўйхатга олиш ва ҳисоблаш учун MSExcelU.8169.82173 TMSP3 (Microsoft Company) амалий компьютер дастурлари тўпламидан фойдаланилган.

III боб. ОЁҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРИДА КУЙИКДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯ ВА КОНТРАКТУРАЛАРИНИ АНЪАНАВИЙ ЖАРРОҲЛИК УСУЛЛАРИ ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШ

Ушбу бобда оёқ йирик бўғимларида куйик асорати бор беморларни анъанавий жарроҳлик усулларида даволаш натижаларини кўрсатиб бердик. Бунинг учун 99 нафар беморлар танлаб олиниб назорат гуруҳига киритилди. Назорат гуруҳидаги беморларда 3 турдаги бажарилган бўлиб, терини дерматом ёрдамида кўчириб ўтказиш 99 бемордан 23 (23%), маҳаллий тўқималар ва Лимберг усулида Z пластика 34 (34%) ҳамда лахтакли пластика 42 (42%) беморларда жарроҳлик амалиётлари бажарилган. Ушбу беморларнинг 15 (15,2%) нафарида чандиқлар чуқур ва остидаги тўқималарга ёпишган ва уларнинг 4 (26,7%) нафарида очиқ ярали ўчоқлар мавжуд.

§3.1 Оёқ йирик бўғимлари чандиқли деформациялари ва контрактураларини анъанавий жарроҳлик усулларида даволаш

Тадқиқотимизда чандиқлар ҳар бир бўғим хусусияти ва жойлашган жойига қараб турли хил ўлчамларда эканлигини ва бу ўлчамлар ҳар бир бўғим юзасига таъллуқли эканлиги кўришимиз мумкин. Чандиқлар ўлчамлари қамраб олган тўқималарнинг юзаларига мос бўлиб, 3 гуруҳга бўлишга қарор қилдик. Бироқ ўлчамларни аниқ кўрсатиш боланинг танасининг ўлчамларидан келиб чиққанлиги сабабли аниқ ўлчамлар олинмади.

Умумий беморлар сони ва гавда ўлчамларига кўра, умумий ўлчамларни кўрсатиб ўтамыз. Тадқиқотимиз натижасига кўра, кичик (18) ёки чизикли чандиқли (16) деформациялар бир бўғим юзасини қамраб олган, умумий майдони 4 см^2 дан 12 см^2 гача бу ўрта ҳисобда $6,9\pm 0,3\text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-6,87; $df=34$; $P=0,014$. Ўрта (субтотал) ўлчамдаги чандиқли деформациялар умумий майдони 12 см^2 дан 30 см^2 гача бўлиб, атрофида соғ тўқималар дефицити мавжуд бўлган чандиқли деформацияларга нисбатан ишлатилган бўлиб, бу ўрта ҳисобда $24,9\pm 1,3\text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-24,89; $df=23$; $P=0,091$. Катта (тотал) ўлчамдаги чандиқли деформациялар-бўғимнинг бир ёни икки ёнини эгаллаган атрофида соғ тўқималар мавжуд ва икки ёки ундан кўп анатомик жойларни эгаллаган чандиқли структураларга нисбатан ишлатилган бўлиб, умумий майдони 30 см^2 дан юқори бўлиб, ўрта ҳисобда $34,9\pm 1,7\text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-34,61; $df=42$; $P=0,012$.

Куйикдан кейинги чандиқларни чуқурлиги бўйича 1 жадвалда келтирилган.

1 жадвал

Чандиқларни чуқурлиги бўйича тақсимланиши

№	Чандиқларни чуқурлиги	Беморлар сони	(%)
1	Юза жойлашган чандиқлар	84	84,8%

2	Чуқур чойлашган чандиқлар	15	15,2%
Жами (%)		99	100%

1 жадвалдан кўриниш мумкинки 84 (84,8%) нафар беморларда чандиқлар юза жойлашган.

Оёқ йирик бўғимларида чандиқли контрактурани жойлашуви бўйича беморларни қуйидагича тақсимлаб чиқилди (2-жадвал). 5,1% ҳолатда тос-сон бўғимида, 60,6% тизза бўғимида ва 34,3% болдир-кафт бўғимида жойлашган.

2-жадвал

Контрактурани жойлашуви бўйича тақсимооти

№	Контрактуларни жойлашган жойи	Умумий беморлар сони	(%)
1	Тос-сон бўғими	5	(5,1%)
2	Тизза бўғими	60	(60,6%)
3	Болдир-кафт бўғими	34	(34,3%)
Жами (%)		99	(100%)

Бу жадвалдан кўришиб турибдики, энг юқори кўрсаткич 60,6% ҳолатларда тизза бўғими контрактурасига тўғри келмоқда.

Жарроҳлик амалиётларини ташкил этишда чандиқли тўқималар ўлчамларига эмас, балки чандиқли тўқимани хусусиятларидан, бўғим юзасини қамраб олишидан, ҳаракатни қай даражада чеклаганлигига қараб ажратиб чиқишни лозим топдик. Кичик ўлчамдаги бўғим ҳаракатига ҳалақит бермаган чандиқли деформацияларни маҳаллий тўқималар билан чизиқли ҳолларда эса Лимберг бўйича Z пластика амалиётини ўтказишга қарор қилдик. Бунда 18 (52,9%) 34 нафар беморлардан маҳаллий тўқималар пластикази ва 16 (47,1%) ида Z пластика бажарилди.

Бўғим юзасида чандиқларни жойлашуви бўйича қуйидагича тақсимланди (3-жадвал).

3- жавдал

Бўғим юзасида жойлашуви бўйича

№	Контрактуларни жойлашган жойи	Беморлар сони	(%)
1	бўғим орти	7	7,1
2	латерал бир томонлама	36	36,4
3	медиал бир томонлама	33	33,3
4	икки томонлама	20	20,2
5	конгломерант	3	3,0
Жами (%)		99	100

Жадвалга асосланиб латерал ва медиал бир томонлама учрайдиган чандиқли контрактулар 71% бўлиб, энг кам учрайдиган тури 3% ҳолларда конгломерант (чандиқли тўқиманинг остидаги тўқимага ёпишиб, ҳаракатсиз тўқималарда ажралмас йиғилиб қолган чандиқли бўлак) ни ташкил этади.

4 жадвалда бўғим функциясини бузилиши бўйича беморларни тақсимотини кўриш мумкин.

4-жадвал

Функция бузилиши бўйича

№	Контрактуларни даражаси	Беморлар сони	(%)
1	Контрактурасиз	18	18,2
2	I даража	22	22,2
3	II даража	30	30,3

4	III даража	26	26,3
5	IV даража	3	3,0
Жами (%)		99	100

Контрактурада бўғим ҳаракатини бузилиши ушбу жавдалдан кўриниб турибдики, 47% ҳолларда I даражали контрактуралар учрайди.

§3.1.1 Куйикдан кейинги чандиқли деформацияларни маҳаллий тўқималар ёрдамида баратараф этиш.

Чаниқларни бўғим функциясига таъсир этмаган ҳолатларда маҳаллий тўқима пластикаси амалиёти бажарилади. Мазкур усул орқали 18 (18,2%) 99 нафар беморлардан жарроҳлик амалиётлари ўтказилди. Чандиқларнинг умумий майдони 4 см² дан 10 см² гача, бу ўрта ҳисобда 5,9±1,8 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-5,87; df=18; P=0,0014.

Жарроҳлик амалиёти кетма-кетлиги қуйидагича амалга оширилади: маҳаллий ёки умумий анестезия остида чандиқли тўқималар ва соғ тўқималар чегаралари маркер ёрдамида чизиб олинади, жарроҳлик амалиёти амалга оширилувчи майдон 3 марталик спирт-ойд-спирт ёрдамида тосаланади. Чандиқларни остидаги тўқималардан ажралишини осонлаштириш мақсадида гидропрепаровка (новокаин 0,5% ёки физиолигик эритма ёрдамида) қилинади. Бўйлама ёки турли шакллардаги чандиқлар соғ тўқималар чегараларидан кесиб олинади. Хосил бўлган жароҳат четларидаги соғ-тери ёғли қатлам ўткир ва ўтмас (тўнтоқ) усуллар билан остидаги тўқималардан ажратилиб тўқималар эркинлаштирилади. Гемостаз. Эркинлашган тери ёғли қават захираси ҳисобига жароҳат ёпилади, 2 қатор субдермал ва тери устига тугунли чоклар қўйилади. Жароҳат остида вакуум дренаж (жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта бўлиши мумкин бўлган асоратлар (лаҳтак ости гематомаси, серомаси)ни олдини олиш мақсадида) қолдирилади. Жароҳатга спирт, йод суртилиб, фурациллинли боғлам,

жарохатни карама-қарши томонига қўйилган чокларга юклама тушишини олдини олиш мақсадида гипсли лангет қўйилади.

Ташрихдан кейинги натижалар 2 турга бўлиб ўрганилди. Ўрганишлар натижаларига кўра, ташрихдан кейинги эрта натижаларга кўра 2 (11,1%) нафар беморда жарохатни йиринглашиши (бу вакуум дренажни эрта олиб ташланиши ёки жарохатга иккиламчи инфекция тушиши билан боғлиқ) ва 1 (5,5%) ҳолатда жарохатни очилиб кетиши (бу эрта гипс лангетани олиб ташлаш ёки жарохатни беркитиш вақтида захира тўқималарнинг етишмовчилиги билан боғлиқ) кузатилди. Бундай ҳолатларда: жарохат йиринглаганда ушлаб турувчи чоклар олиб ташланди (чоклар иккиламчи инфекция монбаи бўлиши мумкин). Барча асоратларда жарохат соҳасига пивидон-йоднинг этирмаси ёрдамида боғламлар қўйилди ва жарохат иккиламчи битди. Юқоридаги асоратлар олис натижаларга ўз таъсирини кўрсатди.

Ташрихни олис натижалари чоклар олингандан кейин 9-12 ойдан кейинги натижаларга қаратилди. Бунда ҳам функционал ҳам косметик натижалар ўрганиб чиқилди. Ташрих ўтказилган 18 нафар беморларнинг барчаларида олис натижалар ўрганилди. 18 беморлардан 3 (16,7%) нафарида чандиқлар қўпол ва кенгайганлиги кузатилди.

§3.1.2 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини Лимберг усулида бартараф этиш (*Z-пластика*).

Юқорида айтиб ўтганимиздек функционал нуқсон чандиқли деформациялар чизиқли бўлган ҳолатларда *Z-пластика* усули қўлланилади. Мазкур усул 99 бемордан 16 (16,1%) бундан тос-сон бўғими 2 (12,5%), тизза бўғими 8 (50%) ва болдир-кафт бўғими 4 (25%) нафарларида қўлланилган бўлиб, чандиқларнинг умумий майдони 12 см² дан 42 см² гача, бу ўрта ҳисобда 24,9±1,3 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-24,89; $df=42$; $P=0,015$. Жойлашувига кўра латерал 12 (46,1%) ва медиал 11 (52,9%) бир томонлама чандиқлар кузатилди. Мазкур беморларнинг барчаларида I ва II-даражали

контрактуралар аниқланган бўлиб, ҳаракатга қисман таъсир ўтказган деб топилди. 1 (5,6%) ҳолатда эса болдир-кафт ҳамда V-бармоқда тортувчи контрактура борлиги аниқланди. Бунда бир вақтда икки бўғим контрактураси бартараф этилди.

Учбурчак лахтакли пластика икки ёки ундан кўп лахтакларни ўрин алмаштириш орқали масофани бир неча марта ўзгаритишга асосланган бўлиб, бунда чандикли тўқималар кесиб олинади ёки чандикли ўзгарган тўқималар ёрдамида лахтаклар ҳосил қилиниб, ўрин алмаштириш ҳисобига амалиёт бажарилади. Учбурчак лахтаклар геометрик тузилишига кўра, симметрик бир бурчакли ёки носимметрик бир хил бўлмаган бурчак остида бажарилади.

Амалиётнинг бажариш босқичлари қуйидагича: амалиёт умумий наркоз остида бажарилади. Маркер ёрдамида амалиётнинг қиёсий чизмаси чизилади. Антисептик ишлов берилгач, чандикларни остидаги тўқималардан ажралишини осонлаштириш мақсадида гидропрепаровка (новокаин 0,5% ёки физиолигик эритма ёрдамида) қилинади. Кесма чандикнинг устидан чизма бўйлаб тўғри кесма ўтказилади, кейин кесма ўткир бурчак остида чандик асосига кесма туширилади, ўткир бурчак 60-70° дан ошмаслиги лозим. Ҳосил бўлган лахтаклар 2 вароққа ажратилади, тортувчи чандиклар эркинлаштирилиб, иккинчи учбурчак лахтак ҳосил қилинади. Айтиб ўтиш керакки, агарда лахтаклар чандикли тўқималардан ташкил топган бўлса, лахтакларни қалинроқ ҳосил қилиш керак бу микроциркуляция билан боғлиқ бўлиб, ташрихдан кейинги лахтак учи некрозини олдини олади, агар соғ тўқимадан ташкил топган бўлса, тери-ёғли қават иккиламчи деформацияни олдини олиш мақсадида бир хил бўлиши лозим. Ён кесмаларнинг узунлиги чандикли тортқини ўлчамига боғлиқ бўлади. Ҳосил қилинган лахтаклар ўрни алмаштирилади. Гемостаз. Ҳосил бўлган жароҳат лахтаклар ёрдамида ёпилиб, 1 чок ҳосил қилинган учбурчак шаклдаги лахтак учига тугунлар ёрдамида маҳкамланади ва қолган чоклар қўйилади. Ташрих майдони антисептик воситалар билан ишлов берилгач фурациллиннинг 1-5000

эритмаси докага шимдирилиб боғлам қўйилади. Жароҳат қарама-қарши томонига гипсли лангет қўйилади.

Ташрихдан кейинги натижаларига кўра, ташрихдан кейинги эрта натижаларга кўра умумий асоратлар сони 4 (25%) ташкил этди. 1 (6,3%) нафар беморда лахтак ости гематомаси ва 1 (6,3%) беморда жароҳатни очилиб кетиши, 2 (12,5%) лахтак учи қисман некрози ҳолатларда кузатилди. Асоратларда жароҳат соҳасига повидон-йоднинг эритмали боғламлар қўйилди ва микроциркуляцияни яхшиловчи доситалардан фойдаланилди ҳамда жароҳат иккиламчи 1 (6,3%) ҳолатда иккиламчи чок қўйилди.

Ташрихни олис натижалари чоклар олингандан кейин 6-9 ойдан кейинги ўрганилди. Ташрих ўтказилган 16 нафар беморларнинг 3 (18,7%) қайта контрактура кузатилди.

§3.1.3 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини лахтаклар ёрдамида бартараф этиш.

Мазкур усулда 99 бемордан 42 (42%) бундан тос-сон бўғими 1 (2,4%), тизза бўғими 31 (73,8%) ва болдир-кафт бўғими 10 (23,8%) нафарларида қўлланилган бўлиб, чандиқларнинг умумий майдони 6 см² дан 12 см² гача бу ўрта ҳисобда $8,7 \pm 0,4$ см². Пирсон бўйича χ^2 тести-8,67; $df=34$; $P=0,014$. Жойлашувига кўра бўғим орти 6 (14,3%), латерал 20 (47,6%) ва медиал 15 (35,7%) бир томонлама ва 1 (2,3%) икки томонлама чандиқлар кузатилди. Мазкур беморларнинг II-даражали 30 (71,4%) ва III-даражали 12 (28,5%) контрактуралар борлиги аниқланди.

Лахтакли пластика тўғрисида сўз юритилганда ўтказиш шартлари мавжуд бўлиб, булар: лахтак ҳосил қилиниши учун соғ тўқималарнинг захираси мавжудлиги, чандиқли тўқималар бир бўғим юзасини эгаллаганлиги, жароҳат ости тоса бўлишлиги, яхши қон билан таъминланганлиги ва тўла контрактурани бартараф этиши лозим. Лахтаклар турли ўлчамларда ва шаклларда бўлиши мумкин. Булар трапециясимон, тилсимон, икки ўрқачли ва х.к.

Амалиётнинг бажариш босқичлари амалга оширилади. Умумий наркоз остида, маркет ёрдамида амалиётнинг қиёсий чизмаси чизилади. Антисептик ишлов берилгач, соғ тери-ёғли қаватдан лахтаклар ҳосил қилинади. Кейинги кесма чандикка марказидан лахтак марказига перпендикуляр равишда кесма қилинади. Гемостаз. Кесма асоси лахтак учига мос равишда ўриндиқ ҳосил қилинади. Гемостаз. Алохида айтиб ўтиш лозимки, лахтак ҳосил қилишда лахтакнинг қон билан таъминланишини алохида инобатга олиш керак. Бунда лахтак узунлиги асосининг $\frac{1}{3}$ қисмини ташкил этиши лозим. Лахтакни биологик тайёргарликсиз сўришда лахтак некрози олди олинади. Қон билан таъминланишига эътибор қаратмаслик лахтакни қисман ёки тўла некрозига олиб келиши мумкин. Трапециясимон лахтак осон бажарилиши билан ажралиб туради. Бироқ имконияти чекланган бўлиб, тўла чандикли тортилишни бартараф этиш хусусиятига эга эмас. М.М.Мадазимов ишлаб чиққан икки ўрқачли лахтак бу камчиликларни тўлдиради. Икки ўрқачли лахтак учларининг тўғри бурчак остида бўлмаслиги лахтак учи некрози каби асоратлардан холи усул ҳисобланади. Тилсимон лахтак кўрсатиб ўтилган усулдан мукаммал бироқ трапециясимон лахтак каби чекланган имкониятларга эга. Ташрих жароҳатни лахтак ёрдамида беркитиш орқали яқунланади ва тугунли чоклар қўйилади. Айтиб ўтиш лозимки консерватив даво курси қўлланилмаган ёки гипертрофик чандикларда мавжуд холларда чокларнинг йиртилиши ҳисобига жароҳатнинг очилиб кетиш ҳолатлари жуда кўп кузатилади. Ташрих майдони антисептик воситалар билан ишлов берилгач фурациллиннинг 1-5000 эритмаси докага шимдирилиб боғлам қўйилади. Жароҳат қарама-қарши томонига гипсли лангет қўйилади.

Ташрихдан кейинги эрта натижаларга 42 нафар беморларнинг барчаларида ўрганилди. Ўрганишлар шуни кўрсатдики 2 (4,8%) нафар беморда жароҳатни йиринглаши ва 4 (9,6%) беморда жароҳатни очилиб кетиши, 6 (14,3%) лахтак учи қисман некрози ҳолатларда кузатилди. Асоратларда жароҳат соҳасига пивидон-йоднинг эритмали боғламлар

кўйилди ва микроциркуляцияни яхшиловчи доситалардан фойдаланилди ҳамда жарохат иккиламчи 1 (2,9%) ҳолатда иккиламчи чок қўйилди.

Олис натижалари 6-12 ойдан кейинги кузатилди. Ташриҳ ўтказилган беморларнинг 4 (9,6%) нафарида қайта контрактурага, 2 (4,8%) нафарида чандиқлар қўпол ва кенгайганлиги кузатилди.

§3.1.4 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини тери кўчириб ўтказиш орқали бартараф этиш.

Мазкур усулда 99 бемордан 23 (23,1%) бундан тос-сон бўғими 2 (13,3%), тизза бўғими 13 (73,6%) ва болдир-кафт бўғими 8 (13,3%) нафарларида қўлланилган бўлиб, умумий майдони 30 см² дан юқори бўлиб, ўрта ҳисобда 34,9±1,7 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-34,61; df=42; P=0,012.

Жойлашувига кўра, икки томонлама 12 (80%) ва конграмерант 3 (20%) нафафр беморларда кузатилди. Мазкур беморларнинг III-даражали 12 (80%) ва IV-даражали 3 (80%)контрактулар борлиги аниқланди.

Тери кўчириб ўтказиш пластикаси тотал яъни бўғимнинг тўла ҳаракатини чеклаганда III, IV-даражали контрактураларда, лахтакли пластика имкони бўлмаганда қўлланилади. Алоҳида талаблар сифатида жарохат ости тоса бўлишлиги ва тўла контрактурани бартараф этиши лозим.

Амалиёт қуйидаги босқичларда бажарилади. Умумий наркоз остида, маркет ёрдамида амалиётнинг қиёсий чизмаси чизилади. Антисептик ишлов берилгач, чортувчи чандиқ бўғим ҳаракатига перпендикуляр кесилади, чандиқ остки тўқималардан бушатилади. Бўғим редрасация қилинади. Эътибор бериш лозим бўлган жихатлардан соғ ва чандиқли ўзгарган тўқималарни ажратишда пайни ва қон томирлар ҳолатини алоҳида ўрганиш лозим. Хосил бўлган жарохатни тотал гемостази кўчириб ўтказилган терининг некрозига олиб келишини инобатга олиб, нуктали гемостаз тавсия этилади. Бундан ташқари гемостазда қон кетиш ҳолати кузатилмаслигига эътибор бериш лозим, бу ҳолат лахтак ости гематомасига сабаб булади. Хосил бўлган жарохатга дерматом ёрдамида терининг 0,4-0,6 мм

калинликдаги қисми шилиб олинади ва ҳосил бўлган реципиент жароҳатга ёпилади. Реципиент жароҳатга ёпилган аутодермотрансплантат четларига тугунли чоклар қўйилади. Ташрих майдони четлари антисептик воситалар билан ишлов берилгач аутодермотрансплантат устига фурациллиннинг 1-5000 эритмаси докага шимдирилиб ёпилади ва боғлам қўйилади. Жароҳат карама қарши томонига гипсли лангет қўйилади. Донор жароҳатга 96⁰ спирт босилиб боғланди.

Барча беморларга 4-6 сутка давомида гипотермия ҳолатида ушлаб турилади. Биринчи боғлам 5 суткада қилинди. Ташрихдан кейинги эрта натижаларга барча беморларда ўрганилди. Ўрганишлар шуни кўрсатдики, 1 (4,3%) нафар беморда жароҳатни йиринглаши ва 3 (12,9%) беморда кўчириб ўтказилган тери қисман некроз, 1 (4,3%) лахтак ости гематома и 2 (8,6%) эпидермисни кўчиб кетиши ҳолатлари кузатилди. Асоратларда жароҳат соҳасига консерватив даво ўтказилди. Тери қисман некрози ва эпидермис кўчиши ҳолатларида Бор порошигидан ва пивидон-йод эритмали боғламлар қўйилди.

Олис натижалари 6-9 ойдан кейинги кузатилди. Ташрих ўтказилган беморларнинг 2 (8,7%) нафарида кўчириб ўтказилган терининг бужмайиши ва 2 (8,7%) гиперпигментация, 3 (13%) донор жароҳат соҳаси гипертрофик қўпол чандиқланиши ҳолати кузатилган. 2 ҳолатда тери бужмайиши ва чандиқли структураларни тўла кесилмаслиги ҳисобига 2 (8,7%) ҳолатларда қайта контрактура юзага келди.

Анъанавий усулларда жарроҳлик амалиёт ўтказилган барча беморлар чоклар олингач консерватив даво олдилар. Даволаш амбулатор шароитда ультразвук+Гидрокатризон мазь, магниттоперация, сурдирувчи дори воситалари, олтингургут саловчи суви ёрдамида ванна қабул қилдилар. Бу олис натижаларни яхшилашга ва иккиламчи чандиқлар бўлиши эҳтимолини камайишига олиб келди.

§3.2. Жарроҳлик даволашнинг анъанавий усуллари қисқача тахлили ва муҳокамаси.

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли деформацияси ва контрактураларини жарроҳлик даволашнинг анъанавий усуллари қисқача тахлилида бевосита таъсир этиши мумкин бўлган жарроҳлик амалиётидан кейинги, яқин ва олис натижаларни ижобий таъсирини баҳолашда кузатувда бўлган беморларнинг барчалари иштирок этдилар. Жарроҳлик амалиётини илк даврларида жароҳатни йиринглаши, чокларни очилиб кетиши, лахтак учини қисман некрози, эпидермиснинг шилиниши, лахтак ости гематомаси каби асоратлар кузатилди. Бу натижалар жароҳатга иккиламчи инфекцияни тушиши, гемостазни етарли даражада булмаслиги ва лахтак ости жароҳатни яхши дренажланмаганлигидан деб ҳисоблади. 3 ҳолатда жароҳат тубини инфицирлашганлиги аниқланди.

Жарроҳлик амалиётида кейинги даврда анъанавий усулда олиб борилган жарроҳлик амалиёти натижалари таҳлил қилинади. Жарроҳлик амалиёти ўтказилган 99 нафар беморларнинг 77 (77,8%) ижобий, 22 (22,2%) нафарида эса салбий натижага эришилган (3.7-жадвал).

3.7-жадвал

Амалиёт турига кўра амалиётдан кейинги натижалар частотаси

Кўрсаткичлар	Пластика усуллари				Жами
	МТП	Z-II	ЛП	ТК	
Таққосланадиган гуруҳдаги беморлар	18	16	42	23	99 (100%)
Асоратлар:	3 (17%)	4 (25%)	8 (19%)	7 (30%)	22 (22,2%)
Жароҳатни йиринглаши	2			1	3 (13,6%)
Чокни очилиб кетиши	1	1	2		4 (18,2%)
Лахтак учи некрози		1	2		3 (13,6%)

Лахтак қисман некрози				3	3 (13,6%)
Лахтак ости гаматомаси		2	2	1	4 (18,2%)
Эпидермис шилиниши				2	2 (9,1%)

Изох: * - МТП – маҳалллий тўқима пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

3.7 жадвалдан кўриниб турибдики, ўтказилган ташрихларнинг энг ижобийси натижа сифатида 15 (83,3%) нафарида 18 бемордан маҳаллий тўқима пластикасини, паст ижобий курсатгич сифатида 16 (69,6%) ҳолатда тери кўчириб ўтказиш пластикасини кўрсатиб ўтиш мумкин. Натижаларни юқори бўлиши чандиқларнинг юзасига, чуруклигига, шунингдек функционал актив соҳаларни қамраб олишига боғлиқ. Чандиқларни бартараф этишда анъанавий жарроҳлик амалиётларида турли усуллардан олинган натижаларни синчиклаб, ўрганиб чиқиш оптимал пластикани танлаш имконини яратади, шунингдек олинган натижалар чандиқнинг умумий юзасига, чуқурлигига боғлиқлигини инобатга олиш лозим. 3.8- жадвал орқали пластика усуллари юзага боғлиқ хусусиятларини ўрганиб чиқамиз.

3.8-жадвал

Анъанавий пластика усуллари чандиқларни майдонига қараб анъанавий усулларни бевосита натижаларни қиёсий тахлили

Чандиқлик ўлчамлари	Бевосита натижалар									
	Ижобий				Жами	Салбий				Жами
	МТП	Z-П	ЛП	ТК		МТП	Z-П	ЛП	ТК	
Кичик	16	12			28	3	4			7
Ўрта			34		34			8		8
Катта				16	16				7	7
Жами:	16	12	34	16	77	3	4	8	7	22

Изох: * - МТП – маҳалллий тўқима пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари соҳаларида жарроҳлик амалиёти натижаларига кўра, яхши натижалар кичик ва ўрта ўлчамлардаги чандиқли деформацияларида ўтказилган пластикаларда кузатилган. Кичик ва

ўрта ўлчамлардаги чандиқларни бартараф этишда яхши бевосита натижалар 77 беморлардан 62 (80,5%) нафарида кузатилган. Катта ўлчамдаги чандиқларда эса бу кўрсаткич фақатгина 16 (69,6%) ни ташкил этган.

Аъло натижа кичик ва ўрта ўлчамли оёқ йирик бўғимларининг функционал актив сохаларини қамраб олмаган юза жойлашган чандиқли деформацияларда кузатилган (3.9-жавдал).

3.9-жавдал

Анъанавий пластика усуллари чандиқларни чуқурлигига қараб анъанавий усулларни бевосита натижаларни қиёсий таҳлили

Чуқурлиги га кўра	Бевосита натижалар									
	Ижобий					Салбий				
	МТП	Z-П	ЛП	ТК	Жами	МТП	Z-П	ЛП	ТК	Жами
Юза	15	10	27	8	59	2	2	3	1	8
Чуқур	1	2	7	8	18	1	2	5	6	14
Жами:	16	12	34	16	77	3	4	8	7	22

Изох: * - МТП – маҳаллий тўқима пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

3.9-жавдалда жарроҳлик амалиётидан кейинги эрта даврда анъанавий усулларда ўтказилган ташрих натижалари оёқ йирик бўғимлар чандиқли деформацияларни чуқурлигига бевосита боғлиқ. Чуқур жойлашган чандиқли деформациялар 32 беморлардан 18 (56,3%) нафарида ижобий натижа олинган бўлса, юза жойлашганда бу кўрсаткич 76,6% ташкил этди.

Бевосита натижаларни ўрганиб чиқиш шуни кўрсатдики, ўтказилган ташрих натижаларига кўра, юқори натижа маҳаллий тўқималар билан пластика усулида кўзатилиб 19 нафар бемордан 16 (84,2%) ҳолатда ижобий ва кам ҳолларда тери кўчириб ўтказиш пластикасида кузатилган бўлиб, 69,6% (23 бемордан 16 нафарида) ташкил қилди. (диаграмма 3.16).

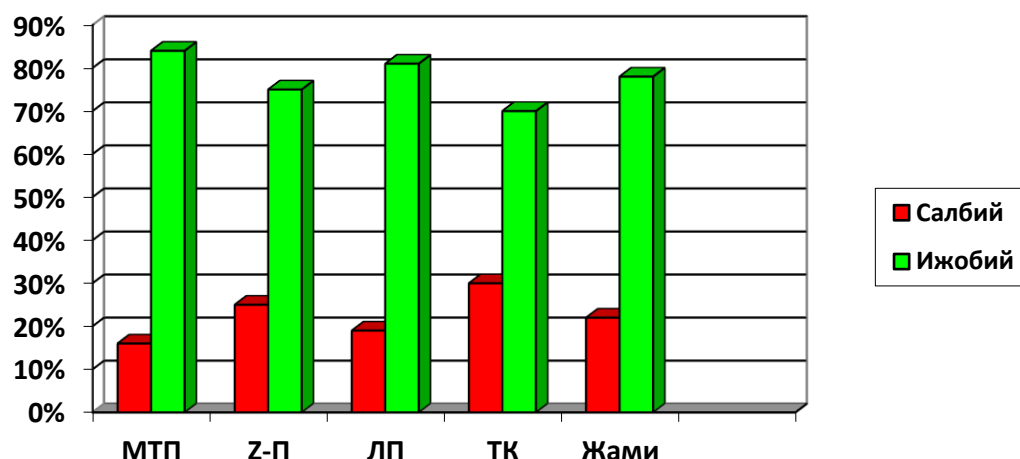


Диаграмма. 3.16. Турли пластика усуллари ижобий натижаларини қиёсий таққослаш

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли деформацияларини анъанавий усулларда бартараф этишдан кейинги олис натижалар ҳам функционал, ҳам косметик жihatдан чоклар олингач 6-12 ойдан кейинги натижалари барча қиёсий гуруҳга кирган барча беморлар иштирокида ўрганилди. Тахлиллар шуни кўрсатадики, бевосита ташрихдан кейинги натижаларга чандикли деформацияни жойлашган жойи, майдонига ва чуқурлигига боғлиқ, бўлиб хажми ва чуқурлиги бевосита натижани пасайишига олиб келувчи сабаблардан бири ҳисобланади. Олис натижаларни бўйича тақсимооти шуни кўрсатдики, ташрихдан кейинги олис муддатларда чандикни қўполлашуви, кенгайиши, қайта контрактурани ривожланиши, кўчириб ўтказилган терини қорайиши ва вақт ўтиши билан бужмайиши ва донор жарохатда қўпол чандикларни ҳосил бўлиши каби асоратлар кузатилди (3.11-жадвал).

3.11-жадвал

Турли пластика усулларида олис натижалар асоратларини частотаси

Кўрсаткичлар	Пластика усуллари				Жами
	МТП	Z-П	ЛП	ТК	

Қиёсий беморлар	гуруҳдаги 18	16	42	23	103 (100%)
Асоратлар:	3 (17%)	3 (19%)	6 (14%)	9 (39%)	21 (22,2%)
Қўпол чандиқ	2		2		4 (36,6%)
Чандиқни кенгайиши	1	1	2	1	5 (3,3%)
Контрактурани қайталаниши		2	2	2	6 (6,6%)
Лахтак гиперпигментация				4	4 (40%)
Донор жарохатда патологик чандиқларни ҳосил бўлиши				2	2 (13,3%)

Изоҳ: * - МТП – маҳаллий тўқима пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

Куйгандан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактурасиз чегараларига кичик ва ўрта ўлчамлардаги чандиқли деформацияларда лахтакли пластикани бажариш оптимал ечим ҳисобланади. Ташрихдан кейинги олис натижалар шуни кўрсатадики, лахтакли пластика амалиёти бажарилган беморларда 14% асоратлар кузатилган. Тери кўчириб ўтказиш пластикасида эса 9 (39%) асоратлар кузатилган. Олинган натижалар бевосита ҳам функционал ҳам косметик натижаларга ўз таъсирини ўтказди. 3.12-жадвалда олис натижалар таҳлилини кўришимиз мумкин.

3.12-жадвал

Ўтказилган ташрих турига кўра олис натижаларни таҳлили

Операция турлари	Олис натижа			Беморлар сони (%)
	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	
МТП	7 (19,4%)	8 (19%)	3 (14,3%)	18 (18,2%)
Z-П	6 (16,7%)	7 (16,7%)	3 (14,3%)	16 (16,2%)
ЛП	17 (47,2%)	19 (45,3%)	6 (28,6%)	42 (42,4%)
ТК	6 (16,7%)	8 (19%)	9 (42,8%)	23 (23,2%)

Жами	36 (36,4%)	42 (42,4%)	21 (21,2%)	99 (100%)
------	------------	------------	------------	-----------

Изоҳ: * - МТП – маҳаллий тўқима пластикаси; Z-П - Z-пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

Лахтакли пластика усулини барча ўлчамлардаги куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли контрактураларда амалга ошириш имкони мавжуд. Энг яхши ва қоникарли олис натижа айнан 42 беморлардан 36 (85,7%) нафарида лахтакли пластикада кузалитган. Бу ҳолатни куйидагича ифодалашни лозим топдик. Агарда чандикли деформация атроф тўқимасида соғлом тери-ёғли қават мавжуд бўлса, чандик тўқима бирламчи ёки иккиламчи инфекцияси мавжуд бўлмаса, лахтак сурилаётган жарохат ости тўқимаси яхши қон билан таъминланган бўлса, чуқур жойлашган чандикли деформацияларда ҳам қўллаш имконияти мавжуд.

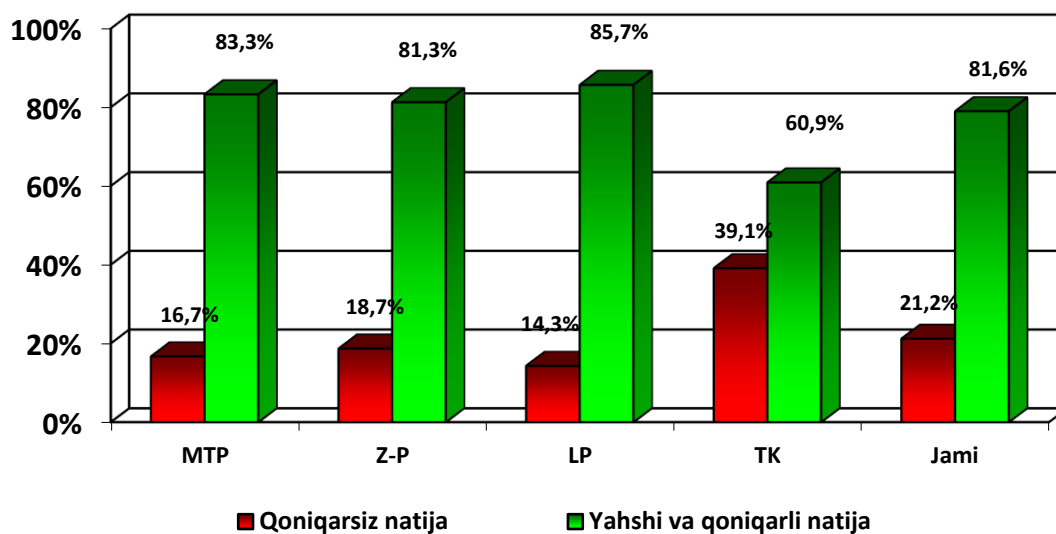


Диаграмма 3.17. Ўтказилган ташрих турига кўра олис натижаларни таҳлили

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар чандикли деформация бартараф этишда кам натижали сифатида тери кўчириб ўтказиш усули деб топдик. Аутодермопластика чуқур узоқ вақт битмаган ва катта ўлчамлардаги чандикли деформацияларда амалга оширилади. Олис салбий натижаларни муҳокама этишда аутодермотрансплантатнинг хусусиятларига тўхталиб ўтамиз. Аутодермотрансплантат кам эластик, ретракцияга учраш эҳтимоли

юқори бўлиб, гиперпигментациялашади, функционал актив сохаларда кам имкониятли усул ҳисобланади.

Шундай қилиб, куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар чандикли деформацияларини анъанавий турли жарроҳлик усулларда бартараф этишда чандикни ўлчамига, жойлашган жойига, остидаги тўқималарга ёпишганлигига, қайси даражада ҳаракати чеклаганлигига боғлиқ. Тадқиқод натижалари шуни кўрсатдики, анъанавий жарроҳлик амалиёти усуллари юза жойлашган кичик, ўрта ва катта чандикли деформация, чандик ости тўқимани яхши қон билан таъминланиши ва чандик атрофида соғ тўқималарни мавжудлиги ижобий натижалар сонини кўпайтиради.

Анъанавий жарроҳлик усуллари бир қанча афзалликлари бўлишига қарамай олис натижаларда ретракция, гиперпигментация, иккиламчи контрактураларни пайдо бўлиши мазкур усулларни такомиллаштириш ва янгиларини ишлаб чиқишни лозим деб топдик.

IV боб. ОЁҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРИДА КУЙИКДАН КЕЙИНГИ ЧАНДИҚЛИ ДЕФОРМАЦИЯ ВА КОНТРАКТУРАЛАРИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИЛГАН ВА ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН УСУЛЛАР ЁРДАМИДА БАРТАРАФ ЭТИШ

Бу боб оёқ йирик бўғимларида куйик асорати бор беморларни даволашга замонавий жарроҳик усулларини тадбик этиш орқали даволаш самарадорлигини оширишга қаратилган бўлиб, бунда такомиллаштирилган ва янги ишлаб чиқилган усулларни физиологик ва морфологик текшируви асосида таҳлил қилиш орқали амалиётга тадбиқ этишга қаратилган. Текширувларга жалб этилган беморларнинг ўзлари ва яқинлари томонидан алоҳида розилик олинган ҳолда патолого-анатомик хулосаларга олинган намуналар юборилган. Ушбу боб икки қисмдан ташкил топган бўлиб, усулларни асослари ва амалиёт натижалари кўрсатиб ўтилган ва 104 нафар беморлар жалб этилган. Бу гуруҳ беморлар асосий гуруҳ беморлар сифатида рўйхатдан ўтказилган. Беморларга 3 турдаги жарроҳлик амалиётлари

бажарилаган бўлиб, қуйидагича тақсимланган: терини кўчириб ўтказиш 104 дан 25 (24%), бир лахзалик тери чўзиш амалиёти 36 (34,7%) ва лахтакли пластика (М-симон лахтак ва лахтакни бир лахзали чўзиш) 43 (41,3%). Юқорида айтиб ўтилганидек беморларга жаррохлик амалиётларини тадбиқ этиш учун чандиқларни хусусиятларига, эгаллаб тўрган жойиган, функционал етишмовчилик даражаси эътиборга олинган ва қуйидаги кўринишда акс этган. 87 (83,6%) беморларда чандиқлар юза, 17 (16,4%) нафарида эса чуқур жойлашган бўлиб, уларнинг 5 (29,4%) 17 нафаридан очик ярали ўчоклар мавжудлиги аниқланган.

§4.1 Ишлаб чиқилган пластика усулларини физиологик асослаш.

Айни вақтга қадар турли оператив усуллар ишлаб чиқилган бўлиб, чандиқли тўқима хусусиятлари ва атроф тўқима чандиқли зарарланиш ҳолатлари инобатга олинмаганлини аниқланди. Анъанавий усулларни афзалликлари кўплаб адабиётларда келтирилган бўлишига қарамай унинг салбий натижалари қисман ёки тўла кўрсатиб ўтилмаган. Ташрих вақтида кузалилиши мумкин бўлган асоратлар, операциядан кейинги асоратлар, эрта ва олис натижаларни яхшилаш бўйича аниқ кўрсатмалар берилмаган. Оператив усулларни такомиллаштириш мақсадида тўқима термометрияси ва микроциркуляциясини аниқлаш ишлаб чиқиладиган жаррохлик усуллари илмий асосини яратишга ва кутилиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишга қаратилган.

Ушбу мақсадни амалга оширишда масофадан тери термометриясини ўлчовчи термометр ва тўқимани кислородга бўлган эҳтиёжини ўлчовчи ТСМ 400 қурилмадан фойдаланилди. Ушбу текшириш усули орқали жаррохлик амалиётини бажариш вақти (эрта ёки кутувчи) жаррохлик реабилитация,

амалиёт хажмини танлашда бўғимни, ҳосил бўлган чандиқни ва натижани эрта прогнозлаш имкони яратилади.

Ўтказилган тадқиқодлар шуни кўрсатадики, ҳар доим ҳам ўтказилган ташриҳлар кутилган натижаларни бермайди. Текшурув мақсадидан келиб чиқиб, чандиқли фуқционал ҳолатини баҳолаш чандиқли ўзгарган тўқималарда кечаётган пролифация жараёни кечишига қараб танловни қўйиш самарали ёндашув эканлигини кўриш мумкин.

Текшириб асосий гуруҳдаги 101 (97,1%) беморларда олиб борилди. беморлар 3 гуруҳга маҳаллий тўқима ёрдамида, лахтаклар ёрдамида ва тери қўчириш ўтказиш пластикаларига ажратилди. Бунда оёқдаги йирик бўғимлар юзасидаги соғлом тери қопламаларида ҳарорат ўрганилди ва деярли фарқ катта эмаслиги аниқланди $36,5 \pm 0,12$. Чандиқли ўзгарган тўқима 3 та тоифага: атрофик, нормотрофик, гипертрофик чандиқларга ажратилди. Алохида тақидлаш лозимки, 2 та беморда келлоид ва 3 та беморда чандиқли ўзгарган трофик яралар ҳам кузатилди.

Кузатувларимиз чандиқ хусусиятларига қараб, бажариладиган такомиллаштирилган ва янги ишлаб чиқилган усулларни самарадорлигини аниқлаш орқали, жаррохлик реабилитация муддатларини, кузатилиши мумкин бўлган асоратлар сонини камайтириш мақсадида маҳаллий гипотермиянинг илмий асосини яратиш орқали ҳам фуқционал, ҳам косметик натижаларни яхшилашга қаратилган.

Ҳаммага маълумки, тўқималарнинг қон билан таъминланиши терминал артериялар ($\phi < 100 \mu\text{м}$), артериолалар, капилярлар ва венулалар, булардан ташқари лимфа томирлардан иборат. Тўқималарнинг озиқланиши капилярлар сони, капилярларнинг алмашинув юзаси, зичлиги ва икки томонлама диффузия, филтрация ёки реобсорбция йўли билан кечадиган моддалар алмашинув жараёнига боғлиқ. Капиллярларда гидростатик босим (P) 30-35 мм.с.м.уст., веноз қон томирида эса 10-15 мм.с.м.уст. ташкил этади. Тўқималараро суюқликнинг гидростатик босими 10 мм.с.м.уст., онкотик босим эса 25-30 мм.с.м.уст.га тенг. Капиллярлардаги қон айланишига асосий

таъсир кўрсатувчи омиллардан яна бири ташқи муҳитдаги ҳарорат ҳисобланади. Ҳароратнинг 35°C дан ортиши капилярларда қон айланишини тезлаштиради, 15°C дан паст бўлиши аксинча камайтиради.

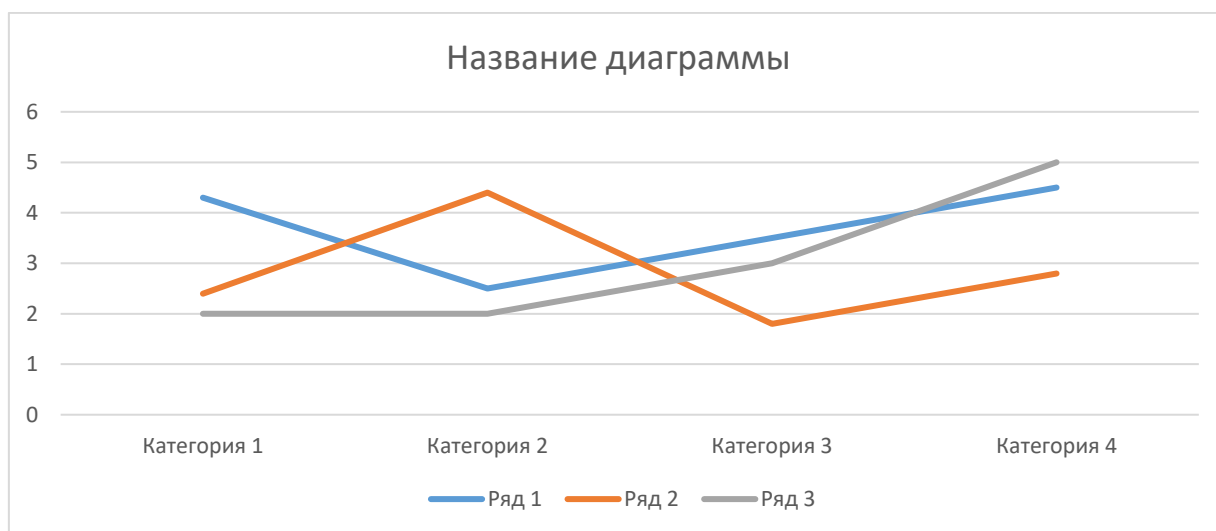
ПУ-1 универсал полярограф ускунаси ёрдамида эркин ва транспозицион тери лахтакларида эндоген субстратлар оксидланишида тўқималардаги энергетик алмашинув жараёни учун сарфланадиган кислород тезлиги аниқланди. Эркин кўчириб ўтказилган ёки лахтаклар ёрдамида амалга оширилган пластикаларда энергетик алмашинувни юқорилиги тўқималараро суюқликни қўпайишига олиб келади. Тўқималараро суюқлик таркибига кўра қон плазмасидан оқсил миқдори бўйича юқори туради. Бу эса тўқимани кислородга бўлган эҳтиёжини оширади. Жаррохлик амалиёти натижасида бутунлиги бузилган артериовеноз шунт орқали тўқимани кислородга бўлган эҳтиёжи тўла қондирилмаслиги эндоген субстрат оксидланишдаги кислород сарфи тезлиги пасайишига лифма орқали тўқималараро суюқликни сурилишига тускинлик килади.

Жаррохлик амалиётидан сўнг гипотермияни қўлланилиши артериядан келувчи қон оқимини пасайтиради. Тўқималарда моддалар алмашинувини пасайиши орқали кислород сарфи камаёди. Бу тўқимадаги шишни эндоген субстрат оксидланишида оқсил парчаланишини ҳосил бўлган оралик маҳсулотни лимфага сўрилишини камайтиради. Эркин кўчириб ўтказилган ва лахтакли пластика натижасида эндоген субстрат оксидланишида кислород сарфланиш тезлиги ($V_{\text{энд}}$) асосий гуруҳда оқсил $2,16 \pm 0,11$ нмоль $\text{O}_2/\text{минЧмг}$, таққослаш гуруҳида эса бирмунча баландроқ $2,27 \pm 0,12$ нмоль $\text{O}_2/\text{минЧмг}$ ($p > 0,05$) ташкил этди. Бу тўқималар интерпритациясида асосий ўрин эгаллайди. Тўқималарни кислородга бўлган эҳтиёжини камайиши тўқималараро суюқликни камайишига жаррохлик амалиётидан кейинги даврда оғрик, оғирлик ҳисси, жароҳатда шиш, тўқимараро суюқликни найчага чиқиши камайишига олиб келди.

§4.1.1 Тери орқали термометрия натижалари

Тури орқали термометрия терида ўтказиладиган жаррохлик амалиётларини натижаларини олдиндан аниқлаш ва бўлиши мумкин асоратларни эрта аниқлаш имконини берувчи усул ҳисобланади. Усулни ўтказишда контактсиз инфрақизил нузли термометрдан фойдаланилди.

Берилган усуллар жаррохга ташрих олди даволаш босқичида тўғри ташрих тактикасини танлаш, ташрихдан кейинги босқичда эса кўчирилган эркин терини ҳаётийлигини баҳолаш имконини беради. Ўтказган текширувларимиз шуни кўрсатдики, нормотрофик чандиқ ҳарорати 36.7°C , атрофик чандиқ 35.7°C , гипертрофик чандиқда эса бу кўрсаткич 38.3°C гача кўтарилади. (расм 4.1). Бу жаррохлик усулини танлашда аҳамиятли ҳисобланади.



Расм 4.1. Нормо, а-ва гипертрофик чандиқлар ҳарорат кўрсаткичлари

Жаррохлик аралашув вақтида нормотрофик чандиқларда жаррохнинг деярли қон йўқотишларсиз чандиқни тўлиқ кесиб ажратиши учун оралик қават аниқланди. Бундай ҳолатларда ташрихдан кейинги биринчи, учинчи ва еттинчи суткада кўчириб ўтказилган эркин тери тўқимаси ҳарорати кўрсаткичлари ўрганиб чиқилди. Биринчи суткада ҳарорат 37.2°C гача кўтарилиши, учинчи ва еттинчи суткада эса меъёрга тушиши кузатилди. (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Нормотрофик чандиқларда ҳарорат кўрсаткичлари

Давр	Назорат соҳаси	Чандиқ соҳаси	Лахтак	Кўчирилган тери бўлаги
Ташрихдан олдинги	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги				
Ташрихдан кейинги 1 сутка				
Ташрихдан кейинги 3 сутка				
Ташрихдан кейинги 7 сутка				
Ташрихдан кейинги 14 сутка				

Атрофик чандиқларда оралиқ қават жуда нозик бўлиб, қон йўқотишларсиз чандиқ кесиш учун чегарани аниқлаш имконини бермайди. Кейинчалик жаррохнинг бир текисда чок қўйиши имконини бермайди, бундай чоклар кўп ҳолатларда чандиқли тўқиманинг йиртилишига олиб келади. Ташрихдан кейинги даврда биринчи, учинчи ва еттинчи суткаларда кўчириб ўтказилган эркин тери лахтаклари ҳарорати ўлчанди. Ташрихдан кейинги биринчи суткада бу кўрсаткич 35.8⁰C га пасайиши, учинчи суткадан ҳароратнинг кўтарилиши ҳамда еттинчи суткада нормал кўрсаткичга етиши кузатилди. (табл. 4.2).

Таблица 4.2

Атрофик чандиқларда ҳарорат кўрсаткичлари

Давр	Назорат соҳаси	Чандиқ соҳаси	Лахтак	Кўчирилган тери
------	----------------	---------------	--------	-----------------

				бўлаги
Ташрихдан олдинги	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 1 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 3 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 7 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 14 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C

Гипертрофик чандиқларда ташрих вақтида оралиқ қават аниқланмайди, кон кетиш оқибатида чандиқ чегарасини аниқлаш имконини бермайди. Кейинчалик жаррохнинг бир текисда чок қўйиши имконини бермайди, бундай чоклар кўп ҳолатларда чандиқли тўқималарнинг йиртилишига олиб келади. Ташрихдан кейинги даврда биринчи, учинчи ва еттинчи суткаларда кўчириб ўтказилган эркин тери лахтаклари ҳарорати ўлчанди. Ташрихдан кейинги даврнинг биринчи суткада ҳароратнинг 37.8⁰C гача кўтарилиши, учинчи, еттинчи суткада ҳароратнинг ўзгармаганлиги, ўнинчи суткадан кейин меъёрга тушиши кузатилди. Аммо ўн тўртинчи суткагача оёқ қафтларида шишлар сақланиб қолган (табл. 4.3).

Таблица 4.3

Гипертрофик чандиқларда ҳарорат кўрсаткичлари

Давр	Назорат соҳаси	Чандиқ соҳаси	Лахтак	Кўчирилган тери бўлаги
Ташрихдан олдинги	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C

Ташрихдан кейинги	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 1 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 3 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 7 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 14 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С

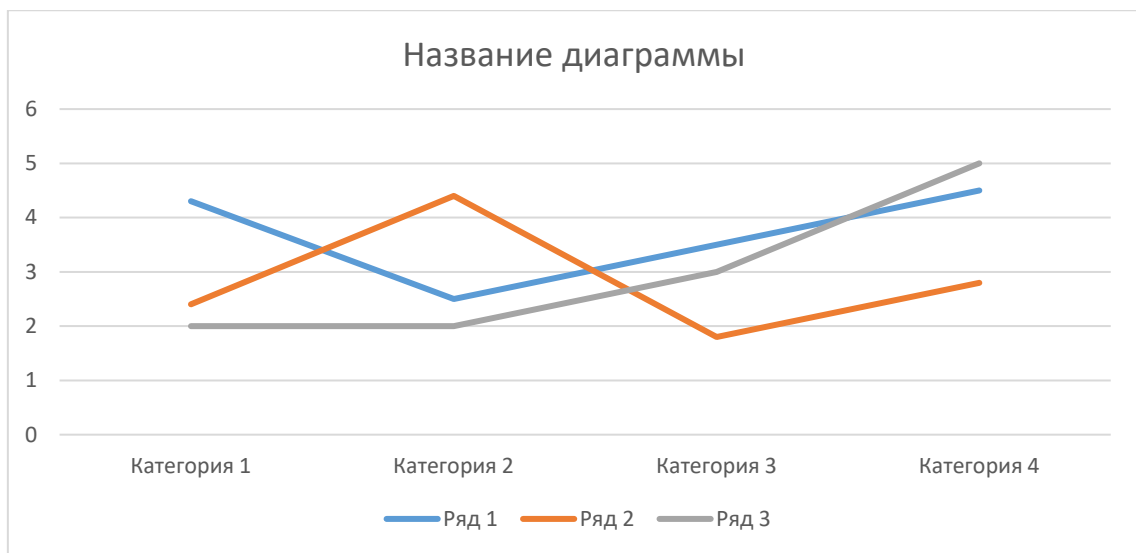
§4.1.2 Тери орқали транскутан парциал босимнинг аниқлаш натижалари

Кўрсатиб ўтилган схемада ишлаб чиқилган текширув усуллари самарасини баҳолашда транскутан парциал босимнинг динамикаси қуйидаги критериялар бўйича ўрганилди:

1. Кўчириб ўтказилган эркин тери лахтагида эндоген субстратлар оксидланиши учун кислород сарфланиши.

2. Кўчириб ўтказилган эркин тери лахтаги микроциркуляцияси.

Ташрихдан кейинги транспозицион ва кўчириб ўтказилган тери лахтаги ҳаётийлигини яхшилашда биз томондан тери ичи оксиметрия усули қўлланилди. Текширувлар шуни кўрсатдики, кислород транскутан парциал босими (P_{tcO_2}) динамик ўзгаришлари нормотрофик чандиқларда 86.7 мм.сим.уст. га, атрофик чандиқларда 82 мм.сим.уст., гипертрофикларда эса 93 мм.сим.уст. га тенг бўлади. (расм. 4.2). Нормотрофик чандиқлар кўрсаткичлари соғлом тўқимага яқинлиги аниқланди.



Расм 4.2. Кислород транскутан парциал босимининг нормо-, а- ва гипертрофик чандиқлардаги кўрсаткичлари

Кислород транскутан парциал босимининг кўрсаткичлари

Ташрихдан олдинги, ташрих давридаги ва ташрихдан кейинги даврларда нормотрофик чандиқларда тўқималардаги кислород транскутан парциал босимининг биринчи, учинчи ва еттинчи суткаларда кўрсаткичлари ўрганилди. Биринчи суткада бу кўрсаткич транспозицион ва эркин тери лахтагида 85 мм.сим.уст. гача пасайиши, учинчи ва еттинчи суткада эса меъёрий кўрсаткичга пасайиши кузатилди (табл. 4.6).

Таблица 4.6

Транскутан парциал босими кўрсаткичлари

Давр	Назорат сохаси	Чандиқ сохаси	Лахтак	Кўчирилган тери бўлаги
Ташрихдан олдинги	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$
Ташрихдан кейинги	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$
Ташрихдан кейинги 1 сутка	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$	$36,6 \pm 0,2^{\circ}\text{C}$

Ташрихдан кейинги 3 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 7 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 14 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С

Ташрихдан олдинги, ташрих давридаги ва ташрихдан кейинги даврларда атрофик чандиқларда тўқималардаги кислород транскутан парциал босимининг биринчи, учинчи ва еттинчи суткаларда кўрсаткичлари ўрганилди. Биринчи суткада бу кўрсаткич алмашинган ва эркин тери лахтагида 80 мм.рсим.устгача пасайиши, учинчи ва еттинчи суткада эса нормаллашди (табл. 4.7).

Таблица 4.7

Атрофик чандиқларда кислороднинг транскутан парциал босими кўрсаткичлари

Давр	Назорат сохаси	Чандиқ сохаси	Лахтак	Кўчирилган тери бўлаги
Ташрихдан олдинги	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 1 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 3 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С
Ташрихдан кейинги 7 сутка	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С	36,6±0,2 ⁰ С

Ташрихдан кейинги 14 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
-------------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Ташрихдан олдинги, ташрих давридаги ва ташрихдан кейинги даврларда атрофик чандиқларда тўқималардаги кислород транскутан парциал босимининг биринчи, учинчи ва еттинчи суткаларда кўрсаткичлари ўрганилди. Биринчи суткада бу кўрсаткич транспозицион ва эркин тери лахтагида 80 мм.сим.уст. гача пасайди, учинчи ва еттинчи суткада эса кўрсаткич ўзгармади, фақатгина ўнинчи суткадан кейин кўрсаткичнинг меъёрлашиши кузатилди (табл. 4.8).

Таблица 4.8

Гипертрофик чандиқларда кислороднинг транскутан парциал босими кўрсаткичлари

Давр	Назорат соҳаси	Чандиқ соҳаси	Лахтак	Кўчирилган тери бўлаги
Ташрихдан олдинги	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 1 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 3 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 7 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C
Ташрихдан кейинги 14 сутка	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C	36,6±0,2 ⁰ C

§4.2 Оёқ йирик бўғимлари чандиқли деформациялари ва контрактураларини такомиллаштирилган ва янги ишлаб чиқилган жаррохлик усуллари ёрдамида даволаш

Такомиллаштирилган ва янги ишлаб чиқилган жаррохлик усулларига жалб этилган умумий беморлар сони 104 нафар бўлиб, ўлчамларига кўра кичик, ўрта ва катта чаниқли деформацияларга бўлинган. Кичик ўлчамли чандиқлар 40 нафар беморларда кузатилган бўлиб, чизикли чандиқли (16) деформациялар бир бўғим юзасини қамраб олган, умумий майдони $4,6 \text{ см}^2$ дан $11,3 \text{ см}^2$ гача бу ўрта ҳисобда $7,1 \pm 0,3 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-7,09; $df=40$; $P=0,014$. Ўрта (субтотал бўғимни бир ёки икки юзасини қамраб олган) ўлчамдаги чандиқли деформациялар умумий майдони 12 см^2 дан 30 см^2 гача бўлиб, атрофида соғ тўқималар дефицити мавжуд бўлган чандиқли деформацияларга нисбатан ишлатилган бўлиб, бу ўрта ҳисобда $24,2 \pm 1,1 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-24,17; $df=42$; $P=0,051$. Катта (тотал бўғимнинг барча юзасини эгаллаган ёки циркуляр) ўлчамдаги чандиқли деформациялар, умумий майдони 30 см^2 дан юқори бўлиб, ўрта ҳисобда $34,9 \pm 1,7 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-34,61; $df=22$; $P=0,012$.

№	Чандиқларни чуқурлиги	Беморлар сони	(%)
1	Кичик чандиқлар	40	38,5%
2	Ўрта чандиқлар	42	40,4%
3	Катта чандиқлар	22	21,1%
Жами (%)		104	100%

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар чандиқли деформациялар ва контрактураларга келтириб чиқарган чандиқларнинг чуқурлигига қараб тақсимланиши 1-жадвалда келтирилган.

1 жадвал

Чандиқларни чуқурлиги бўйича тақсимланиши

№	Чандиқларни чуқурлиги	Беморлар сони	(%)
1	Юза жойлашган чандиқлар	87	83,7%
2	Чурур чойлашган чандиқлар	17	16,3%
Жами (%)		104	100%

1 жадвалдан кўриниш мумкинки, 87 (83,7%) нафар беморларда чандиқлар юза жойлашган бўлиб, 6 (6,9%) ҳолатда гипертрофик характерда остидаги тўқимага ёпишмаган ҳаракатчанглиги аниқланди.

Оёқ йирик бўғимларида чандиқли контрактурани жойлашуви бўйича беморларни қуйидагича тақсимлаб чиқилди (2-жадвал). Энг паст кўрсаткич тос-сон бўғимида 5,8% ташкил этган.

2-жадвал

Контрактурани жойлашуви бўйича тақсимооти

№	Контрактураларни жойлашган жойи	Умумий беморлар сони	(%)
1	Тос-сон бўғими	6	(5,8%)
2	Тизза бўғими	63	(60,6%)
3	Болдир-кафт бўғими	35	(33,6%)
Жами (%)		104	(100%)

Ушбу жадвалдан кўриш мумкинки, 104 нафар беморлардан 63 (60,6%) ҳолатларда тизза бўғими контрактураси кузатилган.

Кичик ўлчамдаги бўғим ҳаракатига ҳалақит бермаган чандиқли деформацияларни интраоперацион баллон тўқима чўзиш, чандиқлар бўғимнинг бир юзасини икки соха билан чизиқли чандиқларида Z-пластикани такомиллаштирилган, ўрта ўлчамдаги чандиқли контрактураларда эса “М” симон лахтак ёрдамида ва катта ўлчамдаги бўғим

юзасини тўла қамраб олган ҳолатларда эркин тери кўчириб ўтказиш амалиётларини ўтказдик. Бўғим юзасида чандиқларни жойлашуви бўйича қуйидагича тақсимланди (3-жадвал).

3- жавдал

Бўғим юзасида жойлашуви бўйича

№	Чандиқларни жойлашган жойи	Беморлар сони	(%)
1	Бўғим орти	9	8,6
2	Латерал бир томонлама	37	35,6
3	Медиал бир томонлама	34	32,7
4	Икки томонлама	18	17,3
5	Конгламерант	6	5,8
Жами (%)		104	100

3-жадвалга кўра энг кўп чандиқлар бўғимнинг латерал ёки медиал бир томонлама 68,1% ва 5,8% ҳолларда конгламерант учрашини кўришимиз мумкин.

4 жадвалда чандиқлар ҳисобига оёқ йирик бўғимларини функциясини бузилиши бўйича беморларни тақсимотини кўриш мумкин.

4-жадвал

Функция бузилиши бўйича

№	Контрактураларни даражаси	Беморлар сони	(%)
1	Контрактурасиз	20	19,2
2	I даража	38	36,5
3	II даража	24	23,1
4	III даража	16	15,4

5	IV даража	6	5,8
Жами (%)		104	100

Контрактурада бўғим ҳаракатини бузилиши ушбу жавдалдан кўриниб турибдики, 36,5% ҳолларда I даражали контрактуралар учрайди.

§4.2.1 Куйикдан кейинги чандикли деформацияларни интраоперацион баллон ёрдамида чўзилган тўқималар билан баратараф этиш.

Оёқ йирик бўғимлар юзаларида бўғим функциясига таъсир этмаган ҳолатларда интраоперацион баллон тўқима чўзиш усулидан фойдаланилди. 20 (19,2%) 104 нафар беморлардан жаррохлик амалиётлари ўтказилди. Чандикларнинг умумий майдони 4 см² дан 10 см² гача бу ўрта ҳисобда 5,9±1,8 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-5,87; df=20; P=0,0014 ташкил этди.

Жаррохлик амалиётини бажарижда Тешабоев М.Г. 2017, Мадазимов К.М. 2020 томонидан ишлаб чиқилган ва амалиётга тадбиқ этилган усул андоза сифатида олинди ва қуйидаги кетма-кетликда бажарилди: маҳаллий ёки умумий анестезия остида чандикли тўқималар ва соғ тўқимар чегаралари маркер ёрдамида чизиб олинди, жаррохлик амалиёти майдони 3 марталик спирт-йод-спирт ёрдамида тосаланади. Чандикларни остидаги тўқималардан ажралишини осонлаштириш мақсадида тери остига суюқлик юбориш орқали терини остидаги тўқималардан ажратилди суюқлик сифатида новокаин 0,5% ёки нартий хлорнинг 0,9% эритмаси ишлатилди. Чандик ва соғ тўқималар чегараларидан кесилиб, гемостаз, соғ тери ёғли қаватдан ўткир ва ўтмас йўллар билан катетер Фолейнинг баллони учун ётоқ ҳосил қилинди. Катетер Фолейнинг баллон қисми соғ тери ёғли қават остига жойлаштирилиб вақтинча тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланди. Тери термометрияси ва тери орқали тўқимани кислороднинг транскутан порциал босими назорат қилиб борилди. Тинч ҳолатда соғлом тўқимада бу кўрсаткич 36,6⁰С, кислороднинг порциал босими эса 96,8±4,81 мм.см.уст. ташкил этади. Баллон шприц ёрдамида (стерил) суюқликка тўлдирилди. Тўқима

харорати 4 минутда $35,6^{\circ}\text{C}$, кислороднинг порциал босими $9,3\pm 0,46$ мм.см.уст. ни ташкил этди. Шундан сўнг баллондан суюқлик тўла чиқариб ташланди. Тўқимага 5 дақиқа танафус берилди. Тўқима харорати 5 дақиқадан сўнг $36,8^{\circ}\text{C}$, кислороднинг порциал босими $97,6\pm 4,8$ мм.см.уст. ни ташкил этди. Бу ҳолат тўқимани даврий ўстириш учун замин яратди. Шу даврийлик асосида яна 2 марта тўқима чўзилди. Хосил бўлган тери ёғли қават захираси $1,2\pm 0,6$ дан $2,6\pm 0,3$ см ташкил этди. Баллон олиб ташланиб, чандиқлар тўла кесиб олинди. Гемостаз. Баъзи ҳолатда баллонни чандиқнинг иккала четига ўтнатиш ҳолатлари ҳам кузатилган. Хосил бўлган жароҳат интраоперацион даврий баллон ёрдамида тўқима чўзиш орқали хосил бўлган соғлом тери ёғли лахтак ҳисобига ёпилиб, 2 қатор субдермал ва тугунли чоклар қўйилди. Жароҳат остида вакуум дренаж (жаррохлик амалиётидан кейинги эрта бўлиши мумкин бўлган асоратлар (лахтак ости гематомаси, серомаси)ни олдини олиш мақсадида) қолдирилди. Жароҳат юзасига спирт, йод суртилиб фурациллинли боғлам, жароҳатга қарама-қарши томонига эса қўйилган чокларга юклама тушишини олдини олиш мақсадида гипс лангет қўйилди.

Мазкур усулда жаррохлик амалиёти ўтказилган 20 бемордан 1 (5%) ҳолатда жароҳатни очилиб кетиши кузатилди. Бундай ҳолатларда: жароҳат йиринглаганда ушлаб турувчи чоклар олиб ташланди (чоклар иккиламчи инфекция монбаи бўлиши мумкин). Жароҳат соҳасига пивидон-йоднинг этирмаси ёрдамида боғламлар қўйилди ва жароҳат иккиламчи битди.

Ташрихни олис натижалари чоклар олингандан кейин 6-9 ойдан кейинги натижаларга қаратилди. Бунда ҳам функционал ҳам косметик натижалар ўрганиб чиқилди. Ташрих ўтказилган 20 нафар беморларнинг барчаларида олис натижалар ўрганилди. 20 беморлардан 1 (5%) нафарида чандиқлар қўпол ва кенгайганлиги кузатилди.

§4.2.1 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини Лимберг усулида бартараф этиш (*Z-пластика*).

Бўғим соҳасида чизиқли чандиқли тортилган чандиқли деформацияларни такомиллаштирилган *Z-пластика* усулида бартараф этилди. Такомиллаштирилган усулнинг афзаллиги қуйидагилардан иборат: 1. Лахтак учи некрози кузатилмайди; 2. Лахтак учи тортилиш хисобига чоклар қўйиб юбормайди; 3. Лахтак учи йиртилиб кетмайди; 4. Қўйилган чок бевосита лахтакдан ташқари бўлади. Бундан ташқари олис натижаларга ҳам ўз таъсирини кўрсатади. Жароҳатни тикишни такомиллаштирилган усуллиги клиник амалиётга тадбиқ этилиши олис натижаларни ҳам функционал, ҳам косметик ечими хисобланади.

Мазкур усул асосий гуруҳдаги 104 бемордан 18 (17,3%) нафарида қўлланилди. Улардан тос-сон бўғими 4 (22,2%), тизза бўғими 11 (61,1%) ва болдир-кафт бўғими 5 (27,7%) ташкил этди, чандиқларнинг умумий майдони эса 11 см² дан 40 см² гача, бу ўрта хисобда 25,1±1,2 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-25,089; df=18; P=0,05. Жойлашувига кўра 18 ҳолатдан 12 (66,7%) латерал ва медиал 6 (33,3%) бир томонлама чандиқлар кузатилди. Назоратдаги беморларда I ва II-даражали контрактуралар аниқланган бўлиб, ҳаракатга қисман таъсир кўрсатган. Болдир-кафт ҳамда V-бармоқда тортувчи контрактура 5 ҳолатдан 2 (40%) нафарида кузатилди. Бунда бир вақтда икки бўғим контрактураси бартараф этилди.

Геометрик тузилишига кўра учбурчак шаклдаги лахтаклар хисобига бажарилган жаррохлик амалиёти бемордаги контрактурани тўла бартараф этишидан ташқари, косметик нуқсонни ҳам бартараф этиш каби вазифаларни ечими хисобланади. 18 та ўтказилган жаррохлик амалиётларини 2 (11,1%) ҳолатида беморларнинг чандиқлари олиб ташланмасдан чандиқлар хисобига учбурчак лахтаклар ҳосил қилинган. Бу чандиқли деформацияларни бартараф этишда алоҳида кўрсатмалар мавжуд бўлиб, лахтакни ҳосил қилишда учбурчак учининг кенглиги яъни 60⁰-70⁰ градусдан юқори бўлиши ва чандиқли тўқима остига ёпишган ёғли қават билан биргаликда лахтак

хосил қилиниши ташрихдан кейинги даврдаги бўлиши мумкин бўлган асоратлар сонини камайишига олиб келади.

Лимберг бўйича пластикани такомиллаштирилган усули қуйидагича амалган оширилади. Амалиёт умумий ёки регионар анестезия остида амалга оширилади. Тортувчи чандиқлар киёсий чизмаси чизилгач, ташрих майдони 3 маротаба спирт-йод-спирт ёрдамида антисептик ишлов берилади. Чизма бўйлаб чандиқ тўла кесиб олингач, бўйлаб тўғри кесма хосил бўлади, кейин кесма ўткир бурчак остида чандиқ асосига кесма туширилади, ўткир бурчак 60-70⁰ дан ошмаслиги лозим. Хосил бўлган лахтаклар 2 вароққа ажратилади, тортувчи тўқималар эркинлаштирилиб иккинчи учбурчак лахтак хосил қилинади. Гемостаз қилишда алохида этиб бериш лозим бўлган жихатларни мавжуд бўлиб, тотал гемостаз мумкин эмас. Лахтаклар ўринлари алмаштириш ҳисобига очик жароҳат ёпилади. Жароҳатга чокларни қўйиш қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади. Чок қўйишда биринчи чок лахтак хосил қилинган сохага санчилади тери ва тери ости ёғ қаватдан ўтилиб, иккинчи санчиш нуқтасига олиб борилади бу нуқта ўрин алмаштирилган лахтак учи ҳисобланади. Лахтак учининг субдермал соҳасидан иккинчи санчилган нуқтага қарама-қарши нуқтадан чиқарилиб, учунчи игнани санчилиши биринчи игна санчилиб тери ости ёғ қаватидан чиқарилган сохага параллел равишда санчилиб теридан чиқарилади ва “V-симон” шаклдаги чок қўйиш билан якунланади. Қарама-қарши томондаги лахтак ҳам шу тарзда тикилади. Жароҳат қолган қисмларига тугунли чоклар қўйилади. Ташрих майдони антисептик воситалар билан ишлов берилгач повидон-йод эритмаси докага шимдирилиб боғлам қўйилади. Жароҳат қарама-қарши томонига гипс лангет қўйилади.

Алохида таъкидлаш лозимки, повидон-йод билан қўйилган боғлам собабли биринчи боғламни алмаштириш 3 суткада амалга оширилди. Бу ўз навбатида лахтактарнинг ҳаёттичилигини сақлашда ёрдам беради. Баъзи ҳолатларда жарроҳлар томонидан тери лахтакларини дефекти тўла ёпиш

илконияти бўлмай қолади. Бу ҳолатларда аста тортилувчи чоклар қўйишга мажбур бўладилар, биз таклиф этаётган усул бу камчиликларни четлаб ўтади.

Ташрихдан кейинги натижаларига кўра, ташрихдан кейинги эрта натижаларга кўра умумий асоратлар сони 2 (11,1%) ташкил этди. 1 (5,6%) нафар беморда лахтак ости гематомаси 4 суткада игна ёрдамида кичик тирқиш ҳосил қилиниб, гематома тўла олиб ташланди. Бу ташрихдан кейинги натижага ўз таъсирини кўрсатмади. 1 (5,6%) беморда жароҳатни очилиб кетиши кузатилди. Асоратларда жароҳат соҳасига пивидон-йоднинг этирмасили боғламлар қўйилди жароҳат иккиламчи битди.

Ташрихни олис натижалари чоклар олингандан кейин 6-9 ойдан кейинги ўрганилди. Ташрих ўтказилган 18 нафар беморларнинг 1 (5,6%) қисман контрактура кузатилди.

§4.2.3 Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар контрактураларини лахтаклар ёрдамида бартараф этиш.

Оёқ йирик бўғимлар чандиқли тортилган II-III даражали контрактураларни бартараф этишда лахтакли пластика усули қўлланилади. Таклиф этилаётган усул орқали 104 бемордан 42 (42%) бундан тос-сон бўғими 1 (2,4%), тизза бўғими 31 (73,8%) ва болдир-кафт бўғими 10 (23,8%) нафарларида ташрих амалиётлари бажарилган бўлиб, чандиқларнинг умумий майдони 6 см² дан 12 см² гача бу ўрта ҳисобда $8,7 \pm 0,4$ см². Пирсон бўйича χ^2 тести-8,67; $df=34$; $P=0,014$. Жойлашувига кўра бўғим орти 6 (14,3%) латерал 20 (47,6%) ва медиал 15 (35,7%) бир томонлама ва 1 (2,3%) икки томонлама чандиқлар кузатилди. Мазкур беморларнинг II-даражали 30 (71,4%) ва III-даражали 12 (28,5%) контрактуралар борлиги аниқланди.

Лахтакли пластика тўғрисида сўз юритилганда ўтказиш шартлари мавжуд бўлиб, булар: лахтак ҳосил қилиниши учун соғ тўқималарнинг захираси мавжудлиги, чандиқли тўқималар бир бўғим юзасини эгаллаганлиги, жароҳат ости тоса бўлишлиги, яхши қон билан таъминланганлиги ва тўла контрактурани бартараф этиши лозим. Лахтаклар

турли ўлчамларда ва шаклларда бўлиши мумкин. Булар трапециясимон, тилсимон, икки ўркакчи ва х.к.

III-бобда келтирилган ва юқорида санаб ўтилган лахтаклар ёрдамидаги пластикани бажаришда жаррохлар томонидан қилинаётган хатоликлар ўрганиб чиқилиб, қуйидаги тўхтамга келинди. Бажарилаётган амалиётларда лахтакларни бирданига чўзиш лахтакни ишемиясига олиб келади. Бу камчиликларни инобадга олган холда такомиллаштириш ва янги амалиётни ишлаб чиқиш зарурияти туғилди. Бунда лахтакни М-симон кўринишда ва лахтакни суришдан аввал биологик тренировка сифатида интраоперацион баллон тўқима чўзиш усуллари қўшган холда янги такомиллаштирилган оёқ йирик бўғимлари ўрта ўлчамларидаги соғ тўқималар мавжуд бўлганда интраоперацион лахтакли пластика усули ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди. Амалиётнинг бажариш босқичлари қуйидаги босқичларда амалга оширилади. Умумий анестезия остида, маркер ёрдамида амалиёт бажариладиган ва контрактура бартараф этиладиган соҳанинг қиёсий чизмаси чизилади. Ташрих майдони антисептик воситалар ёрдамида бирламчи ишлов берилгач, соғ тери-ёғли қават ва чандиқ тўқима ўртасидан кесма ўтказилади. Соғ тери-ёғли қатлам остида мускул платисмасидан ажратилиб, баллонга ўриндик ҳосил қилинади. Вақтинча баллон (катетер Фолейнинг балон кисми) имплантация қилинади, жароҳат четлари тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланади. 4 минут шиширилиб (тери орқали термометрия, тери оксигенацияси юқорида келтирилган) 5 минутлик бўшаштирилиб, (Фолей ичидаги суюқлик чиқарилган холда) 3 марта порт орқали (катетер Фолей порти) стерил натрий хлор 0,9% эритмаси баллон ўлчамига кўра юборилади. Бу билан терининг чўзилувчанлик хусусиятидан фойдаланган холда тос-сон бўғими юзасида ўртача $8 \pm 0,4$ см² гача, тизза бўғимида $10 \pm 0,5$ см² ва болдир-кафт бўғимида эса $6 \pm 0,3$ см² гача тўқима захирасига эришилади. Лахтак ҳосил қилишда тўқималарнинг хусусиятларидан келиб чиккан холда содда, осон ҳосил қилиш имконияти бўлган ҳосил қилинган лахтак учи-ўртасидан лахтак асосига караб, 1,5-3,0 см

гача кесма ўтказилади. Бўғим ён соҳасида жойлашган ва бўғим ҳаракатини чеклаб турган тортиб турувчи чандик 3,5-5,0 см гача перпендикуляр кесилади. Кесма асосидан бўғим юзасига қараб (ҳосил қилинган лахтак кулоқчалари) кулоқчаларга мос равишда асосидан бўғим юзасига кетувчи V-симон кесма ўтказилади. Гемостаз. Ҳосил бўлган жароҳат туби тортиб турувчи тўқималараро чандикли оралик тўқималардан бўшатилади(мобилизация). Бўғим тўла редросация қилинади. Ҳосил бўлган жароҳатга аввалдан биологик тайёргарликдан ўтган лахтак ёпилиб, лахтак кулоқчалари V симон кесма учига маҳкамланади. V-симон кесма асосига эса лахтак кулоқчалари асоси маҳкамланади. Жароҳат четларига тугунли чоклар қўйилади. Таклиф этилган усул нафақат атрофик ёки нормотрофик чандикларни бартараф этишда балки мураккаб тузилмага эга бўлган гипертрофик чандикларда чокларнинг йиртилиши каби интраоперацион асоратларни ечими сифатида баҳоланади. Ташриҳ майдони антисептик воситалар билан ишлов берилгач спиртнинг 40⁰ эритмаси докага шимдирилиб боғлам қўйилади. Бу боғлам микроциркуляцияни эрта яхшиланишига, жароҳатни эрта регенерациясини таъминлайди. Қарама-қарши томонига гипс лангет қўйилади.

Боғлам ташриҳдан кейинги 2-суткада очилди. Буни асосий сабаби сифатида лахтакка ортиқча ташқи таъсуротларни (бизни кузатувларимизга кўра микроциркуляция эрта тикланиши учун 2-4 суткалар асосий мезон ҳисобланади) камайтириш мақсадида амалга оширилди. Бу эса ташриҳдан кейинги эрта кузатилиши мумкин бўлган асоратлар сонини кескин камайишига олиб келди.

Эрта натижалар барча беморларда ўрганилди. Ўрганишлар шуни кўрсатдики назоратдаги беморларда йиринглаш ҳолати кузатилмади. 2 (4,8%) ҳолатларда 42 беморлардан жароҳат учи соҳасида 1 ёки 2 чокни очилиб кетиши, 2 (4,8%) лахтак учи қисман некрози ҳолатларда кузатилди. Юқорида кўрсатилган асоратларда тўқималарда микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида эрта муддатларда (2 суткадан) трентал 1/2 таблеткадан 2 маҳал

махаллий жарохат соҳасига эса повидон-йоднинг 1 % этирмаси боғлам сифатида қўйилди. 1 (2,4%) нафар беморда жарохат иккиламчи чоклар ёрдамида битирилди.

Олис натижалар 42 беморда 6-12 ойдан кейин кузатилди. Ташрих ўтказилган беморларнинг 1 (2,4%) нафарида қайта контрактура, 2 (4,8%) нафарида эса чандиқларнинг қўпол ёки кенгайган ҳолати кузатилди. Бу эса функционал натижага таъсир кўрсатмади, аммо косметик нуқсон 3 (7,2%) 42 нафар беморлардан намоён бўлди.

§4.2.4 Контрактураларни бартарф этишда тери кўчириб ўтказиш пластикаси.

Мазкур усулда 104 бемордан 24 (23,1%) бундан тос-сон бўғими 4 (16,7%), тизза бўғими 13 (54,2%) ва болдир-кафт бўғими 5 (20,8%) ва 2 (8,3%) нафарида ҳам тизза, ҳам болдир-кафт бўғимида контрактуралар кузатилган бўлиб, умумий майдони 34 см^2 дан юқори бўлиб, ўрта ҳисобда $36,3 \pm 1,3 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-36,29; $df=24$; $P=0,05$.

Жойлашувига кўра бўғим орқа юзасини тўла 22 (91,7%) ҳолатларда, қисман ёки конгломерант 2 (8,3%) нафар беморларда кузатилди. Мазкур беморларнинг III-даражали контрактураси 20 (83,3%) ва IV-даражали 4 (16,7%) борлиги аниқланди.

Тери кўчириб ўтказишдан аввал беморларга консерватив даво муолажалари тавсия этилади. Беморлар реабилитация даврида 1 ойлик интервал билан маҳаллий жаррох ёки травматолог назоратларида (Д-назорат) остида кузатувда бўладилар. Ҳаракат чекланиши тавсия этилади. Оғир меҳнатлар, жисмоний ҳаракатлар, болаларнинг конистицуал ҳолатидан келиб чиққан ҳолда компрессион боғламлар ва оёқ кийимлари тавсия этилади. Болаларда чандиқларнинг сурилиши ёки назоратсиз қолишлари жараёни трофик яралар кўринишига келмаслиги ота-оналарга ва яқинларига тушинтирилади. Бу даврда чандиқларнинг мугузланиши ёки ёрилиши шошилишч ташрихга кўрсатма бўлиб ҳисобланади.

Чандикларнинг умумий майдони катталиги ва контрактурани даражасига кўра эркин бут тери соннинг юқори 1/3 ёки чов сохасидан кўчириб ўтказилади. Жаррохларга эслатма сифатида кўчириб ўтказиладиган тери ёғ қаватидан холи ва бир текстурада бўлиши шарт. Бу муаммони ечими сифатида Тешабоев М.Г. томонидан ишлаб чиқилган ёстикчали тери кўчириш амалиётидан фойдаланилди.

Тавсия этилган жаррохлик амалиёти куйидаги боссичларида бажарилади. Умумий анестезия остида, тортиб турувчи чандик маркер ёрдамида қиёсий чизмаси чизилади, бу бўғимнинг юзасига ёки харакатининг тўла тикланишига ечим сифатида перпендикуляр бўлиши лозим. Антисептик ишлов берилгач, чортувчи чандик бўғим харакатига перпендикуляр кесилади, чандик остки тўқималардан бўшатилади. Бўғим редрасация қилинади. Ўткир ва ўтмас йўллар билан чандикли ўзгарган тўқималар пай юзасигача (пай очилиб қолмаслиги лозим), эркинлаштирилиб, нуқтали гемостаз. Хосил бўлган жароҳатга скапелъ ёрдамида остки ёғли тўқималардан холи эркин бут дермотрансплантат 0,6-0,8 мм қалинликдаги қисми шилиб олинади ва хосил бўлган реципиент жароҳатга ёпилади. Реципиент жароҳатга ёпилган эркин бут дермотрансплантат четларига тугунлик оралатиб узун иплар қолдирилган ҳолда чоклар қўйилади. Узун қолдирилган иплар амалиёт якунлангач кўчириб ўтказилган терини повидон йодга шимдирилган докали ёстикчаларни кўчириб ўтказилган тери юзасига (бу кўчириб ўтказилган терини остидаги реципиент жароҳатга тўла ёпиштиришга ёрдам беради ва лахтак ости гематомасини олдини олади) узун иплар ёрдамида маҳкамланишга ишлатилади. Ташрих майдони четлари антисептик воситалар билан ишлов берилгач иплар тугунлар ёрдамида маҳкамланади. Жароҳат қарама-қарши томонига гипс лангет қўйилади. Донор жароҳат катта ўлчамдаги тери кўчириб ўтказилганда маҳаллий тўқималар ёрдамида беркитишни имкони бўлмайди. Босим билан маҳкамланган чоклар вақт ўтиши билан йиртилишга мойил ҳисобланади. Бу муаммоларни ечими сифатида интероперацион баллон тўқима чўзиш

амалиёти юқоридаги 4.2.3. бўлимда келтирилгандек тавсия этилади. Ассептик боғлам.

Амалиёт ўтказилгандан сўнг беморлар умумий ҳолатига кўра 2-4-суткаларда амбулатор давога юборилди. Ташрихдан кейинги эрта натижалар 24 беморларни барчаси (100%) чоклар олингунга қадар назорат остида бўлди. Кўчириб ўтказилган эркин бут дерматрансплантат 6-8 сутка давомида гипотермия ҳолатида ушлаб турилди. Биринчи боғлам 7-9 суткада (трансплантат устидаги боғлам ҳолатига кўра) қилинди. Кузатувлар шуни кўрсатдики, бу гуруҳдаги беморларда жароҳатни йиринглашиши кузатилмади. 1 (4,2%) беморда кўчириб ўтказилган тери қисман некрози ва 2 (8,3%) эпидермисни қисман кўчиш ҳолати аниқланди. Асоратларда жароҳат соҳасига консерватив даво ўтказилди. Тери қисман некрози ва эпидермис кўчиши ҳолатларида Бор порошигидан ва пивидон-йод эритмали боғламлар қўйилди.

Олис натижаларга кўра беморларнинг 1 (4,2%) нафарида кўчириб ўтказилган терининг бужмайиши ва 1 (4,2%) гиперпигментация, 2 (8,3%) донор жароҳат соҳаси гипертрофик қўпол чандикланиши ҳолати кузатилган. Бу гуруҳдаги беморларда қайта контрактура юзага келмади.

§4.3. Жарроҳлик даволашнинг таклиф этилган усуллари таҳлили ва муҳокамаси.

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли деформацияси ва контрактураларини янги ва такомиллаштирилган жарроҳлик даволашнинг таклиф этилаётган усуллари қисқача таҳлилида бевосита таъсир этиши мумкин бўлган жарроҳлик амалиётидан кейинги, яқин ва олис натижаларни ижобий таъсирини баҳолашда кузатувда бўлган беморларнинг барчалари иштирок этдилар. Асосий гуруҳдаги беморларда ҳам назорат гуруҳи беморларга хос қайта тиклов ва пластик жарроҳлик амалиётида юзага келиши мумкин бўлган қуйидаги асоратлар кузатилди.

Жаррохлик амалиётида кейинги даврда ишлаб чиқилган усулларда олиб борилган жаррохлик амалиёти натижалари таҳлил қилинади. Жаррохлик амалиёти ўтказилган 104 нафар беморларнинг 94 (90,4%) ижобий, 10 (8,6%) нафарида эса салбий натижага эришилган (4.7-жадвал).

4.7-жадвал

Амалиёт турига кўра амалиётдан кейинги натижалар частотаси

Кўрсаткичлар	Пластика усуллари				Жами	
	ИП	Z-П	ЛП	ТК		
Жарохатни йиринглаши						
Чокни очилиб кетиши	1	1	2		4	40
Лахтак учи некрози			2		2	20
Лахтак кисман некрози				1	1	10
Лахтак ости гаматомаси		2			2	20
Эпидермис шилиниши				2	2	20
Жами асоратлар:	1	2	4	3	10	9,6
Таққосланадиган гуруҳдаги беморлар	20	18	42	24	104	100,0

Изох: * - ИП – интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

4.7 жадвалдан кўриниб турибдики, ўтказилган ташрихларнинг энг ижобийси натижа сифатида 19 (95%) нафарида 20 бемордан интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикасини, паст ижобий кўрсаткич сифатида 21 (87,5%) ҳолатда тери кўчириб ўтказиш пластикасини кўрсатиб ўтиш мумкин. Чандиқларни бартараф этишда таклиф этилган жаррохлик амалиётларида турли усуллардан олинган натижаларни синчиклаб ўрганиб чиқиш оптимал пластикани танлаш имконини яратади, шунингдек олинган натижалар чандиқнинг умумий юзасига, чуқурлигига боғлиқлигини инобатга олиш

лозим. 4.8- жадвал орқали пластика усуллари юзага боғлиқ хусусиятларини ўрганиб чиқамиз.

4.8-жадвал

Чандиқларни майдонига қараб натижаларни қиёсий таҳлили

Чандиқлик ўлчамлари	Бевосита натижалар									
	Ижобий				Жами	Салбий				Жами
	ИП	Z-П	ЛП	ТК		ИП	Z-П	ЛП	ТК	
Кичик	13	14	12		39	1				1
Ўрта	6	2	20	10	38		2		2	4
Катта			6	11	17			4	1	5
Жами	19	16	38	21	94	1	2	4	3	10

Изох: * - ИП – интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

Куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари сохаларида жаррохлик амалиёти натижаларига кўра яхши натижалар кичик ва ўрта ўлчамлардаги чандиқли деформацияларида ўтказилган пластикаларда кузатилган. Кичик ва ўрта ўлчамлардаги чандиқларни бартараф этишда яхши бевосита натижалар 82 беморлардан 73 (89%) нафарида кузатилган. Катта ўлчамдаги чандиқларда эса бу кўрсаткич фақатгина 17 (77,3%) ни ташкил этган.

Аъло натижа кичик ва ўрта ўлчамли оёқ йирик бўғимларининг функционал актив сохаларини қамраб олмаган юза жойлашган чандиқли деформацияларда кузатилган (4.9-жадвал).

4.9-жадвал

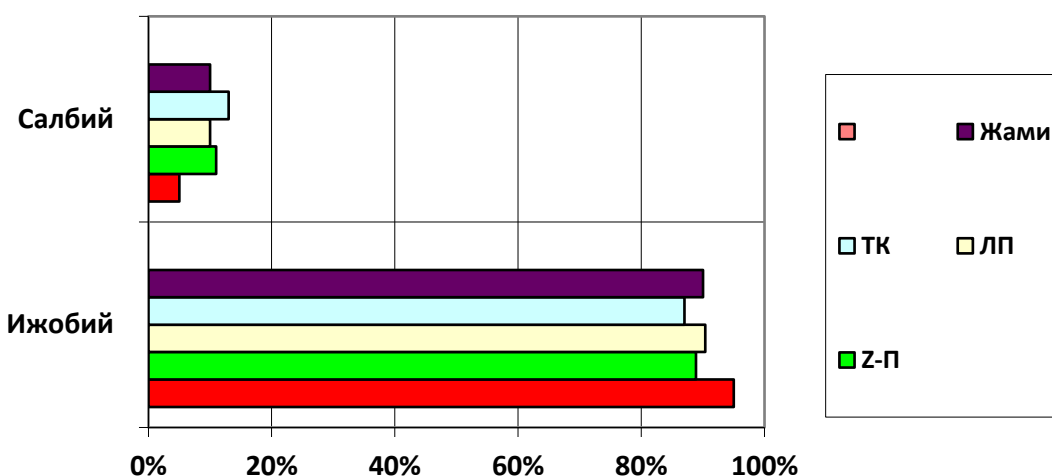
Чандиқларни чуқурлигига қараб бевосита натижаларни қиёсий таҳлили

Чуқурлиги бўйича	Бевосита натижалар									
	Ижобий				Жами	Салбий				Жами
	ИП	Z-П	ЛП	ТК		ИП	Z-П	ЛП	ТК	
Юза	18	14	33	16	81	1	1	2	2	6
Чуқур	1	2	5	5	13		1	2	1	4
Жами	19	16	38	21	94	1	2	4	3	10

Изох: * - ИП – интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси.

4.9-жавдалда жаррохлик амалиётидан кейинги эрта даврда таклиф этилган усулларда ўтказилган ташрих натижалари оёқ йирик бўғимлар чандикли деформацияларни чуқурлигига бевосита боғлиқ. Чуқур жойлашган чандикли деформациялар 22 беморлардан 13 (76,5%) нафарида ижобий натижа олинган бўлса, юза жойлашганда бу кўрсаткич 93,1% ташкил этди.

Бевосита натижаларни ўтганиб чиқиш шуни кўрсатдики, ўтказилган ташрих натижаларига кўра юқори натижа интраоперацион баллон тўқима чўзиш ёрдамида пластика усулида кузатилиб 20 нафар бемордан 19 (95%) ҳолатда ижобий ва кам ҳолларда тери кўчириб ўтказиш пластикасида кузатилган бўлиб, 87,5% (24 бемордан 21 нафарида) ташкил қилди. (4.16-расм).



4.16-расм. Турли пластика усуллари ижобий натижаларини қиёсий таққослаш

Асосий гуруҳдаги 104 нафар беморларнинг барчаларида ташрихдан кейинги олис натижалари 6-12 ой муддатда ўрганилди. Бунда куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлар чандикли деформациялари ва контрактураларини таклиф этилган усуллар интраоперацион баллон тўқима чўзиш, Лимберг буйича Z-пластиканинг лахтак учларини V-симон чок

ёрдамида боғлаш, лахтакларни суришда интраоперацион баллон тўқима чўзиш орқали узайтириш ва тери кўчириб ўтказишда донор жароҳатни интраоперацион баллон тўқима чўзиш ёрдамида ёпишдаги натижаларини қиёсий таққослашдан иборат бўлди.

Тадқиқод натижаларни қуйидаги мезонларга асосий ўрғу берилди. Оёк йирик бўғимларидаги куйикдан кейинги чандикли деформациялар ва контрактураларни жойлашга жойига эмас, бажарилган жаррохлик амалиёти турларига қараб бунда чандиқларнинг майдони, чуқурлиги, хажми унинг олис натижаларига таъсири ва унинг тахлили кўрсатиб берилди. Олис натижалар тўғрисида сўз юритилганда чандикли деформация ёки контрактура бартараф этилгандан сунг функционал ва косметик жихатларини тахлил қилишни олдимизга мақсад қилиб олдик. Бунда чандикни кўполлашуви, кенгайиши, қайта контрактурани ривожланиши, кўчириб ўтказилган терини рангини ўзгариши, бужмайиши ва донор жароҳатда кўпол чандиқларни ҳосил бўлиши ўрганилди (4.11-жадвал).

4.11-жадвал

Ўтказилган ташрих олис натижалар асоратларини частотаси

Кўрсаткичлар	Пластика усуллари				Жами
	ИП	Z-П	ЛП	ТК	
Кўпол чандиқ	1	1	3	1	6 (50%)
Чандикни кенгайиши	1		1		2 (16,6%)
Контрактурани қайталаниши		1	1		2 (16,6%)
Лахтак гиперпигментация				1	1 (8,3%)
Донор жароҳатда патологик чандиқларни ҳосил бўлиши				1	1 (8,3%)
Қиёсий гуруҳдаги беморлар	2	2	5	3	12 (11,5%)
Асоратлар:	20	18	42	24	104 (100%)

Изох: * - ИП – интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси

Юқоридаги жадвалдан шуни кўриш мумкинки, таклиф этилаётган усуллар куйгандан кейинги оёқ йирик бўғимлар деформациялари ва контрактураларига бажариладиган ташрихлар чандиқларнинг хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда танланганлиги маълум бўлди. Бунда олис натижаларни асоратлари 10%дан 12,5%гачани ташкил этганидан кўриш мумкин. Бошқача айтганда яхши ва қониқарли натижалар 87,5%дан 90%гачани ташкил этган. Энг яхши натижа сифатида чандиқли деформацияларни кичик ва ўрта ўлчамлардаги интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикасига тўғри келган бўлса, ёмон кўрсаткич катта ва чуқур чандиқли деформация ва контрактураларда тери кўчириб ўтказиш пластикаси улушига тўғри келди. Олинган натижаларнинг ҳам функционал, ҳам косметик жихатларини яхши, қониқарли, қониқарсиз деб баҳоладик ва 4,12 жадвал асосида кўрсатиб берилади.

4.12-жадвал

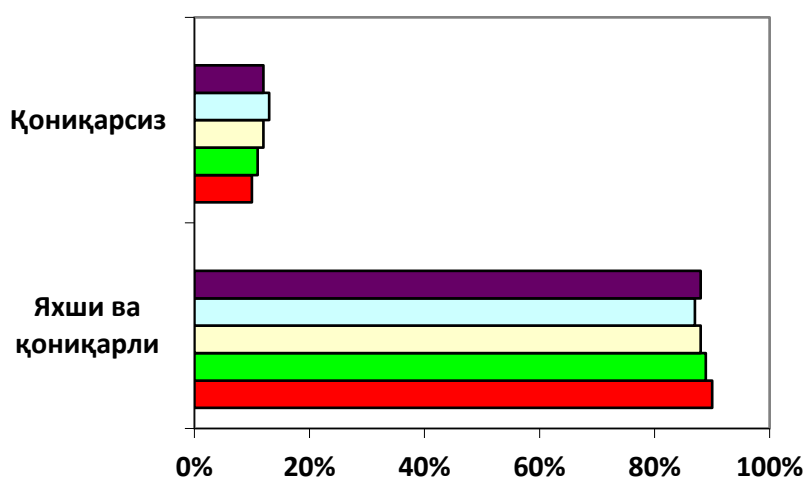
Ўтказилган ташрих турига кўра олис натижаларни таҳлили

Операция турлари	Олис натижа			Беморлар сони (%)
	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	
ИП	8	10	2	20
Z-П	7	9	2	18
ЛП	15	22	5	42
ТК	8	13	3	24
Жами	38 (36,5%)	54 (51,9%)	12 (11,5%)	104 (100%)

Изох: * - ИП – интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси; Z-П - Z - пластика; ЛП- лахтакли пластика; ТК- тери кўчириш пластикаси

Интраоперацион баллон тўқима пластикаси яқин ва олис натижаларга кўра энг юқори натижадаги жаррохлик амалиёти хисобланиб, 20 ҳолатдан 90% натижага эришилган. Аксарият жаррохлик амалиётларига таклиф этилаётган усулни тадбиқ этилиши асосий гуруҳ беморларнинг умумий кўрсаткичга ижобий натижа кўрсатган. Яхши ва қониқарли натижаларни 88,5% гача кўтарилишига олиб келган.

4.17-расмда асосий гуруҳ беморларнинг олис натижалари қиёсий тасвирланган.



4.17-расм. Ўтказилган ташрих турига кўра олис натижаларни тахлили

Юқоридагилардан кўриниб турибдики, таклиф этилаётган жаррохлик амалиётлари чандикни ўлчамига, жойлашган жойига, остидаги тўқималарга ёпишганлигига, қайси даражада ҳаракатги чеклаганлигига қараб танланади. Жаррохлик амалиётининг таклиф этилаётган усуллари чандикларни хусусиятларига боғлиқ бўлиб, бунда ўлчами, қон билан таъминланиши ва атрофида тўқималарни ҳолатига қараб натижаларнинг ижобий сонини оширади.

V БОБ. ОЎҚ ЙИРИК БЎҒИМЛАРИ КУЙИШДАН КЕЙИНГИ ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТЛАРИДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАРНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛИ

Тадқиқодга жалб этилган 204 нафар беморлар икки гуруҳга ажратилган бўлиб, асосий гуруҳда 104 нафар, назорат гуруҳида 99 нафар беморлардан иборат. Бу беморларга интраоперацион баллон тўқима чўзиш ва маҳаллий тўқима пластикаси, Лимберг бўйича Z-пластикаси, лахтакли пластика, тери кўчириш пластикаси амалиётлари бажарилган.

Оёқ йирик бўғимлари куйишдан кейинги чандикли деформациялари ва контрактураларини анъанавий ва таклиф этилган жаррохлик даволашнинг тахлилида бевосита таъсир этиши мумкин бўлган жаррохлик амалиётидан кейинги яқин ва олис натижаларга таъсирини баҳолашда кузатувда бўлган 204 нафар беморларнинг барчаларни иштирок этдилар. Яқин натижаларни аниқлашда беморлар чокларини олдиришга ёки асоратлар ҳолатларда Андижон кўп тармоқли тиббиёт маркази жароҳат оқибатлари ва ортопедия бўлимига таклиф этилдилар. Олис натижаларни аниқлашда эса беморларнинг ота-оналарига ва яқинларига 3, 6, 9, 12 ойлик муддатларда бўлимга таклиф этилди. Бўлимда фото ва объектив ҳолатлари барча мезонлар асосида ўрганилиб чиқилди.

Натижаларни 2 даврга бўлиб ўрганилди.

1-давр- ташрихдан кейинги илк давр бўлиб, жароҳатни йиринглаши, чокларни очилиб кетиши, лахтак учини қисман некрози, эпидермиснинг шилиниши, лахтак ости гематомаси каби асоратлар кузатилди.

2- давр- олис натижаларни ўрганиш даври бўлиб, бунда чандикларни кенгайиши, қайта контрактурани пайдо бўлиши, кўпол чандиклар ҳосил бўлиши, кўчириб ўтқазилган терини қорайиши, бужмайиши кузатилди. Бу икки давр бир-бирига чамбарчас боғлиқ давр бўлиб, олис натижаларда ҳам функционал, ҳам косметик натижаларни кўрсатиб беради.

§5.1. Жаррохлик даволашнинг таклиф этилган ва анъанавий усуллари яқин натижаларини тахлили ва муҳокамаси.

Илмий изланишимизда вазифа сифатида белгилаб олинган асосий ва назорат гуруҳдаги беморларда жаррохлик амалиётидан кейинги эрта

натижалар ташрих турларига ва умумий натижаларига кўра қуйидаги жадвалларда келтирилган. Бунда ташрихдан кейинги эрта асоратлар: жарохатнинг йиринглаши, чокларни очилиб кетиши, лахтак учини қисман некрози, эпидермиснинг шилиниши, лахтак ости гематомаси кузатилди.

5.1 жадвалда асосий гуруҳ беморларнинг жаррохлик амалиётидан кейинги асоратларнинг намоён бўлиш кўрсаткичлари.

Таблица 5.1

Амалиётдан кейинги асоратларнинг намоён бўлиш кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	Пластика усуллари				Жами	
	ИП	Z-П	ЛП	ТК		
Чокни очилиб кетиши	1	1	2		4	40
Лахтак учи некрози			2		2	20
Лахтак қисман некрози				1	1	10
Лахтак ости гематома		2			2	20
Эпидермис шилиниши				2	2	20
Жами асоратлар:	1	2	4	3	10	9,6
Таққосланадиган гуруҳдаги беморлар	20	18	42	24	104	100,0

Изох: Бу таққослаш 3.7 жадвалда келтирилган назорат гуруҳидаги маълумотлар асосида.

5.1. Жадвалдан кўриниб турибдики асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда кузатилган асоратлар бир-биридан катта фарқ қилмайди. Иккала гуруҳда ҳам кузатилган асоратлар чокнинг очилиб кетиши, лахтак учи некрози, лахтакнинг қисман некрози, лахтак ости гематомаси ва кўчириб ўтказилган терининг эпидермис қисми шилиниши мавжуд.

Яхши натижалар асосий гуруҳда кузатилган бўлиб, m- ўрта арифметик хатолик хисобланади. Назорат гуруҳида маҳаллий тўқима пластикасида 3 ҳолатда 18 беморда ($16,7\% \pm 8,3\%$), бу асосий гуруҳдаги интраоперацион

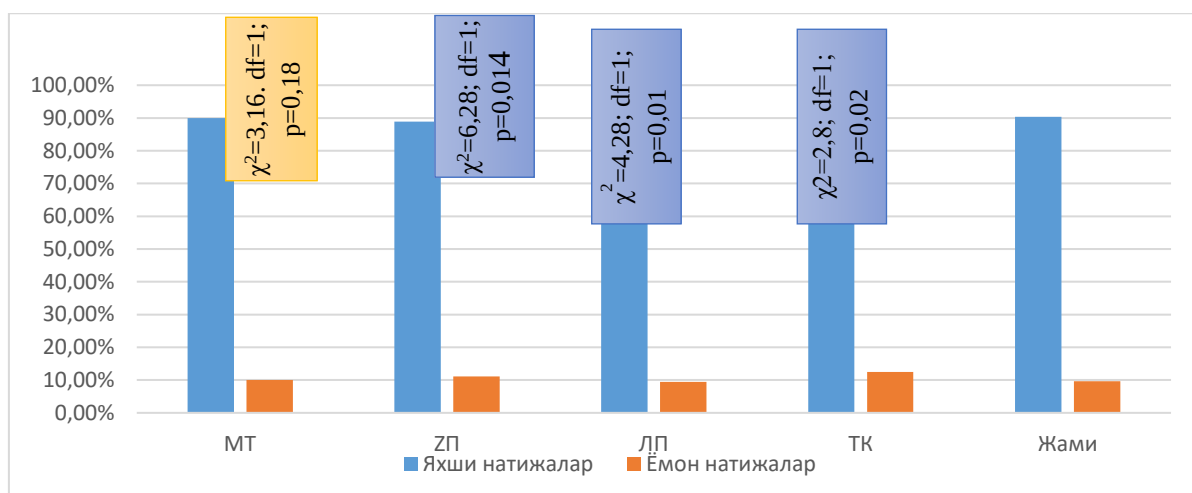
баллон тўқима чўзиш 2 дан 20 беморда ($10\% \pm 2,1\%$; $t=0,18$; $p>0,01$) мос равишда кузатиш мумкин.

Чизиқли чандиқларни бартараф этишда тадқиқодларимизда 34 нафар бемор иштирок этган бўлиб, асосий гуруҳда 18 ($52,9\%$) , назорат гуруҳида 16 ($47,1\%$) нафар 34 бемордан Лимберг бўйича Z-пластика амалиёти бажарилган. Натижалар шуни кўрсатадики назорат гуруҳида 4 ҳолатда 16 бемордан ($25,0\% \pm 1,2\%$), асосий гуруҳ беморларнинг 2 нафарида 18 ҳолатдан ($11,1\% \pm 5,5\%$; $t=0,21$; $p>0,03$), мос равишда.

Кичик ва ўрта ўлчамдаги чандиқли деформациялар ва контрактураларда атрофида соғ тўқималар мавжуд бўлган ҳолатларда лахтакли пластика усули қўлланилган. Ушбу усул ёрдамида 84 нафар бемор назоратга олинган бўлиб, иккала (асосий ва назорат) гуруҳда тенг равишда 42 бемор рўйхатга олинган. Натижаларга кўра назорат гуруҳида 8 ҳолатда 42 бемордан ($19,1\% \pm 0,95\%$), асосий гуруҳ беморларнинг 4 нафарида ($9,5\% \pm 0,45\%$; $t=3,21$; $p>0,051$), мос равишда.

Катта ўлчамдаги ва остки тўқималарга ёпишган оёқ йирик бўғимлари чандиқли деформациялар ва контрактураларда тери кўчириб ўтқозиш амалиёти бажарилган бўлиб, бу амалиёт жами 47 нафар беморда қўлланилган. Назорат гуруҳида асосий гуруҳдан фарқли жароҳатнинг йиринглаши кузатилган. Буни қуйидагича тушунтириш мумкин. Биринчидан тери кўчириб ўтқозишда донор жароҳатни спирт йодли эритма ёрдамида ишлов берилиши, инфицирланган жароҳат, яра тубининг тоса бўлмаслиги бўлса, иккинчидан асептика ва антисептика қоидалари, беморни иммун ҳолати, антибиотикларни профилактика мақсадида ўз вақтида ва нотўғри қўлланилишига боғлиқ.

Асосий ва назорат гуруҳидаги беморлар 48,9% ҳолатга 50,1% ташкил қилган. Натижалар тахлили шуни кўрсатадики назорат гуруҳида 30,4% $\pm 3,8\%$, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич 12,5% $\pm 0,62\%$; $t=1,21$; $p>0,023$ мос равишда.



5.1-расм. Ташрихдан кейинги натижаларнинг частотаси.

Оёқ йирик бўғими куйгандан кейинги чандикли деформациялар ва контрактураларнинг жаррохлик амалиётлари бажаришда чандикларни майдонига қараб кичик, ўрта ва катта ўлчамларга бўлинган бўлиб, иккала гуруҳдаги беморлар бир бирларига қуйидагича тақсимлаб чиқилган. Назорат гуруҳида кичик ўлчамдаги чандиклар 35 нафар (35,4%), асосий гуруҳда 38,5% ни ташкил қилган.

Ўрта ўлчамдаги чандиклар эса 42,4%, асосий гуруҳда 42 нафар 40,4% ҳолатларда кузатилган. Катта ўлчамдагилар 23 (23,2%), 21,1% асосий гуруҳни ташкил этган 5.2-жадвал.

Чандикни деформациялар ва контрактураларга олиб келувчи сабаб сифатида ва асосий мезонлардан яна бири юза ва чуқур жойлашган чандикли деформациялар бўлиб, олиб борилган ташрих натижаларига бевосита таъсир этувчи сабаблардан бири бўлиб ҳисобланади.

5.2-жадвал

Асосий гуруҳ беморларда чандикларни ўлчамига кўра асоратлар таҳлили

Асоратлар	Чандиқ ўлчамлари						Жами	
	Кичик		Ўрта		Катта			
	бем.	%	бем.	%	бем.	%	бем.	%
Умумий беморлар сони	40	100,0%	42	100,0%	22	100,0%	104	100,0%
Умумий асоратлар	1	2,5%	4	9,5%	5	22,7%	10	9,6%

Чокни очилиб кетиши			2	50%	2	40%	4	40%
Лахтак учи некрози			2	50%			2	20%
Лахтак қисман некрози					1	20%	1	10%
Лахтак ости гематома	1	100%					1	10%
Эпидермис шилиниши					2	40%	2	20%

Изох: Бу таққослаш 3.8 жадвалда келтирилган назорат гуруҳидаги маълумотлар асосида.

Юза жойлашган чандиқлар тери соҳасида жойлашуви остки тўқималарга зарар етказмаслиги натижаларнинг ижобий томонга силжишига олиб келган. Умумий касалларнинг 204 ҳолатдан 75,5% қисмига тўғри келади. Асосий гуруҳдаги беморларнинг 83,6% юза чандиқлар бўлган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 67 (67,7%) ташкил этган. Бевосита натижаларга тўхталадиган бўлсак, асосий гуруҳда 87 нафар беморлардан 93,1 %, назорат гуруҳида эса 67 ҳолатдан 88,1% яхши натижага эришилган. Чуқур жойлашган чандиқлар асосий гуруҳдаги беморларнинг 16,4% бўлган бўлса, назорат гуруҳида эса 32,3% ташкил этган. Бевосита натижаларга тўхталадиган бўлсак, асосий гуруҳда 76,5%, назорат гуруҳида эса 53,2% яхши натижага эришилган. Бу ҳолатни қуйидагича изоҳланади: анъанавий усулларда бажарилган ташриҳларни аксариятларида эрта даврларга чандиқлар тўла сўрилмасдан, консерватив даво муолажалари ўтказилмасдан, ташриҳ режаси тўғри тузилмасдан бажарилган. Бунини физиологик кўрсаткичлар тасдиқлайди. Асосий гуруҳдаги беморларни чуқур жойлашган чандиқли ҳолатларида тери орқали термометрия ўтказилганда $37,6 \pm 1,9^{\circ}\text{C}$; $2,7\% \pm 0,13\%$; $t=0,44$; $p>0,03$, назорат гуруҳида эса $38,2 \pm 2,3^{\circ}\text{C}$; $4,2\% \pm 0,21\%$; $t=0,56$; $p>0,05$ ни ташкил этган. Бу ўзгаришни тери орқали оксигекация натижаларида ҳам кўриш мумкин. Асосий гуруҳ беморларнинг чуқур чандиқли деформацияларида тери орқали кислород транскутан парциал

босими (P_{tcO_2}) 90,1 мм.сим.уст.ни ёки $3,7\% \pm 0,19\%$; $t=0,16$; $p>0,12$, назорат гуруҳида 92,3 мм.сим.уст.ни ёки $6,1\% \pm 0,31\%$; $t=0,006$; $p>0,04$.

Энг яхши натижа сифатида юза жойлашган чандиқларда асосий гуруҳда интраоперацион баллон тўқима чўзиш амалиёти бажарилган 20 нафар беморлардан 1 нафарида, назорат гуруҳида эса 2 ҳолатда асорат кузатилган. Яхши натижалар юза жойлашган чандиқларда асосий гуруҳда 90% ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида 84,2% мос равишда 6.3 жадвалда акс этган.

6.3-жадвал

Асосий гуруҳ беморларнинг чандиқларнинг чуқурлиги бўйича частотаси

Чандиқларнинг чуқурлиги	Ташрих турлари				Жами
	ИП	ЗП	ЛП	ТК	
Юза жойлашган чандиқларда яхши натижалар	18 94,7%	14 93,3%	33 94,3%	16 88,9%	81 93,1%
Юза жойлашган чандиқларда ёмон натижалар	1 5,3%	1 6,7%	2 5,7%	2 11,1%	6 6,9%
Чуқур жойлашганда яхши натижалар	1 100,0%	2 66,7%	5 71,4%	5 83,3%	13 76,5%
Чуқур жойлашганда ёмон натижалар	0,0%	133,3%	2 28,6%	1 16,7%	4 23,5%

6.3-жадвалдан кўриниб турибдики, чуқур жойлашган чандиқларда бажарилган жаррохлик амалиётларининг энг яхши паст кўрсаткичи асосий ва назорат гуруҳларида кузалилган бўлиб, тери кўчириб ўтказиш тўғри келади. Натижаларга кўра асосий гуруҳдаги 6 ҳолатдан 5 (83,3%), назорат гуруҳида эса 8 (57,1%) ҳолатда ижобий натижа кузатилган. Натижалар тахлили шуни кўрсатадики асосий гуруҳида $16,7\% \pm 0,8\%$, назорат гуруҳида эса бу кўрсаткич $42,9\% \pm 2,1\%$; $t=12,1$; $p>0,1$.

Асоратлар частотаси чандиқли деформациялар ва контрактураларда чандиқларни чуқурлигига қараб қуйидаги кўринишда тақсимланди.

5.3-жадвал

Асосий гуруҳ беморларни чандиқларнинг чуқурлигига кўра асоратлар тахлили

Асоратлар	Чандиқ ўлчамлари				Жами	
	Юза		Чуқур			
	бем.	%	бем.	%	бем.	%
Умумий беморлар сони	87	83,6%	17	16,4%	104	100,0%
Умумий асоратлар	6	60%	4	40%	10	9,6%
Чокни очилиб кетиши	2	33,3%	2	50%	4	40%
Лахтак учи некрози	1	16,7%	1	25%	2	20%
Лахтак қисман некрози	1	16,7%			1	10%
Лахтак ости гематома	1	16,7%			1	10%
Эпидермис шилиниши	1	16,7%	1	25%	2	20%

Изоҳ: Бу таққослаш 3.9 жадвалда келтирилган назорат гуруҳидаги маълумотлар асосида.

Шундай қилиб, оёқ йирик бўғимлар куйишдан кейинги чандиқли деформациялари ва контрактуралари мавжуд бўлган ва мазкур тадқиқодда жалб этилган 204 нафар беморларнинг ташрихдан кейинги эрта натижалар шуни кўрсатдики, таклиф этилган ва амалиётга тадбиқ этилган усуллар, анаънавий усулларга нисбатан 104 бемордан 94 нафарида (90,4%), анъанавийда 77,7% га умумий ҳисобда $15,6\% \pm 2,3\%$; $t=4,16$; $p<0,001$ ижобий натижаларга эришилган.

§5.2. Оёқ йирик бўғимлар куйишдан кейинги оқибатларни жаррохлик амалиётларидан кейинги олис муддатларда функционал ва косметик натижаларини баҳолаш

Олис натижалар жаррохлик амалиётидан кейинги чоклар олингандан 12-18 ой муддатдан кейинги натижалар ҳисобланиб, бунда асосий ва назорат гуруҳидаги барча беморлар назоратга олинган. Функционал ва косметик натижаларни баҳолашда бажарилган амалиёт турларига кўра ва ишлаб чиқилган мезонлар асосида (II Бобда келтирилган) 3 гуруҳга бўлиб яхши, қониқарли ва қониқарсиз ҳолатлар синчковлик билан ўрганиб чиқилди. Функционал натижалар куйидаги мезонлар асосида: қўпол чандиқ,

чандиқларнинг кенгайиши, контрактурани қайталаниши, кўчириб ўтказилган тери рангини ўзгариши, донор жароҳатда қўпол чандиқларни пайдо бўлиши. Косметик натижалар эса жаррохлик амалиётини ташқи кўриниш жихатидан билинмас ҳолатда эканлиги баҳоланади.

Асосий гуруҳда интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси назорат гуруҳидаги маҳаллий тўқима пластикаси билан қиёсий таққослаш орқали яхши қониқарли ва қониқарсиз натижалар юқорида кўрсатилган мезонлар асосида баҳоланди. Асосий гуруҳда яхши натижалар 8 ҳолатда (40%) 20 беморда кузатилган бўлиб, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 19,4% ташкил қилган. Қониқарсиз натижалар эса асосий гуруҳда 10 % ни, назорат гуруҳида 14,3% ни ташкил этган. Бундан кўриниб турибдики таклиф этилган усул орқали натижалар 4,3% га яхшиланган.

Лимберг бўйича Z-пластика иккала гуруҳда ҳам қўлланилган бўлиб, 18 га, назорат гуруҳида 16 бемор тўғри келган. Натижалар шуни кўрсатадики асосий гуруҳда яхши ва қониқарли натижалар 88,9% ни, назорат гуруҳида 85,7%, қониқарсиз натижа эса 11,1 % га 14,3 % ни ташкил этган.

Лахтакли пластика умумий беморларни 84 нафарида 41,2% қўлланилган бўлиб, иккала гуруҳда тенг тақсимланган. Олис натижаларнинг яхши ва қониқарли ҳолатлари асосий гуруҳда 88,1% ни ташкил этган бўлса, назорат гуруҳида бу кўрсаткич 85,7%, қониқарсиз натижалар 11,9% га, 14,3 % мос равишда.

Тери кўчириб ўтқазиш пластикаси иккала гуруҳда 204 нафар бемордан 23,1% яъни 47 ҳолатда бажарилган бўлиб, натижаларга кўра асосий гуруҳдаги яхши ва қониқарли ҳолатлар 87,5%, 60,9% га нисбатан. Қониқарсиз натижалар эса 12,5% га 39,1% мос равишда.

Натижаларнинг энг паст кўрсаткичи сифатида тери кўчириб ўтқазиш амалиёти деб топдик. Бунга олиб келувчи натижалар сифатида кўчириб ўтказилган эркин бут терининг бужмайиши ёки рангини ўзгариши бўлиб қолмасдан донор жароҳатдаги иккиламчи белгилар чандиқларни кенгайиши ёки қўпол чандиқлар ҳосил бўлиши кузатилди. Беморларда функционал

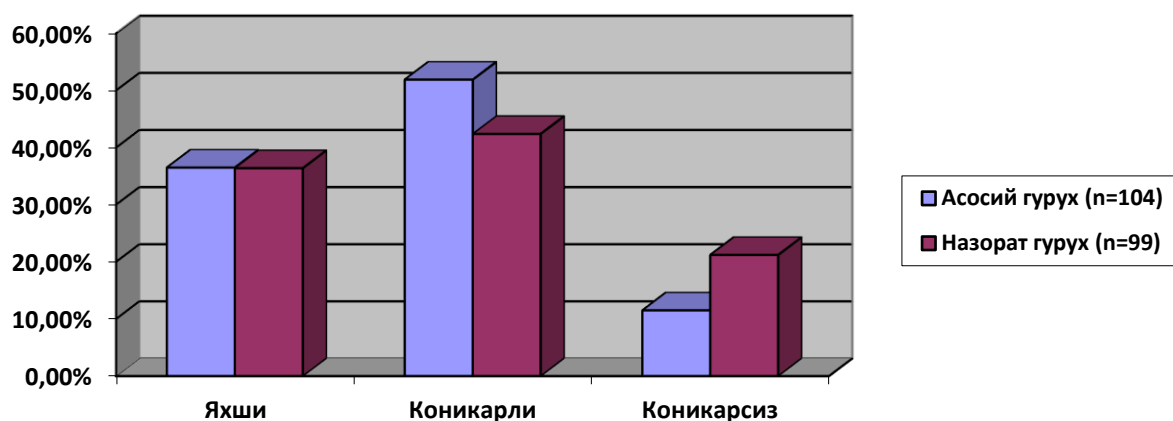
нуксон тўла бартараф этилганлиги, донор жарохатни интраоперацион баллон тўқималар ёрдамида пластикаси косметик жихатдан муаммони ёчими бўлиб хисобланади.

Косметик натижалар ҳар бир гуруҳда умумий беморлар иштирок этган ҳолда ўрганиб чиқилди. Косметик натижаларни ижобий бўлишида ишлаб чиқилган даволаш профилактика тадбирларини жарохатнинг маҳаллий ҳолатига (жойлашуви, майдони, дефект характери ва функционал етишмовчилик даражаси) кўра белгиланиши ижобий натижалар юқори бўлишига олиб келди. Бунда иккиламчи ва учламчи профилактиканинг ташрихгача ва ташрихдан кейинги даврларда консерватив даволаш чора-тадбирларини тўғри ташкиллаштириш ва олиб бориш керак.

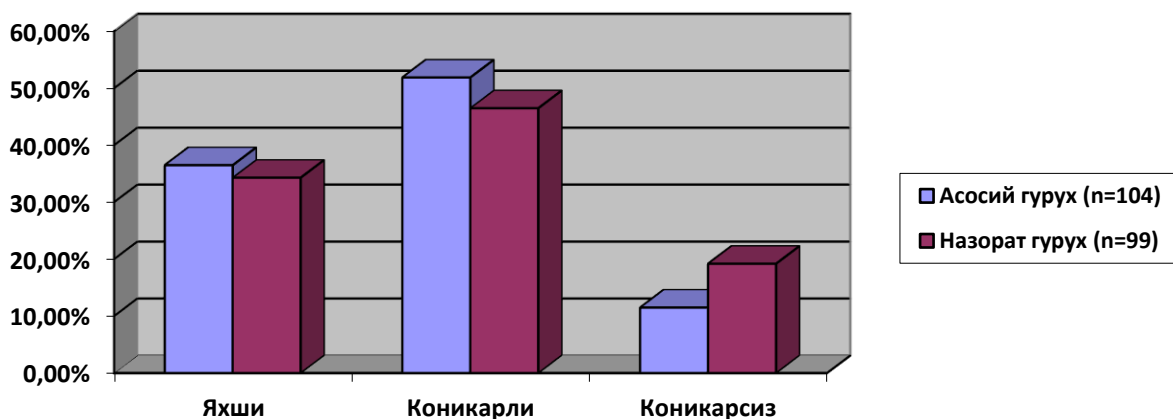
Косметик натижалар шуни кўрсатадики, интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикаси энг самарали юқори натижали усул бўлиб яхши ва қониқарли натижалар сони жихатидан бошқа усуллардан 90 % натижага кўра юқори хисобланади. Бу кўрсаткич нафақат асосий гуруҳда балки назорат гуруҳида ҳам 85,7% яхши натижага кўра юқори ўринни эгаллади. Бироқ усул чегараланган имкониятга эгалиги сабабли бошқа амалиёт турларини ишлатиш заруриятини туғдиради.

Косметик кам натижали усул сифатида тери кўчириб ўтқазиш амалиётини айтиб ўтиш лозим. Бу усул ёрдамида амалга оширилган жаррохлик амалиётларини нафақат назорат гуруҳида балки асосий гуруҳда ҳам паст самарадорлигини кўриш мумкин. Бу усулда ҳаммага маълумки бир деффектни бартараф этиш учун иккинчи деффектни ҳосил бўлиши амалиётнинг натижаларини камайишига олиб келади. Асосий гуруҳда бу кўрсаткич 87,5% ни, назорат гуруҳида 65,2 % ($\chi^2=9,660$; $df=2$; $p=0,0008$) ни ташкил этган.

5.2. ва 5.3. жадвалларда олис ҳам функционал, ҳам косметик натижаларнинг асосий ва назорат гуруҳларидаги қиёсий баҳоси кўрсатиб берилади.



5.2 Жадвал. Олис функционал натижаларни қиёсий тахлили.



5.3. Жадвал. Олис косметик натижаларни қиёсий тахлили.

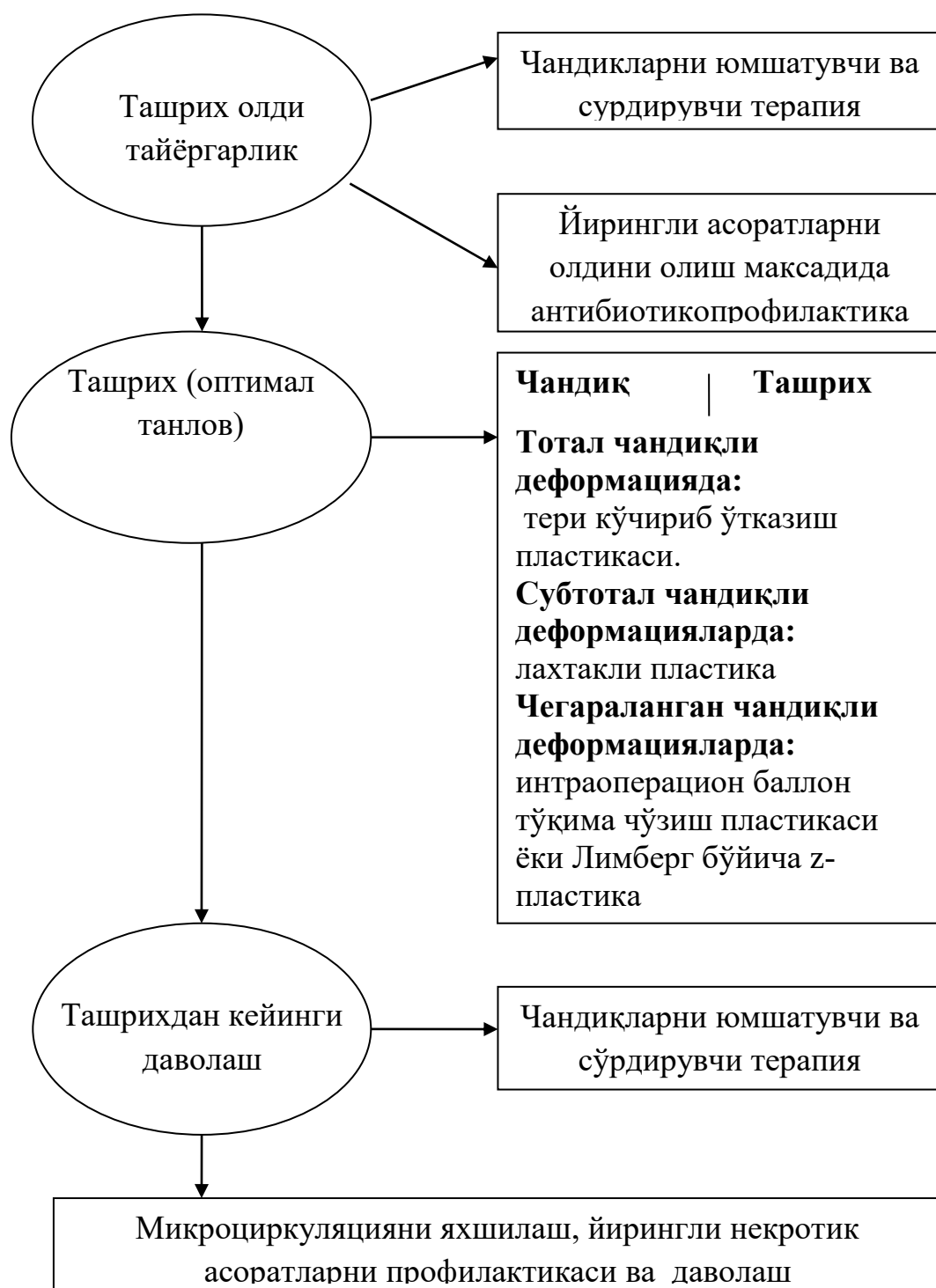
Натижалар шуни кўрсатдики функционал ҳолатдаги яхши натижалар косметик жиҳатдан тўлақонлик ҳисобланмайди. Буни назорат гуруҳидаги яхши ва қониқарли натижалардан кўриш мумкин. Функционал жиҳатдан яхши ҳисобланган 36,4% ҳолат косметик жиҳатдан 34,3% ($\chi^2=6,81$; $df=2$; $p<0,001$) ташкил этган. Қониқарли натижалар ҳам мос равишда ўзгарган. Таклиф этилган жаррохлик усуллари олис натижалари бу каби ўзгаришлардан холи бўлиб, барча талабларга жавоб беради.

Ўтказилган тадқиқодлар шуни кўрсатадики оёқ йирик бўғимлари куйишдан кейинги чандикли деформация ва контрактураларни даволаш баёни ва алгоритми ишлаб чиқилди 5.4. жадвал ва 5.4.расм.

5.4. жадвал

**Йирик бўғимлари куйишдан кейинги чандиқли деформация ва
контрактуларни даволаш баёни**

№ п/п	Майдони, чуқурлиги, хусусияти	Таклиф этилаётган пластика усули
I	<i>Чандиқли деформация контрактурасиз бўлган ҳолатда (майдони беморнинг ёшига қараб)</i>	
	1.1. Юза жойлашган чандиқлар	Интраоперацион баллон чўзиш пластикаси
	1.2. Чуқур жойлашган чандиқлар	Лимберг бўйича Z-пластика V-симон чок ёрдамида, интраоперацион баллон чўзиш пластикаси
II	<i>I даражали чандиқли контрактура (майдони беморнинг ёшига қараб)</i>	
	2.1. Юза жойлашган чандиқлар	Лимберг бўйича Z-пластика V-симон чок ёрдамида, интраоперацион баллон чўзиш пластикаси
	2.2. Чуқур жойлашган чандиқлар	Лимберг бўйича Z-пластика V-симон чок ёрдамида, лахтакли пластика
III	<i>II даражали чандиқли контрактура (майдони беморнинг ёшига қараб)</i>	
	3.1. Юза жойлашган чандиқлар	Лимберг бўйича Z-пластика V-симон чок ёрдамида, лахтакли пластика
	3.2. Чуқур жойлашган чандиқлар	Лахтакли пластика, тери кўчириб ўтказиш пластикаси
IV	<i>III даражали чандиқли контрактура (майдони беморнинг ёшига қараб)</i>	
	4.1. Юза жойлашган чандиқлар	Лахтакли пластика, тери кўчириб ўтказиш пластикаси
	4.2. Чуқур жойлашган чандиқлар	Тери кўчириб ўтказиш пластикаси



5.4 расм. Йирик бўғимлари куйишдан кейинги чандикли деформация ва контрактуларни даволаш алгоритми

Шундай қилиб, оёқ соҳасида куйиш асорати билан оғриган беморларни узок муддатли профилактик реабилитация қилиш бўйича таклиф этилаётган дастурни қўллаш, эркин бут тери трансплантациясининг

такомиллаштирилган усуллари жорий этиш билан бирга, терининг янада мустаҳкам тикланишига ёрдам беради. Тери, тери ости тўқималарга нисбатан яхши эластиклик ва ҳаракатчанлик, терига нисбатан иккиламчи ретракция хавфини камайтиради ва эстетик натижани яхшилади.

ХУЛОСА

Болаларда оёқ йирик бўғимлари куйикдан кейинги асоратлари нафақат реконструктив-пластик жаррохликнинг, балки травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Чандиқларни сўрдиришга қаратилган чора тадбирларнинг ўз вақтида тўғри бажарилиши таянч ҳаракат тизимидаги ўзгаришларни олдини олишга қаратилган бўлсада, боланинг физиолигик ўсиш ташрихни қайси даврда бажарилиши мунозарали ҳолатларни келтириб чиқармокда. Куйиш даврида олинган жароҳат боланинг психоэмоционал ҳалатига таъсир этади. Беморлар жахлдор ёки аксинча одамови бўлиб қолади. Тенгқурлари олдида жисмоний ривожланишдан орқада қолиши беморларда рухий сўриқишга олиб келади.

Бугунги кунда Андижон вилоят кўп тармокли тиббиёт маркази жароҳат оқибатлари ва ортопедия бўлимида куйик асоратларини замонавий ечими бўйича катта тажриба тўпланган бўлиб, Андижон Давлат тиббиёт институти профессори М.М.Мадазимов раҳбарлигида турли даволаш усуллари яратилган. Болалар оёқ йирик бўғимлари тос-сон, тизза, болдир-товон соҳаларида мавжуд бўлган чандиқли деформациялар ва контрактураларни бартараф этишда маҳаллий тўқима, лахтакли, тери кўчириб ўтказиш ва комбинациялашган пластика усуллари санаб ўтиш лозим. Ушбу илмий тадқиқодимизда 203 нафар куйикдан кейинги чандиқли деформация ва контрактуралари бор бемор болаларни 2015-2021 йилларда текшириш ва даволаш натижаларини жаррохлик амалиётигача ва амалиётдан сўнги эрта ва олис натижаларни ҳам фукционал, ҳам эстетик ҳолати баҳоланди. Тадқиқодга 2 ёшдан 18 ёшгача беморлар таклиф этилган бўлиб, улардан 122

(60%) ўғил ва 81 (40%) нафари қиз болаларни ташкил этган. Ёшга қараб тақсимотда 7-12 ёшда ўғил/қиз болаларда қуйиш кўрсаткичи 51%/49% деярли бир хил бўлса, 15-17 ёшга келиб қизларда фақатгина 17% ни ташкил қилган. Бу эса қизларни эрта ёшида ўзларини англаши билан боғлиқ.

Куйикларни келтириб чиқарган сабабларига кўра асосан аланга (газ портлаши, қизиган чўғ) ва қайноқ сув улуши 173 нафарига (86%) 203 бемордан тўғри келган. Паст кўрсаткичлар 12%/2% кимёвий моддалар ва электр токи улушига тўғри келган. Ўрганишларимизда алохида чандикларнинг хусусиятларига эътибор берилган бўлиб, булар атрофик, нормотрофик, гипертрофик ва келлоидларга бўлинди ҳамда физиологик хусусиятлари ўрганилди. Алохида такидлаб ўтишни лозимки, болалар қайноқ суюқликдан қуйиши жинсига ёки психо-эмоционал ҳолатларига боғлиқ эмас, балки мавсумийликка боғлиқ жараён ҳисобланади.

Бирламчи тизимда фаолият кўрсатаётган шифокорларнинг ёки оналарнинг бепарволиги туфайли 36 (17,7%) ҳолатда беморлар кеч муддатларда оғир асоратлар билан мурожаат қилган. Чандикли деформацияларни жойлашуви бўйича 5% ҳолатда тос-сон бўғимида, 61% тизза бўғимида ва 34% болдир-кафт бўғимида кузатилган. Латерал ва медиал бир томонлама учрайдиган чандикли контрактуралар 71%, энг кам учрайдиган тури 3% ҳолларда конгломерантни ташкил этди. Контрактурада бўғим ҳаракатини бузилиши 47% ҳолларда I даража контрактуралар кузатилган бўлса, 16% да чандиклар чуқур, 84% ҳолатда эса юза жойлашган.

203 нафар жаррохлик амалиёти ўтказилган беморлар 2 гуруҳга бўлинган бўлиб, биринчи гуруҳ асосий ($n=104$) такомиллаштирилган ва клиникамизда янги ишлаб чиқилган, иккинчи гуруҳ ($n=99$) беморларда анъанавий усуларда жаррохлик амалиётлари ўтказилган.

Назорат гуруҳидаги ўрганишларимиз шуни кўрсатдики, куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли деформацияларини бартараф этишда қўлланилган мавжуд жаррохлик амалиётлари маҳаллий тўқима пластикаси, Z-пластика, лахтакли пластика, тери кўчириб ўтказиш пластикаси

(аутодермопластика) усуллари бир катор авзалликларидан ташқари камчиликлардан холи эмас. Юқори натижаларга эришиш мақсадида анъанавий жаррохлик амалиётларидан сўнги даврларда консерватив даволаш амалиётлари (олтингугурт эритмали сувли ванналар ёки примочкалар, ультразвук+гидрокатризон мазь билан ва чандик соҳасига контрактубекс ёки дерматикс каби малҳамлар) бажарилди.

Маҳаллий тўқамалар пластика амалиётидан сўнг даврда 16,7% ҳолатларда чандикни кенгайиши, гипертрофик чандикларни пайдо бўлиши каби қониқарсиз натижани олиниши усулнинг асосий камчиликларидан бири эканлигини кўрсатади.

Барча турдаги бир чизикли чандикли контрактураларни бир босқичда функционал нуқсонни бартараф этишда z-пластикадан афзал усул топиш мушкул ҳисобланади. Алоҳида такидлаш лозимки, учбурчакли лахлакли пластикада лахтакларнинг ўткир учлари 45⁰ дан кам бўлиши лахтак учи некрозига олиб келади.

Айтиб ўтиш лозимки лактахли пластика усули оёқ йирик бўғимлар контрактураларида энг яхши натижа берадиган усул ҳисобланади. Олис натижалардан ҳам кўриш мумкинки, яхши ва қониқарли натижалар 85,7% ҳолатларда кузатилган. Бироқ, усулнинг камчилиги сифатида чандикли контрактура атрофида соғ тери-соғ тўқималар бўлиши шарт. Баъзи ҳолатларда чандикли деформацияларни бўғим юзаларда циркуляр ҳолда жойлашуви бевосита тери кўчириб ўтказиш пластикасини амалга оширишга олиб келади.

Тери кўчириб ўтказиш пластикасининг ягона афзаллиги катта ўлчамдан чандикларни ва контрактураларни бир этапда бартараф қилиш имконияти мавжуд бўлиб, олис натижаларда юқори 39,1% салбий натижалаани (кучирилган терини қайта ретракцияси, гиперпигментация, баъзи ҳолатларда функционал актив жойларни қайта контрактура бўлиш) куриш мумкин. Бундан ташқари тери кучириш учун донор жойларни танлаш

имкониятини камлиги махсус асбоб ускуналар талаб этилишидан ташкари махсус билим куникмаларга эга бўлган мутахассис талаб этилади.

Бугунги кунда мавжуд бўлган микрохирургик аутотрансплантация ва тўқималарни киёсий устириш оркали бажариладиган жаррохлик амалиётлари мазкур патологияда куллашнинг имконияти жуда паст ҳисобланади. Шу сабабли куйикдан кейинги оёқ йирик бўғимлари чандикли деформациялари ва контрактураларини бартараф этишда ечими топилмаган оптимал усулни ишлаб чиқиш ва амалиётга тадбиқ этиш лозим деб уйлаймиз.

Бажариладиган жаррохлик амалиётларини физиолигик асослари яратилган булиб, масофадан тери термометриясини улчовчи жаррохлик амалиётини (эрта ёки кутувчи) жаррохлик реабилитация, амалиёт ҳажмини танлашда эрта прогнозлаш имкони яратилади. Текширив асосий гуруҳдаги 101 (97,1%) беморларда олиб борилди. Чандикли узгарган тўқима 3 та тоифага атрофик, нормотрофик, гипертрофик чандикларга (нормотрофик чандик ҳарорати 36.7°C , атрофик чандик 35.7°C , гипертрофик чандик $39.3 \pm 1.3^{\circ}\text{C}$) ажратилди. Бундан ташкари ўтказилган жаррохлик амалиётларини натижаларини олдиндан баҳолаш ва булиши мумкин асоратларни эрта аниклаш имконияти яратилди. Берилган усуллар жаррохга ташрих олди даволаш босқичида тўғри ташрих тактикасини танлаш, ташрихдан кейинги босқичда эса кўчирилган эркин терини ҳаётийлигини баҳолаш имконини беради.

Шу билан бирга тери оркали транскутан парциал босим ўрганилди, бунда нормотрофик чандикларда 86.7 мм.сим.уст. га, атрофик чандикларда 82 мм.сим.уст., гипертрофикларда эса 93 мм.сим.уст.га тенг бўлди.

Шундай қилиб, чандик хусусиятларига қараб бажариладиган такомиллаштирилган ва янги ишлаб чиқилган усулларни самарадорлигини аниклаш оркали, жаррохлик реабилитация муддатларини, кузатилиши мумкин бўлган асоратлар сонини камайтириш ҳамда маҳаллий гипотермиянинг илмий асосини яратиш оркали ҳам функционал, ҳам косметик натижаларни яхшигашга қаратилган.

Такомиллаштирилган ва янги ишлаб чикилган жаррохлик усулларига жалб этилган умумий беморлар сони 104 нафар булиб, улчамларига кўра кичик, ўрта ва катта чаникли деформацияларга булинган. Кичик улчамли умумий майдони $4,6 \text{ см}^2$ дан $11,3 \text{ см}^2$ гача бу ўрта хисобда $7,1 \pm 0,3 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-7,09; $df=40$; $P=0,014$. Ўрта улчамдаги умумий майдони 12 см^2 дан 30 см^2 гача, ўрта хисобда $24,2 \pm 1,1 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-24,17; $df=42$; $P=0,051$. Катта ёки тотал улчамдаги умумий майдони 30 см^2 дан юкори булиб, ўрта хисобда $34,9 \pm 1,7 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-34,61; $df=22$; $P=0,012$.

Асосий гуруҳ беморлар сифатида 104 нафар беморлар руйхатга олинган булиб, 4 турдаги такомиллаштирилган ва жаррохлик амалиётига тадбик қилинган. Интраоперацион баллон тўқима чўзиш 20 (19,2%), Z-пластика 18 (17,3%), лахтакли пластика 42 (40,4%), ва терини кучириб ўтказиш амалиёти 24 (23,1%) ҳолатларда бажарилган. Жаррохлик амалиётларини тадбик этиш учун чандиқларни хусусиятига, жойига, функционал етишмовчилик даражаси ва косметик нуксон этиборга олинган.

Куйикдан кейинги чандиқли деформацияларни интраоперацион баллон ёрдамида чўзилган тўқималар билан баратараф этиш.

Оёқ йирик бўғимлар юзаларида бўғим функциясига таъсир этмаган ҳолатларда интраоперацион баллон тўқима чўзиш усулидан фойдаланилди. 20 (19,2%) 104 нафар беморлардан жаррохлик амалиётлари ўтказилди. Чандиқларнинг умумий майдони 4 см^2 дан 10 см^2 гача бу ўрта хисобда $5,9 \pm 1,8 \text{ см}^2$. Пирсон бўйича χ^2 тести-5,87; $df=20$; $P=0,0014$ ташкил этди.

Амалиёт қуйидаги кетма-кетликда бажарилди: маҳаллий ёки умумий анестезия остида чандиқли тўқималар ва соғ тўқимар чегаралари маркер ёрдамида чизиб олинди, жаррохлик амалиёти майдони 3 марталик спирт-йод-спирт ёрдамида тосаланади. Чандиқларни остидаги тўқималардан ажралишини осонлаштириш мақсадида тери остига суюқлик юбориш орқали терини остидаги тўқималардан ажратилди суюқлик сифатида новокаин 0,5% ёки нартий хлорнинг 0,9% эритмаси ишлатилди. Чандиқ ва соғ тўқималар

чегараларидан кесилиб, гемостаз, соғ тери ёғли қаватдан уткир ва утмас йуллар билан катетер фoleyнинг баллони учун ёток хосил қилинди. Катетер Фoleyнинг баллон қисми соғ тери ёғли қават остига жойлаштирилиб вақтинча тугунли чоклар ёрдамида махкамланди. Тери термометрияси ва тери оркали тўқимани кислороднинг транскутан парциал босими назорат қилиб борилди. Тинч ҳолатда соғлом тўқимада бу кўрсаткич $36,6^{\circ}\text{C}$, кислороднинг парциал босими эса $96,8 \pm 4,81$ мм.см.уст. ташкил этади. Баллон шприц ёрдамида (стерил) суюқликка тулдирилди. Тўқима ҳарорати 4 минутда $35,6^{\circ}\text{C}$, кислороднинг парциал босими $9,3 \pm 0,46$ мм.см.уст. ни ташкил этди. Шундан сунг баллондан суюқлик тўла чиқариб ташланди. Тўқимага 5 дақиқа танафус берилди. Тўқима ҳарорати 5 дақиқадан сунг $36,8^{\circ}\text{C}$, кислороднинг парциал босими $97,6 \pm 4,8$ мм.см.уст. ни ташкил этди. Бу ҳолат тўқимани даврий ўстириш учун замин яратди. Шу даврийлик асосида яна 2 марта тўқима чўзилди. Хосил бўлган тери ёғли қават запаси $1,2 \pm 0,6$ дан $2,6 \pm 0,3$ см ташкил этди. Баллон олиб ташланиб чандиқлар тўла кесиб олинди. Гемостаз. Баъзи ҳолатда баллонни чандиқнинг иккала четига утнатиш ҳолатлари ҳам кузатилган. Хосил бўлган жароҳат интраоперацион даврий баллон ёрдамида тўқима чўзиш оркали хосил бўлган соғлом тери ёғли лахтак ҳисобига ёпилиб 2 қатор субдермал ва тугунли чоклар қўйилди. Жароҳат остида вакуум дренаж (жаррохлик амалиётидан кейинги эрта булиши мумкин бўлган асоратлар (лахтак ости гематомаси, серомаси)ни олдини олиш мақсадида) қилирилди. Жароҳат юзасига спирт, йод суртилиб фурациллинли боғлам, жароҳатга қарама-қарши томонига эса қўйилган чокларга юклама тушишини олдини олиш мақсадида гипс лангет қўйилди.

Мазкур усулда жаррохлик амалиёти ўтказилган 20 бемордан 1 (5%) ҳолатда жароҳатни очилиб кетиши кузатилди. Бундай ҳолатларда: жароҳат йиринглаганда ушлаб турувчи чоклар олиб ташланди (чоклар иккиламчи инфекция монбаи булиши мумкин). Жароҳат соҳасига пивидон-йоднинг этирмаси ёрдамида боғламлар қўйилди ва жароҳат иккиламчи битди.

Ташрихни олис натижалари чоклар олингандан кейин 6-9 ойдан кейинги натижаларга каратилди. Бунда хам функционал хам косметик натижалар ўрганиб чиқилди. Ташрих ўтказилган 20 нафар беморларнинг барчаларида олис натижалар ўрганилди. 20 беморлардан 1 (5%) нафарида чандиқлар купол ва кенгайганлиги кузатилди.

Бўғим соҳасида чизиқли чандиқли тортилган чандиқли деформацияларни такомиллаштирилган **Z-пластика** усулида бартараф этилди. Мазкур усул асосий гуруҳдаги 104 бемордан 18 (17,3%) нафарида кулланилди. Улардан тос-сон бўғими 4 (22,2%), тизза бўғими 11 (61,1%) ва болдир-кафт бўғими 5 (27,7%) ташкил этди, чандиқларнинг умумий майдони эса 11 см² дан 40 см² гача, бу ўрта хисобда 25,1±1,2 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-25,089; df=18; P=0,05. Жойлашувига кўра 18 ҳолатдан 12 (66,7%) латерал ва медиал 6 (33,3%) бир томонлама чандиқлар кузатилди. Бажариш техникаси қуйидагича: умумий ёки регионар анестезия остида амалга оширилади. Тортувчи чандиқлар кийсий чизмаси чизилгач, ташрих майдони 3 маротаба спирт-йод-спирт ёрдамида антисептик ишлов берилади. Чизма чандиқ тўла кесиб олингач, бўйлаб тугри кесма ҳосил булади, кейин кесма уткир бурчак остида чандиқ асосига кесма туширилади, уткир бурчак 60-70° дан ошмаслиги лозим. Ҳосил бўлган лахтаклар 2 вароққа ажратилади, тортувчи тўқималар эркинлаштирилиб иккинчи учбурчак лахтак ҳосил қилинади. Гемостаз қилишда алоҳида этиб бериш лозим бўлган жихатларни мавжуд бўлиб, тотал гемостаз мумкин эмас. Лахтаклар уринлари алмаштириш ҳисобига очик жароҳат ёпилади. Жароҳатга чокларни қўйиш қуйидаги кетма-кетликда амалга оширилади. Чок қўйишда биринчи чок лахтак ҳосил қилинган соҳага санчилади тери ва тери ости ёғ қаватдан утилиб, иккинчи санчиш нуқтасига олиб борилади бу нуқта урин алмаштирилган лахтак учи ҳисобланади. Лахтак учининг субдермал соҳасидан иккинчи санчилган нуқтага қарама-қарши нуқтадан чиқарилиб, учунчи игнани санчилиши биринчи игна санчилиб тери ости ёғ қаватидан чиқарилган соҳага паралелл равишда санчилиб теридан чиқарилади ва “V-

симон” шаклдаги чок куйиш билан якунланади. Қарама-қарши томондаги лахтак ҳам шу тарзда тикилади. Жарохат колган кисмларига тугунли чоклар қўйилади. Ташрих майдони антисептик воситалар билан ишлов берилгач повидон-йод эритмаси докага шимдирилиб боғлам қўйилади. Жарохат карама қарши томонига гипс лангет қўйилади.

Алохида таъкидлаш лозимки, повидон-ойд билан қўйилган боғлам собабли биринчи боғламни алмаштириш 3 суткада амалга оширилди. Бу уз навбатида лахтактарнинг ҳаётийлигини саклашда ёрдам беради. Баъзи ҳолатларда жаррохлар томонидан тери лахтакларини дефекткти тўла ёпиш илкониёти бўлмай қолади. Бу ҳолатларда аста тортилувчи чоклар куйишга мажбур буладилар биз таклиф этаётган усул бу камчиликларни четлаб утади.

Ташрихдан кейинги натижаларига кўра ташрихдан кейинги эрта натижаларга кўра умумий асоратлар сони 2 (11,1%) ташкил этди. 1 (5,6%) нафар беморда лахтак ости гематомаси 4 суткада игна ёрдамида кичик тиркиш ҳосил қилиниб, гематома тўла олиб ташланди. Бу ташрихдан кейинги натижага уз таъсирини курсатмади. 1 (5,6%) беморда жарохатни очилиб кетиши кузатилди. Асоратларда жарохат соҳасига пивидон-йоднинг этирмасили боғламлар қўйилди жарохат иккиламчи битди.

Оёк йирик бўғимлар чандиқли тортилган II-III даражали контрактураларни бартараф этишда лахтакли пластика усули қўлланилади. Таклиф этилаётган усул орқали 104 бемордан 42 (42%) бундан тос-сон бўғими 1 (2,4%), тизза бўғими 31 (73,8%) ва болдир-кафт бўғими 10 (23,8%) нафарларида ташрих амалиётлари бажарилган бўлиб, чандиқларнинг умумий майдони 6 см² дан 12 см² гача бу ўрта ҳисобда $8,7 \pm 0,4$ см². Пирсон бўйича χ^2 тести-8,67; $df=34$; $P=0,014$. Жойлашувига кўра бўғим орти 6 (14,3%) латерал 20 (47,6%) ва медиал 15 (35,7%) бир томонлама ва 1 (2,3%) икки томонлама чандиқлар кузатилди. Мазкур беморларнинг II-даражали 30 (71,4%) ва III-даражали 12 (28,5%) контрактуралар борлиги аниқланди.

Амалиётнинг бажариш боскичлари қуйидаги боскичларда амалга оширилади. Умумий анестезия остида, маркер ёрдамида амалиёт

бажариладиган ва контрактура бартараф этиладиган соханинг киёсий чизмаси чизилади. Ташрих майдони антисептик воситалар ёрдамида бирламчи ишлов берилгач, соғ тери-ёғли қават ва чандиқ тўқима ўртасидан кесма ўтказилади. Соғ тери-ёғли катлам остидан мускул платисмасидан ажратилиб, баллонга ўриндик хосил қилинади. Вактинча балон (катетер Фолейнинг балон кисми) имплантация қилинади, жароҳат четлари тугунли чоклар ёрдамида маҳкамланади. 4 минут шиширилиб (тери оркали термометрия, тери оксигенацияси юқорида келтирилган) 5 минутлик бушаштирилиб (Фолей ичидаги суюқлик чиқарилган холда) 3 марта порт оркали (катетер Фолей порти) стерил натрий хлор 0,9% эритмаси балон улчамига кўра юборилади. Бу билан терининг чўзилувчанлик хусусиятидан фойдаланган холда тос-сон бўғими юзасида ўртача $8\pm 0,4$ см² гача, тизза бўғимида $10\pm 0,5$ см² ва болдир-кафт бўғимида эса $6\pm 0,3$ см² гача тўқима захирасига эришилади. Лахтак хосил қилишда тўқималарнинг хусусиятларидан келиб чиккан холда содда, осон хосил қилиш имконияти бўлган хосил қилинган лахтак учи-ўртасидан лахтак асосига караб 1,5-3,0 см гача кесма ўтказилади. Бўғим ён соҳасида жойлашган ва бўғим ҳаракатини чеклаб турган тортиб турувчи чандиқ 3,5-5,0 см гача перпендикуляр кесилади. Кесма асосидан бўғим юзасига караб (хосил қилинган лахтак кулоқчалари) кулоқчаларга мос равишда асосидан бўғим юзасига кетувчи V симон кесма ўтказилади. Гемостаз. Хосил бўлган жароҳат туби тортиб турувчи тўқималар аро чандиқли оралик тўқималардан бўшатилади(мобилизация). Бўғим тўла редросация қилинади. Хосил бўлган жароҳатга аввалдан биологик тайёргарликдан утган лахтак ёпилиб, лахтак кулоқчалари V симон кесма учига маҳкамланади. V симон кесма асосига эса лахтак кулоқчалари асоси маҳкамланади. Жароҳат четларига тугунли чоклар кўйилади. Таклиф этилган усул нафакат атрофик ёки нормотрофик чандиқларни бартараф этишда балки мураккаб тузилмага эга бўлган гипертрофик чандиқларда чокларнинг йиртилиши каби интраоперацион асоратларни ечими сифатида баҳоланади. Ташрих майдони антисептик

воситалар билан ишлов берилгач спиртнинг 40⁰ эритмаси докага шимдирилиб боғлам қўйилади. Бу боғлам микроциркуляцияни эрта яхшиланишига, жарохатни эрта регенерациясини таминлайди. Қарама қарши томонига гипс лангет қўйилади.

Боғлам ташрихдан кейинги 2-суткада очилди. Бунини асосий сабаби сифатида лахтакка ортикча ташки таъсуротларни (бизни кузатувларимизга кўра микроциркуляция эрта тикланиши учун 2-4 суткалар асосий мезон хисобланади) камайтириш мақсадида амалга оширилди. Бу эса ташрихдан кейинги эрта кузатилиши мумкин бўлган асоратлар сонини кескин камайишига олиб келди.

Эрта натижалар барча беморларда ўрганилди. Ўрганишлар шуни курсатдики назоратдаги беморларда йиринглаш ҳолати кузатилмади. 2 (4,8%) ҳолатларда 42 беморлардан жарохат учи соҳасида 1 ёки 2 чокни очилиб кетиши, 2 (4,8%) лахтак учи қисман некрози ҳолатларда кузатилди. Юқорида курсатилган асоратларда тўқималарда микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида эрта муддатларда (2 суткадан) трентал 1/2 таблеткадан 2 маҳал маҳаллий жарохат соҳасига эса повидон-йоднинг 1 % этирмаси боғлам сифатида қўйилди. 1 (2,4%) нафар беморда жарохат иккиламчи чоклар ёрдамида битирилди.

Олис натижалар 42 беморда 6-12 ойдан кейин кузатилди. Ташрих ўтказилган беморларнинг 1 (2,4%) нафарида қайта контрактура, 2 (4,8%) нафарида эса чандиқларнинг купол ёки кенгайган ҳолати кузатилди. Бу эса функционал натижага таъсир курсатмади, аммо косметик нуқсон 3 (7,2%) 42 нафар беморлардан намоён бўлди.

Контрактураларни бартарф этишда тери кўчириб ўтказиш пластикаси. Мазкур усулда 104 бемордан 24 (23,1%) бундан тос-сон бўғими 4 (16,7%), тизза бўғими 13 (54,2%) ва болдир-қафт бўғими 5 (20,8%) ва 2 (8,3%) нафарида ҳам тизза, ҳам болдир-қафт бўғимида контрактуралар кузатилган бўлиб, умумий майдони 34 см² дан юқори бўлиб, ўрта ҳисобда 36,3±1,3 см². Пирсон бўйича χ^2 тести-36,29; df=24; P=0,05.

Тавсия этилган жаррохлик амалиёти қўйидаги боскичларида бажарилади. Умумий анестезия остида, тортиб турувчи чандиқ маркер ёрдамида киёсий чизмаси чизилади, бу бўғимнинг юзасига ёки ҳаракатининг тўла тикланишига ечим сифатида перпендикуляр булиши лозим. Антисептик ишлов берилгач, чортувчи чандиқ бўғим ҳаракатига перпендикуляр кесилади, чандиқ остки тўқималардан бушатилади. Бўғим редрасация қилинади. Уткир ва утмас йулла билан чандиқли узгарган тўқималар пай юзасигача (пай очилиб қолмаслиги лозим), эркинлаштирилиб, нуктали гемостаз. Хосил бўлган жароҳатга скапель ёрдамида остки ёғли тўқималардан холи эркин бут дермотрансплантат 0,6-0,8 мм қалинликдаги қисми шилиб олинади ва хосил бўлган реципиент жароҳатга ёпилади. Реципиент жароҳатга ёпилган эркин бут дермотрансплантат четларига тугунлик оралатиб узун иплар қолдирилган ҳолда чоклар қўйилади. Узун қолдирилган иплар амалиёт якунлангач қучириб ўтказилган терини пovidон йодга шимдирилган доқали ёстикчаларни қучириб ўтказилган тери юзасига (бу қучириб ўтказилган терини остидаги реципиент жароҳатга тўла ёпиштиришга ёрдам беради ва лаҳтак ости гематомасини олдини олади)узун иплар ёрдамида маҳкамланшга ишлатилади. Ташриҳ майдони четлари антисептик воситалар билан ишлов берилгач иплар тугунлар ёрдамида маҳкамланади. Жароҳат қарама қарши томонига гипс лангет қўйилади. Донор жароҳат интраоперацион баллон тўқима чўзиш ёрдамида беркитилади. Асептик боғлам.

Ташриҳдан кейинги эрта натижалар 24 беморларни барчаси (100%) чоклар олингунга қадар назорат остида бўлди. Қучириб ўтказилган эркин бут дермотрансплантат 6-8 сутка давомида гипотермия ҳолатида ушлаб турилди. Биринчи боғлам 7-9 суткада (трансплантат устидаги боғлам ҳолатига қўра) қилинди. Қузатувлар шуни қурсатдики бу гуруҳдаги беморларда жароҳатни йиринглашиши қузатилмади. 1 (4,2%) беморда қучириб ўтказилган тери қисман некрози ва 2 (8,3%) эпидермисни қисман қучиш ҳолати аниқланди. Асоратларда жароҳат соҳасига консерватив даво

ўтказилди. Тери кисман некрози ва эпидермис кучиши ҳолатларида Бор порошигидан ва пивидон-йод эритмали боғламлар қўйилди.

Олис натижаларга кўра беморларнинг 1 (4,2%) нафарида кучириб ўтказилган терининг бужмайиши ва 1 (4,2%) гиперпигментация, 2 (8,3%) донор жарохат соҳаси гипертрофик купол чандикланиши ҳолати кузатилган. Бу гуруҳдаги беморларда қайта контрактура юзага келмади.

Асосий гуруҳдаги беморларда ҳам назорат гуруҳи беморларга ҳос қайта тиклов ва пластик жаррохлик амалиётида юзага келиши мумкин бўлган қуйидаги асоратлар кузатилди.

Жаррохлик амалиётида кейинги даврда ишлаб чиқилган усулларда олиб борилган жаррохлик амалиёти натижалари таҳлил қилинади. Жаррохлик амалиёти ўтказилган 104 нафар беморларнинг 94 (90,4%) ижобий, 10 (8,6%) нафарида эса салбий натижага эришилган. Ўтказилган ташриҳларнинг энг ижобийси натижа сифатида 19 (95%) нафарида 20 бемордан интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикасини, паст ижобий курсатгич сифатида 21 (87,5%) ҳолатда тери кучириб ўтказиш пластикасини курсатиб утиш мумкин. Чандикларни бартараф этишда таклиф этилган жаррохлик амалиётларида турли усуллардан олинган натижаларни синчиклаб ўрганиб чиқиш оптимал пластикани танлаб илкони яратади, шунингдек олинган натижалар чандикнинг умумий юзасига, чуқурлигига боғлиқлигини инобатга олиш лозим.

Куйикдан кейинги оёк йирик бўғимлари соҳаларида жаррохлик амалиёти натижаларига кўра яхши натижалар кичик ва ўрта улчамлардаги чандикли деформацияларида ўтказилган пластикаларда кузатилган. Кичик ва ўрта улчамлардаги чандикларни бартараф этишда яхши бевосита натижалар 82 беморлардан 73 (89%) нафарида кузатилган. Катта улчамдаги чандикларда эса бу курсатгич факатгина 17 (77,3%) ни ташкил этган.

Жаррохлик амалиётидан кейинги эрта даврда таклиф этилган усулларда ўтказилган ташриҳ натижалари оёк йирик бўғимлар чандикли деформацияларни чуқурлигига бевосита боғлиқ. Чуруқ жойлашган чандикли

деформациялар 22 беморлардан 13 (76,5%) нафарида ижобий натижа олинган булса, юза жойлашганда бу курсатгич 93,1% ташкил этди.

Бевосита натижаларни утганиб чиқиш шуни курсатдики, ўтказилган ташрих натижаларига кўра юкори натижа интраоперацион баллон тўқима чўзиш ёрдамида пластика усулида кузатилиб 20 нафар бемордан 19 (95%) ҳолатда ижобий ва кам ҳолларда тери кучириб ўтказиш пластикасида кузатилган булиб, 87,5% (24 бемордан 21 нафарида) ташкил килди.

Асосий гуруҳдаги 104 нафар беморларнинг барчаларида ташрихдан кейинги олис натижалари 6-12 ой муддатда ўрганилди. Олис натижаларни асоратлари 10%дан 12,5%гачани ташкил этганидан қуриш мумкин. Яхши ва қониқарли натижалар 87,5%дан 90%гачани ташкил этган. Энг яхши натижа сифатида қандиқли деформацияларни қичик ва ўрта улчамлардаги интраоперацион баллон тўқима чўзиш пластикасига тугри келган булса, ёмон курсатгич катта ва қуруқ қандиқли деформация ва контрактураларда тери кучириб ўтказиш пластикаси улушига тугри келди. Олинган натижаларнинг ҳам функционал, ҳам косметик жиҳатларини яхши, қониқарли, қониқарсиз деб баҳоланди.

Интраоперацион баллон тўқима пластикаси яқин ва олис натижаларга кўра энг юкори натижадаги жаррохлик амалиёти ҳисобланиб 20 ҳолатдан 90% натижага эришилган. Аксарят жаррохлик амалиётларига таклиф этилаётган усулни тадбиқ этилиши асосий гуруҳ қасалларнинг умумий курсатгичга ижобий натижа қурсатган. Яхши ва қониқарли натижаларни 88,5% гача қутарилишига олиб келган.

Юкоридагилардан қуриниб турибтики таклиф этилаётган жаррохлик амалиётлари қандиқни улчамига, жойлашган жойига, остидаги тўқималарга ёпишганлигига, қайси даражада ҳаракатги чеклаганлигига қараб танланади. Жаррохлик амалиётининг таклиф этилаётган усуллари қандиқларни хусусиятларига боғлиқ булиб, бунда улчами, қон билан таъминланиши ва атрофида тўқималарни ҳолатига қараб натижаларнинг ижобий сонини оширади.

Шунда йкилиб, оёк йирик бўғимлар куйикдан кейинги чандиқли деформациялар ва контрактуралари бартараф этишда кулланилган янги ва такомиллаштирилган усуллар интраоперацион баллон тўқималар чўзиш пластикаси, такомиллаштирилган Лимберг бўйича Z-пластика, лахтакли пластикада лахтакни интраоперацион баллон тўқима чўзиш орқали узайтиришда, тери кучириб ўтказиш пластикасида эса донор жароҳатни интраоперацион баллон тўқималар чўзиш орқали беркитишда бир қатор афзалликлари аниқланди. Бу натижалар амалиётдан кейинги даврда эрта ва олис натижаларга бевосита ижобий таъсирини ўтказди. Бундан ташқари иккиламчи профилактика мақсадида чандиқларни нафис ва кўзга ташланмайдиган ҳолатга олиб келиш учун консерватив даво амалиётлари (олтингугурт ёки радон эритмали ванналар ёки примочкалар, ультразвук+ контрактубекс ёки дерматикс билан, магнитотерапия, сурдирувчи дори воситалар ва малҳамлар) бажарилди.

Натижалар шуни кўрсатдики, интраоперацион баллон тўқима чўзишда 90% ҳолатларда яхши ва коникарли натижалар олинди. Таклиф этилган Лимберг бўйича Z –пластикада лахтак учи некрози кузатилмади ва 88,9% ҳолатда ижобий натижага эришилди.

Лахтакли пластикада кўп ҳолатларда лахтакнинг деффектни тўлик қамраб олмаслиги сабабли ташрихдан кейинги даврда ишемия ҳолати кузатилиши, бу эса яқин (чокни очилиб кетиши) ва олис (чандиқни кенгайиб кетиши ва иккиламчи контрактурага сабаб бўлиши) натижаларни яхшилаш мақсадида биологик тайёргарлик сифатида ва тўқимани чўзилиш хусусиятини инобатга олган ҳолда интраоперацион балон тўқима чўзиш амалиётини тадбиқ қилиниши, яқин ва олис натижани 88,1% гача олиб келди.

Катта ўлчамдаги ва чуқур жойлашган 3-4-даражали бўғим контрактурасига олиб келган чандиқли деформацияларда эркин бут тери орқали пластика амалиёти олис натижаларда тери рангини ўзгариши ва иккиламчи бужмайиши каби асоратларни, бундан ташқари донор жароҳатни ёпишда бир қатор техник қийинчиликларни бартараф этиш мақсадида

интраоперацион балон тўқима чўзиш усулини куллаш деформациясиз чокларни осон қўйилиши олис натижаларда чандикни қўполлашиши ва кенгайиши каби асоратларни камайтириб 87,5% холатларда ижобий натижаларга эришилди.

Кейинги булимда анъанавий ва таклиф этилган жаррохлик усуллари синчковлик билан қиёсий тахлили ўтказилади.

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Алексеев А.А., Кудзоев О.А., Сарыгин П.В. Рациональная пластическая хирургия локальных глубоких ожогов и отморожений. // Международный медицинский форум «Человек и травма»/ Актуальные проблемы травматологии и ортопедии. Н. Новгород, 2001. – С. 69-70.
2. Алексеев А.А., Кудзоев О.А., Тютюма П.Н., Клименто М.В., Скуба Н.Д., Гришшина И.А., Агафонов В.А., Хирургическая обработка гранулирующих ран у обожженных. Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков. М., 2000, с.131-132
3. Али-Заде С.Г., Василенко А.С., Раннее хирургическое лечение ограниченных глубоких ожогов конечностей, Актуальные проблемы термической травмы: Материалы международной конференции, Санкт-Петербург, 2002, с. 238-134
4. Альтшуллер Е.М., Запольнов Г.П. с соавт. Лечение глубоких ожогов крупных суставов // Мат. Междунар. Конгресса “Комбустиология на рубеже веков. – М., 2000. – С.132-133.
5. Атясов Н.И., Перетягин С.П., Система активного хирургического лечения тяжелообожженных - новая эра в комбустиологии. Материалы научной конференции: Актуальные проблемы травматологии и ортопедии./ Часть II, Термическая травма, 2001, с.6-8

6. Баиндурашвили А. Г. Раннее хирургическое лечение глубоких ожогов у детей: Автореф. дис... д.м.н. - С. Петербург. 2000. 36 с.
7. Баиндурашвили А.Г., Афоничев К.А. и др. Электроожоги у детей //Междунар. Конгресс “Комбустиология на рубеже веков” /Матер. Конгресса., Москва, 9-12 октября 2000 г. – М., 2000. – С. 135-136.
8. Баиндурашвили А.Г., Цветаев Е.В., Афоничев К.А., Проблемы в хирургическом лечении ожогов IIIА степени у детей, Актуальные проблемы термической травмы, Матералы международной конференции, Санкт-Петербург, 2002, с. 320-321.
9. Богданов С.Б. Раннее хирургическое лечение ожогов стоп: Дисс. ... канд. мед. наук. - Краснодар, 2006. - 140 с.:
10. Богосьян Р.А. Хирургическое лечение рубцовых деформаций глазничной области после ожогов: Дисс. ... канд. мед. наук. - Нижний Новгород, 2003. – 152 с.
11. Ваганова Н.А., Использование экспандеров при хирургическом лечении дефектов мягких тканей волосистой части головы с обнажением костей черепа, Международный конгресс "Комбустиология на рубеже веков", М.2000, с.188-189
12. Воловик М.Г., Короткова Н.Л. Применение тепловидения для оценки кровоснабжения послеожоговых рубцов лица // Тр. X Междунар. конф. «Прикладная оптика-2012». – Спб., 2012. – Т.3. – С.136-140
13. Воробьев А.В., Дмитриев Г.И., Короткова Н.Л., Охотина Л.А. Оперативное лечение деформаций лица и шеи после ожога // Анналы пластич., реконстр. и эстетич. хирургии. – 2008. – Прил. – С.42-43.
14. Гайдар Б. В. Атлас боевых ожогов. СПб., 2005, 369 с.
15. Герасимова Л.И., Назаренко Г.И. Термические и радиационные ожоги. Руководство для врачей. Изд. 2-е. М., 2005, 384 с.
16. Гиматдинов Р.И., Зинатуллин Р.М., Хунафин С.Н. Тактика лечения глубоких ожогов нижних конечностей // Нижегородский медицинский журнал. – 2004. Прил. Комбустиология. – С. 147.

17. Григорьева Т.Г., Цогоев А.Д., Современная превентивная и восстановительная хирургическая реабилитация обожженных, Материалы XIX съезда хирургов Украины, Харьков, 2000, с. 312-313
18. Гусак В.К., Фисталь Э.Я., Баринев Э.Ф., Штутин А.А. Термические субфасциальные поражения. Донецк, 2000. – 191 с.
19. Дмитриев Г.И., Арефьев И.Ю., Короткова Н.Л. и др. Совершенствование комплексной реабилитации больных с последствиями ожогов // Мед. альманах. – 2010. – №2 (11). – С.225-228.
20. Дмитриев Г.И., Короткова Н.Л., Арефьев И.Ю. Реконструктивная хирургия в системе реабилитации обожженных // Мат. 3-го Междунар. конгр. «Восстановительная медицина и реабилитация 2006». – М., 2006. – С.50-52.
21. Казарьян С.М. Организационно-методические особенности раннего хирургического лечения ограниченных глубоких ожогов в условиях чрезвычайных ситуаций: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Санкт-Петербург, 2009. - 18 с.
22. Квачахия Л.Л. Лечение глубоких ожогов с использованием препарата "Риботан" в сочетании с активной хирургической тактикой (экспериментальное исследование): Дисс. канд. мед. наук.-Курск,2009.- 106 с.
23. Кикория Н.Г. Обоснование выбора метода оперативного лечения ожогов у пострадавших пожилого и старческого возраста : диссертация ... кандидата медицинских наук. - Санкт-Петербург, 2005. - 160 с.
24. Козинец Г.П., Осадчая О.И., Тацюк С.В., Козинец К.Г. Клинико-лабораторное обоснование эффективности последовательного применения препаратов диоксизоль, офлокаин, мирамистин, метилурацил и пантестин для местного лечения ожоговых ран // Харьковская хирург. школа. - 2002. - № 4(5). - С. 83–87.
25. Короткова Н.Л., Арефьев И.Ю. Реконструктивные операции при послеожоговых сочетанных деформациях лица и кисти // Скорая мед.помощь. – 2006. - Т.7, №3. – С.234-235.

26. Короткова Н.Л., Дмитриев Г.И. Оперативное лечение последствий ожогов ротовой области // Нижегород. мед. журн. – 2008. – №2, вып. 2. – С.257-260.
27. Короткова Н.Л., Иванов С.Ю. Хирургическая тактика лечения больных с последствиями ожогов лица // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2012. – №4. – С.10-17.
28. Кошельков Я.Я., Дорофеев В.М. и др. Активная хир. тактика при лечении электроожогов //Междунар. Конгресс “Комбустиология на рубеже веков” /Матер. Конгресса.,Москва, 9-12 октября 2000г.– М., 2000.–С.142-143.
29. Крылов К. М. Хирургическое лечение глубоких ожогов: Автореф. дис... д-ра мед. наук. С. Петербург – 2000.
30. Кудзоев О. А. Реконструктивно-восстановительные операции при локальных глубоких ожогах. // Комбустиология. 2004. № 3.
31. Кўранов А.А. Разработка и экспериментально-клиническое обоснование применения пенополиуретановой повязки "Сарэл" в хирургии: Дисс. ... докт. мед. наук.- Нижний Новгород, 2005. - 231 с.
32. Лыков А.В. Совершенствование подготовки к аутодермопластике больных с критическими ожогами: Дисс. канд. мед. наук. Уфа, 2007. – 110 с.
33. Матвеев А.В., Тарасенко М.Ю., Адамкин А.Л., Петрачков С.А. Ожоговый шок. Учебное пособие. СПб., 2008, 30 с.
34. Митрофанов Н.В., Короткова Н.Л., Меньшенина Е.Г. Развитие медицинских технологий в реконструктивной хирургии последствий ожогов // Вопросы травматологии и ортопедии. – 2011. – №2 (3). – С.150-151.
35. Пахомов С.П., Пахомов А. С. Всегда ли нужна некрэктомия костей, обнаженных после травмы // Избранные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии. 2000. – С. 147 – 155.
36. Петрачков С.А. Лечебно-эвакуационная характеристика тяжело и крайне тяжелообожженных: Дис... канд. мед. наук: 14.00.27. СПб., 2005. - 188 с.
37. Повстяной Н.Е., Коваленко О.Н., Структура, характер, достоинство и недостатки видов кожных пластик при ожогах. Материалы XIX съезда хирургов Украины, Харьков, 2000, с.342-343

38. Полякова А.Г., Короткова Н.Л., Малышева И.Е. Контроль резервов адаптации в процессе реконструктивно-восстановительного лечения больных с последствиями ожогов // Медицинский альманах. – 2012. - №5 (24). – С.184-189.
39. Рыбдылов Д.Д., Хитрихеев В.Е. Хирургическая тактика лечения глубоких ожогов передней поверхности голени // Вестник Бурятского государственного университета. – 2011. - №2. – С. 64-66.
40. Савчин В.С. Опыт раннего хирургического лечения глубоких ожогов лица // Актуальные проблемы термической травмы: Матер. междунар. конф., посвящ. 70-летию НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе и 55-летию Ожогового центра. - СПб., 2002. - С.293–295.
41. Сарыгин П.В., Короткова Н.Л. Разработка унифицированного подхода к хирургическому лечению рубцовых поражений нижней трети лица после ожогов // Анналы хирургии. – 2012. – №6. – С.10-15.
42. Смирнов С.В., Потапов В.И., Бук Т.Н. Медицинские последствия пожаров в г. Москве // В кн. «Избранные труды по комбустиологии». Под ред. Островского Н.В., Саратов, 2009, С. 19–24.
43. Смольников В.В. Пути оптимизации госпитальной медицинской помощи при критических ожогах: Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.22. Уфа, 2005. - 16 с.
44. Соболева И.В. Обоснование тактики лечения детей с послеожоговыми рубцами кожи: Дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2007. - 190 с.
45. Солошенко В.В., Носенко В.М. Хирургическое лечение обширных дермальных ожогов у пострадавших в результате шахтных аварий // Медико-социальные проблемы семьи. – 2014. – Т. 19, №1. – С. 88-91.
46. Степанович В.В. Клинико-патогенетическое обоснование неотложных некрэктомий у детей грудного и раннего возраста с глубокими ожогами кожи: Дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2004. - 132 с.
47. Тимченко Е.К. Оптимизация технологии хирургического лечения глубоких ожогов лица и шеи // Международный медицинский журнал. – 2003. - №4. – С. 72-78.

48. Тимченко Е.К. Современные принципы консервативного лечения поверхностных ожогов лица и шеи // Укр. медицинский альманах. - 2002. - Т. 5, №2. - С. 114-116.
49. Туманов В.П. Современные клеточные технологии в хирургии // Эстетическая медицина. – 2003. – Т. 2, №1. – С. 75–80.
50. Тычинкина А. К. Кожно-пластические операции. – М.: Медицина, 1972. – 152 с.
51. Тюрников Ю.И. Современные аспекты оказания лечебно-диагностической помощи при термической травме. Обзор // Пластическая хирургия и косметология. – 2012. - №2. – С. 257-266.
52. Ужевко Ю.С. Дифференцированная тактика хирургического лечения детей с ожогами на основании диагностики нарушений микрогемодикуляции в пораженных тканях: Дисс. ... канд. мед. наук.- Москва, 2006.- 108 с.
53. Фисталь Н.Н., Солошенко В.В. Методы оценки эффективности декомпрессивных операций //Международ. Конгресс “Комбустиология на рубеже веков” /Матер. Конгресса., Москва, 9-12 октября 2000 г. – М., 2000. – С. 155-156.
54. Фисталь Э.Я., Олейник В.В., Солошенко В.В. Особливості клініки та етапного лікування потерпілих від вибуху метану у вугільних шахтах Донбасу // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». - 2006. - № 27. - С. 89–92.
55. Фисталь Э.Я., Самойленко Г.Е., Солошенко В.В. Раннее хирургическое лечение пострадавших с субфасциальными электроожогами конечностей //Международ. Конгресс “Комбустиология на рубеже веков” /Матер. Конгресса., Москва, 9-12 октября 2000 г. – М., 2000. – С. 154-155.
56. Холубкевич Ю.П. Повышение эффективности комплексного лечения у больных с глубокими ожогами на основе математического моделирования: Дисс. ... канд. мед. наук. - Воронеж, 2009.- 103 с.

57. Христо С.А. Превентивная хирургия при глубоких ожогах у детей //Междунар. Конгресс “Комбустриология на рубеже веков” /Матер. Конгресса., Москва, 9-12 октября 2000 г. – М., 2000. – С. 156-157.
58. Худяков В.В. Хирургическая обработка гранулирующих ожоговых ран: Дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2005.
59. Челах А.Г. Оптимизация местного лечения термических ожогов в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов: Дисс. ... канд. мед. наук. - Ростов-на-Дону, 2004.- 125 с.
60. Шаповал О.В., Исаев Ю.І., Григор’єва Т.Г. с соавт. Система комплексного лікування опікової хвороби з метою профілактики ранових ускладнень при хірургічному відновленні шкірного покриву // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». - 2006. - Вип. 27. - С. 73–79.
61. Шингаров Э.А.. Клинико-лабораторная характеристика поражения почек у детей, перенесших ожоговую болезнь: Дисс. ... канд. мед. наук. - Москва, 2009. - 135 с.
62. Ялалова Г.И. Пути улучшения результатов реабилитации больных, перенесших ожоговую травму: Автореф. дисс. канд мед. наук. Уфа, 2007.–24 с.
63. Amouzou K.S., El Harti A., Kouevi-Koko T.E. et al. Treatment of an acute deep hand burn in a low-income country with no available microsurgery: a case report // Ann. Burns Fire Disasters. – 2016. - Vol. 29, N3. - P. 228-230.
64. Arai T. Burns // Nihon Rinsho. – 2016. – Vol. 74, N2. – P. 231-235.
65. Austin R.E., Shahrokhi S., Bolourani S., Jeschke M.G. Peripherally inserted central venous catheter safety in burn care: a single-center retrospective cohort review // J Burn Care Res. – 2015. – Vol. 36, N1. – P. 111-117.
66. Burmeister D.M., Cerna C., Becerra S.C. et al. Noninvasive Techniques for the Determination of Burn Severity in Real Time // J. Burn Care Res. – 2017. – Vol. 38, N1. – P. e180-e191.
67. Burmeister D.M., Cerna C., Becerra S.C. et al. Noninvasive Techniques for the Determination of Burn Severity in Real Time // J Burn Care Res. – 2017. – Vol. 38, N1. – P. e180-e191.

68. Chen X.L., Xia Z.F., Wei H.F. et al. Escharectomy and allografting during shock stage reduces insulin resistance induced by major burn // J. Burn Care Res. - 2011. - Vol. 32, № 3. - P. 59–66.
69. Chiummariello S., Del Torto G., Maffia R. et al. Deep burn of hand and forearm treated by abdominal wall flap. A case report // Ann Ital Chir. – 2015. – Vol. 86.
70. Cole JK, Engrav LH, Heimbach DM, Gibran NS, Costa BA, Nakamura DY, Moore ML, Early excision and grafting of face and neck burns in patients over 20 ears. Plast Reconstr Surg 2002 Apr 1;109(4):1266-73
71. Cordts T., Horter J., Vogelpohl J. et al. Enzymatic debridement for the treatment of severely burned upper extremities - early single center experiences // BMC Dermatol. – 2016. – Vol. 16, N1. – P. 8.
72. Cui Z., Yang X., Shou J., Wang G. Effectiveness of scar split thickness skin graft combined with acellular allogeneic dermis in treatment of large deep II degree burn scar // Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. – 2014. – Vol. 28, N12. – P. 1502-1504.
73. Daigeler A., Kapalschinski N., Lehnhardt M. Therapy of burns // Chirurg. – 2015. – Vol. 86, N4. – P. 389-401.
74. Domergue S., Jorgensen C., Noël D. Advances in Research in Animal Models of Burn-Related Hypertrophic Scarring // J Burn Care Res. – 2015. – Vol. 36, N5. – P. e259-e266.
75. Elmasry M., Steinvall I., Thorfinn J. et al. Staged excisions of moderate-sized burns compared with total excision with immediate autograft: an evaluation of two strategies // Int. J Burns Trauma. - 2017. - Vol. 7, N1. - P. 6-11.
76. Fistal E.Y., Speranskiy I.I., Soloshenko V.V. et al. Analysis of treatment of the injured with moderate and severe burns // Chirurgia Plastyczna I Oparzenia. — 2013. — Vol. 1, № 2. — P. 56–58.
77. Friel M.T., Duquette S.P., Ranganath B. et al. The Use of Glabrous Skins Grafts in the Treatment of Pediatric Palmar Hand Burns // Ann Plast Surg. – 2015. – Vol. 75, N2. – P. 153-157.

78. Gao F.Y., Xi Y.F., Zheng M.X., Qiao F. Prevalence of deep venous thrombosis in burn patients and its influencing factors // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2016. – Vol. 32, N3. – P. 176-180.
79. Grishkevich V.M., Grishkevich M., Menzul V. Postburn neck anterior contracture treatment in children with scar-fascial local trapezoid flaps: a new approach // *J. Burn Care Res.* – 2015. – Vol. 36, N3. – P. e112-e119.
80. Hayes DW Jr, Webb GE, Mandracchia VJ, John KJ. Full-thickness burn of the foot: successful treatment with Apligraf. A case report. *Clin Podiatr Med Surg* 2001 Jan;18(1):179-188
81. Imran F.H., Karim R., Maat N.H. Managing burn wounds with SMARTPORE Technology polyurethane foam: two case reports // *J. Med. Case Rep.* – 2016. – Vol. 10, N1. – P. 120.
82. Israel J.S., Greenhalgh D.G., Gibson A.L. Variations in Burn Excision and Grafting: A Survey of the American Burn Association // *J Burn Care Res.* – 2017. – Vol. 38, N1. - P. e125-e132.
83. Kovalenko O.M. Metabolic intoxication in thermic trauma // *Klin Khir.* – 2015. - №5. – P. 77-80.
84. Krieger Y., Shoham Y., Bogdanov-Berezovsky A. et al. Review of 30 ears of research and development of an enzymatic debridement agent for burns // *Harefuah.* – 2016. – Vol. 155, N5. – P. 281-285.
85. Li H., Zhang J., Chen J. et al. Integration of burn treatment and rehabilitation for a child with extremely severe burn // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2015. – Vol. 31, N2. – P. 130-134.
86. Liu Y. Lay further emphasis on the cosmetic repair of deep burn wounds in extraordinary regions or caused by uncommon agents // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2014. – Vol. 30, N5. – P. 389-391.
87. Liu Y., Zhang Y., Huang Y. et al. Clinical application of artificial dermis combined with basic fibroblast growth factor in the treatment of cicatrix and deep skin wounds // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2016. – Vol. 32, N4. – P. 198-203.

88. Logsetty S, Heimbach DM., Modern techniques for wound coverage of the thermally injured upper extremity. *Hand Clin.* 2000 May;16 (2):205-14. Review
89. Mirastschijski U., Sander J.T., Zier U. et al. The cost of post-burn scarring // *Ann Burns Fire Disasters.* – 2015. – Vol. 28, N3. - P. 215-222.
90. Nam S.Y., Chung E., Suggs L.J., Emelianov S.Y. Combined ultrasound and photoacoustic imaging to noninvasively assess burn injury and selectively monitor a regenerative tissue-engineered construct // *Tissue Eng. Part C. Methods.* – 2015. – Vol. 21, N6. – P. 557-566.
91. Prindeze N.J., Fathi P., Mino M.J. et al. Examination of the Early Diagnostic Applicability of Active Dynamic Thermography for Burn Wound Depth Assessment and Concept Analysis // *J Burn Care Res.* – 2015. – Vol. 36, N6. - P. 626-635.
92. Sheckter C., Chattopadhyay A., Paro J., Karanas Y. Burns resulting from spontaneous combustion of electronic cigarettes: a case series // *Burns Trauma.* - 2016. - Vol. 4.- P. 35.
93. Sheridan R.L., Burn Rehabilitation. *eMedicine Journal*, August 3 2001, Volume 2, Number 8
94. Sobec R.L., Dobreanu C.N., Magdas C.N. et al. Improved experimental burn model on rabbits // *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi.* – 2014. – Vol. 118, N4. – P. 1047-1053.
95. Still JM, Law EJ, Klavuhn KG, Island TC, Holtz JZ. Diagnosis of burn depth using laser-induced indocyanine green fluorescence: a preliminary clinical trial // *Burns* 2001 Jun;27(4):364-371
96. Tang W., Li X., Deng Z. et al. Effects of unified surgical scheme for wounds on the treatment outcome of patients with extensive deep burn // *Zhonghua Shao Shang Za Zhi.* – 2015. – Vol. 31, N4. – P. 254-258.
97. Tong E, Dorairaj J, O'Sullivan JB, Kneafsey B. Deep Full Thickness Burn to a Finger from a Topical Wart Treatment // *Ir. Med. J.* – 2015. – Vol. 108, N9. – P. 283-284.

98. Tredget EE Management of the acutely burned upper extremity // Hand Clin. – 2000. – Vol. 16, N2. – P. 187-203.
99. Valencia IC, Falabella AF, Eaglstein WH. Skin grafting // Dermatol. Clin. – 2000. – Vol. 18, N 3. – P. 521-532.
100. Yoshino Y., Ohtsuka M., Kawaguchi M. et al. The wound/burn guidelines - 6: Guidelines for the management of burns // J. Dermatol. – 2016. – Vol. 43, N9. – P. 989-1010.
101. Zhang C., Chen Y., Fu X. Sweat gland regeneration after burn injury: is stem cell therapy a new hope? // Cytotherapy. – 2015. – Vol. 17, N5. – P. 526-535.
102. Zhang M., Cui X., Zeng J. et al. Repair of large and deep skin and soft tissue defects around the knee joints with free latissimus dorsi musculocutaneous flaps // Zhonghua Shao Shang Za Zhi. – 2015. – Vol. 31, N5. – P. 337-339.
103. Zhu Haitao, Cao Y., Wan L., Jiang J. Repair of deep wound on thumb using island flap from dorsoulnar side of thumb // Zhonghua Shao Shang Za Zhi. – 2014. – Vol. 30, N5. – P. 405-407.

ҚИСҚАРТМАЛАР

ИБТЧ	- интраоперацион баллон тўқима чўзиш
см ²	- сантиметр квадрат
Сп	- шифокорга бир ташрифнинг ўртача нархи
Р1, Р 2	- мос равишда касалликнинг битта тугалланган ҳолатини даволашда тиббий ташрифлар ўртача сони
ЧД	- чандикли деформасия
ТСП О2	- тўқимани кислородга боълган ехтиёжи
Z-пластика	- Лимберг буйича лахтакли пластика
мм.сим.уст.	- миллиметр симоб устуни
С ⁰	- градус селций
χ ²	- Пирсон бўйича хи-квадрат
Эс	- ижтимоий суғўрта фондларида жамғармалар;
Б	- вақтинсчалик ногиронлик учун ўртача кунлик нафақа

- Эп - поликлиникада ўзига хос тежаш
- Эй - ўртача йиллик жамғарма;
- Сз - янги даволасх усули билан та'минланган касалликнинг
ўртача йиллик сони