

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Травматология ва ортопедия

Шавкат Нематуллаевич РАВШАНОВ

Мафтун Мухитдинович ЭРГАШОВ

Бехзод Исомиддинович ИБОДОВ

Кирил Павлович ТОЛОЧКО

Азиз Набижонович ДЕХҚОНОВ

Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия
Илмий-Амалий Тиббиёт Маркази. Ўзбекистон.

ҚАЙИҚСИМОН СУЯГИНИНГ СИНИШИНИ ДАВОЛАШ ВА УНИНГ НАТИЖАЛАРИ (Адабиётлар таҳлили)

For citation: Sh.N. Rovshanov, M.M. Ergashov, B.I. Ibodov, K.P. Tolochko, A.N. Dexqonov
TREATMENT OF FRACTURE OF THE SCAPHOID BONE AND ITS CONSEQUENCES Journal
of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 2, pp. 176-183

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-2-28>

АННОТАЦИЯ

Қайиқсимон суякнинг синиқлари бўлган 78 та беморга турли хил даволаш усуллари, диагностика ва адабиётлар таҳлилини ўз ичига олади. 2019-2021 даврида Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия Илмий-Амалий Тиббиёт Марказининг "Қўл ва оёқ панжаси хирургияси"да даволанган беморлар диагностик ва даволаш натижаларини баҳолаш. Ташхис қўйиш жараёнида 14 та беморда 2019-2021 йиллар давомида беморларда, замонавий клиник текшириш усуллари, эрта диагностика қилиш ва бирламчи тиббий даволаш ва шубҳали ҳолларда эса МСКТ ва МРТ текширувлари диагностикага аниқлик киритди.

Калит сўзлар: қайиқсимон суяк, қафт орқа суяклари, МСКТ, МРТ, диагностика, рентгенограмма, иммобилизация.

Shavkat Nematullayevich ROVSHANOV

Maftun Mukhitdinovich ERGASHOV.

Bexzod Isomiddinovich IBODOV

Kiril Pavlovich TOLOCHKO

Aziz Nabijonovich DEXQONOV

Republican Specialized Scientific and Practical-Medical
Center of Traumatology and Orthopedics. Uzbekistan.

TREATMENT OF FRACTURE OF THE SCAPHOID BONE AND ITS CONSEQUENCES.

(Literature analysis)**ANNOTATION**

The materials of rendering aid to 78 patients with fractures of the scaphoid bone in different periods after the injury were analyzed. The patients underwent treatment in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics in the department "Hand and foot surgery" 2019-2021. In the process of diagnosis, 14 patients were diagnosed between the years 2019-2021, with modern methods of clinical examination, early diagnostic weight loss and primary medical treatment, and in suspected cases, CSCT and MRT examinations have clarified the diagnosis.

Key words: scaphoid bone, wrist, diagnostics, radiography, immobilization, computerized tomography, MRI.

Шавкат Нематуллаевич РАВШАНОВ

Мафтун Мухитдинович ЭРГАШОВ

Бехзод Исомиддинович ИБODOV

Кирил Павлович ТОЛОЧКО

Азиз Набижоновиц ДЕХҚОНОВ

Республиканский Специализированный Научно-Практический
Медицинский Центр Травматологии и Ортопедии. Узбекистан.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМА ЛАДЬЕВИДНАЯ КОСТИ И ЕГО ПОСЛЕДСТВИЙ.**(Анализ литературы)****АННОТАЦИЯ**

Проанализированы материалы оказания помощи 78 больным с переломами ладьевидной кости в различные сроки после травмы. Пациенты проходили лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии в отделении "Хирургия кисти и стопы" 2019-2021 годов. В процессе диагностики 14 пациентам был поставлен диагноз в период с 2019 по 2021 год с использованием современных методов клинического обследования, ранней диагностики и первичной медицинской помощи, а в подозрительных случаях МСКТ и МРТ-исследования уточнили диагноз.

Ключевые слова: ладьевидная кость, запястье, диагностика, МСКТ, МРТ, рентгенограмма, иммобилизация.

Инсон ҳаётидаги қўл-бармоқларнинг қийматини баҳолаб бўлмайдиган ва уларнинг ҳар бири алоҳида аҳамиятга эга. Қўл-бармоқлар нафақат меҳнат учун, балки одамни эволюцияси йўлида ривожлантирадиган ижодий органдир. Билак-кафт бўғимларини ўрганиш XVI-XVII асрларда билак суяқларининг тавсифи ва белгиланиши билан бошланган (Весалиус, Лизер, Монро, Винслав, Албинус ва бошқалар) ва ҳозирги кунга қадар давом этиб келмоқда. Аммо фақат 19-асрнинг иккинчи ярмида билак бўғимининг анатомик, топографик, анатомик ва турли хил клиник мақсадлар учун зарур бўлган маълумотлар чуқур ўрганила бошланди. 1895 йилда кашф этилган рентген нурлари тиббиётнинг кўплаб соҳаларида жуда улкан ривожланишлар, янгиликлар яратди, айниқса билак-кафт бўғими ва кафт орқа суяқларини - уларнинг нормаси ва патологиясини ўрганиш учун самарали бўлди. Йигирманчи асрнинг биринчи чорагида билак-кафт суяқларининг бирлашишларида кўплаб жиддий клиник муаммолар юзага келди. Бу эса кафт орқа суяқларни урганишга жуда катта қизиқишни ортишга, натижада кафт орқа суяқларнинг касалликларини очишга туртки бўлди. Янги нозологиялар пайдо бўлди: "Яримойсимон суяк остеохондропатияси" (Кинбек касаллиги) [Kienbok R., 1910]. Қайиқсимон суякнинг асептик некрози (Прайсер касаллиги) [Preiser G., 1910][1].

Буннелл С илмий тадқиқотлари травматология ва ортопедияда махсус соҳа сифатида қўл хирургияси шаклланди ва 20-асрнинг 40-йилларида билак-кафт суяқларини чуқур ўрганишга янги туртки берди. 1958 йилда пайдо бўлган ва кейинчалик қайта-қайта янгиланган

Париж халқаро анатомик номенклатураси – (ПХАН) 1970 йилда тез ривожланаётган қўл жарроҳлиги соҳаси етарлича ўзини оқлай оламади. Кўп вақт ўтмай Халқаро жарроҳлик жамиятлари федерацияси "Қўл жарроҳлиги терминологиясини" ("Terminology for hand surgery") таклиф қилинди[1].

Вақт ўтиб, Халқаро қўл жарроҳлик жамиятлари федерациясининг XX Конгресси (1983) қўл-бармоқ операциялари учун атамалар қўлланмасини қабул қилди, ва бунда клиник ҳолатлар ва даволаш усуллари ва номлари киритилди. Ўн тўққизинчи асрда охирида "билак бўғими" нима? деган савол юзага келди (Н.И. Пирогов, П.Ф. Лесгафт ва бошқалар), кейинчалик бу "Билак-кафт бўғими" га ўзгартирилди (Б. М. Брауде) [1,3,8] .

Ҳозирги кундаги замонавий қарашларга кўра, билак-кафт бўғими билакни қўл-бармоқ билан боғлайдиган ва бир нечта бўғимлардан ташкил топган "кўприк" вазифасини бажарувчи махсус бўғимлар йиғилмаси сифатида қаралади. Қўл-бармоқларнинг инсон ҳаётидаги юқори функционал аҳамияти унинг амалий жиҳатдан жуда муҳим орган болганини кўрсатади.

Кафт орқа суякларидан биттаси энг кўп травмаланувчи ва нисбаттан даволаш мураккаблиги жиҳатдан ажралиб турувчи қайиқсимон суяк тўғрисида батафсил тўхталиб ўтамиз. Қайиқсимон суякнинг билак функциясида муҳим рол ўйнаши маълум. Шунинг сабабли, скафоиднинг патологик анормалликлари жиддий окибатларга олиб келиши мумкин. Унинг синиши асосан ёши катталарда учрайди ва барча синишларнинг 2-7 фоизини ташкил қилади. Барча кафт усти суяк синиқларининг 82-89 фоизи қайиқсимон синганларга тегишлидир. Ғарбий мамлакатларда бу ҳар 10000 аҳолидан бештасида синиш бор деганидир. Аммо кўпинча қайиқсимон суяк синишларида мавжуд бўлган диагностик қийинчиликлар туфайли аниқ ташхис қўйиш қийинлиги ва бунинг натижасида юзага келган асоратларни даволаш турли хил қийинчиликларни юзага келтирмоқда[19] (Расм №1).



Расм № 1. Қайиқсимон суяги синган қисмига мувофиқ учраш частотаси.

Юқоридагилардан келиб чиққан ҳолда, ноаниқ даволаш усули ва сўнгги ўн йилликдаги улкан тадқиқотлар натижасида 3200 дан ортиқ турли хил илмий мақолалар ушбу соҳада улкан ютуқлар сабабчиси бўлди, қайиқсимон суяк устида олиб борилган тадқиқотчилар учун энг кизиқарли билак-кафт суякларидан бири бўлиб қолмоқда[19].

Қайиқсимон суякнинг ўзига хос қон таъминоти бўлганлиги, синган суякнинг битиш жараёнида қийинчиликларни келтириб чиқаради. Қайиқсимон суяк синиши рентгенографияда ёриқлардек кўринади, баъзида рентгенда бу куринмайди. Бу ҳолатда қайиқсимон суяк синиқларида диагностика қилиш муҳим аҳамиятга эга бўлади. Шу сабабли қайиқсимон суяк синганида диагносика жуда муҳим аҳамиятга эга нарса бу - беморларни рентгенографиядан ташқари магнит-резонанс томография ва компьютер томография қилиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади ва энг тўғри усул ҳисобланади. Чунки эрта ташхислаш ва даволаниш яхши натижага эга бўлишига олиб келади. Қайиқсимон суяк синиқларида консерватив ва оператив даволаш мумкин бўлади. Агар синган соха проксимал соҳада бўлса ёмонроқ окибатларга олиб келади яни битмаслиги, сохта бўғим ҳосил бўлиши, ацептик некроз бўлиш кабилардир. Диагностикада синиш аниқлангудек бўлса синган суяк бўлақларини очик ёки ёпиқ усулда репозиция ва суяк бўлақларини фиксация қилиш шарт бўлади. Қайиқсимон суяк синиш частотаси, умумий травмаларнинг 5 дан 15% гача бўлган қисмини ташкил қилади . Бундай

ҳолатларда бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш мақсадида оператив даволанишлари керак бўлади.

Анатомик тузилиши:

Қайиқсимон суякнинг синиши биринчи марта 1905 йилда француз жарроҳи, анатомист ва рентгенолог Дестот томонидан кашф қилинди бунга кўра “Scaphoid” сўзи юнонча қайиқ (Scapho) сўзидан олинган. Қайиқсимон суяк мураккаб тузилиши туфайли, атрофдаги барча бешта суяк (дистал томондан os radius, os capitatum, os lunatum, os trapezoideum ва os trapezium) билан бирлашган[10].

Қайиқсимон суякнинг 80 фоизи тоғайдан ташкил топган бўлиб, қон билан тамонловчи хусусий артерияларга эга. Асосий қон таъминоти билан артериясининг а. retrograd тармоғи орқали амалга оширилади. Билан артериясининг дорсал соҳаси foramen nutricium орқали кирган томир умумий қон билан таминланишининг 75 фоизини ўз ичига олади. Билан артериясининг palmar тармоғи дистал туберсулум орқали қайиқсимон суякка кириб тармоқланади. Қайиқсимон суякнинг проксимал қисмидан фарқли равишда, дистал қисми ва туберкулум қисмлари мустақил томирлар қон томирларга эга. Қайиқсимон суякнинг проксимал қисми, дистал қисми орқали қон билан таминланади. Қайиқсимон суякнинг проксимал қисми синган бўлса, бу суякда қон таъминоти узилади, бу еса проксимал томонни битиш жараёнини анча қийинлаштиради[10].

Даволаш: Қайиқсимон суякни даволашдан мақсад – бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олиш билан биргаликда, функционал ҳолатини эрта тиклашдир.

Даволаш турлари

1. Тўғридан-тўғри функционал даволаш,
2. Консерватив даволаш.
3. Оператив даволаш

Тўғридан-тўғри функционал даволаш - қайиқсимон суяк синишларини даволашнинг самарали усуллардан бири ҳисобланади. Суяк синиқларида рентгенологик текширувлари белгиларисиз, аммо клиник жиҳатдан шубҳа қилинган бўлса, бандаж ёки фиксаторлар ёрдамида эрта функционал даволанишни бошлашдир. Қайиқсимон суяк синишининг клиник шубҳаси бўлган беморларда жароҳатлардан сўнг 7 кун ичида рентгенологик текширув натижалари асослаш ва тугри даволаш стратегиясини амалга ошириш учун такрорий рентгенологик текширувдан ўтиши керак бўлади [3,11,20].

Қайиқсимон суякнинг синиқлари иммобилизацияси сохта бўғим ҳосил бўлиш эҳтимолини 30% га оширади. Шунинг учун далилларга асосланган тиббиётда қайиқсимон суякнинг синиғини иммобилизациясиз ёки жарроҳлик амалиётисиз тасаввур қилиб бўлмайди [11].

Операциясиз даволаш: Қайиқсимон суякнинг дистал қисми, учдан бир қисмида синишлар бўлса операциясиз даволаш мумкин бўлади, бунда гипс ёрдамида иммобилизация билан даволаш мумкин. Қайиқсимон суяк синиқларида қандай турдаги гипс боғламиндан фойдаланиш ҳозирги кунга қадар баҳс-мунозараларга сабаб бўлиб келмоқда. Баҳс мунозараларнинг самараси ўлароқ, гипс боғламинини қўйишда битта фикрга келинди, яъни билан юқори учлиги соҳасидан токи 1-бармоқнинг ички томони учигача қўйиш стандартга киритилди. Ваҳолангки, аксарият олимлар биринчи бармоқни фиксация қилиш шарт эмаслигини такидлаб ўтишган[15].

Одатда олти ҳафта давомида гипсли даволанишни давом этмоқ керак, бу вақтда суяк битаётганлигини баҳолаш учун такрорий рентгенография қилиниши керак. Даволаниш муддати вақти қайиқсимон суяк синиш жойига қараб ўзгаради. Дистал учдан бир қисми 6-8 ҳафта, ўрта учлигидан синганда 8-12 ҳафта ва проксимал учдан бири 12-24 ҳафта давомида гипсли боғлам билан даволаниш керак бўлади. Қайиқсимон суяк дистал қисмидан проксимал томонга яқинлашгани сайин даволаниш вақтининг узунланиши, синган соҳанинг қон билан таминланиши яни билан артериясининг ретроград тармоғи бутунлиги муҳим аҳамиятга эгадир. Герберт таснифига кўра. Қайиқсимон суяк синиқларида, гипсли иммобилизация асосий усул бўлиб ҳисобланади[5,15].

Қайиқсимон суяк синикларини иммобилизация қилиш жуда қийин, чунки қўл, билак ва билак-кафт суякларнинг ҳар бирининг ҳаракати қайиқсимон суякнинг ҳаракатини ва синиш чизиғидаги босимни ошишига олиб келиши мумкин. Бу эса сохта бўғим ҳосил бўлиш эҳтимолини ошишидир. Шунинг учун бази ҳолатларда ҳатто-ки "тирсак бўғими" ҳам иммобилизация қилиниши мумкин[4].

Қайиқсимон суяк синикларида, бош бармоғини қўшиб ёки қўшмасдан турли хил иммобилизация қилиш турлари мавжуд. Қайиқсимон суяк синикларида ишлатиладиган гипс материалига қараб олинадиган натижа яхши бўлади деган илмий тадқиқот ҳозирда мавжуд эмас, аммо енгил материаллардан фойдаланиш иммобилизация билак бўғимининг тортишиш кучи ва ҳаракатланиш доирасига ижобий таъсир кўрсатади ва бемор учун қулай ҳисобланади[6].

Синиш турига ва такрорий рентгенологик текширувларнинг натижасига қараб иммобилизациянинг давомийлиги ўзгаради, бу синиқ ҳолатини баҳолаш учун хизмат қилади. Аксарият ҳолларда, 6 ҳафталик гипс билан даволаниш етарли бўлиши керак, агар етарли бўлмаса давом давом еттириш керак бўлади. Гипс билан иммобилизация ишончли ва муваффақиятли яқунланиши ва асоратлари кам бўлиши билан исботланган[9].

Қайиқсимон суякларни оператив даволаш. Ривожланган, минимал инвазив жарроҳлик техникаси ёрдамида, синиб силжиган ва силжимаган қайиқсимон суяк синикларини жарроҳлик усули ёрдамида даволаш кундан-кунга кўпайиб бормоқда. Қайиқсимон суяк синикларини винтлар ёрдамида терини кесмасдан турип остеосинтезлашнинг афзаллиги эрта функционал ҳолатини тиклаш имкониятини яратади[2].

Қайиқсимон суяк винт билан остеосинтез қилингандан кейинги рентгенография (Расм №2).



Расм № 2. Бемор Султонов М.Қ. 1981-й.

Анамнездан 2 ой аввал йиқилиб травма олган 1 ой давомида гипс қўйиб даволанган. Гипсни ечгач оғриқлар қолмаганлиги сабабли ва тезроқ меҳнат қобилиятини тиклаш мақсадида бизга мурожат қилиб келди. Операция Герберд винти орқали ёпиқ усулда қилинди. Операциядан кейин мустаҳкам фиксацияга эришилди. Операциядан кейин 2 ҳафта гипс боғламида юрди. Оғриқлар қолди. Бемор эрта функционал ҳолати тикланди.

Оператив давонинг мустаҳкамланганлигини Герберт таснифига кўра баҳоланади Расм №3. Аммо проксимал кутбнинг репозиция қилинмаган синишини оператив даволаш тўғрисида фикрлар бир хил. Қайиқсимон суягига икки томондан дорсал ва вентрал йўналиш билан остеосинтез қилиш мумкин. Қайиқсимон суяк дистал ва ўрта қисми синиқларда яхши натижа олиш ва қон таъминоти сақлаб қолиш учун вентрал томонидан кириб остеосинтез қилиш энг яхши натижа беради [6]. Агар синган соҳа қайиқсимон суякнинг проксимал томонида бўлса дорсал ёндашув билан остеосинтез қилиш талаб қилади, чунки винтни тўғри жойлаштириш осонроқ бўлади. Қайиқсимон суяк синиғи бўлган беморларда, минимал инвазив жарроҳлик техникасининг яхшиланганлиги туфайли, жарроҳлик йўли билан даволанган беморларнинг кўпайиши олиб келади. Ушбу суякнинг 8-12 ҳафта давомли иммобилизация даврини камайтириб эрта реабилитация бошлаш имконини яратади. Жарроҳлик амалиёти муваффақиятли бўлган ҳолатларда ушбу суякнинг иммобилизация муддатини камайтириш имкониятини яратади. Бундан ташқари, ёш беморларда иммобилизация вақтини камайтириш билан бирга тез ишлаш қобилиятини тиклашга ёрдам беради. Аммо, синиб силжимаган синишлар учун даволанишни афзал кўрадиган усуллари ҳақида аниқ стандартлар шаклланган эмас[6,7,16]. Расм №2



Расм №3. Тўрт турдаги қайиксимон суяк компрессия берувчи винтлари. (А) Acutrak © Узлуксиз тишли компрессияловчи винт. (В) HCS © Герберднинг компрессия берувчи винти. (С) HBS © Герберднинг блокловчи винти. (D) Twinfix © бошчали компрессия берувчи винт[7].

Оператив давога кўрсатмалар қуйидагилардан иборат:

1. 1мм дан ортиқ силжиш кузатилганда.
2. 35 даражадан юқори интраскафоидал бурчак бўлганда.
3. Radiolunate бурчагининг 15 даражадан ортиқ бўлганда.
4. Қайиксимон ва яримойсимон суяклар жойлашувнинг номуносивилигида.
5. Қайиксимон суякнинг проксимал қисми синишида.
6. Ишга ёки спортга тезда қайтиш керак бўлган ҳолатларда
7. Асептик некрозлар [3]

Қайиксимон суяк синикларини жарроҳлик усули билан даволаш битта ёки бир нечта винтлар билан остеосинтезлаш орқали амалга ошириш мумкин. Бу усул терини кесмасдан ёки очик усулда бажариш мумкин. Операция вақтида қандай йўналиш билан кириш суякнинг синган қисмига ва характериға боғлиқ бўлади.

Асоратлар. Консерватив ва оператив даволанишлардан кейин турли хил асоратлар келиб чиқиши мумкин. Бундай асоратлар: остеонекроз, псевдо-артроз ва суяк бўлакларининг ностабил туриши, билак кафт бўғимининг артрозлари ва деформациялари ва бошқалар. Ушбу асоратлар қўл панжасини ҳаракатчанлик ва ушлаш кучининг камайиши каби жиддий функционал чекловларга олиб келиши мумкин. Операция пайтида қўшимча асоратлар кузатилиши бу суяк бўлакларининг бир бирига мос келмаслиги, винтни жойига тушмаслиги, қайта операция, инфекция тушиши ва юмшоқ тўқималарнинг шикастланишларидир[19]. Қайиксимон суяк синиши кечиктирилган бўлса, суяк битишига эришиш учун суяк усиши стимулятори ёки магнит терапияси қўлланилиши мумкин. Бундай даволаш стандартлари усуллари ҳам ўрганиб чиқилган. Бироқ, далилларга асосланган тиббиёт маълумотлар кам бўлганлиги сабабли бу усулдан жуда кам фойдаланилади. Сохта бўғим кўпинча асимптоматик бўлиб қолади ва янги травма ёки билак-кафт бўғимининг ҳаддан ташқари қисилиши ҳолатида аниқ ва симптоматик бўлиши мумкин. Псевдо-артрозни оператив даволаш синишнинг туриға боғлиқ бўлади ва 5% дан 50% гача олиндиған натижалар ўзгарувчандир. Симптоматик псевдо-артрозлар оператив даволаш билан энг яхши натижа олинади. Синикларда билак-кафт бўғимини анатомиясини эрта тиклаш артрознинг олдини олади. Бир нечта операция жараёнлари техникаси фойдаланган ҳолда буларға ҳар доим остеосинтездан даволаш усулидан фойдаланган ҳолда ёки фойдаланмасдан туриб, суяк кўчириб ўтказувчи реконструктив операция усулини қўллаш самарали натижа беради. Ушбу процедуранинг муваффақият даражаси 74% дан 94% гачадир. Проксимал сохта бўғимларда натижалар бундан ёмонроқдир. Суяк кўчириб ўтказишни натижаларини таққослаш учун ҳозирги кунда етарлича клиник тадқиқотлар олиб борилмаган[2,11,14,16].

Артроз қайиксимон суякнинг кечки асоратларидан бири бўлиши мумкин. Бундай ҳолатларда оғрикни барқарор равишда камайитириш ва функционал яхшиланишларға эришиб бўлмайди. Артрозларда беморлар оғриклардан вос кечиши учун қилинадиган ишлар бу стилоидектомия, карпал бўғимини денервация қилиш ва қайиксимон суяк ва унинг

атрофидаги суякларни қисман ёки тўлиқ олиб ташлаш билан амалга оширилади (os.lunatum, os.triquetrum, os.capitatum ва os.hamatum)[14].

Қайиксимон суяк синикларини даволаш ва диагностика усуллари тўғрисида далилларга асосланган маълумотлар жуда кам. Қайиксимон суяк синишлари шу сабабли ҳозирги кунга қадар қийин муаммо бўлиб қолмоқда. Даволашнинг эрта аниқланиши ва даволаш усуллариининг замонавий усуллар билан даволаниши ушбу муаммони камайтиради ва кечки бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олади[14,16].

Операциядан кейинги ва реабилитацион ёрдам: Реабилитацион ёрдамнинг тури синган синик даволаш усули яъни оператив ёки операциясиз даволанганига боғлиқ. Жисмоний терапия беморга ҳаракат турлари ва билак-кафт кучини қайтаришга ёрдам беради. Дастлабки босқичларда шиш, оғриқ устунлик қилади ва қўл-бармоқ, тирсак ва елканинг ҳаракатларини бир хил ушлаб туриш муҳимдир, бу эса бўғимларнинг қотиб қолмаслигини тامينлайди. Иммобилизация қилинганидан кейин (консерватив даволанган синикларда ёки операциядан кейинги даврда) билак-кафт бўғими қаттиқлашади ва реабилитацион чора-тадбирлар ҳаракатланиш доирасини хавфсиз равишда яхшилаш жуда муҳим рол уйнайди. Операциядан кейин ёки гипс боғламли даводан кейинги ҳолатларда беморда доимий равишда қўл панжасини супинация ва пронация ҳаракатларини икки томонлама мос равишда амалга оширилиши керак[18,19].

Операциядан кейинги билак юқори учлигидан токи биринчи бармоқ ички учигача гипсли боғлам қўйилади, сўнгра яра ҳолатини ўрганиб ва рентгенографияни такрор текшириб кўргандан кейин икки ҳафта давомида гипсли боғламда юради. Беморлар операциядан кейин рентгенография такрорланиб ва суяк кўмиги пайдо бўлганлигига ишонч ҳосил қилгач гипс боғлам олиб ташланади. Яхши натижа олишга ишонч ҳосил қилиш учун яна 6 ҳафта давомида кузатилиб борилади[11,15,17].

Спортга ва мошина бошқаришга 3-ойдан бошлаб амалга ошириш мақсадга мувофиқдир[1,8,12].

Хулоса. Олиб борилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики қайиксимон суяк синикларида консерватив даводан кўра оператив давонинг самарадорлиги юқоридир. Оператив давода эса беморларда реабилитацияни эрта бошлаши, 8-12 ҳафталик гипс муддатини камайтириш ва эрта функционал ҳолатни бошлаб қайиксимон суякнинг ацептик некрозини олдини олиш билан биргаликда самарали натижага ҳам эришишни имконини яратди.

Бунга қарама-қарши ўлароқ консерватив даволанган беморларда гипс қўйгач беморларининг аксарияти гипсни эрта ечиб ташлагани, реабилитацион чора тадбирлари кечиктириб бошлагани ва энг муҳими қайиксимон суякнинг қон билан тامينланишининг ўзига ҳослиги қайиксимон суякнинг ацептик некрозини юзага келишига сабаб бўлди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки қайиксимон суякларининг синишларида асосий даволаш ва самарали натижага эришиш усули бу оператив даводир.

Адабиётлар рўйхати

1. Ашкенази А.И. Хирургия кистевого сустава// Медицина. Москва –1990. -352с.; Библиотека практического врача «важнейшие вопросы хирургии». –с. 3-41, 94-216.
2. Bhandari M, Hanson BP. Acute nondisplaced fractures of the scaphoid. J Orthop Trauma. 2004;18(4):253–5. [PubMed] [Google Scholar]
3. Bohler J, Ender HG. [Pseudarthrosis of the scaphoid] Orthopade. 1986;15(2):109–20. [PubMed] [Google Scholar]
4. Breederveld RS, Tuinebreijer WE. Investigation of computed tomographic scan concurrent criterion validity in doubtful scaphoid fracture of the wrist. J Trauma. 2004;57(4):851–4. [PubMed] [Google Scholar]
5. Cheung GC, Lever CJ, Morris AD. X-Ray diagnosis of acute scaphoid fractures. J Hand Surg Br. 2006;31(1):104–9. [PubMed] [Google Scholar]

6. Coblenz G, Christopoulos G, Fröhner S, Kalb KH, Schmitt R. [Scaphoid fracture and nonunion: current status of radiological diagnostics] *Radiologe*. 2006;46(8):664. 666-76. [PubMed] [Google Scholar]
7. Erwin J, Varacallo M. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Dec 2, 2018. Anatomy, Shoulder and Upper Limb, Wrist Joint. [PubMed]
8. Fowler C, Sullivan B, Williams LA, McCarthy G, Savage R, Palmer A. A comparison of bone scintigraphy and MRI in the early diagnosis of the occult scaphoid waist fracture. *Skeletal Radiol*. 1998;27(12):683–7. [PubMed] [Google Scholar]
9. Freeland P. Scaphoid tubercle tenderness: a better indicator of scaphoid fractures? *Arch Emerg Med*. 1989;6(1):46–50. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
10. Gelberman RH, Menon J. The vascularity of the scaphoid bone. *J Hand Surg Am*. 1980;5(5):508–13. [PubMed] [Google Scholar]
11. Herbert TJ, Fisher WE. Management of the fractured scaphoid using a new bone screw. *J Bone Joint Surg Br*. 1984;66(1):114–23. [PubMed] [Google Scholar]
12. Kozin SH. Incidence, mechanism, and natural history of scaphoid fractures. *Hand Clin*. 2001;17(4):515–24. [PubMed] [Google Scholar]
13. Low G, Raby N. Can follow-up radiography for acute scaphoid fracture still be considered a valid investigation? *Clin Radiol*. 2005;60(10):1106–10. [PubMed] [Google Scholar]
14. Merrell GA, Wolfe SW, Slade JF. Treatment of scaphoid nonunions: quantitative meta-analysis of the literature. *J Hand Surg Am*. 2002;27(4):685–91. [PubMed] [Google Scholar].
15. Parvizi J, Wayman J, Kelly P, Moran CG. Combining the clinical signs improves diagnosis of scaphoid fractures. A prospective study with follow-up. *J Hand Surg Br*. 1998;23(3):324–7. [PubMed] [Google Scholar]
16. Russe O. Fracture of the carpal navicular. Diagnosis, non-operative treatment, and operative treatment. *J Bone Joint Surg Am*. 1960;42-A:759–68. [PubMed] [Google Scholar]
17. Schaefer M, Siebert HR. [Fracture of the semilunar bone] *Unfallchirurg*. 2002;105(6):540–52. [PubMed] [Google Scholar]
18. Schmidt-Neuerburg KP. *Tscherne Unfallchirurgie*. 1. Vol. 2. Ellenbogen, Unterarm, Hand; 2001. [Google Scholar]
19. Weber ER, Chao EY. An experimental approach to the mechanism of scaphoid waist fractures. *J Hand Surg Am*. 1978;3(2):142–8. [PubMed] [Google Scholar]
20. Yin ZG, Zhang JB, Kan SL, Wang P. Treatment of acute scaphoid fractures: systematic review and meta-analysis. *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2007 Jul;460:142-51. [PubMed]