

Копия
2018-20

У

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ
БИШКЕК ТРАВМАТОЛОГИЯ ЖАНА ОРТОПЕДИЯ ИЛИМИЙ
ИЗИЛДӨӨ БОРБОРУ
И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

Диссертациялык кеш Д.14.17.551

Кол жазмалар укугунда
УДК616.718.42-001.5-089.844-053.9

СУЕРКУЛОВ БАХТИЯР ТУРДУКУЛОВИЧ

**УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫ ЖАШ КУРАКТАГЫ АДАМДАРДЫН
САН СӨӨК МОЮНЧАСЫНЫН СЫНЫГЫНДА ЖАМБАШ-САН
МУУНУН ГЕМИАРТРОПЛАСТИКАЛОО**

14.01.15 –травматология и ортопедия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
жактоо диссертациясынын
авторефераты

БИШКЕК – 2017

Диссертациялык иш Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборунда аткарылган

Илимий жетекчи: медицина илимдеринин доктору,
профессор Б.С. Анаркулов

Расмий оппоненттер: медицина илимдеринин доктору,
Ж.М. Маманазаров

медицина илимдеринин
кандидаты, доцент Б.Т. Исмайылов

Жетектөөчү уюм: Ош мамлекеттик университети

Диссертация “_____” _____ 2017-жылы саат _____ Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборунун жана И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын Д.14.17.551 диссертациялык кеңешинин отурумунда жакталат (720027, Бишкек ш., Кривоносов көчөсү 206).

Диссертация менен Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборунун китепканасынан (720027, Бишкек ш., Кривоносов көчөсү 206) жана www.nicto.kg сайтынан таанышсаңыз болот.

Автореферат “_____” _____ 2017-ж. жөнөтүлгөн.

Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин кандидаты



С.С. Сатиев

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертация темасынын актуалдуулугу. Сандын моюн бөлүгүнүн сыныктары көп кездешүүчү патологияга кирет жана скелеттин узун сөөктөрүнүн сыныктарынын баарынын 3,9%нан 18%га чейин түзөт [Сергеев С.В., 2002, 2005; Кавалерский Г.М., 2000, 2003; Загородний Н.В., 2004, 2005, 2006; Лазарев А.Ф., 2006, 2009], ал эми бул оору улгайган жана кары адамдарда 28,8%да кездешет.

Бул контингенттин өзгөчөлүгү болуп, кан тамыр системасынын, дем алуу органдарынын, карын-ичеги трактынын, заара жыныс системасынын, эндокриндик бузулуулары ж.б. коштолгон түрдүү ооруларынын болуусу эсептелет. Адабият маалыматтары боюнча бул патология бейтаптардын 60%дан 86, 1%га чейинкисинде коштолуучу оорулар байкалган [Афуанов А.И., Арутонов А.М., Шевченко А.В. 2002, Загородний Н.В., 2006].

Жабыркагандардын мүнөздүү өзгөчөлүгү, сөөк тканында жаш курагынын өзгөрүүлөрү менен байланыштуу болгон – көбүнчө остеопороздун аныкталышына байланыштуу. Бул сөөктүн ийкемдүүлүгүнүн олуттуу төмөндөшүнө алып барат жана кичине эле сырткы таасирден сынып кетишине мүмкүндүк түзөт. Пациенттердин бул тобунда өлүмдүүлүк 7,4%дан 25%га чейин түзөт, ал эми жаракаттан кийин жыл аралыгында бардык каза болгондордун санын эске алсак, өлүмдүүлүк 42%га жетет. Өлүмдүүлүк жаш курагынан, дарылоо ыкмасына, коштолуучу ооруларга, жаракаттануудан жана кабылдоодон кийинки операциялык кийлигишүү убакытына көз каранды [EmmerichJ., 2005; MoranC.G., 2005; GeigerF.,2006].

Бул тармактагы анатомиялык өзгөчөлүктөр сыныктарды дарылоодо көп пайыздагы кабылдоолорду алып келет - ал сыныктардын бүтпөй калуусу, сан сөөгүнүн башынын асептикалык некрозу, жалган муундар, жамбаш муунда контрактуранын өөрчүшү, кыскаруу, буттун туура эмес абалы. Алардын көпчүлүгү төшөктө жатып калат, бир бөлүгү кабылдоолордон: пневмония, коштолуучу оорулардын декомпенсациясынан каза болот. Остеосинтездөөдөн кийин 20%га чейинки сыныктар бүтпөй калат, сан сөөгүнүн башынын асептикалык некроздору 50% бейтаптарда кездешет [Лазарев С.Ф., 2009].

90-жылдардын башына чейин остеосинтездөө операциялык кийлигишүүнүн жападан жалгыз ыкмасы деп эсептелген, бирок, кабылдоолордун чоң пайызы сыныктарды дарылоодо – муундарды гемипротездөө сыяктуу жаңы багыттынын өнүгүүсүнө түрткү берди [Джумабеков С.А, 2012; Анаркулов Б.С., 2014].

Бул көйгөйгө биздин республикада да чоң маани берилет, сан сөөк моюнчасын остеосинтездөө жана гемиартропластикалоосун жакшыртуу

боюнча көптөгөн кызыкчылык туудурган макалалар жарыяланган [Алахвердов А.К., 2005; Кожокматов С.К., 2006; Князев И.А., 2006; Анаркулов Б.С., 2006; Джумабеков С.А., 2010], бирок акыркы жыйынтыктары дагы деле анча жакшы эмес. Операциялык кийлигишүү максималдуу ырайымдуу болушу керек. Операциялоо ыкмасын тандоодо жана прогнозун аныктоодо, бейтаптын жаш курагы, жалпы жана жергиликтүү статусу, сыныктын түрү, жынысы, жаракаттанганга чейинки физикалык активдүүлүк деңгээли чоң мааниге ээ. Бул оор топтогу пациенттерди хирургиялык дарылоого карата берилген ачык сунушталардын жоктугу, изилдөөнүн максатынын калыптанышына мүмкүндүк түздү.

Диссертация темасынын приоритеттүү илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор) же негизги изилдөө иштери менен болгон байланышы

Диссертациянын темасы демилгелүү.

Изилдөө максаты

Медиалдык сыныктарга кыймылдоо алгоритмин иштеп чыгаруу жана жамбаш муунду гемиартропластикалоодо кичине инвазивдүү антилоксациялык ыкманы колдонуу менен улгайган жана кары жаш курагындагы адамдардын сан сөөгүнүн моюнчасы менен бейтаптарды хирургиялык дарылоо жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөөдө каралуучу маселелер:

1. БТОИИБдин жаракат бөлүмдөрүндө сан сөөгүнүн медиалдык сыныктары менен келип түшкөн улгайган, кары жаш курактагы жана көп жашаган бейтаптарга анализ жүргүзүү.

2. Жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоодо капсуланы бекемдөөчү кичине инвазивдүү антилоксациялык ыкмасын иштеп чыгаруу.

3. Улгайган жана кары жаштагы бейтаптарга сан сөөгүнүн медиалдык сыныктарын хирургиялык дарылоодон кийинки жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын изилдөө.

4. Улгайган жана кары жаштагы бейтаптардын сан сөөгүнүн медиалдык сыныктарында кыймылдоо алгоритмин иштеп чыгаруу.

Изилдөөнүн илимий жаңылыгы :

1. Улгайган жана кары жаш курагындагы бейтаптардын жыйынтыктарына салыштырмалоо анализи жүргүзүлгөн, ал башка операциялоо түрлөрүнө караганда эффективдүүлүгүн көрсөттү.

2. Жамбаш-сан муунунун арткы капсуласын бекемдөөнүн эффективдүү ыкмасы иштеп чыгарылган (Кыргыз Республикасынын №1753, 30.06.2015-ж. Патенти), ал интраоперациялоо убактысын кыскартат жана операциялоодон кийинки аралыктагы чыгып кетүүнү (люксация) алдын алат.

3. Кыргыз Республикасында биринчи жолу улгайган жана кары жаш курагындагы бейтаптардын сан сөөк моюнчасы сынганда, операциялоочу хирургдун мүмкүнчүлүгүн жана жабдуулануусун эске алуучу кыймылдоо алгоритми иштеп чыгарылган.

4. Жамбаш муунун гемиартропластикалоо менен операциялоодон кийинки жана андан ары калыбына келтирүү аралыкта пациенттин ар кадамдык кыймылдоо аракеттери сунушталган.

Алынган жыйынтыктардын практикалык маанилүүлүгү:

1. Жамбаш-сан муундун капсуласын бекемдөөнүн иштеп чыгарылган жаңы ыкмасы, операциялоочу хирургдун практикалык ишкердигинде колдонууга жөнөкөй, ал интраоперациялык убакытты кыскартуу менен операциялоодон кийинки аралыкта жамбаштын бертинүүсүн төмөндөтөт.

2. Сан сөөк моюнчасынын сыныгында сунушталган кыймылдоо алгоритми биздин Республикадагы практикалык травматолог - ортопед дарыгерлери үчүн алардын кыймылын жеңилдетет жана практикалык жардам көрсөтөт.

3. Калыбына келтирүүчү иш чаралардын сунушталган комплекси жана операциялоодон кийинки аралыкта пациенттердин ар бир кадамдык кыймылдары алыскы жыйынтыктарды жакшыртат жана бейтаптарды мурунку ар күндүк жашоосуна тезинен кайтуусуна шарт түзөт.

Алынган натыйжалардын экономикалык маанилүүлүгү

Жамбаш муундун арткы бетин бекемдөөчү жаңы ыкманы колдонуу, кайра бертинүү санын төмөндөтүүгө шарт түзөөрүнө шек жок, ал өз кезегинде жумушка жараксыз күндөрдүн санын азайтат жана операциялоодон кийин калыбына келүү сапатын жогорулатат.

Практикалык дарыгерлерге сунушталган кыймылдоо алгоритмин колдонуу адистештирилген медициналык жардамдын сапатын жогорулатат, аны менен майыптуулуктун жана өлүмдүүлүктүн санын төмөндөтөт.

Коргоого алып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:

1. Жамбаш-сан муундун гемиартропластикасы улгайган жана кары жашындагы адамдардын сан сөөгүнүн моюнчасы сынганда, остосинтездөөнүн башка түрлөрүнө караганда операциялоонун эффективдүү түрү болуп эсептелет.

2. Улгайган жана кары жашындагы адамдардын сан сөөк моюнчасы сынганда, хирургдун даярдык деңгээлин жана стационардын техникалык мүмкүндүктөрүн эске алуу менен иштеп чыгарылган дарыгердин кыймылдоо алгоритми, аларды туура пайдаланганда, бул чектеги жабыркоолорду операциялоо жыйынтыктарынын эффективдүүлүгүн жогорулатат.

3. Жамбаш муундун арткы капсуласын бекитүүнүн оригиналдуу ыкмасы (КР №1753, 30.06.2015-ж. патенти), операциялангандан кийинки аралыкта сан сөөгүнүн люксация - бертинүү кооптуулугун төмөндөтөт, ал олуттуу деңгээлде алыскы жыйынтыктарды жакшыртат жана бул категориядагы адамдардын эрте калыбына келүүсүнө түрткү берет.

4. Жамбаш-сан муундун гемиартропластикасы улгайган жана кары жашындагы адамдардын сан сөөгүнүн моюнчасы сынганда ыкчам көрсөткүчтөр боюнча, ошондой эле пландуу иретте, операциялоочу хирургдун ыкманы тандоо катары жасалышы мүмкүн. Операциялоо алдында пациенттин эрте активдүүлүгү, дененин башка системаларында кабылдоолордун өөрчүп кетүү кооптуулугун төмөндөтөт.

Изденүүчүнүн жеке салымы

БТОИИБдин жаракат бөлүмдөрүндө клиникалык материалды топтоо (n-168), аларды клиникалык жана статистикалык талдоо, дарылоонун жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын иликтөө кирет.

Жамбаш муундун капсуласынын арткы бетин бекемдөөнүн, дарыгер травматологдор үчүн кыймылдоо алгоритмдин жаңы ыкмасын иштеп чыгарууну жана ишке киргизүүнү, автор жеке өзү аткарган.

Изилдөө жыйынтыктарын ишке киргизүү

Изилдөө ишинин натыйжалары клиникалык практиканын жаракаттануу бөлүмдөрүндө: БОТИИБдин, Джалал-Абад облустук клиникалык бейтапканасында, Ош облустук клиникалык бейтапканасында, Балыкчы шаардык бейтапканасында ишке берилген. Андан тышкары, И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын травматология, ортопедия жана экстремалдык хирургия кафедрасынын, ошондой эле Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз - Орус Славян университетинин педагогикалык ишмердигинде ишке киргизилген.

Диссертациянын жыйынтыктарын апробациялоо

Диссертациялык иштин негизги жоболору жана натыйжалары: (2013-ж., 2014-ж. 12-13 апрелинде), “КММА илим Күндөрү” илимий – практикалык конференциясында, С.К. Кожоматовдун 80 жылдыгына арналган “Соңку мезгилдик травматология жана ортопедиянын келечеги, көйгөйлөрү жана аны чечүү жолдору” темасында Кыргызстан травматолог-ортопеддердин V Евразиялык Конгрессинде (Ысык-Көл, Бает айылы, 2016-ж.), БТОИИБдин Илимий кеңешинде (2017-ж.) баяндалган жана талдоодон өткөн.

Диссертациянын жыйынтыктарын жарыялоодо чагылдыруу толуктугу

Диссертациянын темасы боюнча 11 макала, алардын 7 макаласы ИЦОИ журналдарында жарыяланган, ошондой эле 30.06.2015-ж., № 1753 ойлоп чыгарууга патент берилген.

Диссертациянын структурасы жана көлөмү

Диссертация 121 барактан, 4 баптан, кириш сөздөн, адабий серептөөдөн, корутундудан, жыйынтыктоодон жана практикалык сунуштамадан турат. Библиографиялык көрсөткүч 131 илимий булактан, анын 87 ата мекендик жана 44 чет элдик авторлор. Диссертация 31 сүрөт, 18 таблица, 2 диаграмма, 3 гистограмма жана 4 схема менен көркөмдөлгөн.

ИШТИН МАЗМУНУ

1 - бап. Сан сөөгүнүн медиалдык сыныктары жана аны заманбап дарылоо (адабий сереп)

Биз бул бапта улгайган жана кары жаш курактагы адамдардын сан сөөгүнүн моюнчасынын медиалдык сыныгына арналган адабий серептин соңку мезгилдиги кездешүүсү түшүндүрүлөт. Сан сөөктүн медиалдык сыныктарын акыркы замандагы операциялоо багыттары жана өнүгүү этаптары көрсөтүлгөн.

2 - бап. Изилденүүчү топтун клиникалык мүнөздөмөсү жана изилдөө дизайны

Изилдөөчү объект катары, биз улгайган жана кары жаш курагындагы адамдардын сан сөөк моюнчасынын медиалдык сыныктарын (чектелиши, морфологиясы), остеосинтездөөнү (бурамалар, бир жана биполярдуу гемипротездер) жана 2010 - 2016 – жылдар ортосундагы Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илимий изилдөө борборунун (БТОИИБ) травматология бөлүмдөрүндө дарылануу -кесепеттерин байкоого алганбыз.

Илимий иш клиникалык материалдарга негизделген (бейтап баяны (ф №003/Э)), 2010 - 2016 - жыл аралыгында БТОИИБдин травматология бөлүмдөрүндө сан сөөгүнүн медиалдык сыныктары менен дарыланган бейтаптар (n-168) эсептелет.

БТОИИБдин статистикалык бөлүмүнүн маалыматы боюнча жылына БТОИИБ ыкчам медициналык жардам бөлүмүнө сан сөөк моюнчасынын медиалдык сыныктары менен 500дөн жогору (коду S 72.0) жабыркагандар кайрылган, алардын 1/3 көбү ар кандай себептер менен андан ары стационардык дарылануудан баш тартышкан. Айрым учурларда ыкчам медициналык жардам көрсөтүү бөлүмүнүн дарыгерлери алардын көрсөткүчтөрү боюнча дарылаган эмес. Стационарга кабыл алуудан баш тартуу журналын талдоодо, стационарга жаткырууга баш тартуу көрсөткүчтөрүнө:

- жабыркагандын сенилдик деменциясы - 50%дан жогору;
- декомпенсацияланган жүрөк-тамыр жетишсиздиги (буттардын шишимеги, жүрөк шишимеги, асцит ж.б.) - 20 %дан жогору;

- мурда башынан өткөн, геми жана паралич көрүнүшүнүн калдыктары менен баш мээ инсульту - 15%дан жогору;

- дене оюлуулары жана бейтаптын стационарга түшкөндөн мурун төшөк режими - 10%дан жогору;

- калган учурларда 5%дан кем себептери белгисиз.

Стационарга жаткырылгандардын 30% консервативдик дарылоо алышкан, б.а. ар кандай себептер менен операцияланбай калган. №1 жаракат бөлүмүнүн мисалында, биз дасыккан медициналык жардам берилбей калган бейтап баянын изилдедик (n-65) (бирок бул биздин изилдөө маселебиз эмес болгон). Аларды изилдөөдө биз төмөнкү жыйынтыкка келдик:

- Эгерде, ыкчам медициналык жардам бөлүмүнүн кабыл алуу дарыгери тарабынан баш тартуу болсо, мындай учурда операциялоодон баш тарткандын 80%ы бейтаптын туугандары тарабынан байкалган (мүмкүн анестезиологиялык жогору кооптуулуктан корккондуктан, жергиликтүү менталитетинен ж.б.).

- Калган учурларда 20%дан жогору медициналык көрсөткүчтөрү түзгөн (декомпенсацияланган жүрөк-кан тамыр жетишсиздиги, терең даражадагы декомпенсацияланган кант диабети, башынан өткөн инфаркт миокарды ж.б.).

Сан сөөк моюнчасынын медиалдык сыныктары менен бейтаптарга рандомизирленген тандоо ыкмасы боюнча үч топко бөлүнгөн.

Биринчи топко сан сөөк моюнчасынын сыныгы менен бурамалар же спонгиоздук бурамалар менен сөөк үстүнө пластиналар остеосинтезделген пациенттер түзгөн (n-58).

Экинчи топко бир полостуу гемипротездөө аткарылган пациенттер кирген (n-57).

Үчүнчү топко жамбаш муунга – биполярдуу гемипротез менен гемиартропластика жасалган бейтаптар кирген (n-53).

Сыныктардын чектелиши жана морфологиясы жөнүндө дагы тактоо иретинде биз AO/ASIF жана Pauwels классификациясын колдондук.

Таблица 1 – AO/ASIF (n-168) боюнча сыныктарды бөлүштүрүү

	Сыныктын түрү		
	B1	B2	B3
Абс. саны %	58 (34,5%)	57 (33,9%)	53 (31,6%)
Репрезентативдүүлүк каталыгы	58±1.1	57±0.9	53±1.2
Айырмаларынын тактыгы- p	p≥0.05	p≥0.05	p≤0.01

1–таблицада көрсөткөндөй, B1 түрүндөгү сыныктары менен бейтаптардын саны жабыркагандардын (n-168), жалпы санынан 58 (34.5%) түзгөн, ал эми B2 түрүндө сыныктары менен 57 (33.9%), B3 түрүндөгүлөр 53 (31.6%) бейтапты түзгөн. Бирок, сыныктын морфологиясын салыштыруу үчүн Pauwels классификациясын да колдонгонубузду эске алуубуз керек, ал боюнча сыныктын бурчу горизонталдык сызык боюнча аныкталат (2- табл.).

Таблица 2 – Pauwels (n-168) боюнча сыныктарды бөлүштүрүү

	Сыныктын түрү		
	I түрү	II түрү	III түрү
Абс. саны %	67 (39,9%)	62 (36,9%)	39 (23,2%)
Репрезентативдик каталыгы	67±1.0	62±0.96	39±1.1
Айырмаларынын тактыгы - p	p≥0.05	p≤0.05	p≥0.01

2-таблица бейтаптардын ошол эле тобу менен көрсөтүлгөн (n-168), бирок Pauwels классификациясында I жана II түрүндөгү 50°тан кем сыныктар, жалпы бейтаптардын санынан 76,8 % түзгөн (капчылык бурч кичине болсо, сынган жерде ошончо туруктуулук жогору болот), туруксуз сыныктар бейтаптардын жалпы санынан 23 %дан кем болгон.

Бейтаптарды жаш курагы боюнча бөлүштүрүүдө, биз БДССУнун жаш курактык классификациясын колдондук: 60-74 – улгайган жаш, 75-89 – карыган жаш жана андан жогору 90 жаштагылар – узак жашагандар (3- табл.) [БДССУ 2008]. Бейтаптардын жашы 61ден 95ке чейин түзгөн, мындайда орто жашы 73,0±5,8 жылды түзгөн.

Таблица 3 – Бейтаптарды жаш курагы боюнча бөлүштүрүү

Жынысы	Жаш курагынын толук жылы											
	60-74			75-89			90 и выше			Баары		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Аял	20	7	21	18	33	11	-	2	1	38	42	33
Эркек	15	2	18	5	13	1	-	-	1	20	15	20
Бардыгы	35	9	39	23	46	12	-	2	2	58	57	53

3-таблицада биз ар бир жаш курактык тобун үч контролдук топ боюнча операцияланган бейтаптардын санын өзүнчө бөлүк :

Улгайган жаштагы топто (60-74 жыл) 83 (49,4%) бейтап көрсөтүлгөн, алардын ичинде аялдар - 48 (28,6%), эркектер – 35 (20,8%)ды түзгөн.

Кары жаштагы топто 81 (48,2%) жабыркагандар, алардын ичинде эркектер — 19 (11,3%), ал эми аялдар – 62 (36,9%)ды түзгөн.

Эң төмөнкү сандагы пациенттерге узак жашаган бейтаптар– 4 (92,4%) кирген, пациенттердин жалпы санынан аялдар– 1,2% жана эркектердин- 2, саны - 2, түзгөн.

I – топтогу бейтаптарды спонгиоздук бурамалар, сөөк үстүнө пластинаны спонгиоздук бурамалар менен айкалыштырып операциялангандар – 58 (34,5%) пациентти түзгөн, бейтаптардын орто жашы 64,4±2,7 түзгөн.

II – топтогу пациенттерге бир полустук гемипротездер колдонгон – 57 (33,9%), бул топтун орто жашы 79,9±4.6 жыл болгон.

III – топтогу бейтаптарга, биполярдык гемиартропластика көрсөтүлгөн – 53 (31,6%), тактык менен айтканда II топтон орто жашы 77,9±5.2 айырмаланган эмес, ал эми жалпы топтогу аялдар жана эркектер санынын катышын эске алганда, ага тиешелүү аялдар – 113 (67,3%), эркектер – 55 (32,7%) болгон.

Пациенттердин кырдаалга карата алган жаракаттарын БДССУ (2004) эксперттери сунуш кылган төмөнкү категорияларга бөлүштүрдүк. Жаракат алган мүнөзү боюнча пациенттер төмөнкүдөй бөлүнгөн (4-табл.).

Таблица 4 – Кырдаалдар боюнча алган жаракаттары боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү

Жаракаттануу түрү	Эркектер			Аялдар		
	I(%)	II(%)	III(%)	I(%)	II(%)	III(%)
Тиричиликтик	20	15	18	31	42	32
Өндүрүштүк	-	-	-	-	-	1
Көчөлүк	2	-	-	2	-	-
Унаалык	2	-	2	-	-	-
Жалпы	24	15	20	33	42	33

Жаракаттардын эң көп тобу тиричиликте алынган – 158 (94,1%), экинчи жана үчүнчү орунда – 4 (2,4%) көчөлөрдө(кыш мезгилинде сыйгалактан), жол-транспорттук кырсыктардан – 4 (2,4%) пациент, ал эми жамбаш муун жаракатын өндүрүштө – 2(1,1%) пациент алган.

Жаракат алган учурдан стационарга бейтаптын келип алынуу мөөнөтү, операцияланган кийинки аралыкта дарылануу процессинде ошондой эле чоң мааниге ээ.

Пациенттердин контингенттери алган жаракаттарынан стационарга келип түшүү мөөнөтү 5-таблицада берилген.

Таблица 5 – Стационарга түшкөнгө чейин алган жаракаттын убакыттык узактыгы

Жаракат алынган убакыты								
1-12 саат			12-36 саат			3 суткадан жогору		
I(%)	II(%)	III(%)	I(%)	II(%)	III(%)	I(%)	II(%)	III(%)
18	20	22	15	10	12	25	27	19
10,7%	11,9%	13,1%	8,9%	5,9%	7,1%	14,9%	16,1%	11,3%

Жаракат алуу убакытын жана стационарга келип түшкөн учурун аныктоодо, биз бейтаптын өзүнөн жана туугандары айткандан аныктадык, ошондой эле тез медициналык жардам кызматкерлеринин жазуулары боюнча аныкталган (каталыгы 1 сааттан 3-4 саатка чейин болушу мүмкүн, мындайда репрезентативдүүлүк каталыгы 0,5%дан жогору болбошу керек, ал изилдөөнүн акыркы жыйынтыктарына олуттуу таасир бере албайт.

Стационарга жаткырылган 60 (35,7%) пациент жаракатты стационарга келип түшкөндөн 12 саат мурун, ал эми 37 (22,0%) бейтап 12ден 36 саатка чейин мурда алган. Калган 71 (42,3%) пациенттер 3 суткадан жогору мөөнөттөрдө госпиталдыштырылган, айрым пациенттер республиканын башка райондорунан жана облустарынан келген.

Биздин байкоодо болгон бейтаптардын орто жашы 73,0±5,8 жыл экендигин эске алсак, коштолуучу оорулардын болуусу мыйзам ченемдүү деп ойлойбуз.

Бейтаптардын стационарда жатуусу (операциялоого чейинки жана кийинки койка-күндөр) түздөн түз коштолгон оорулардын болуусуна көз каранды. Биздин байкоодо 99% учурда консультаттар аркылуу (терапевттер, кардиологдор) коштолгон оорулар аныкталган (6-табл.).

6-таблицада көргөндөй, биринчи орунда ЖКО турат. Атеросклероздук кардиосклероз – 112 пациентте, андан ары гипертониялык оорулар– 87 бейтапта, үчүнчү орунда өпкөнүн обструктивдик ооруусу – 72 пациентте ж.б. Эгерде, коштолгон оорулардын жалпы саны 446га жеткенин эске алсак, ар бир бейтапка – 2, 7 коштолгон оорулар туура келет.

Операциялоо коштолуучу патологияны токтоткондон жана кароодон кийин аткарылган.

Таблица 6 – Топтордо коштолгон оорулардын мүнөздөмөсү (n-168)

Патологиясы	I (%)	II (%)	III (%)	Баары
ЖКО. Атеросклероздук кардиосклероз	45	38	39	112
ӨОӨ	24	31	17	72
ЖЖ	11	1	8	20
МКАБ	1		1	2
Чыңалган стенокардия	7	1	8	16
Гипертониялык оору	39	29	19	87
Башынан өткөн инсульт	4	2	-	6
Энцефалопатия	4	4	7	15
Tbs	-	-	2	2
ТЖА	6	14	6	26
Мурда алган баш мээ жаракаты	1	1		2
Өнөкөт гастрит	12	5	3	20
Өнөкөт гепатит жана холецистит	4	3	4	11
Өнөкөт пиелонефрит, простатит	15	20	15	50
Адамдык бузулуу	2		3	5

Өтө ыкчам 3- суткага чейинки операциялоолор стационарга келип түшкөндөн 3 сутка аралыгына чейин жасалган (компенсацияланган коштолгон оорулары бар категориясында пациенттер;

Пландуу операциялоо 7 суткага чейин – 77 (45,9%) пациенттерге жасалган (субкомпенсацияланган коштолуучу оорулары менен пациенттердин категориясы);

7 суткадан 13 суткага ($\sigma=10,4\pm 0,9$) чейин токтотулган пландуу операциялар 54 (32,1%) бейтапка аткарылган, алар бул убакыт аралыгында коштолгон оорулары менен дарыланган.

Ошентип, операциялоонун эң жогору саны 7 суткага чейин аткарылган, бул бейтаптардын жалпы санынын (45,9%) түзөт.

Биз алган маалыматтарды статистикалык иштеп чыгаруу Statistica программасы жардамында жана стандарттык статистикалык көрсөткүчтөрдүн пакети (SPSS 11.0) менен жүргүзүлгөн.

Далилдүүлүгүн баалоо жана стат. иштеп чыгаруу үчүн абсолюттук чогултуу методу жана салыштырмалуу чоңдуктарды саноо (ыкчам жана экстенсивдик) ыкмасын колдондук. Топтор арасында айырмачылыгынын далилдүүлүгүн Стьюдента (t) критерии жана катасыз прогноздун болжолдуу деңгээли боюнча аныкталган. Далилдүүлүгүн анализдөө үчүн динамикалык катардын – көрсөткүчтөрү, абсолюттук жогорулоо (төмөндөө), өсүү темптери (%), репрезентативдик каталыгы колдонулган.

3 - бап. Жеке өздүк материалдарды изилдөө жыйынтыктары жана аны талкулоо

Диссертациялык ишти аткарууда жеке өздүк материалдардын негизи болуп:

- клиникалык материал (60 жаштан жогору сан сөөк моюнчасынын сыныгы менен бейтаптар) БТОИИБде 2010- 2016-жылга чейинки жаракат (төрт бөлүм) бөлүмдөрүндө (КР ССМин 01.16.06. бектилген медициналык иш кагаздардын формасы 003/У, байкоодогу бейтаптын жеке картасы);

- изилденүүчү топтун (n-168) операциялоого чейинки жана кийинки жана байкоодо болгон учурдагы рентген сүрөттөрү (1000ден ашык сүрөттөр);

- жамбаш-сан муунун компьютердик изилдөө маалыматы (n-32);

- операциялоо учурунда, операциялоодон кийинки жана калыбына келтирүү дарылоо аралыктагы фото жана видео тартуулар (500дөн ашык сүрөттөр);

- клиникалык материалды статистикалык иштеп чыгарылган маалыматтар

Клиникалык материалды иштеп чыгарууну жөнөкөйлөтүү жана репрезентативдик каталыгы менен далилдүүлүк белгисин аныктоо үчүн, тандоо ыкмасы менен – В2 жана В3 тобун алдык.

Таблица 7 – АО/ASIF (n-110) боюнча сыныктарды бөлүштүрүү

	Сынык түрү		
	В2	В3	Бардыгы
Абс.саны %	57 (51.8%)	53 (48.2%)	110 (100%)
Репрезентативдүүлүк каталыгы	57±0.9	53±1.2	54,8±1.1
Айырмачылыктын далилдүүлүгү - p	p≥0.05	p≤0.01	p≥0.05

7-таблица көрсөткөндөй жеке өздүк материал 110 бейтаптан топтолгон, аларга жамбаш муунга гемиартропластикалоо колдонулган. Эки топто далилдүүлүк айырмасы $p\geq 0.05$ жогору болгон эмес.

Андан дагы, биз сыныктын морфологиясын салыштыруу үчүн Pauwels классификациясын колдондук, ал сыныктын бурчун жогорку горизонталдык сызык боюнча аныктайт (8-табл.).

8 - таблицада сынык бурчу 50° төмөн I жана II түрүндө бейтаптар тобу (n-110), Pauwels классификациясында жалпы сандын 80.8 % түзгөн (канчалык бурчу кичине болсо, сынган жеринде туруктуулук жогору), туруксуз сыныктар бейтаптардын жалпы санынын 19.2 %нан төмөн санын түзгөн.

Таблица 8 – Pauwels (n-110) боюнча сыныктарды бөлүштүрүү

	Сынык түрү		
	I түрү	II түрү	III түрү
Абс. саны %	47 (42.7%)	42 (38.1%)	21 (19.2%)
Репрезентативдүүлүк каталыгы	47±1.0	42±0.96	21±1.1
Айырмачылыктын далилдүүлүгү - p	p≥0.05	p≤0.05	p≥0.01

Аялдардын саны 68,2%, эркектердин 31.8%, санынан жогору болгон, биздин маалымат аялдар 60 жашынан кийин бул патологияга жабыркоосу эркектерге караганда жогору экендигин далилдейт.

Жаш курактык категориясы боюнча көп сандагы пациенттер кары жашындагы топто (75-89 жыл) – 58 (52,7%), экинчи орунда улгайган жаштагылар – 48 (43,7%), жана көп жашагандар тобу – 4 (3,6%) пациентти түзгөн.

Бейтаптардын стационарга келип түшүүсүн бейтаптардын жана туугандарынын өз сөзүнөн, ошондой эле тез жардам кызматынын коштомо баракчалардын жазууларынан (каталыгы 1 сааттан 3-4 саатка чейин болушу мүмкүн, репрезентативдүүлүк каталыгы 0,05 жогору болбошу керек, ошондо изилдөөнүн акыркы жыйынтыктарына таасири жокко эсе болот).

Таблица 9 – Стационарга келип түшкөнгө чейин жаракат алынган мөөнөттөрү

Жаракат алуу убакыты		
1-12 саат	12-36 саат	3 суткадан жогору
42	22	46
38,1%	20%	41,9%
p≥0.05	p≤0.05	p≥0.01

Бейтаптардын 46 (41,9%) көбү 3 жана андан жогору суткада келип түшкөн, анткени көпчүлүгү республиканын аймактарынан келген, (72% жогору) бейтаптар, экинчи орунда 12 саатка чейин – 42 (38,1%) жаракат алган бейтаптар түзгөн, ал эң төмөн санда жаракат алгандан – 12 сааттан 36 саатка чейин келип түшкөндөр болгон.

Өздүк гемиартропластика ыкмасы

Жамбаш-сан мунунун гемиартропластикалоо ыкмасын аткаруу процессинде, айрым кемчиликтер жана операциялоо баскычында ишти чала аткарылгандык ачыкка чаккан. Биз аларды өзүнчө бөлдүк жана жамбаш-сан

муунун гемиартропластикалоо баскычтарында жана моменттеринде кемчиликтерди издөө менен кайра иштеп чыгарууну көздөп, 2015-жылдын июнь айында протезди имплантациялоого жаңы ыкманы ойлоп чыгарууга КР № 1753 патенти алынган.

- Анестезиологиялоо биздин учурда экт түрдө аткарылат (медициналык көрсөткүчтөрү боюнча):

- Эндотрахеалдык наркоз - 37 учурунда (22%);
- Жүлүн-мээни анестезиялоо - 131 учурунда (78%).

Бейтапты операциялоо даярдыгынан кийин (өзүнө камтыйт: кечки клизма, операциялоо алдында 0,3 мл - 2850 МЕ анти Ха-факторду активдүүлүктө төмөнкү молекулярдуу гепаринди (ТМГ) жана операциялоого чейин 2 саатта алдын алуу антибиотикотерапия (ПАБ) саюу, булар аткарылгандан кийин операциялоочу блокко жеткирилет. Бейтап капталынан, дени соо тарабына буту келтирилген абалда жатат. Операциялоочу жайды тазалоодон кийин, маркер менен негизги точкаларга жана ориентирлерге (чоң ийик башына, сандын туура каптал бетине жана кесүүгө багытталган жерге) багыттоочу белгилер коюлат. 10 см узундукта катмардуу кесүү, ийик башынын арткы четинен 1,5 см медиалдуурак жамбаш-сан муундун капсуласына чейин, б.а. жамбаш-сан муундун арты жагынан ачылат. Ийик башынын арткы 0,5-1,0 см четинен кетип жамбаш-сан муундун бардык узундугунда узатасынан тканды ачабыз жана этияттык менен санды ичи тарапка жылдырабыз (мында өтө кылдаттыкты сактоо керек, анткени сан сөөгүнүн ылдый тарабын ятрогендик жабыркатып алуу кооптуулугу бар), жана сан сөөгүнүн проксималдык бөлүгү визуалдуу ачылат. Ийик башынан жамбаш муундун капсуласын бөлгөндөн кийин, жамбаш сөөк чуңкурунун арткы четине чейин туурасынан ачабыз.

Мындайда операциялоочу хирургга толук бойдон сынган жерге чейин визуалдык көрүнүш ачылат. Капсуланын кесилген өйдөнкү жана ылдыйкы четинин ар бирин өзүнчө кармагыч менен карматабыз, ал башты алып салуу учурунда жана жамбаш сөөк чуңкуруна протезди тууралоодо, капсуланын жаракаттануусун төмөндөтөт. Жамбаш-сан муундун капсуласын штопор менен мобилизациялагандан кийин, сан сөөгүнүн башын кармоо менен айланасындагы ткандарды жабыркатпай акырындап сан сөөк башы алынат, өзүнчө штангенциркуль менен сан сөөк башынын өлчөмүн ченейбиз, ал протездин өлчөмүнө туура келип ылайык болуусу керек. Сан сөөгүнүн башы алынгандан кийин сандын проксималдык бөлүгүн операциялык жаратка чыгаруу менен сандын максималдык ички ротациясын аткаруу керек. Бурагычдын жардамында (сан сөөк каналын кеңейтүүчү – рашпиль) сан

каналын рашпиль менен өлчөмүнө жараша (ар бир бейтапка жекече өлчөмдө) акыркы тазалап, механикалык иштетүү жүргүзөбүз.

Протезди имплантациялоо үчүн сан сөөгүнө цементтик бекитүүнү колдонобуз. Эки компоненттүү цемент «BioFixIG» фирмасынын антибиотик менен колдонулат.

Тиешелүү өлчөмдөгү протез сандын физиологиялык антеверсиясын эске алуу менен сан сөөгүнө имплантталат. Санды тууралоо. Капсула эки кармагычтын ортосунда бекитилет жана керектүү учурларда өзүнчө тигиштеп өзүнчө туннел аркылуу сандын проксималдык бөлүгүнүн тарак сымал сызыгына бекилет (30.06.2015-жылы КР №1753 патенти алынган). Жарат антисептиктердин эритмеси менен жуулат, жаратка катмардуу тигиштер тигилет. Асептикалык марли байланат. Бейтапты горизонталдык абалда, гемодинамикасына жараша бөлүмгө же жандандыруу бөлүмүнө жаткырылат.

Биз иштеп чыгарган жамбаш-сан муундун арткы капсуласын бекитүү ыкмасы жеке өздүк материалдардын бардык учурларында колдонулган (n-110).

Интраоперациялык убакыт $t = 41 \pm 8.3$ мүнөт созулган, ишеним интервалы $- 4,1$ мүнөт.

Өздүк материалдагы топто бейтаптын стационарда жаткан орточо мөөнөтү $15,7 \pm 4,3$ койка – күндөрү, ишеним интервалы $- 2,2$ койка күн түзгөн.

Биз өзүбүздүн жеке материалыбыз (n-110) менен БШТОИИБдин бөлүмдөрүндө башка (стандартталган) ыкмада жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоону (n жогору 150) салыштырууда, анын айрым артыкчылыктарын аныктадык:

- биринчиден, интраоперациялык артынан ачылган (10 см төмөн) визуалдуу контролду жана операциялоо кийлигишүү учурундагы хирургдун кыймылын жеңилдетет;

- экинчиден, башында узатасынан, андан кийин туурасынан жамбаш-сан муундун капсуласын ачуу жана аларды тарак сымал сызыкка кармоочтор менен карматуу кичине жаракаттуу жана сандын башын тууралоо учурунда, анын жамбаш-сан муун көңдөйүнө инвагинацияланышын алдын алат;

- үчүнчүдөн, гемиартропластикалоодон кийин жамбаш-сан муун капсуласынын арткы бөлүгүн бекитүү, ал жамбаш-сан муундун өз ара тигилген капсуласын тоннель аркылуу өткөрүү тыгыз жана герметикалык аларды бекемдейт жана операциялоодон кийинки аралыкта люксацияланышын (бертинүү) алдын алат – эффективдүүлүгү 10% жогору.

- төртүнчүсүнөн, биз сунуштаган жамбаш-сан муундун капсуласын бекитүү ыкмасы колдонууда жөнөкөй, дарыгердин атайын дасыгуусун талап кылбайт, аткаруу техникасы боюнча кичине жаракаттуу, операцияланган буттун эрте калыбына келүүсүнө жана реабилитацияланышына түрткү берет.

Жеке өзүмдүн жана коллегаларымдын көп жылдык тажрыйбасына таянуу менен биз калыбына келтирүүнү бир нече баскычтарга бөлүдүк.

Калыбына келтирүүнүн – биринчи баскычы, операциялоо учурдан 2 сутка аралыкка чейин. Бул көнүгүү комплекстерине пациент жаткан абалына аткарылган машыгуулар кирет, алар буттарда (балтыр кетмен бут мууну, тизе жана жамбаш-сан муун) уюлуу процесстерин алдын алуу үчүн аткарылат. Эң башында соо бутту кыймылдатуу, андан кийин кылдаттык менен акырындап операцияланган бут кыймылдатуу аткарылат (көнүгүү комплекси ылдыйда келтирилген).

Калыбына келтирүүнүн экинчи фазасы 2ден 5 суткалык аралыкты өзүнө камтыйт. Эгерде, калыбына келүүнүн биринчи фазасында бейтап өзү аткарсат, экинчи фазасында инструктордун же окутулган мед.персоналдын жардамында аткарылышы керек.

Калыбына келтирүүнүн үчүнчү фазасы жамбаш-сан муундун 6 суткадан башталып, толук калыбана келүү абалына чейин созулат. Ал, өзүнө жамбаш-сан муундун жана тизе муундун айкалышкан татаал кыймылдарын (балдак же жардамкеч менен тепкичке чыгуу жана түшүү) өзүнө камтыйт.

4 - бап. Клиникалык изилдөөлөрдүн жыйынтыктары

Таяныч-кыймылдоо аппаратын операциялоонун эффективдүүлүгүнүн көрсөткүчтөрүнүн бири, алардын акыркы жыйынтыктары болуп эсептелет.

Ошентип, алыскы жана жакынкы жыйынтыктарды J. Chamleyдин сандык шкаласы боюнча көрсөттүк, ал колдонууга жөнөкөй жана жеңил эсептелет.

Таблица 10 – 6 ай жана андан жогору мөөнөттөрдө операциялоонун жыйынтыктары

Операциялоо ыкмасы	Бейтаптардын саны	%	Жакшы жыйынтык	Канааттан. жыйынтык	Терс жыйынтык
Спонгиоздук бурамалар	58	34,5%	23 (40%)	30 (52%)	5 (3,0%)
Бир полостуу гемиартропластикалоо	57	33,9%	27 (47,4%)	28 (49,1%)	2 (1,2%)
Биполярдык гемиартропластикалоо	53	31,6%	27 (51%)	25 (47,1%)	1 (0,6%)
Баары	168	100%	78 (46,4%)	83 (49,4%)	7 (4,8%)

10-таблицада көрсөтүлгөндөй J. Charnley шкаласы боюнча, баардык бейтаптардын арасынан 6 ай, андан жогору айлардын ичинде жакшы жана канааттандыраарлык жыйынтыктарды биз бир жана биполярдык топтордон 47%дан жогорку көрсөткүчтөрдү байкадык.

Ал эми канааттандыраарлык эмес жыйынтыкка остеоинтез тобундагылар – 5(8%) түзсө, бир полностук протездегилер – 2(3,5%) түзсө, анда биполярдык топту -1(1,9%) түзөт.

Дарылоо процессинде жана операциялоодон кийинки аралыкта, илимий ишти аткаруу учурунда, биз каталыктарга жана кабылдоолорго өзгөчө көңүл бөлүк.

Биздин маалыматтар боюнча биринчи топко – *дарыгердик дарт аныктоолук каталыктар* байкалган эмес, 32 (19,0%) учурдагы дарт аныктоодо жамбаш сан муунга КТ жасалган, эки жолу (1,2%) жамбаш сан муунунун кептелме сыныктарын аныктоо кыйындагандыктан, тактоо үчүн кошумча дарт аныктоолор жүргүзүлгөн, ал дарылоо планына тассир көрсөткөн (сан моюнчасына канюлирленген бурамалар менен остеоинтезделген).

Экинчи топ - *дарыгердик тактикалык каталыктардын* эң чоң тобу:

- аймактардан келген 4 бейтапка В2, В3 түрүндөгү сан моюнчасынын сыныгы аныкталган, бирок белгисиз себептерден операциялоо жасалган эмес – 2,4%;

- 5 бейтапка моюнчасын бурамалар менен остеоинтездөө жүргүзүлгөн, бирок жалган муун пайда болгон, андан кийин жамбаш сан муунуна гемиартропластикалоо жасалган – 3,0%.

Операциялоо – техникалык каталыктардын – тобу:

- Сынган жери жетишсиз бекилген же айтылуучу “кыска бурамалар”;

- Сан моюнчасынын анатомиясына эске алынбай, бураманы туура эмес киргизүү (Cleveland-Zones)– Кливленд зоналары (Cleveland M. et al. JBJS 1959);

- Аксиалдык проекциясында бураманы туура эмес киргизүү (ЭОӨ маалыматын эске албагандыктан);

Бардык учурларда жалпы жабыркагандардан (3,0%) 5 бейтап аныкталган.

Жамбаш сан муунун *гемиартропластикалоо учурунда кеткен каталыктар:*

- Протездин башын туура эмес орнотуу, б.а. нормалдуу анатомия курсунан биз билебиз, сандын башы анын айлануу огуна карата 15 градус антеверсияда турат, жана протездин бутчасын орнотууда бул антеверсия бурчунун көрсөткүчтөрүн эске алуу керек, туура эмес орнотууда буттун ички тарабына ашыкча ротацияланышына алып келет, ал өз кезегинде операциялоодон кийин сандын люксацияланышына түрткү берет.

- Сандын каналына цементти жетишсиз берүү, б.а. сан каналын даярдап, жана протездин бутчасын орнотууга цемент жетиштүү түрдө берилиши керек (min 30 гр.), ал өз кезегинде полимеризациялануу жолу менен (эки компоненттүү цемент) сандын каналы протездин бутчасы менен биригүүсүн бекемдейт. Бизде бул бир учурда байкалган – 0,6%, ал каталык ревизиялык протездөө менен чечилген.

- Сан сөөгүнүн баш өлчөмүн туура тандоо, б.а., операциялоо алдындагы даярдыкта протездердин линейкасын даярдоо керектүү, жана аларды ийик баш чуңкурунан алганда туура өлчөө. Чоң өлчөмдө, туура эмес тандалганда ийик баш чуңкуруна толук эмес туураланбай – операциядан кийинки аралыкта люксация пайда болуусуна шарт түзөт.

Кичине өлчөмдө туура эмес тандоо сандын убактысынан мурун протрузияланышына түрткү берет жана операцияланган кийинки аралыкта ачык билинген ооруу синдромун пайда кылат. Бейтаптардын тобунда биз 4 учурду байкалык (2,4%).

Биз жаш курагына, соматикалык патологиясынын ачык билинүүсүнө жана сыныктын мүнөзүнө карата сан сөөк моюнчасынын сыныктары менен бейтаптардын дарылоо тактикасын алып барууга мүмкүндүк түзүүчү, анда да стационардын мүмкүндүктөрүн жана операциялоочу хирургдун дасыгуусуна жараша алгоритмди иштеп чыгууга максат койдук.

Ошентип, биз медиалдык сыныктары (АО-ASIF классификациясы боюнча В түрү) менен улгайган, кары жаш курагындагы жана узак жашоо жашаган (n-168) бейтаптардын жыйынтыктарына таянган илимий изилдөө жүргүздүк.

Изилдөөлөр 500 бейтаптын бейтап баянынан рандомизирленген тандоо жолу менен жүргүзгөн ыкмасында, изилдөөгө бир тобу (n-168) алынган.

Жаш курагы, ошондой эле жаракаттанган механизми боюнча бейтаптар топторго бөлүнүп, ишенимдүүлүк интервалы жана тактыгын аныктоо менен изилдөө жүргүзүлгөн.

Операциялоо жыйынтыктарын жакшыртуу үчүн, автор жамбаш сан муунга кирүүнүн жаңы ыкмасын иштеп чыккан жана жамбаш сан муундун арткы капсуласын бекемдөөгө КР 2015 жылдын июнь айында № 1753 патент алган.

Операциялоонун сунушталган ыкмасын колдонуу менен 110 бейтап операцияланган жана операциялоонун башка жолдорунан өзүнүн артыкчылыгын көрсөткөн, ошондой эле 60 жаштан жогору бейтаптардын, сөөк танынын сапаты, жаракат алган учурдан убактына жана бейтаптын күтүүсүнө негизделген дарылоо алгоритми иштелип чыккан.

Жогорудагы белгиленген аргументтердин негизинде жана биздин диссертациялык ишибиздин башындагы алдыга коюлган максаттарга ылайык, төмөнкү жыйынтыктарга жана практикалык сунуштамаларга келдик.

ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ:

1. Кабыл алуу бөлүмүнө келип түшкөн улгайган, кары жана узак жаш курагындагы бейтаптардын талдоосунда жалпы келип түшкөн бейтаптардын санынан 30%ы стационардык дарылоодон баш тартканы аныкталган. Баш тарткан себеби, 50% учурунда - сенилдик деменция, 20% - учурунда декомпенсацияланган жүрөк-кан тамыр жетишсиздиги, 15% - мурда баш мээ инсультунан жабыркаган (геми жана парализ), 10 % көп жаткандан орудуулар, жаракат алганга чейин төшөк режими, 5% себептери белгисиз болгон.

2. Жамбаш сан муундун капсуласын бекемдөөчү сунушталган ыкмасы (КР 30.06.2015. –ж. №1753 патенти) өзүнүн аткаруу техникасы боюнча азыр иштеп жаткан гемиартропластика ыкмасынан артыкчылыкта экендиги аныкталып, аны менен катар операцияланган кийинки аралыктагы чыгып кетүү, бертинүү процессин төмөндөтүүсү белгиленген.

3. В1, В3 түрүндөгү сыныктарда жамбаш сан муунга гемиартропластикалоо колдонуу (бир же эки полярдык протездөө,) В2 түрүндөгү сыныктарда канолирленген бурама менен сан муунчасын остеосинтездөө алардын эффективдүүлүгүн көрсөткөн жана операциялоочу хирургдун тандоосуна татыктуу болуп саналат.

4. Жамбаш муундун гемиартропластикасы менен бейтаптарды калыбына келтирүүгө сунушталган фазалык, кадамдык кыймылдоолордун көнүгүү комплекси калыбына келүү убакытын бир топко кыскартышы аныкталган.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАМАЛАРЫ:

1. Биоплярдык гемипротезди колдонуу, бир уюлдуу протезге караганда жамбаш сөөгүнүн чөйчөгүн жана чөйчөктүн түбүнүн лизисин минималдаштырат.

2. Гериатрикалык топтогу сыркоолордун В2, 3 түрүндөгү сан сөөгүнүн сыныктарын биринчи баскычтагы оптималдык ыкмадагы дарылоонун бир түрү болуп жамбаш-сан сөөгүнүн гемиартропластикасы эсептелет.

3. Жамбаш-сан сөөгүнүн гемиартропластикасынын негизги каталыктарынын булагы болуп, операция жолунун тандоо ыкмасынын,

операциянын жасоо техникасынын кемчилиги жана орруулунун жеке жарандык каталыгы.

ДИССЕРТАЦИЯЛЫК ТЕМА БОЮНЧА ЖАРЫЯЛАНГАН ИШТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Суеркулов, Б.Т. Анализ результатов биполярного эндопротезирования при медиальных переломах бедренной кости у лиц старшего возраста [Текст] / С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов, Б.Т. Суеркулов // Классика и инновации в травматологии и ортопедии. - Саратов, 2016. - С. 87-90.

2. Характер сопутствующей патологии у лиц старческого возраста при переломах бедренной кости [Текст] / [Б.С. Анаркулов, Э.Р. Озонава, Б.Т. Суеркулов и др.] // Наука, техника и образование. – Иваново «Олимп», 2017. - № 1 (31). - С. 101-104.

3. Суеркулов, Б.Т. Современные и новые аспекты хирургического лечения при биполярном эндопротезировании тазобедренного сустава у лиц преклонного возраста [Текст] / Б.С. Анаркулов, Б.Т. Суеркулов // Достижения науки и образования. - Иваново «Олимп», 2016. - № 10 (11). - С. 55-58.

4. Суеркулов, Б.Т. “Биполярдык эндопротездөөдө жамбаш муунунун чел кабыгын калыбына келтирүү ыкмасы” [Текст] / Анаркулов Б.С., Суеркулов Б.Т. / Интеллектуалдык менчик. – Бишкек, 2015. - №7. – С.8-9.

5. Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста» [Текст] / [Б.Т. Суеркулов, С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев и др.] // Вестник КГМА. – Бишкек, 2015. - №1. – С.115-117.

6. Лечение переломов шейки бедренной кости на современном этапе [Текст] / [Б.Т. Суеркулов, С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев и др.] // Вестник КГМА. – Бишкек, 2013. - №4. – С. 103-105.

7. Полисегментарное эндопротезирование крупных суставов при заболеваниях ревматоидном полиартрите и болезни Бехтерева» [Текст] / [Б.Т. Суеркулов, С.А. Джумабеков, Ж.Ж. Картанбаев и др.] // Вестник КГМА. – Бишкек, 2014. - №4. – С. 85-88.

8. Суеркулов, Б.Т. Наш метод хирургического лечения при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста [Текст] / Б.Т. Суеркулов // Евразийский научный журнал. – М., 2016. - №5. – С.112-115.

9. Суеркулов, Б.Т. ”Жамбаш-сан муунунун капсуласын артрономиялоо ыкмасы” [Текст] / Б.С. Анаркулов, Б.Т. Суеркулов / Интеллектуалдык менчик. – Бишкек, 2016. - №12. – С.6-7.

10. Суеркулов, Б.Т. “Кашка жиликтин башынын ийилген аралыгынын сынышында жамбаш-сан сөөк муунун эндопротездөө ыкмасы” [Текст] / Б.С.

Анаркулов, Б.Т. Суеркулов / Интеллектуалдык менчик. – Бишкек, 2017. - №7. – С.6-7.

11. Суеркулов, Б.Т. “Улгайган курактагы адамдардын кашка жилигинин үстүнкү бөлүгүнө операциялык кийлигишүүдө жүлүндү анестезиялоо ыкмасы” [Текст] / Б.С. Анаркулов, Б.Т. Суеркулов / Интеллектуалдык менчик. – Бишкек, 2017. - №9. – С.7-8.

Суеркулов Бахтияр Турдукуловичтин «Улгайган жана кары жаш курактагы адамдардын сан сөөк моюнчасынын сыныктарын жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоо» темасындагы 14.01.15 – травматология жана ортопедия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын жактоого коюлган диссертациялык эмгегине

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: сан сөөгүнүнүн моюнунун сыныгы, остеосинтез, гемиартропластика, дарылоо алгоритми.

Изилдөөнүн объектиси. Сан сөөктөрүнүн моюнунун ар кандай сыныктары менен Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборунда 2010 – 2016 – жылдары стационардык дарылоодон өткөн 168 бейтаптар. Бейтаптар үч топко бөлүнгөн: биринчи топ - сан сөөгүнүнүн моюнунун сыныктарын спонгиоздук бурама жана пластина колдонулган 58 (34,5 %), экинчи топ - бир уюлдук гемипротез колдонулган - 57 (33,9 %), үчүнчү топ - кош уюлдук гемипротез колдонулган 53 (31,6%) бейтап.

Изилдөөнүн максаты. Улгайган жана карыган жаштагы оорулардын сан сөөгүнүнүн моюнунун сыныктарын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын кичи-инвазивдүү антилокациялык гемиартропластика ыкмасы жана бул сыныктарда кыймыл-аракет алгоритмин иштеп табуу негизинде жакшыртуу.

Изилдөөнүн ыкмалары: рентгенологиялык, клиникалык жана статистикалык.

Изилдөөнүн жыйынтыктары. Улгайган жана карыган жаштагы бейтаптардын сан сөөктөрүнүн моюнунун сыныктарын операциялык дарылоодо жамбаш-сан сөөгүнүнүн гемиартропластикасы башка остеосинтез жолу менен дарылангандардан эффективдүүлүгү менен далилденди. Жамбаш-сан сөөгүнүнүн арткы чел кабыгынын оригиналдуу бекитүү ыкмасы (30.06.2015-жылдагы КР №1753 патенти), операциядан кийинки убакта сан сөөгүнүнүн моюн башын муун ичинен чыгып кетүүсүн алдын алып, кабылдоолор тобокелдин азайтат.

Илимий жаңылыгы. Улгайган жана кары жаш курагындагы бейтаптардын жыйынтыктарына салыштырмалоо анализи жүргүзүлгөн, ал башка операциялоо түрлөрүнө караганда эффективдүүлүгүн көрсөттү. Кыргыз Республикасында биринчи жолу улгайган жана кары жаш курагындагы

башка операциялоо түрлөрүнө караганда эффективдүүлүгүн көрсөттү. Кыргыз Республикасында биринчи жолу улгайган жана кары жаш курагындагы бейтаптардын сан сөөк моюнчасы сынганда, операциялоочу хирургдун мүмкүнчүлүгүн жана жабдуулануусун эске алуучу кыймылдоо алгоритми иштеп чыгарылган.

Колдонуу чөйрөсү: Саламаттыкты сактоо тармагы, травматология жана ортопедия.

РЕЗЮМЕ

Диссертационной работы Суеркулова Б.Т. на тему “Гемиартропластика тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста”, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.15 – травматология и ортопедия.

Ключевые слова: перелом шейки бедренной кости, остеосинтез, гемиартропластика, алгоритм лечения

Объект исследования. Научная работа основана на 168 больных с медиальными переломами бедренной кости пролеченных в БНИЦТО в период с 2010 по 2016 гг. Все больные разделены на три группы: первая группа – остеосинтез на костной пластине спонгиозными винтами 58 (34,5%), вторая группа – однополюсное эндопротезирование 57 (33,9%), а третья группа – биполярное эндопротезирование 53 (31,6%) пациентов.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с переломами шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста, путем разработки алгоритма действий при медиальных переломах и малоинвазивного антилокационного способа гемиартропластики тазобедренного сустава.

Методы исследования: рентгенологические, клинические и статистические.

Результаты исследования. Доказана эффективность гемиартропластики тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста по сравнению остеосинтезом. Разработан способ укрепления капсулы тазобедренного сустава (30.06.2015года КР №1753), который сокращает интраоперационное время и предотвращает люксацию в послеоперационном периоде.

Научная новизна

Проведен сравнительный анализ результатов гемиартропластики у лиц пожилого и старческого возраста, который показал их эффективность перед другими видами оперативного лечения. Впервые в Кыргызской Республике

пожилого и старческого возраста, учитывающие возможности оперирующего хирурга и оснащённость стационара.

Область применения: Здравоохранения, травматология и ортопедия.

SUMMARY

Dissertational work of Suerkulov B.T. on the theme: "Hemiarthroplasty of the hip joint for fractures of the femoral neck in elderly and senile patients", for the academic degree of the candidate of medical sciences on specialty 14.01.15 - traumatology and orthopedics.

Key words: femoral neck fracture, osteosynthesis, hemiarthroplasty, treatment algorithm

Object of study. The scientific work is based on 168 patients with medial fractures of the femur treated in BNNCE in the period from 2010 to 2016. All patients are divided into three groups: the first group - osteosynthesis with a spinal plate with spongy screws 58 (34.5%), the second group - single-pole endoprosthesis 57 (33.9%), and the third group - bipolar endoprosthesis 53 (31.6%) patients.

Purpose of the study. Improving the results of surgical treatment of patients with femoral neck fractures in elderly and senile people, by developing an algorithm for medial fractures and a minimally invasive antiluxation method of hemiarthroplasty of the hip joint.

Methods of investigation: X-ray, clinical and statistical.

Results of the study. It was proved that the hemiarthroplasty of the hip joint with fractures of the femoral neck in elderly and senile patients in comparing with osteosynthesis is more effective. A method for strengthening the capsule of the hip joint (30.06.2015 year of the KR No. 1753), which reduces intraoperative time and prevents luxation in the postoperative period, has been developed.

Scientific novelty. A comparative analysis of hemiarthroplasty results in elderly and senile patients was performed, which showed their effectiveness before other types of operative treatment. For the first time in the Kyrgyz Republic, an algorithm for the treatment of fractures of the femoral neck in elderly and senile patients has been developed, taking into account the capabilities of the operating surgeon and the equipment of the hospital.

Areas of application: Health care, traumatology and orthopedics.

Шарттуу белгилердин кыскача тизмеги

БТОИИБ	Бишкек травматология жана ортопедия илимий изилдөө борбору
ИЦОИ	Илимий Цитаттоонун Орусиялык Индекс
АО/ASIF	Ортопеддер Ассоциациясы
КР	Кыргызская Республикасы
КММА	Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
ВДССУ	Бүткүл дүйнөлүк саламаттык сактоо уюму
ЖКО	Жүрөктүн коронардык ооруусу
ӨӨӨ	Өпкөнүн обструктивдүү өнөкөт оорулары
КД	Кант диабети
МКАӨБ	Мээде кан айлануунун өткүр бузулуусу
ТЖА	Темир жетишсиздигинин анемия
БМЖ	Баш – мээ жаракаты
КР ССМин	Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо Министрлиги
КМГ	Кичимолекулярдык гепарин
ЭСӨ	Эларалык сандык өлчөм
ПАП	Профилактилык антибиотикотерапиясы
ЭӨӨ	Электрондук-оптикалык өзгөрткүч

СУЕРКУЛОВ БАХТИЯР ТУРДУКУЛОВИЧ

**ГЕМИАРТРОПЛАСТИКА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ
ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Объем 1,56 уч.издл.

Тираж 100 экз. Заказ № 52

Типография ОсОО «Agip-Press»

720000, г. Бишкек, ул. Абдрахманова, 208

Тел.: 0(552) 92-89-28

e-mail: uspeh8@bk.ru