

BALDIR SÜMÜKLƏRİNİN SINIQLARININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ PROSESİNDƏ BAŞ VERƏN SƏHV VƏ AĞIRLAŞMALAR

Skeletin diafizar sümüklərinin sınıqlarının 8,1-36,6 %-i baldır sümüklərinin payına düşür və bu zaman aparılan müalicələrin nəticələrinə görə bu və ya digər ağırlaşmalar 12,5-20 % təşkil edir (Приоров Н.Н., 1960; Дубров Н.Г., 1972; Uatson Djons R., 1972; Юматов Г.С., 1977; Швед С.И. və b., 1993; Müller M.E. və başqaları, 1996; Папсуйшапка А.К. və b., 1998; Аскаланов А.А. və b., 1987; Лукин А.В., 1986; Şişiklar Z.U., 1999; Ханалиев Ю.Б. və b., 2000), bu da xəstələrin əmək qabiliyyətinin itirilmə müddətinin artmasına və birincili əliliyin daha da çox baş verməsinə gətirib çıxarır (Ауфанов А.И. və b., 1993; Müller M.A. və b., 1995; Brusko A.T. və b., 1997; Галибин В.С. və b., 2000, Şişiklar Z.İ., 1999; Sarmiento A. et al., 2003; Museri L.M., 2002).

Müasir dövrdə sınıqların cərrahi müalicəsi əsasən iki istiqamətdə inkişaf etməkdədir: müxtəlif sümüküslüüyü və daxili implantatların və xarici fiksə aparatlarının tətbiqi ilə aparılan cərrahi müdaxilələr.

1958-ci ildən başlayaraq AO qrupmasının apardığı tədqiqatlara görə baldır sümüklərinin sınıqlarının 3/1-də, budun sınıqlarının isə 2/3-ə permanent funksional dəyişikliklər baş verir (Müller M.E. və b., 1986) və bunları aradan qaldırmaq üçün, ümumiyyətlə sınıqların müalicəsində 4 əsas prinsipə riayət edilməlidir: Erkən cərrahi anatomik repozisiya, daxili stabil fiksasiya, travmatik cərrahi texnika, erkən aktiv mobilizasiya.

Cədvəl 1

Cərrahi əməliyyatlar	Baldır segmenti								Cəmi
	Proksimal hissə		Diafizər hissə		Distal hissə		Topuqlar		
	açıq	qapalı	açıq	qapalı	açıq	qapalı	açıq	qapalı	
İlizarov aparatı ilə osteosintez	6	11	8	16	9	20	3	10	83
İlizarov aparatı ilə bilokal osteosintez			4	3	1				8
AO tipli lövhələrlə osteosintez		2		9		1			12
AO tipli vintlərlə osteosintez		8						8	16
Yivli aparatla osteosintez			2	3					5

Göründüyü kimi, bu prinsiplərin icrası zamanı hər etapın özünə xas səhv və ağırlaşmaları baş verə bilər. Bunlardan ən başlıcaları cərrahiyyə otağında aseptikaya tam riayət edilməsi, yara infeksiyasının qarşısını almaq tədbirləri, operasiyanın düzgün planlaşdırılması, cərrahi sahənin hazırlanması, cərrahi instrument və implantatların hazırlanması, travmatik cərrahi texnika, yaranın bağlanması və s.

Təkcə keçmiş Sovet respublikalarında deyil, bütün dünyada sınıqların və müxtəlif patologiyaların cərrahi müalicəsində, çoxsaylı xarici fiksə aparatlarının tətbiqi durmadan artmaqdadır və bu zaman əldə edilmiş nailiyyətlər göz qabağındadır. Lakin bu metodun əhəmiyyəti və nisbətən sadəliyinə baxmayaraq, axırncı illərdə öz növbəsində səhv və ağırlaşmaların artması müşahidə edilir (Bаймаметов III.A., 2000).

Müxtəlif xarici fiksə aparatlarının (XFA) tətbiqi zamanı baş verən səhv və ağırlaşmalar ümumiyyətlə üç qrupa bölünür: Təşkilati səhvlər, müalicə-taktiki səhvlər, texniki səhvlər.

M.E.Müllerin (1996) klassifikasiyasına görə baldır sümüklerinin sınıqları 4 qrupa bölünür: proksimal, diafizər, distal hissəsinin və topuqların sınıqları. Klassifikasiyadan görünür ki, bu sınıqlar zamanı bu və ya digər cərrahi üsulların tətbiqi də müxtəlifdir. Belə ki, bu sınıqlarda dəri örtüyü və yumşaq toxumaların geniş zədələnməsi və defekti, eləcə də sümük defekti ilə müşayiət olunarsa, müxtəlif xarici fiksə aparatları, xüsusilə İlizarov aparatının tətbiqi üstünlük təşkil etdiyi halda, sınıqların qapalı zədələnmələrində isə müxtəlif metal konstruksiyalarla sümüküştüyü - daxili osteosintezləri ön plana keçir və beləliklə, bu üsulların tətbiqi zamanı baş verən səhv və ağırlaşmaların aradan götürülməsi də öz aktuallığını artırır.

Azərbaycan Respublikası Elmi-tədqiqat travmatologiya və ortopediya institutunun travmanın fəsadları şöbəsində 1999-2003-cü illər ərzində 158 xəstə baldır sümüklerinin sınığı ilə nəzarətimiz altında olmuşdur. Onlardan 119 kişi, 39 qadın olmuşdur. Yaş həddi 16-85 arasında olmuşdur.

Onlardan 124 xəstə (66,9 %) üzərində cərrahi əməliyyat aparılmışdır. Sınıqların lokalizasiyasından asılı olaraq aparılan cərrahi əməliyyatlar cədvəl 1-də verilmişdir.

Biz əsasən ixtisaslaşdırılmış – stasionar müalicə şəraitində cərrahi əməliyyata hazırlıq, cərrahi əməliyyat və əməliyyatdan sonrakı dövrdə xəstələrin müalicəsi prosesində baş verən səhv və ağırlaşmaları və onların aradan qaldırılması yollarını öyrənməyə çalışmışıq. Öz işimizdə baş verən səhv və ağırlaşmaları müvafiq olaraq 3 qrupa bölmüşük: təşkilati səhvlər, texniki səhvlər və müalicə-taktiki səhvlər.

Təşkilati səhvlərdən əsasən stasionarın texniki avadanlıqlarla tam təmin edilməməsini, aparat-sargı otağının və xüsusi hazırlıqlı tibb personalının olmamasını göstərmək olar.

Texniki səhvlərə aşağıdakıları aid etmək olar: XFA-nın və AO sisteminin tətbiqi texnologiyası qaydalarının pozulması, „sümük-aparat“ sisteminə texniki və biomexaniki oxların qeyri-uyğunsuzluğu, həlqələrin azlığı və onların segmentin diametrinə uyğunsuzluğu, yumşaq toxumaların termiki yanığı, XFA-nın iş rejiminin pozulması (kompresiya, distraksiya), qeyri-uyğun lövhələrin və vintlərin seçilməsi, müxtəlif tərkibli implantatların tətbiqi və s.

Müalicə-taktiki səhvlərə isə aşağıdakıları aid etmək olar: müəyyən şəraiti nəzərə almaqla hər bir konkret halda differensiasiya olmuş tədbirlər sistemini müzakirə etməklə konkret cərrahi planın hazırlanmış həyata keçirilməsi ilə yaxşı nəticələrin əldə edilməsinə nail olmaq üçün segmentin anatomik-fizioloji xüsusiyyətlərini nəzərə almaqla XFA-nı və ya AO sisteminin kompanovkası və tətbiqini əsaslandırmaqla ən məqsədəuyğun cərrahi əməliyyatı seçmək zəruriyyəti əsas şərtlərdən sayıla bilər.

Yuxarıda göstərilən səhvlərdən sonra baş verə biləcək ağırlaşmaların demək olar ki, sərhədi yoxdur. Bunlardan ən çox təsadüf ediləni aşağıdakılardır: yaranın irinləməsi, ostit, osteomielit, implantatların sınıması, metalloz, təkrari sınıqlar, millərin ətrafının irinləməsi, mil osteomieliti, millərin və yivlərin sınıması, XFA-da fraqmentlərin yerini dəyişməsi, qeyri-stabil osteosintez, sinir-damar kələfinin zədələnməsi, nevrin, artrit, sümüklerin zəif bitişməsi, qeyri-düzgün bitişməsi, yancağı oynaqı və s.

Göstərilən dövrdə baldır sümüklerinin proksimal hissəsinin sınığı ilə 34 xəstə, diafizər hissəsinin sınığı ilə 43 xəstə, distal hissəsinin sınığı ilə 53 xəstə, topuqların sınığı ilə 28 xəstə şöbədə müalicə almışdır.

Onlardan 41-də açıq sınıq olmuşdur.

Cədvəl 1-dən göründüyü kimi onların 91-də İlizarov aparatı ilə, 12-də AO tipli lövhələrlə, 16-də AO tipli vintlərlə və 5-ə yivli aparatla osteosintez əməliyyatı aparılmışdır. 34 xəstə isə konservativ üsulla müalicə edilmişdir (əsasən xəstələrin öz tələbinə görə).

Müalicə prosesində baş vermiş ağırlaşmalardan aşağıdakıları göstərmək olar. Bütün cərrahi əməliyyatlar əsasən planlı şəkildə, institutun elmi konfransında müzakirə

edildikdən sonra həyata keçirilmişdir. Bu ağırlaşmaları 2 qrupa bölmüşük. XFA-nın və AO sisteminin tətbiqindən sonra baş verən ağırlaşmalar müvafiq olaraq 21,9 % və 32,1 % təşkil etmişdir.

İlizarov aparatının tətbiqindən sonra 12 xəstədə bir-iki-üç milin ətrafının iltihabı, 1 xəstədə mil osteomieliti və sümüyün zəif bitməsi, 1 xəstədə milin sınıması, 2 xəstədə fraqmentlərin yerdəyişməsi və zəif bitməsi, 1 xəstədə dayaqlı milin sümüyün kortikal hissəsini cırıb keçməsi, 1 xəstədə osteomielitlə olan ağırlaşma baş vermişdir. Qamış sümüyünün diafizinin köhnəlmiş sınığı və yumşaq toxumalarının geniş nekrozu ilə olan 1 xəstədə sırf yivli aparat (Howmedica) tətbiq edilmiş, lakin stabil osteosintez alınmadığı üçün aparat çıxarılaraq yenisi ilə əvəz edilmiş, yaralar sağaldıqdan sonra ambulator müalicəyə yazılmışdır.

XFA-nın tətbiqindən sonrakı ağırlaşmaları adətən texniki səhvlərə və aseptikanın pozulmasına aid etmək olar. Bütün göstərilən ağırlaşmaları aparılan adekvat tədbirlərdən sonra aradan qaldırmaq mümkün olmuş, yaxşı və kafi nəticələrə nail olmuşuq.

Digər qrup xəstələrdə isə, yəni AO tipli lövhə və vintlərlə aparılmış 28 osteosintez əməliyyatı zamanı 7 xəstədə yara 2-cili sağalmış, 2 xəstədə vintin biri sınımışdır ki, bunlar da cərrahi əməliyyatın texnologiyasının pozulması kimi qiymətləndirilə bilər.

Bələklə, xəstələrin müalicəsi prosesində baş vermiş səhv və ağırlaşmaları analiz etməklə, gələcəkdə onların baş vermə səbəblərinin və fəsadlarının aradan qaldırılması yollarına nail olmaq olar.

РЕЗЮМЕ

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

А.З.Давудов

Азербайджанский Научно-Исследовательский Институт
травматологии и ортопедии

В статье приводились данные об ошибке и осложнениях при лечении переломов костей голени у 158 больных. Из них 124 больных подверглись оперативному вмешательству: 91 больным – аппаратом Илизарова Г.А., 12 больным – пластиной по типу АО, 16 больным – винтами по типу АО и 5 больным – чисто стержневым аппаратом.

Проводимый анализ показал, что при остеосинтезе внешнефиксирующими аппаратами, ошибки и осложнения составили 21,9 %, а при погружном остеосинтезе 32,1 %.

Учитывая организационные и тактико-технические ошибки можно значительно снизить возможные ошибки и осложнения.

ƏDƏBİYYAT

1. Ауфанов А.И. и др. Метод Илизарова в лечении травматических дефектов костей голени. Метод Илизарова. Достижения и перспективы. Курган, 1993, с.26-28.
2. Аскаланов А.А., Гордиенко С.М., Воронцов С. Влияние иммуностимуляции на репаративный остеосинтез. Орт. тр. и прот., 1983, № 8, с.32-34.
3. Бруско А.Т. и др. Биологическая концепция заживления переломов при стабильно-функциональном остеосинтезе. Орт. Травм., № 1, 1997, с.94-98.
4. Баймамбетов Ш.А. Осложнения и их систематизация при лечении переломов аппаратом Илизарова. Науч.пр.конф. с междунар.участием „Новые технологии в медицине“. РНЦ „ВТО“, Курган, 2000, 19-21 сентября, Тез.докл., ч. I, с.24-25.
5. Галибин В.С. и др. Опыт лечения повреждения дистального отдела костей голени. Науч.пр.конф. с междунар.участием РНЦ „ВТО“, Курган, 2000, 19-21 сентября, Тез.докл., ч. I, с.52.
6. Лукин А.В. Прогнозирование исходов при лечении больных методом чрескост.остеосинтеза. Орт.травм.и прот, 1986, № 8, с.31-34.
7. Muller M.E. и др. Руководство по внутреннему остеосинтезу. Москва, 1996.
8. Попсуйшпапка А.К. и др. Лечение несращений большеберцовой кости. Рт. Травм., № 2, 1998, с.65-68.
9. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. Москва, М. 1977, 1983.
10. Watson J.T. Current concepts reviw. Treatement of unstable fractures of the shaft of the tibia. The journal of Bone and Joint Surgeri, 1994, № 0.10, pp. 1575-1584.
11. İşıklar Z.İ. Diz cerrahisi. Ankara, 1999.
12. Museri L.M., Mcharo C.N. The dilemma of fracture treatment in developing countries. Intern.Ortopedies (SICOT), 2002, 26: 324-327.
13. Sarmiento A. et al. Functional bracing in the treatment of delayed union and nonunion of the tibia. Intern. Ortopedies (SICOT), 2003, 27:26-29.