

intramedulyar blokedici ştiftlərdən istifadə edərək bu növ xəstələrin müalicəsində daha çox AO metodlarına üstünlük verirlər.[2, 3, 13].

Cərrahi müalicə üsulunun seçilməsi zamanı bir çox müəlliflər sınıqların tipini, xarakterini, lokalizasiyasını nəzərə almayaraq daha çox travmanın ağırlıq indeksini (ISS-Injury Severity Score) əsas göstərici kimi qəbul edirlər[3, 4].

Digər müəlliflər isə[1,5.] politravmalı xəstələrin müalicəsi zamanı sınıqları açıq və qapalı olmaqla iki qrupa bölürlər. Baxmayaraq ki, bu tip xəstələrin ilkin müalicə taktikasına göstərişlər tamamilə fərqlidir. Belə ki, qapalı sınıqlarla müşahidə olunan politravmalı xəstələrin müalicəsi zamanı xəstənin ümumi vəziyyəti, hipostatik ağırlaşmaların profilaktikası, xəstəyə qulluq kimi göstəricilər nəzərə alınır. Amma açıq sınıqlarla müşahidə olunan politravmalı xəstələrin müalicəsində isə həyatı təhlükəli infeksiyaların qarşısını almaq üçün təcili əməliyyatlar aparılır.

Digər tərəfdən sadə sınıqların müalicəsi zamanı istifadə edilən taktik və texniki müalicə metodlarını mexaniki olaraq politravmalı xəstələrə aid etmək yanlışdır. Bu növ xəstələrin müalicəsində mümkün qədər xəstəni göstərişlərə görə tez əməliyyat edib aktivləşdirmək, artıq radikalıqdan çəkinmək də vacib şərtidir.

Hər bir metodun tətbiqində əsas məqsəd zədələnmiş orqanın (sümüyün) biomexanikasını, funksiyasını nəzərə alaraq anatomik tamlığının dəqiq bərpasına nail olmaqdır. Həmçinin tətbiq olunan üsullar travmatik, funksional olmalı, stabil fiksasiyanı təmin etməklə yanaşı, həm də cərrahi əməliyyat zamanı tez və asan montaj olunan olmalıdır.

Hər hansı metodun seçilməsi zamanı sınıqların xarakteri, lokalizasiyası, müstəqilliyi, xəstənin ümumi vəziyyəti nəzərə alınmalıdır. Belə ki, araşdırdığımız bəzi mənbələrdə[6] ikiseqmenbtlı monolateral bud və baldır sümüklərinin diafizar sınıqlarının müalicəsində əks göstəriş olmadıqda erkən cərrahi əməliyyat kimi (ilk 48 saat ərzində) budda intramedulyar, baldırda isə xarici fiksasiya aparatı kimi İlizarov aparatının tətbiqi daha optimal sayılır. Belə xəstələrdə bud sümüyünün sınıqlarının İlizarov aparatı ilə osteosintez bir çox hallarda limfostaza, millər ətrafında yumşaq toxmanın iltihablaşmasına, millərin əzələdən keçməsi ilə əlaqədar olaraq hərəkət məhdudluğunun əmələ gəlməsinə səbəb olur.

Açıq sınıqlarla müşahidə olunan politravmalı xəstələrin müalicəsi zamanı cərrahi taktika fərqli seçilir. Belə ki, ilkin olaraq xarici fiksasiya aparatı ilə immobilizasiya aparılır ki, bu da yaraya xidmət etməyə, tez bir zamanda bərpa müalicəsi başlamağa imkan verir və gözlənilən infeksiyaləşmə minimuma yenir.[7].

Politravmalı xəstələrin müalicəsi zamanı ağırlaşma faizi də sadə sınıqların müalicəsi zamanı müşahidə olunan ağırlaşma faizindən təqribən iki dəfə çox olur. Aşağı ətraf sümüklərinin çoxsaylı sınıqları zamanı millər ətrafında yumşaq toxmanın iltihablaşması 11.7%, sadə sınıqlarda isə 5.9% təşkil edir. Bu məqsədlə aparılan araşdırmalar nəticəsində aydın olmuşdur ki, "Travma xəstəliyinin" erkən fazası orqanizmdə immunitet statusunun formalaşmasında mühüm rol oynayır. Belə ki, xəsarət alanların şokdan çıxması heç də müalicənin sonu deyil. Çünki, şokdan sonra xəsarət alanların 34,4% ağırlaşmalar nəticəsində ölürlər[11]. Ölümün səbəbi: pnevmoniya - 4,5%, yaranın irinləməsi - 8,8%, intoksikasiya və sepsis 7,4% təşkil edir. Deməli müasir tələblər; daha stabil osteosintez və daha az invazivliklə yanaşı ağırlaşmaların nəticəsi kimi aşağıdakı tələblər də nəzərə almaq lazımdır:

Q.S.Canbaxışov, Ş.B.Əkbərov, Ə.Z.Davudov
Az.Elmi Tədqiqat Travmatologiya Ortopediya İnstitutu

AŞAĞI ƏTRAFLARIN POLİTRAVMALARININ CƏRRAHİ MÜALİCƏSİ

Açar sözlər. Politravma, çoxsaylı sınıqlar, xarici fiksasiya aparatı.

Politravma- iki və daha artıq anatomik nahiyyənin eyni zamanda zədələnməsidir ki, bu zədələnmələr həyat üçün təhlükəli olur. Təhlükə bir tərəfdən zədələnmiş orqanın funksiyasının pozulmasından, digər tərəfdən isə hipovolemiyanın və şokun inkişafından asılıdır.

AO/ASIF-isə politravmanı ağırlıq indeksi "17" baldan artıq olan çoxsaylı zədələnmələrin sindromu kimi nəzərdə tutur. Son illər isə Qərb ölkələrində daha çox "Barytrauma"- termini istifadə olunur.

Politravmalı xəstələrdə eyni zamanda bir neçə patoloji impulsasiya ocaqlarının olması, kompensator mexanizmlər arasında olan əlaqənin pozulmasına və bir birini yaranan sindromların "qüsurlu dövrənin" əmələ gəlməsinə səbəb olur. Bu isə politravmalı xəstələrdə müşahidə olunan "travma xəstəliyinin" rekonvalesiensiya dövrünün daha "leng" olması və daha çox asteniya, depressiya, daxili orqanlarda olan funksiya pozğunluqları ilə müşahidə olunur.

Politravma ilə müşahidə olunan xəstələrin müalicəsi bu günə qədər travmatologiya ortopediyanın aktual problemi olaraq qalır. Bunu sadə travmadan fərqli olaraq politravmalı xəstələrdə ölüm(7-24%), fəsadlaşma(10-40%), əlillik(4,6-5,7% 10000 işləyəne) faizlərinin yüksək olması bir daha sübut edir(B.Ф.Пожарский, 1989;С.М.Журавлев.,1992; Custilo et al, 1985;Sudel F.,2001).

Müasir travmatologiya və ortopediya elmində politravmalı xəstələrin müalicə metodları haqqında hələ də yekdil rəy yoxdur. Belə ki, keçmiş SSRİ məkanında travmatoloqlar politravmalı xəstələrin müalicəsində əsasən İlizarov aparatına üstünlük vermişlər, çünki toxmadaxili osteosintez üsulları bir çox hallarda ağırlaşmalara və fəsadların əmələ gəlməsinə səbəb olmuşdur.[1] Amma Qərb mütəxəssisləri isə atravmatik

1. Politravmalı xəstələrdə travmanın erkən dövrlərində immun sistem hormonal və qeyri spetsifik faktorların aktivləşməsi nəticəsində güclənir.

2. Travma xəstəliyinin patogenezi nəzərə alınmadan aparılan və texniki olaraq uzun müddət davam edən cərrahi əməliyyat immun sistemin zəifləməsinə, sistem iltihabi əlamətlərin, sepsisin, bakteremiyaların əmələ gəlməsinə səbəb olur.

3. Erkən dövrdə travma nəticəsində əmələ gəlmiş immun reaksiya xəstəliyin sonrakı gedişini tənzimləyir. Belə ki, 7-gündən artıq davam edən immunodefisit dövrü reparativ proseslərin ləngiməsinə səbəb olur.

4. Travmanın ilk 7-14 gündə immunokorreksiya hormonal müdafiə faktorlarını stimulasıya edir.

5. Əksər politravmalı xəstələrdə immun sistemin zəifləməsi orqanizmdə latent mikrofloranın aktivləşməsinə səbəb olur[11].

Bir qrup müəlliflər, [13,14] çoxsaylı sınıqları olan politravmalı xəstələrin müalicəsini aradıraşaraq aşkar etmişlər ki, əməliyyat zamanı intramedulyar (İM), X.F.A. – (EF) və lövhələrlə osteosintez üsullarından istifadə olunmuşdur.

Belə ki, 1990-1992-ci illərdə müalicə protokollarında olan dəyişiklərə əsasən politravmalı xəstələrə yardım əsasən cavabdeh ortoped tərəfindən (damage control orthopedic- D.C.O.) göstərilir. Bu prinsiplərə əsasən aparılan araşdırmaların nəticəsi belədir. İlk 24 saat ərzində aparılan əməliyyatlar;

1. Xarici fiksasiya aparatı (XFA)-External Fixation (EF) tətbiq olunaraq aparılan müalicə:-69,5%;

2. - intramedulyar (İ.M.) fiksasiya-16,6%;

Təxirəsalınmış dövrdə isə müvafiq olaraq;

1.- X.F.A.- (E.F.) –tətbiq olunaraq aparılan müalicə:-9,1%;

2.- intramedulyar və lövhə ilə osteosintez :- 87,2% ; olmuşdur.

Deməli aydın olur ki, Qərb ölkələrində mümkün olduğu qədər çoxsaylı sınıqların müalicəsində internal fiksatorlardan istifadə edilir.

Ümumiyyətlə isə qərbdə qəbul olunmuş ümumi qaydalara görə politravmalı xəstələrə yardım “xüsusi politravma mərkəzlərində” göstərilir. Bu mərkəzlərdə cavabdeh cərrahla yanaşı, cavabdeh ortoped fəaliyyət göstərir. Belə mərkəzlər olan ölkələrdə, Almaniyada 1972-ci ildən 1991-ci ilədək ölüm faizi 40%-dən 18%-ə, San-Diego Qraflığında isə uyğun olaraq 26%-dən 8%-ə yenmişdir. Həmçinin politravma mərkəzləri fəaliyyət göstərən ölkələrdə xəstələrin xəstəxanada qalma müddəti və onların müalicəsinə çəkilən xərclər də xeyli az olur[13].

Çoxsaylı sınıqları olan xəstələrə yardım Amerika Cərrahlar Cəmiyyətinin təklif etdiyi və demək olar ki, bütün qərbdə qəbul olunan qaydalara görə göstərilir. Bu qaydalara görə əgər xəstənin ümumi vəziyyəti imkan verirsə xəstəyə ilk yardım göstərildikdən sonra dərhal bütün sınıqlar intramedulyar blokedici ştiflərlə fiksasiya olunmalıdır. Əgər əks göstəriş varsa və zədə açıq sınıqdırsa ilkin olaraq EF- ilə fiksasiya aparılır sonra isə mümkün olan bütün hallarda “İM”-fiksasiya aparılır.

Bütün bu sadalılara aydınlıq gətirmək üçün 1999-2005-ci illər ərzində politravma ilə Az.ETTOI-da müalicə olunan xəstələr arasında araşdırma aparılmışdır. Politravma ilə müşahidə olunan xəstələrin ümumi sayı 110 nəfər olmuşdur ki bu xəstələrdən iki nəfəri (6-

sınıq), müalicəsini digər xəstəxanada davam etdirmək üçün xəstəxanadan köçürülmüşlər. İki nəfər xəstə (5 sınıq) ağ ciyər arteriyasının tromboemboliyasından vəfat etmişdir, bir nəfər xəstə isə (4 sınıq) əməliyyat olunduqdan üç gün sonra vəfat etmişdir. 6 sınıq isə (qabırğa sınıqları, üst çənə sınıqları və kəllə əsasının sınıqları) əməliyyat olunmamışdır.

Qalan 108 nəfər xəstədə sınıqların sayı 264 olmuşdur. Bu sınıqlar konservativ, toxmadaxili və xarici fiksasiya aparatları ilə (X.F.A.) osteosintez olunmuşlar ki, bunların da kliniki xarakteristikası cədvəl 1-də verilmişdir.

Cədvəl 1.

Sınıqların kliniki xarakteristikası		Qe-dinlarda sınıqların sayı	Kiçiklərdə sınıqların sayı	Açıq sınıqların sayı	Qapalı sınıqların sayı	Monolateral	Bilateral	Bilateral carpaz	Şöklə müşahidə olunan xəstələr	Q.K.B.T olan xəstələr	Dəş qafəsi zədələnməsi	Yanacaq xəstəliyi olan xəstələrin sayı
Cərrahi əməliyyatların adı												
Sınıqlar		38	238	45	231	49	28	33	18	26	6	3
Yivli mil aparatı ilə		3	23	4	22	7	4	9	7	9	1	0
Mil-yivli mil aparatı		8	33	9	32	21	7	10	7	10	3	2
İlizarov aparatı		9	70	28	57	24	17	21	13	13	5	3
Ortofiks aparatı ilə		2	4	1	5	2	2	1	2	1	0	0
Mil dəsti ilə		2	17	0	19	8	2	8	5	7	1	0
Intramedulyar		1	4	0	5	3	0	2	0	1	0	0
Metal lövhə ilə		3	6	0	9	1	3	4	0	1	0	0
Vintlərlə osteosintez		0	2	0	2	1	0	1	0	0	0	0
Veber üsulu ilə		1	16	0	17	12	1	4	0	3	1	0
Konservativ müalicə		8	46	2	52	15	13	14	6	6	2	1
Fəsadların sayı	Təkrari sınıqlar	0	2	3	5	0	2	0	1	1	1	0
	Deformasiyalar	1	2	0	10	0	1	2	1	1	1	0
	Damar-sinir zədələnməsi	2	0	1	3	1	1	0	0	1	1	1

Xəstələrin yaş həddi 14-80 yaş arasında olmuşdur. Sınıqlar isə 2-segmentli, 3-segmentli, 4-segmentli və daha çox segmentli, eyni zamanda monolateral, bilateral, bilateral carpaz olaraq bölünmüşlər. Fəsadlaşma 5-nəfər xəstədə (11 sınıq) müşahidə olunmuşdur. Yaxın nəticələr 64 nəfər xəstədə, uzaq nəticələr isə 52 nəfər xəstədə izlənməmişdir.

Araşdırma zamanı politravma ilə müşahidə olunan xəstələrin müalicəsində konservativ (skelet dartması və ya gips sarğısı) və operativ (Intramedulyar, ekstramedulyar və xarici fiksasiya aparatları ilə) müalicə üsulları tətbiq olunmuşdur.

Nəticələr və müzakirə.

Cədvəldən göründüyü kimi 108 nəfər xəstədə müşahidə olunan 264 ədəd sınıqın müalicəsi zamanı XFA (EF) ilə osteosintez-177 sınıqda (67,04%), konservativ müalicə-54

sınıqda (20,45%), toxmadaxili osteosintez isə 33 sınıqda (12,50%) tətbiq edilmişdir. Fəsadlaşma halları 11 (4,26%) sınığın müalicəsində müşahidə olunmuşdur. Hal hazırda aşağı ətrafların çoxsaylı sınıqlarının müalicəsi zamanı müxtəlif müalicə üsullarından istifadə edilir. Hər bir müəllif təklif etdiyi üsulu optimal hesab etməklə yanaşı, onun digər üsullardan üstün olduğunu sübut etməyə çalışır. Göründüyü kimi biz əksər hallarda daha invaziv metod olaraq xarici fiksasiya aparatlarından istifadə etmişik. Bu üsulun üstünlüyünü göstərmək üçün aşağıdakıları nəzərdən keçirmək kifayətdir;

1. "Intramedulyar blokedici"- ştiftlərin oynaqətrafi, oynaqdaxili sınıqlarda, osteoparotik xəstələrdə istifadə olunması gözənilən nəticəni vermir.

2. Sümküüstü osteosintez zamanı sümtüyün, qəlpənin qan təchizatı daha da çox pozulur.

3. Konservativ müalicə isə uzun müddətli və xəstələr üçün daha çətin olduğundan optimal hesab olunmur.

"Yivli mil" və "Yivli mil-mil" aparatı isə xarici fiksasiya aparatı olaraq açıq sınıqlar daxil olmaqla bütün hallarda müvəffəqiyyətlə tətbiq olunaraq daha optimal üsul hesab edilir.

Kliniki müşahidə:

Xəstə Əliyev Anar Bəşir oğlu, 1975-təvəllüd. 08.04.2005-ci ildə avtoqəzaya uğradıqdan 6-gün sonra Az.ETTOİ-na daxil olub. Kliniki Diaqnoz: "Qapalı kəllə-beyin travması, təpə nahiyyəsində ezilmiş yara, hər iki bud sümtüyü orta 1/3-nin qapalı qəlpəli yerdəyişmiş sınığı. Xəstə 15.04.2005-ci il tarixdə spinal anesteziya altında əməliyyat olunmuşdur. Hər iki bud sümtüyü "yivli mil" aparatı ilə osteosintez olunmuşdur. Əməliyyatdan 2 gün sonra xəstə qoltuqaltı ağaclar ilə qəzdirilmişdir, bir həftə sonra isə evə yazılmışdır. Sol buddan aparat 5-ay sonra, sağ buddan isə 6-ay sonra çıxarılmışdır və xəstə əvvəlki həyat tərzinə qayıtmışdır.

РЕЗЮМЕ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОЛИТРАВМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Г.С.Джанбахышов, Ш.Б.Акберов, А.З.Давудов.

Азербайджанский Научно-исследовательский Институт
травматологии и ортопедии

В статье рассматриваются методы хирургического лечения политравмы нижних конечностей. Анализируя все литературные данные, авторы приходят к единому мнению о том, что при политравме нижних конечностей самым оптимальным вариантом считается раннее хирургическое лечение аппаратами внешней фиксации.

В работе приводятся данные больных с политравмами нижних конечностей за период 1999 по 2005 годы. За этот период под наблюдением находилось 110 больных с 276 переломами. В основном при переломах бедренных костей были применены стержневой и спице-стержневой, а в костях голени аппарат Илизарова. Всего было проведено 210 операций, и во всех случаях получены хорошие и удовлетворительные результаты, осложнение было у 7 больных.

Авторы отдают предпочтение аппаратам внешней фиксации.

ƏDƏBİYYAT

1. Корнилов Н. В., Грязнухин Э.Г // Проблемы политравмы: Тез.докл.науч.конф.- Смоленск,-1998.-С 21-23.
2. В.Ф. Алтуний и В.М. Сергеев.// О фиксации костей при политравме. Журнал О.Т.и П. 1980, №12.
3. Гринев М.В., Бесаев Г.М. Принципы лечения пострадавших с тяжелой травмой таза// II пленум Ассоциации травматологов-ортопедов России. Ростов-на-Дону, 1996.
4. Анкин Л.Н. Диагностика и лечение сочетанной черепно-мозговой и скелетной травм //Вестник травматологии и ортопедии. 1997.№3.с.15-18.
5. Фаддеев Д.И. Осложнения при лечении множественных и сочетанных переломов длинных трубчатых костей методами раннего стабильного погружного и чрезкостного остеосинтеза.//Вестник травматологии и ортопедии.1997.№1.с.18-23.
6. В.К.Бечишор //Особенности лечения больных с двухсегментными смежными переломами бедренной кости и костей голени. Журнал Т.О.иП. №1.с11-15.1985.
7. В.Ф.Трубников, И.Ф.Попов, В.П.Чайченко//Опыт лечения открытых переломов опорно-двигательной системы у пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями. Журнал Т.О.иП.№5.1985.с.8-12.
8. Д.И.Фаддеев, Е.Г.Чукин, В.В.Михайловский, А.В.Пугачев, А.В.Бстряков //Сочетанные и множественные переломы при автодорожной травме. Вестник Хирургии им. И.И.Грекова.1986.с.7-11.
9. А.В.Каплан, В.Ф.Пожарский, И.И.Лебедев, К.Балатбаев.//О фиксации костей при политравме. Журнал Т.О.иП.1985,№11.с.17-21.
10. Гринев М.В., Фролов Г.М.//Лечение пострадавших с тяжелыми механическими травмами на этапах медицинской эвакуации. Кишинев, 1994.
11. О.Г.Калинкин, Л.И.Донченко,В.Т.Шевченко, С.Н.Кривенко, А.И.Канзюба, Е.Н.Поддубная, Е.И.Григасова, Б.А.О.Калинкин, В.Н.Куз, А.В.Степура. //Медицинская технология профилактики и лечения гнойно-септических осложнений у больных с политравмой//Журнал.Аналитическая анестезиология и интенсивная терапия.Донецк-2000.Т-1.
12. Muller, Alloqover // Manual of internal fixation.1997
13. Pape H C, Hildebrand F, Pertsehy S, Zelle B, Garapati R, Grimme K, Krettrk C. Germany- J. Trauma 2002 .< The optimal treatment of major fractures in patients with blunt multiple injuries continues to be discussed.>
14. Taeqer Q, Ruchhilt S, Zettl R, Waydhas C, Nast-Kolb D.// Primary external fixation with consecutive procedural modification in polytrauma //Unfalchirurg.2002 Apr.German.