

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASI SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

FUAD ƏLİRZA OĞLU ƏYYUBOV

**MÜŞTƏRƏK TRAVMALAR ZAMANI BORULU SÜMÜKLƏRİN
QAPALI SINIQLARININ KONSERVATİV VƏ OPERATİV
MÜALİCƏLƏRİNİN MÜQAYİSƏLİ QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

32.27.01 – Travmatologiya və ortopediya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru alimlik dərəcəsi

almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiya işinin

AVTOREFERATI

Bakı – 2016

Dissertasiya işi Azərbaycan Tibb Universitetinin
Travmatologiya və Ortopediya kafedrasında
yerinə yetirilmişdir.

Elmi rəhbər:

Tibb elmləri doktoru,
professor:

Əhmədzadə Ə.Y.

Rəsmi opponətlər:

Tibb elmləri doktoru

Cəlilov.Y.R

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru:

Süleymanov E.M.

Aparıcı təşkilat: Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri
Təkmilləşdirmə İnstitutu, travmatologiya və ortopediya kafedrası.

Dissertasiyanın müdafiəsi ”_02_” _06___2016-ci il saat “__” da
Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdindəki D03.011 Dissertasiya
Şurasının iclasında keçiriləcəkdir.

Ünvan: AZ1007, Bakı şəhəri. Bakıxanov küç. 23

Dissertasiya ilə Azərbaycan Tibb Universitetinin Kitabxanasında tanış
olmaq olar.

Avtoreferat “__” _____ 2016-ci il tarixdə göndərilmişdir.

D03.011 Dissertasiya Şurasının

Elmi katibi tibb elmləri doktoru
professor

Ş.F.İbrahimli

İŞİN ÜMUMİ XARAKTERİSTİKASI

Aktuallıq: Müasir travmatologiya və ortopediyada elmi axtarışlar nəticəsində müştərək travmalara məruz qalmış xəstələrin müalicəsində yeni metodların və müalicə taktikalarının yaradılması aktual bir problemdir. Ümumiyyətlə baş verən ölümlərin üç əsas səbəblərindən biri travmalardır, 40 yaşına qədər ölümlər arasında isə travma liderlik edir. Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının (ÜST) məlumatına görə hər il dünyada 6 milyon insan travmadan dünyasını dəyişir, bu da bütün ölənlər arasında 16% təşkil edir (Amoroco T.A. 2009). 2020-ci ildə travmadan ölənlər birinci yeri tutacaq və bu ürək-damar və onkoloji xəstəliklərdən ölənləri ötəcəkdir. Keçən əsrin 80-ci illərində müştərək travmalardan ölənlərin faizinin 10-15% azalması tendensiyası özünü doğrultmadı, belə ki, bu rəqəm travmatik şok əleyhinə tədbirlərin nəticəsində travmanın kəskin dövrünə aid oldu, lakin müalicənin sonrakı dövrlərində letallıq öz yerində qaldı və 30-35% təşkil etdi (Keyilman 2011, Котельников Г.П., 2011 Mehra M.M. 2012).

Müştərək travma zamanı uzun borulu sümüklərinin sınıqları 55-82% arasında olur və bu sınıqlar ümumi diaqnozun qoyulmasına, daxili orqanların müalicəsinə, döş qəfəsi, kəllə, fəqərələr, çanaq sümüklərinin sınıqlarının vaxtında patologiyalarının həll edilməsini gecikdirir və uzadır. Sonrakı dövrlərdə isə ətrafların sınıqları müalicə prosesinin sonluğunda əmək qabiliyyətinin itirilməsinə və əlilliyin meydana gəlməsinə səbəb olur. (Schmelz A., 2012.).

XX əsrin axırlarından başlayaraq müştərək travma zamanı ətraflarda olan sınıqları nisbətən tez osteosintez edən müəlliflər öz təcrübələrini bölüşdürməyə başladılar. Ən çox özünə yer tapan metod kompression-distraksion osteosintezlərlə edilən müalicə üsulları oldu (Котельников Г.П., Чеснокова И.Г. 2011г cünkü, təcrübə göstərdi ki, başqa osteosintez metodları olduqca böyük fəsadlarla qarşılaşır. (Pape HС., 2012). Xarici ölkələrdə azinvaziv metodların işlənilib hazırlanmasına üstünlük verilməyə başlandı, lakin travmanın ağırlığı, mürəkkəbliyi, xəstənin yaşı, xronik xəstəlikləri və digər səbəblər bu metodun erkən dövrdə tətbiq edilməsinə mane oldu (Pneumaticos S. 2014).

Cərrahi taktikanın seçilməsində bəzi müəlliflər (Абдусаламов И.С. 2011, Ермолов А.С, 2013, Соколов 2013) travmanın ağırlıq indeksini əsas götürürlər, başqa şeyləri nəzərə almırlar. Məsələn: sınığın növü, tipi, lokalizasiyası və s. Başqa müəlliflər isə (Котельников Г.П., Richard R.D.2014), cərrahi taktikanı mütləq və nisbi göstərişlərini əsas

tutaraq müalicə üsullarını təklif edirlər.

Beləliklə, təklif olunan taktiki müalicə prinsipləri nisbi olsa da köhnəlmiş sxemlər üzərində qurulmuşdur və yeni elmi axtarışların aparılmasına ehtiyacın duyulmasını zəruri edir, patologiya çox ağır və mürəkkəb olduğundan bütün xırda elementlərdən ən çətin anları belə nəzərdən qaçırmamaqla həkim özünün müasir müalicə taktikasını qurmalıdır, hər bir yenilik ancaq xəstənin ümumi vəziyyətinin yaxşılaşmasına xidmət etməlidir. Yuxarıda göstərilən problemlərin müəyyən bir hissəsinin həllinə nail olmaq üçün qarşıma aşağıdakı məqsəd və vəzifələri qoymuşuq.

İşin məqsədi: Müştərək travmalar zamanı borulu sümüklərin qapalı diafizar sınıqlarının konservativ və operativ müalicələrinin nəticələrini yaxşılaşdırmaq.

Tədqiqatın vəzifələri:

1. Müştərək travmalara məruz qalmış xəstələrin zədələrinin strukturunu analiz etmək, konservativ və operativ müalicələrinin nəticələrini öyrənmək, fəsad və ağırlaşmaların səbəblərini təhlil etmək (nəzarət qrupu).
2. Müştərək travmalı xəstələrin borulu sümüklərinin diafizar sınıqlarının konservativ və operativ müalicələrinin göstərişlərini, əks göstərişlərini, sınıqların lokalizasiyasını, xarakterini, növünü, xəstələrin yaşını və cinsini nəzərə almaqla müasir müalicə taktikası işləyib hazırlamaq (əsas qrup).
3. Müştərək travmalar zamanı xəstələrin ümumi vəziyyətinə və travmanın ağırlıq indeksinin dərəcəsinə uyğun, effektiv metodları işləyib hazırlamaq və eləcə də onları təkmilləşdirmək.
4. Xəstələrin müalicələrinin nəticələrini müqayisəli qiymətləndirmək üçün *Neer – Grantham – Shelton* sxeminə bizim tərəfimizdən edilmiş modifikasiya vasitəsilə öyrənmək və müvafiq praktiki tövsiyələr hazırlamaq.

Elmi yenilik: Ağır müştərək travmaya məruz qalmış xəstələrin travmalarının həcmi, ağırlıq indeksini və onların ümumi vəziyyətini nəzərə alaraq, bunun əsasında dayaq-hərəkət sisteminin qapalı diafizar sınıqlarının müalicələrinin aparılmasının vaxtını, göstərişini, üsullarının seçilməsini, təkmilləşdirilməsini və adekvatlığını dəqiqləşdirməklə müalicə reanimasiya dövründə başa çatdırılmışdır. Sınıqların erkən korreksiyasına nail olmaq üçün azinvaziv qapalı intramedulyar kilidli çivilərlə osteosintezini icra etməklə, bunun nəticəsində xəstələrin

ətraflarının erkən reabilitasiyasına başlanılmış, əmək qabiliyyəti tezliklə bərpa olunmuş və əlilliyin faizi aşağı salınmışdır. Müalicələrin nəticələrini tam hərtərəfli öyrənmək üçün məlum sxemə *Neer – Grantham – Shelton*-a modifikasiya edilmiş və onlar müqayisəli şəkildə qiymətləndirilmişdir.

Praktiki əhəmiyyəti: Tətbiq olunmuş yeni müalicə taktikası nəticəsində dayaq-hərəkət sisteminin anatomik-funksional funksiyalarının bərpası sürətlənəcək, tezləşəcək, əlilliyin faizinin aşağı düşməsi baş verəcək və xəstələrin əmək qabiliyyətinin reabilitasiyası nəticəsində öz əvvəlki iş yerlərinə qayıtmaları gözlənilir. Konservativ və operativ metodların tətbiqini mükəmməlləşdirməklə bu yeni taktiki üsulların üstünlüklərini praktiki təbabətdə geniş tətbiq etməklə səhiyyəyə xüsusi müsbət təsiri olacaqdır.

Praktiki tətbiqi: Tədqiqatın nəticələri Azərbaycan Tibb Universitetinin travmatologiya və ortopediya kafedrasının bazasında – Kliniki Tibbi Mərkəzin travmatologiya, müştərək travmatologiya və reanimasiya şöbələrində və eləcə də Sumqayıt və Siyəzən rayon xəstəxanasında istifadə edilir.

İşin müdafiyyəyə çıxarılan əsas müddəaları.

1. Müştərək travma almış xəstələrin dayaq-hərəkət sisteminin diafizər qapalı sınıqlarının erkən osteosintezinin icra edilməsi travmanın İSS şkalası üzrə ağırlıq dərəcəsindən, sınıqların xarakterindən, növündən, lokalizasiyasından, xəstənin yaşından, cinsindən və yanaşı gedən xroniki xəstəliklərdən asılıdır.

2. Müştərək kəllə-beyin və döş qəfəsinin travması zamanı diafizər sınıqların erkən osteosintezi icra edilərsə, sümük kanalının genişləndirilməsi əks göstərişdir, çünki bu zaman piy emboliyası əmələ gələ bilər, ona görə kanal genişləndirməməklə kilidli çivilərdən istifadə edilməlidir.

3. Müştərək kəllə-beyin travması almış xəstələrin bud sümüyünün diafizər sınıqlarına erkən intramedulyar kilidli çivilərlə osteosintezinə mütləq göstəriş psixomotor oyanmalar, qapalı sınığın açıq sınığa keçmə təhlükəsi, koma vəziyyətinin olması, piylənmə və qoca yaşlı xəstələrdir.

Dissertasiyanın ilkin müzakirəsi: Aparılmış tədqiqatların nəticələri Azərbaycan Tibb Universitetinin nəzdində cərrahiyyə ixtisası üzrə aprobeasiya komissiyasında müzakirə edilmişdir (Bakı, 2015-ci il).

Publikasiya: Dissertasiya işinin nəticələri yerli və əcnəbi elmi nəşrlərdə dərc edilmiş 11 elmi əsərdə (onlardan 7 elmi məqalə, 4 tezisdir) öz əksini tapmışdır.

Dissertasiyanın strukturu: Dissertasiya 132 standart komputer səhifəsində yığılmış, giriş, ədəbiyyat icmal, 4 fəsil, yekun, nəticələr, praktiki tövsiyələr və ədəbiyyat siyahısından ibarətdir. 19 şəkil və 18 cədvəllə illüstrasiya olunmuşdur.

Dissertasiya işinin kafedranın elmi-tədqiqat işləri ilə əlaqəsi: Dissertasiya işi kafedranın elmi-tədqiqat işləri planına uyğundur. Qeydiyyat № 01114057.

TƏDQIQATIN MATERIAL VƏ METODLARI

Bizim kliniki müşahidəmiz Bakı şəhəri Kliniki Tibbi Mərkəzin travmatologiya, müştərək travma və reanimasiya şöbələrində 2000-2015-ci illərdə müalicə almış çoxsaylı sınıqlar və müştərək travmalara məruz qalmış xəstələr təşkil edir. Bu kliniki müşahidəmişdə olan bütün xəstələri (355) 2 qrupa bölmüşük. 164 xəstə 2000-ci ildən 2010-cu ilə qədər müalicə almış xəstələrdir ki, biz onları nəzarət qrupuna daxil etmişik. Bu xəstələr ətraflardakı sınıqlara görə birincili stabilizasiya yalnız konservativ metodlarla həyata keçirilmişdir, yəni skelet dartması və ya gips sarğıları, çox nadir hallarda müvəqqəti olaraq xarici fiksasiya aparatı tətbiq olunub. Bu fiksasiya zamanı sınıqların növü, tipi və lokalizasiyası nəzərə alınmayıb, yəni differensial çeşidləmə olmadan icra edilib, onlar sonrakı etaplarda hemodinamikanın normallaşmasından bir – iki həftə sonra daimi osteosintez həyata keçirilib. müalicə prosesi zamanı və eləcə də fəsadların analizləri bizə əsas verdi ki, yeni axtarışlara əl atmaq və müasir metodları tətbiq etmək, əsasən də bu aid olunur travmatik xəstəliyin erkən dövründə, yəni sınıqların erkən stabilizasiyasına bir etapda nail olmaq və sonrakı günlərdə xəstənin başqa problemləri ilə məşğul olmaq. Belə xəstələrimizə biz azinvaziv, minitratmatik və başqa standart metodlar tətbiq etməyə başladığımız zaman birinci növbədə xəstələrin ümumi vəziyyəti nəzərə alınır, sonra sınıqlara görə differensial fərqlənməyə üstünlük veririk, yəni sınıqların lokalizasiyası, növü, tipi xəstələrin yaşı və cinsini nəzərə alırıq, travmatik xəstəliyin fəsadlarını proqnozlaşdırırıq. Bu sistem üzrə biz əsas qrup (191) xəstələrdə 2010-2015-ci illər ərzində müxtəlif osteosintezlər icra etmişik.

Alınmış nəticələrin statistik işlənməsi fərdi kompyuterdə “Microsoft Office Excel 2003” və “Statistika + 2006” proqramları vasitəsilə yerinə yetirilmişdir.

TƏDQIQATIN NƏTİCƏLƏRİ VƏ ONLARIN MÜZAKİRƏSİ

Hal-hazırda ən geniş yayılmış osteosintez metodlarından istifadə olunanlar demək olar ki, həm ölkəmizdə və eləcə də xarici ölkələrin klinikalarında tətbiq olunanlar bunlardır: **Küncer** metodu ilə və ya onun modifikasiyaları olan sümük daxili osteosintezlər, metal lövhələr vasitəsilə AO sistemindən edilən sümükxarici stabil osteosintez (standart metod), bloklaşdırıcı çivilərlə edilən osteosintezlər və ocaqdankənar xarici fiksasiya aparatları ilə edilən osteosintez (miniinvaziv metod).

Bu göstərilən metodların hər birinin özlərinin bu və ya digər dərəcədə müsbət və mənfi cəhətləri vardır və onların hər birinin xüsusi göstərişləri və əks göstərişləri vardır, onları travmanın hansı saatında, günündə tətbiq edilməlidir, hansı yaş qrupunda hansı metodu tətbiq etmək lazımdır və ən əsası isə bu metodların tətbiqi travmanın müştərəkliyindən və onun ağırlığından, xəstənin ümumi vəziyyətindən çox asılıdır, bir sözlə həkim bütün halları nəzərə alaraq bu və ya digər metodu tətbiq etməlidir və aparılan osteosintez xəstənin ümumi vəziyyətini ağırlaşdırmamalıdır. Standart metodlardan nəzarət qrupunda intramedulyar sümük kanalını genişləndirməklə edilən osteosintez, **Küncer** metodu və ya onun modifikasiyalarından (164 xəstədə 201) 45 sınıqdan cərrahi əməliyyat icra etmişik, AO sistemindən metal lövhələrlə sümüküstü osteosintez 24 cərrahi əməliyyat yerinə yetirmişik. Əsas qrupun xəstələrində miniinvaziv və ya azinvaziv osteosintez metodlarından biz üstünlüyü yivli aparatların tətbiqinə vermişik və qapalı bloklaşdırıcı çivilərlə edilən intramedulyar (kanalı genişləndirməmək şərti ilə) osteosintezlərə başlıca yer vermişik. (191 xəstədə 221 sınıq olmuşdur). Xəstələrin sınıqlarının lokalizasiyası aşağıdakı cədvəldə verilmişdir, bu cədvəllərdə həm ümumi və həm də müqayisəli şəkildə göstərməklə sınıqların lokalizasiyası göstərilmişdir (cədvəl 1., 2).

Cədvəllərdən aydın olur ki, travmaya məruz qalmış xəsarət alanlar əsasən orta yaşa malik insanlardır, yəni əmək qabiliyyətli adamlar belə müştərək travmalar alırlar və uzun müddətli öz işlərini, sənədlərini itirirlər, çünki bu travmalara məruz qalmış kontingentlər ən ağır

travmalar qrupuna aiddirlər və onların reabilitasiya dövrü bəzən 1-2 ilə bərabər olur.

Cədvəl 1

Sınıqların lokalizasiyasına görə bölünmə.

Yaş qrupu	Sınıqların lokalizasiyası									
	Baldır		Bud		Said		Bazu		Cəmi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
16-30	57	27.7	39	31.9	9	26.5	14	23.3	119	28.2
31-45	82	39.8	42	34.5	13	28.2	20	33.4	157	37.3
46-60	41	19.9	18	14.7	6	17.6	14	23.3	79	18.7
61-70	18	8.7	16	13.2	4	11.8	8	13.3	46	10.9
71 və çox	8	3.9	7	5.7	2	5.9	4	6.7	21	4.9
Cəmi	206	100.0	112	100.0	34	100.0	60	100.0	422	100.0

Cədvəl 2

Hər iki qrupun xəstələrinin sınıqları

Qruplar	Sınıqlar				Sayı
	Bud	Baldır	Bazu	Said	
əsas mütləq göstəricilər	63	108	31	19	221
%-lə	28,5	48,9	14,0	8,6	100,0
Nəzarət mütləq göstəricilər	59	98	29	15	201
%-lə	29,4	48,7	14,4	7,5	100,0

Cəmi mütləq göstəricilər	122	206	60	34	422
%-lə	28,9	48,9	14,2	8,0	100,0

Bu müasir metodla biz 58 əməliyyat icra etmişik. Bu metodla göstəriş A-1, A-3, B-1, B-3, C-1, C-3 tipli qapalı diafizar bud, baldır, və bazu sümüklərinin sınıqları olmuşdur. Əks göstəriş bizim fikrimizə görə xəstənin ağır vəziyyətdə olması, qeyri-stabil hemodinamika, LSS – skolasına görə 20 baldan 40 bal arası olması, posthemorragik anemiya (hemoqlobulinin 80 q/l aşağı olması), yüksək faizli şəkərli diabet (korreksiyaya tabe olmayan), kəskin böyrək – qaraciyər çatmamazlığı, infeksiyon fəsadlar, (irinli traxeobronxit, pnevmoniya, tromboflebit, sistit, pielonefrit və s.). Metodun ən müsbət cəhəti ondan ibarətdir ki, bu zaman sınıq nahiyyəsində kəsik edilmir, başqa zonadan əsasən sümüklərin proksimal hissəsindən kiçik (2 sm) kəsik edilir. Bu zaman qanaxma olmur, yəni xəstəyə az travma yetirən bir cərrahi üsüldür. Kilidlənən çivilərin tətbiqi nəticəsində sınımış fraqmentlər arasında stabil osteosintez yaranır və hər hansı uzun borulu diafizar sınıqlara müvəffəqiyyətlə tətbiq etmək mümkündür. Sınıqlar arasında yaranan stabillik xəstəyə imkan verir ki, erkən oynaqalarda hərəkətə başlasın və heç bir gips sarğıları və digər fiksasiya edici ortezlərdən istifadə etməsin, ən əsas məsələlərdən də biri odur ki, xəstə erkən ətrafına istinad edərək hərəkət edə bilir, baxmayaraq hələ sümük döyənəyinin heç əlaməti belə rentgenoqrammada yoxdur, görünür, belə ki, cərrahi əməliyyatdan çox az vaxt keçib. Metod qeyd etdiyimiz kimi anteqrat çivi kanala yeridilir, sınıq nahiyyəsində olan dəridəki dəyişiklik, sıyrıntılar quru xırda nekroz, kiçik hematomalar, xırda yaralar əks göstəriş ola bilmir. Metodun mənfi cəhətlərindən birinci növbədə fiksatorların yəni, çivilərin çox baha olması və elektron optik cihazın qiymətli olması, ortopedik masanın olması, böyük distraktor, xüsusi alətlər dəstinin əməliyyat vaxtı işlədilməsi və ən əsası tibbi personalın şüalanması metodun çatışmayan cəhətləridir. Bunlara baxmayaraq metod uzun borulu sümüklərin diafizar sınıqlarında ən müasir üsul sayılır, onun geniş tətbiqi bütün inkişaf etmiş ölkələrdə istifadəsi bir daha təsdiq edir ki, bahalı alətlər müalicəyə əks göstəriş ola bilməz və

bizim ölkəmizin iqtisadiyyatı sürətlənir və artıq klinikalarımızda istifadə olunur.

Xarici fiksasiya aparatları müxtəlif müəlliflər tərəfindən təklif edilib və eləcə də forma və texniki xüsusiyyətlərinə görə də fərqlidir. Sadə konstruksiyaya məxsus bir istiqamətdə ətrafa paralel olaraq yivləri sümüklərə yeridərək fiksasiya edən aparatın detallarını nəzərinizə çatdırırıq (şəkil 1).



Şəkil 1. Aparatın ümumi görünüşü.

Şəkil 1-dən göründüyü kimi bu aparat üçün Şteyman yivləri – diametri 4,5 mm, uzunluğu 180 mm, Şans yivləri – diametri 4,5 mm, uzunluğu 120, 140, 180 mm, universal sıxıcılar, ştanqlar – diametri 11 mm, uzunluğu 200, 300, 400 mm, diametri 3,2 mm olan sümükləri dəşmək üçün spiralvari yivlər, kanalda izlər açmaq üçün xüsusi meciklər, yönəldici troakar, açarlar və s.

Bu aparatı tətbiq etmək üçün şans yivlərindən (Şteyman yivi) istifadə olunur, əvvəlcə ətraf aseptik vəziyyətə gətirilir, sonra dəridə 0,5 mm ölçüdə yivi yeritmək üçün kəsik edilir. 3,2 mm ölçüdə yiv ilə sümüyün kortikal təbəqəsi dəşilir, sonra həmin kanal meciklə işlənir, bu əməliyyatdan sonra Şans yivləri oynaqdan 3-4 sm aralı həmin dəşilmiş kortikal təbəqədən yeridilir. 2 ədəd yiv sınıqdan proksimal hissəyə və 2 ədəd isə distal hissəyə vurulur, sıxıcılar vastəsilə aparata bərkidilir. Yivlər adətən sınıqdan 3 sm aralı yeridilməlidir. Xüsusi qeyd etmək lazımdır ki, bu aparat çox yaxşı nəticə verir, əgər sınıqlar yerini dəyişməyib, əgər yerdəyişmə olarsa, bu zaman aparat bərkidilməmişdən əvvəl repozisiya edilir, lakin çox zaman yerdəyişmə tam ideal vəziyyətə gətirmək mümkün olmur, belə olan halda bir neçə gündən sonra xəstənin ümumi vəziyyəti yaxşılaşdıqdan sonra o məsələ ilə məşğul oluruq. Bu çatışmayan cəhətləri nəzərə alaraq biz axır zamanlar ortofiks aparatından geniş istifadə edirik (şəkil.1). Şəkildən göründüyü kimi bu aparatın

vasitəsilə rotasion yerdəyişmə, bucaqaltı yerdəyişmə, rekurvasiya, antikurvasiya və eləcə də kompressiya – distraksiya manipulyasiyaları etmək mümkündür. Bu aparat bir açar ilə idarə olunur, bütün yerdəyişmələr düzəldikdən sonra sabillik yaradılır və birdəfəlik bərkidilir. Aparat çox yüngüldür, xəstəyə heç bir maneəçilik törətmir və xəstələrə hətta paltar geyinməsinə əngəl törətmir. Xəstələrimizin müalicə prosesi zamanı diqqətimizi daima bir sual maraqlandırırırdı, onların əmək qabiliyyətlərini tam bərpa etmək, yəni ətraflarda baş vermiş sınıqların müalicələrini başa çatdırarkən ətrafın bütün anatomiya və funksiyalarını əvvəlki vəziyyətinə qaytarmaq. Bu nöqteyi nəzərdən biz hər bir xəstənin yaşını, cinsini, vəzifəsini, sənətini və onun ailə vəziyyətini çox diqqətlə öyrənərək çalışmışıq ki, xəstəmizin əmək qabiliyyətini özünə qaytarmaq, bu bizim arzularımızla tam üst-üstə düşməyən hallarda olmuşdur, lakin əminliklə qeyd etmək istəyirəm ki, ağır patologiyanı heç də tam müalicə edərək ideal bir vəziyyətə çatdırmaq böyük bir problemdir. Ətrafın anotomik və funksional bərpası bizim 355 xəstəmizdə heç də asan bir iş olduğunu əvvəlcədən qeyd edərək, bildirmək istəyirəm ki, bütün xəstələrdə eyni bərabərliklə müalicə başa çatmır, yəni xəstələrin travmasının ağırlığı birinci növbədə nəticəyə təsir edən ən başlıca faktordur, sonrakı məsələlər həmişə ikinci dərəcəli olmuşdur, yəni burada qeyd etmək yerinə düşər ki, xəstələrin yaşı, cinsi və onlara edilən tibbi yardımın həcmi də böyük rol oynayır. Əsas qrupun 191 xəstələrinin və nəzarət qrupu xəstələrinin 164-nün müalicənin başlanğıcından, xəstəxanadan evə yazılanadək xüsusi nəzarətimizdə olmuşdular və onların sonrakı illərdə də əmək fəaliyyətini yoxlayaraq müqayisəli nəticələr əldə etmişik. Müştərək travmalara məruz qalmış xəstələrin və eləcə də çoxsaylı sınıqlar almış xəstələrin müalicələrinin nəticələri haqqında müxtəlif sxemlər, ballar, cədvəllər və qiymətləndirmə indeksləri vardır, lakin qeyd etmək lazımdır ki, hal-hazırda ən münasib sayılan sxem Neer – Grantham – Sheltonun təklif etdiyi bal sistemidir ki, biz öz işimizdə bu təklif olunan sxemə böyük üstünlük verərək öz yoxlamalarımızı, qiymətləndirmələrimizi bu sxemin əsasında aparmışıq.

Bu təklif olunmuş sxem həm praktiki və eləcə də elmi suallara cavab verir, bunun vasitəsilə politravmalı xəstələrin ətraflarının sınıqlarının müalicələrinin nəticələrini differensasiya etmək mümkündür, dinamikasını analiz etmək funksional bərpanı təhlil etmək və cürbəcür yaranan suallara cavab tapmaq mümkündür. Lakin qeyd etmək lazımdır ki, bu sistem vasitəsilə ətraflarda olan sınıqların

müalicəsinin qiymətləndirilməsi üçün ideal bir şkaladır və bu sistemi müştərək travmalara tətbiq edərixə burada kəllə-beyin travması döş qəfəsinin travması və qarın boşluğu üzvlərinin travmalarının fəsadlarını qiymətləndirə bilmirik. Bildiyimiz kimi bu və ya digər müştərək travmalar müalicələrin sonluğunda fəsadsız başa çatmır, çox nadir hallarda fəsadsız müalicə başa çatır. Əgər müştərək travma yüngül kəllə-beyin travmaları ilə və ya yüngül yəni az ağırlıqlı döş və qarın travmaları olmuşdurlarsa, o zaman müalicə sonluğu fəsadsız tamamlanır. Çox hallarda müştərək travmalar orta və ağır formada müşahidə olunur və ona görə müxtəlif formada müalicələr başa çatandan sonra yoxlamalar zamanı fəsadların ortaya çıxması baş verir. Axırını son 10 illiklərdə politravmalar o qədər mürəkkəb və ağır formada olur ki, bir xəstənin aldığı travma, o birisinin aldığı travmasına uyğun gəlmir və ona görə hər bir xəstə üçün fərdi yanaşma lazım gəlir, onun müalicə taktikası başqasından fərqli olur və həkimlərin xüsusi professional hazırlığının yüksək səviyyədə olmasını tələb edir. Yaxın və uzaq nəticələri öyrənmək üçün xəstələri dəvət edərək onları birinci növbədə kliniki müayinədən keçiririk, sonra rentgenoloji müayinə və lazım gələrsə digər müasir müayinələrdən keçiririk. Kliniki müayinə zamanı ilk öncə xəstənin yerisinə diqqət edirik, sonra travmaya məruz qalmış ətrafın vəziyyətinə diqqət edirik, əzələ atrofiyasının olması, oynaqalarda hərəkət məhdudluğunun olub-olmaması, ətrafların deformasiyasının olması, qısalılıq, rekurvasiya, antikurvasiya, rotasiya, ətrafın hissi və hərəkət pozğunluğu və digər əlasmətlərin hamısını, bir sözlə yoxlayıb xüsusi qeyd etdiyimiz şkalada qiymətləndirmə ballarını toplayaraq yekun rəy veririk. Ətrafların müalicələrini qiymətləndirdikdən sonra xəstənin epikrizində müştərək travmaya xas olan başqa nahiyyənin müalicəsinin sonluğunu yoxlayırıq. Bizim təklif etdiyimiz əlavələr Neer – Grantham – Shelton şkalasına modifikasiya kimi qiymətləndiririk və onda olan müəyyən çatışmamazlıqları tamamlayır və bunun nəticəsində biz ümumilikdə politravmalı xəstələrin yaxın və uzaq nəticələrini təcm qiymətləndirə bilirik. Qeyd etmək istəyirəm ki, bizim təklif etdiyimiz modifikasiyada basllar hesablanaraq, ətraflardakı balların topladığından çıxmaqla yekun qiymət veririk. Yəni əgər müalicə prosesi zamanı ətrafların qiymətləri 80-90 bal təşkil edərsə, kəllə-beyin travmasının fəsadlarının ballarının sayı ondan çıxılır və yekun rəy əldə edə bilirik. Beləliklə, bizim yekun rəyimiz, yəni toplanan balların qiyməti hərtərəfli olur, yaddan çıxan heç bir nahiyyə qalmır, müalicəyə ümumi yekun rəy verilir. Ona görə biz Neer – Grantham – Shelton

sxeminə dəyişiklik etmək məcburiyyətindəyik. Yəni bu sxemdə toplanmış ballar 70-dən yuxarı olarsa bu yaxşı qiymətləndirilir, 30-69 ballar kafi və 30-dan aşağı ballar isə qeyri-kafi qiymətləndirilir. Bu belə olan halda, başqa nahiyyəsinin travmasının fəsadlarının balları oradan çıxaraq yekun qiymət verilir, istər-istəməz balların cəmi azalır. Ona görə biz təklif edirik ki, 10 bal aşağı bal mənfidirsə, yəni 60 baldan yuxarı toplanarsa bu hal yaxşı nəticə olsun 20-59 ballar kafi olsun və nəhayət 20 baldan aşağı toplananlar isə qeyri-kafi olsun. Belə olan halda biz politravmalı xəstələrin müalicələrinin yekunlarını hərtərəfli qiymətləndirə bilərik və yaddan çıxan heç bir nahiyyə qalmır.

Təklif olunan sxemin köməyi ilə yalnız ətrafların funksional nəticələrini hərtərəfli qiymətləndirmək olur. Cədvəl 3-dən görünür ki, 6 parametr üzrə qiymətləndirilir, ballar toplanır və cəmlənir. Ağrının olmaması – 20 bal, davam etməyən və ya meteotrop ağrı – 16 bal, istinaddan sonra əmələgələn ağrı – 12 bal, funksiyanın məhdudlaşması ilə olan ağrı – 8 bal, daimi və ya gecə ağrıları – 0-4. Anatomiya hissəsi, əzələ atrofiyası – 15 bal, 5°-deviasiya və ya 0,5 sm ətrafın qısalığı – 12 bal, 10°-deviasiya və ya 2 sm qısalıq – 9 bal, 15°-deviasiya və ya 3 sm qısalıq – 6 bal, deformasiya ilə konsolidasiya – 3 bal, yalançı oynaq və ya infeksiyalaşmış sınıq – 0 bal, funksiya məsələsi belədir – travmaya qədər necə olubsa, o zaman 20 bal verilir, nisbətən məhdudiyyət varsa – 16 bal, pilləkənlərdən tuta-tuta gəzirsə - 12 bal, əl ağacı ilə gəzirsə - 8 bal, qoltuq ağacları ilə gəzirsə və ya ortezlərdən istifadə edirsə - 0-4 bal verilir.

Oynaqlarda olan hərəkətin amplitudasını qiymətləndirmək üçün belə hesablanır – hərəkət 135° olarsa – 20 bal verilir, 100° – 16 bal, 80° – 12 bal, 60° – 8 bal, 40° – 4 bal və nəhayət 20°-yə - 0 bal verilir. Rentgenoloji qiymətləndirmə normadırsa – 15 bal, 5° – deviasiya və ya 0,5 sm yerdəyişmə - 12 bal, 10°-deviasiya və ya 1 sm yerdəyişmə - 9 bal, 15° – deviasiya və ya 2 sm yerdəyişmə - 6 bal, deformasiya ilə konsolidasiya – 3 bal, artroz və ya kondulusların diastazı varsa – 0 bal verilir. Əmək qabiliyyətinin qiymətləndirilməsi isə belə toplanır – travma qədərdirsə, yəni tam bərpa olunub – 10 bal, çətinliklə olursa – 8 bal, pozulubsa bu və ya digər dərəcədə - 6 bal, yüngül işə keçibse - 4 bal, əmək qabiliyyətini itiribse 0-2 balla qiymətləndirilir. Buradan aydın olur ki, kəllə, döş və qarın boşluğu üzvlərinin travmalarının nəticələri qiymətləndirilmir, ona görə bizim tərəfimizdən təklif olunan modifikasiya müştərək travmaya tam, hərəkətli qiymət verməyə imkan

yaradır. Aşağıda təklif olunan modifikasiya cədvəl şəklində verilir.
Cədvəl 3

Cədvəl 3

Neer – Grantham – Shelton şkalasının qiymətləndirilməsi cədvəli bizim modifikasiyamızla birlikdə.

Müayinə parametrləri		0	1	2	3	4
Ağrı	Yoxdur	20				
	Daimi olmayan və ya meteotrop	16				
	Yükləmədən sonra	12				
	Ətrafın funksiyasının məhdudluğu zamanı	8				
	Daimi və ya gecələr	0-4				
		Oynaqda olan hərəkətlərin dərəcəsi				
Anatomiya	Norma 135°	20				
	100°	16				
	80°	12				
	60°	8				
	40°	4				
	20° və az	0				
Anatomiya	Əzələ hipotrofiyası	15				
	5°- deviasiya və ya 2 sm qısalıq	12				
	10°- deviasiya və ya 2 sm qısalıq	9				
	15°- deviasiya və ya 3 sm qısalıq	6				
	Deformasiya və ya konsolidasiya	3				
	Yalançı oynaq və ya infeksiya	0				
Funksiya	Praktiki norma	15				
	5°-deviasiya və ya 0,5 sm yerdəyişmə	12				
	10°-deviasiya və ya 1 sm yerdəyişmə	9				
	15°-deviasiya və ya 2 sm yerdəyişmə	6				
	Konsolidasiya deforasiya ilə	3				
	Yalançı oynaq və ya xroniki infeksiya	0				
Funksiya	Travmaya qədərki vəziyyət	20				
	Cuzi məhdudiyyət	16				
	Məhdudiyyət, lakin tutaraq gəzir	12				
	Məhdudiyyət, əl ağacı ilə gəzir	8				
	Qoltuq ağacları və ya ortezlərlə gəzir	0-4				
		əmək qabiliyyəti				
Funksiya	Travmaya qədərki vəziyyət	10				
	Saxlanılıb, lakin bəzi çətinliklər var	8				
	Pozulub	6				
	Yüngül əmək	4				
	İtirib	0-2				

Cədvəl 4

Müştərək travmadan sonra olan fəsadların qiymətləndirilməsi.

Kəllə-beyin travmasının fəsadları	Mənfi ballar
1. yuxu pozğunluğu	2
2. yaddaş pozğunluğu	3
3. əlilliyin səbəbi əsas kəllə travmasının qalması	10
4. psixi pozğunluq	2
5. vegetativ vəziyyət	1
6. beyin qan dövranının pozulması	3
7. neyrodinamik pozulmalar	2
8. çapıq bitişmələri əlamətləri	3
9. nitqin pozulması	4
10. ətraflarda hərəkəti və hissiyyat pozulmaları	5
11. epileptik tutulmalar (nadir hallarda)	8
12. şikayət yoxdur	0
Döş qəfəsinin travmalarının fəsadları	
1. tənəffüs pozulmaları	5
2. Qabırğalar arasındakı nevroitik əlamətləri	4
3. Dərin tənəffüs alan zaman ağrıların olması	3
4. Xroniki plevrit	4
5. xroniki pnevmoniya	4
6. sianoz əlamətlərinin olması	3
7. şikayət yoxdur	0
Qarın boşluğu travmalarının fəsadları	
1. cərrahi əməliyyatdan sonra olan yırtıq	5
2. Müxtəlif şişlərin olması	5
3. bitişmələr xəstəliyinin olması	6
5. qarının ön tərəfinin kobud çapıqın olması	3
6. şikayət yoxdur	0

Beləliklə, bizim tərəfinizdən işlənib hazırlanmış müalicə taktikasının nəticəsi və xəstələrin müalicələrinin qiymətləndirilməsi üçün təklif olunan modifikasiya sxemi praktiki sehiyyəyə müsbət təsirin göstərmişdir

NƏTİCƏLƏR

1. Müştərək travma almış xəstələrin dayaq-hərəkət sisteminin sınıqları arasında üstünlük təşkil edən sınıqlar baldır və bud sümükləridir (80,5%), onların 60,5%-i isə çoxqəlpəli və mürəkkəb xarakterli AO/ASİF təsnifatına əsasən B və C tipli sınıqlardır. Xəstələrin qeyri-adekvat vəziyyəti və onlara intensiv qulluq üçün aparılan osteosintezlərin stabilliyi izolə sınıqlarda edilən osteosintezlərdən daha mükəmməl və müasir metodla icra edilməlidir.
2. Erkən osteosintez taktikasının icra edilməsi xəstələrin aldığı travmanın ağırlıq dərəcəsindən asılıdır. İSS şkalasına görə travmanın ağırlıq dərəcəsi 25 bala qədər olarsa, bu zaman standart və azinvaziv osteosintez metodu, 26-40 bal olarsa yalnız azinvaziv metod və 41-71 bal arasında olarsa konservativ immobilizasiya metodu seçilməlidir.
3. Müştərək kəllə-beyin travması, bud sümüyünün sınığı ilə baş veribsə, xəstə komadadırsa, süni tənəffüsdədirsə, spinal pozğunluqlar varsa, piylənmə ilə xəstədirsə və qoca-ahıl yaşdadırsa bu zaman təcili osteosintezə mütləq göstəriş vardır. Başqa loksalizasiyalı sınıqlar isə təcili osteosintez nisbətən gec edilə bilər. Aparılmış erkən osteosintezlər arasında qapalı intramedulyar kilidli çivilərlə edilən osteosintez nəticəsində sınıqların qeyri-stabilliyi 21,5% azalmışdır.
4. Erkən osteosintezlər nəticəsində fəsadların azalması nəzarət qrupu ilə müqayisəli olaraq aşağıdakı kimi olmuşdur: pnevmoniya 22%-dən 12,2%-ə, yataq yarası 14,2%-dən 3,3%-ə, oynaqaların kontrakturaları 26%-dən 12%-ə bərabər olmuşdur.
5. Tətbiq edilmiş erkən osteosintez taktiki müalicə metodu nəticəsində alınmış 85,3% yaxşı və kafi qiymət, nəzarət qrupunun xəstələrinin nəticələrindən 14,8% çox olmuşdur. Müştərək travmaların müalicələrinin yaxın və uzaq nəticələrini tam qiymətləndirmək üçün Neer – Grantham – Shelton şkalasına bizim təklif etdiyimiz modifikasiya ən obyektiv hesab edilir.

PRAKTİK TÖVSIYYƏLƏR

1. Mütərək travmaya məruz qalmış xəstələrin ətraflarındakı borulu sümüklərin sınıqlarının müalicəsi əsasən dominə edən travmanın ağırlığından və xəstənin ümumi vəziyyətindən asılıdır.
2. Mütərək travma alan xəstələrin ətraflarında olan sınıqların fiksasiya metodları atravmatik olmalıdır, daha doğrusu xəstələrə əlavə travma yetirilməməlidir və ilk etaplarda gips sarğılarından və skelet dartmalarından istifadə etmək olar.
3. ətraflarda olan diafizar sınıqların osteosintezi zamanı ən effektiv metod azinvaziv metodlara üstünlük vermək lazımdır, yəni qapalı kilidləyici çivi ilə intramedulyar osteosintez və xarici fiksasiya aparatları ilə edilən osteosintezlər məqsədə uyğundur.

Dissertasiya mövzusu üzrə çap edilmiş elmi işlərin siyahısı

- 1.Рациональная тактика лечения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей // Клінічна анатомія та оперативна хірургія, Україна, 2010, №3, с.69-71.
- 2.Остеосинтез переломов длинных трубчатых костей наружным фиксационным аппаратом.//Медицинские науки Москва 2010, №3, с. 24-27.
3. Больных с переломами длинных костей в сочетаной черепо-мозговой травмой.Əməkdar elm xadimi,tibb elmləri doktoru Professor B.X.Abbasovun 90 illik yubleyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktiki konfransın materiallı. Bakı 2013, s. 133-134 .

4. Politravmalar zamanı erkən osteosintezlərin rolu./ Əməkdar elm xadimi, tibb elmləri doktoru Professor B.X.Abbasovun 90 illik yubleyinə həsr olunmuş beynəlxalq iştiraklı elmi-praktiki konfransın materialı. Bakı 2013, s. 131-132 .
5. Politravma zamanı borulu sümüklərin sınıqlarının müalicə taktikalarının nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.// Azərbaycan Ortopediya və Travmatologiya jurnalı. Bakı. 2014, №2, s.36-40.
6. Müştərək travmalar zamanı ətrafların sınıqlarının reanimasiya dövründə müalicə taktikası // Sağlamlıq Bakı , 2014, №3, s. 68-71.
7. Müştərək travmalar zamanı sınıqların konservativ və operativ müalicə taktikası./B.M.Aşurovun 70 illik yubleyinə həsr olunmuş elmi-praktiki konfransın materialları. Bakı, 2014,s. 56-57.
8. Müştərək travmalar zamanı uzun borulu sümüklərin sınıqlarının müalicələrinin nəticələrinin müqayisəli qiymətləndirilməsi.// Cərrahiyyə jurnalı Bakı, 2015, № 2, s.72-76.
9. Миниинвазивный остеосинтез при лечении переломов длинных костей у пострадавших при сочетанной травме. // Клінічна Хірургія Київ 2015, № 9, с.61-62.
10. Оперативное лечение сочетанной травмы позвоночника и конечностей // Sağlamlıq Bakı, 2015, № 4, s. 66-69.
- 11.Профилактика тромбоза глубоких вен нижних конечностей у пациентов с переломами бедра и голени при сочетанной травме./ Международный конгресс Славянский Венозный форум. Материалы конгресса / Беларусь, 2015, с. 137-138.

Эюбов Фуад Алирза оглы
Сравнительная оценка консервативных и оперативных
лечения закрытых переломов трубчатых костей при
сочетанной травме

РЕЗЮМЕ

Сочетанная травма является актуальной проблемой травматологии и ортопедии и все время находится в центре внимания исследователей. В этой научно- исследовательской работе была применена совершенно новая- исследовательской работе была применена совершенно новая хирургическая методика лечения закрытых переломов длинных трубчатых костей у пострадавших при сочетанной травме. Исследования были проведены в отделении реаниматологии, травматологии и отделении сочетанной травме клинического медицинского центра г.Баку у 335 больных за период с 2000 по 2015 гг. Из них 191 больных относились к основной, а 164 пострадавших к контрольной группе. Пострадавшим относящимся к контрольной группе были применены консервативные методы лечения (склейное вытяжения, гипсовая повязка и.т.д.) в остром периоде, оперативные лечение проводились в более поздние сроки травмы. Больным основной группы (191 пострадавших) в остром периоде травматической болезни были применены различные новые методы остеосинтеза (блокирующие штифты, стержневые аппараты и.т.д.) при переломах длинных трубчатых костей.

В работе представлены сравнительные данные исходов лечения больных в 2-х группах. Сравнительная оценка исходов лечения проводилось по Neer-Grantham- Sheltona с модификацией предложенной нами. В результате исходы по всем показателям в основной группе больных были лучшие, чем показатели в контрольной группе.

Таким образом, данные полученные при лечении обеих групп пострадавших закрытыми с переломами длинных трубчатых костей при сочетанной травме дают нам основание рекомендовать в широкую практику разработанный в основной группе больных тактику лечения пострадавших с сочетаной травме

AYYUBOV Fuad Alirza

**Comparative evaluation of conservative
and operative treatment of closed
fractures of tubular bones under combined trauma**

Summary

Combined trauma is actual problem of traumatology and orthopedics and all time is under intensive trials. Profound new methods of treatment of closed fractures of long tubular bones of injured persons with combined trauma is applied within the frame of this scientific research work. Trials are carried on 335 patients from 2000 to 2015 at the department of resuscitation, traumatology and department of combined trauma of clinical medical center of Baku. 191 patients are included to the main group, 164 patients are included to control group. Conservative methods of treatment are applied for the patients, included to control group (skeleton stretching, gypsum band and so on), in acute period, operative method of treatment is carried out during later period of trauma. In case of fractures of tubular bones, various new methods of osteosynthesis (blocking pins, core apparatus and so on) are applied for the patients, included to main group (191 injured persons). Comparative information of treatment results of patients of 2 groups is provided in the work. Comparative evaluation of treatment results is carried on Neer-Grantham-Sheltona with modification, provided by us. Results on all indices in the main group of patients are better in

comparison with indices of control group.

Thus, information, collected on treatment of patients, included to both groups, suffering from closed fractures of long tubular bones with combined trauma, provides basis to recommend treatment tactic of injured persons with combined trauma in wide practice, developed for main group of patients.

Format 60x84 1/16
Şerti çap vərəqi 1,5
Sifariş 25, Tiraj -100

“Bakı şəhəri, Total nəşriyyat evi”
Ünvan: Mirqasimov 2
Tel(012) 441 45 21

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРОВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

На правах рукописи

ФУАД АЛИРЗА оглы ЭЮБОВ

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КОНСЕРВАТИВНЫХ И
ОПЕРАТИВНЫХ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ
ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ**

32.27.01- Травматология и ортопедия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку-2016