

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №2 (22)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 2 (22)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.

Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/б
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврұзов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

БОЛАЛАРДА ЮҚОРИ ЭНЕРГИЯЛИ ЖАРОҲАТЛАРДА МУЧАЛАР СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

Машарипов Ф.А.¹, Тиляков А.Б.², Тиляков Х.А.³, Атаев Д.Д.¹

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Тошкент ш., Ўзбекистон

²Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент ш., Ўзбекистон

³Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Резюме. Кўшма жароҳатлари бўлган болаларда оёқ-қўлларнинг узун суяклари синишларида оддий ва арзон металл конструкциялардан фойдаланиши, остеосинтезнинг кам инвазив усулларини қўллаш. Болаларда оёқ-қўлларнинг узун суяклари синишларини остеосинтез қилишининг кам инвазив усуллари жабрланувчининг умумий ҳолатига қараб ҳам эрта, ҳам кечиктирилган тартибда қўлланилиши мумкин.

Калит сўзлар: остеосинтез, кўшма жароҳат, минимал инвазив, гипс боғлами, болалар жароҳати, синишлар, электрон-оптик ўзгартиргич.

TACTICS FOR TREATMENT OF LIMB FRACTURES IN CHILDREN WITH HIGH-ENERGY TRAUMAS

Masharipov F.A.¹, Tilyakov A.B.², Tilyakov H.A.³, Ataev D.D.¹

¹Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Tashkent, Uzbekistan

²Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan

³Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan.

Resume. Use of simple, inexpensive metal structures for fractures of the long bones of limbs in children with combined trauma, application of minimally invasive osteosynthesis methods. Minimally invasive methods of osteosynthesis for fractures of the long bones of the extremities in children can be used both early and delayed, depending on the patient's general condition.

Keywords: osteosynthesis, combined trauma, minimally invasive, plaster bandage, childhood trauma, fractures, electron-optical transducer.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ПРИ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ТРАВМАХ

Машарипов Ф.А.¹, Тиляков А.Б.², Тиляков Х.А.³, Атаев Д.Д.¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, г. Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

³Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. Использование простых недорогих металлических конструкций при переломах длинных костей конечностей у детей с сочетанной травмой, применение малоинвазивных методов остеосинтеза. Малоинвазивные методы остеосинтеза переломов длинных костей конечностей у детей могут применяться как в раннем, так и в отсроченном порядке в зависимости от общего состояния пострадавшего.

Ключевые слова: остеосинтез, сочетанная травма, минимально инвазивная, гипсовая повязка, детская травма, переломы, электронно-оптический преобразователь.портивных травм.

Кириш. Кўшма жароҳатларни даволаш муаммоси жуда мураккаб. Диагностик ва даволаш чора-тадбирларининг ўз вақтида ўтказилиши кўшма жароҳатларда ёрдам кўрсатиш ва даволаш натижаларини яхшилашнинг зарурий шарти ҳисобланади. Бироқ, йирик аҳоли пунктларидан ташқарида кўшма шикастланган болалар биринчи навбатда умумий жарроҳлик бўлимларига ётқизилади, бу ерда жабрланганларга ихтисослаштирилган ёрдам кўрсатиш имкониятлари чекланган, бу эса бир қатор ҳал қилинмаган ташкилий ва даволаш масалалари мавжудлигини кўрсатади [1]. Кўшма жароҳатларда оёқ-қўлларнинг диафизар синишларини даволашнинг қониқарсиз функционал натижалари сақланиб қолаётганлиги жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш ва кўшма жароҳатни бошдан кечирган болаларда натижалар ва ҳаёт сифатини қиёсий таҳлил қилиш зарурлигини кўрсатади. Синишларни даволаш усуллари –доимий равишда такомиллашиб боришига қарамай, шикастланганларни даволашмаълум кийинчиликлар тугдиради[2]. Рационал жарроҳлик

тактикасини ва даволаш чора-тадбирлари кетма-кетлигини танлаш мураккаб, уларни комплекс ўтказиш имкониятлари қийин, бу эса стационар даволаниш давомийлигини, жароҳат натижасини белгилайди. Жарроҳлик аралашувини ўтказиш муддати ва хусусиятига оид масалалар долзарблигича қолмоқда[3]. Ҳар бир муайян вазиятда шифокор, биринчи навбатда, жабрланувчининг аҳволи оғирлигини, тахмин қилинаётган жарроҳлик манипуляциялари хавфи даражаси ва нархини баҳолаш, иммобилизациянинг энг самарали ва кам травматик усулларини танлашни ўз ичига олган мураккаб вазифани ҳал қилиши керак[8]. Ушбу вазифаларни ҳал қилиш ўлимни камайтиришга ва даволашнинг ижобий натижаларини оширишга олиб келиши керак[4]. Кўшма шикастланишлар билан жабрланганларга тиббий ёрдам кўрсатиш тактикасидаги асосий қийинчиликлардан бири скелет шикастланиши натижасида юзага келадиган травматик шокнинг кучайишидир. Беқарор синишлар юмшоқ тўқималарнинг шикастланиши ва қон кетишининг узоқ давом этишига олиб келади. Бундан ташқари, синишларнинг бош мия жароҳати (БМЖ) ва ички аъзолар шикастланиши билан бирга келиши кўпинча травматик шок ривожланишига, бош мия шишининг кучайишига ва полиорган етишмовчилигининг ривожланишига олиб келади[9]. Гипсли боғламларни эрта қўйиш паст энергияли ва изолятсияланган жароҳат олган ёш болаларда етарлича самарали (88-95%) [5]. Мураккаб синишларда, қўшма жароҳатларда гипсли боғламлар репозицияни ушлаб турмайди (10 ёшгача бўлган болаларда юқори энергияли синишларнинг 50% қайта репозицияни ёки даволаш усулини алмаштиришни талаб қилади), улар ноқулай, узоқ парваришни талаб қилади ва беморларга оператив даволашга қараганда қимматга тушади [7]. Скелетни чўзиш беморнинг касалхонада узоқ вақт қолишини, кейинги гипсли иммобилизацияга ўтказилишини талаб қилади, бу ҳам узоқ вақт давомида беморни парвариш қилишни талаб қилади ва салбий ижтимоий ва физиологик оқибатларга олиб келади [6].

Сўнгги йилларда болалар травматологияси амалиётида асосий даволаш-тактик ёндашувларни оператив даволаш усулларига кўрсатмаларни кенгайтириш йўналишида қайта кўриб чиқиш тенденцияси кузатилмоқда. Бу ҳам болаларда узун найсимон суякларнинг ностабил синишларини консерватив даволаш натижаларидан қоникмаслик, ҳам замонавий ускуналар, асбоблар ва анестезиологик қўлланмани қўллаш имконияти билан боғлиқ бўлиб, бу болаларда узун суяклар синишларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг минимал инвазив усулларига кўрсатмаларни кенгайтириш учун шароит яратди. Замонавий ускуналар - электрон-оптик ўзгартиргич (ЭОЎ) ёрдамида суяк бўлақларининг репозициясини визуал назорат қилиш, ёпиқ усулда узун найсимон суякларнинг синишини барқарорлаштириш имконияти пайдо бўлди.

Тадқиқот мақсади: Болаларда қўшма шикастланишда остеосинтезнинг кам инвазив усулларини қўллаш билан оёқ-қўлларнинг узун суякларини синишларини даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот материал ва усуллари: 2020 йилдан 2025 йилгача бўлган даврда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказида 654 нафар бола турли даражадаги қўшма шикастланишлар билан даволанган. Улардан 120 нафар бола скелет жароҳати устунлик қилган "политравма" ташҳиси билан даволанди. ЙТХдан кейин даволанганлар - 487 нафар (74,5%), баландликдан йиқилганлар - 101 нафар (15,4%) болалар. Қолган болалар - 66 (10,1%) майший, кўча ва спорт жароҳатлари натижасида таянч-харакат тизимининг қўшма шикастланишларини олган. Қўшма жароҳатлари бўлган 149 (22,8%) жабрланган болаларда консерватив даволаш, 505 (77,2%) нафарида эса жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Жарроҳлик амалиётларини ўтказиш муддатлари бўйича 271 (53,6%) нафар бемор эрта жарроҳлик амалиёти ўтказилган (биринчи икки соатда) ва 234 (46,4%) нафар бемор кечиктирилган жарроҳлик амалиёти ўтказилган (жароҳатдан кейин икки суткагача).

Қўшма жароҳатларида даволаш-диагностика алгоритми қуйидагиларни ўз ичига олди: травматик шок мавжуд бўлганда беморни реаниматолог томонидан қабул қилиш-диагностика бўлимининг шокка қарши палатасида кўриқдан ўтказиш, шокка қарши чора-тадбирларни амалга ошириш; масъул жарроҳ, травматолог, нейрожарроҳ ва зарур бўлганда бошқа мутахассислар (ЧЛХ, ангиожарроҳ, окулист ва бошқалар) кўриги; лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари (УТТ, рентген, ЭхоЭС, зарур бўлганда МСКТ, пулсоксиметрия).

Даволаш тактикаси доминант жароҳатнинг хусусиятига боғлиқ бўлди. Ички аъзолар (гемоперитонеум, қорин бўшлиғи аъзолари ёки ретроперитонеал бўшлиқнинг ёрилиши), бош суяги (дислокацион синдромли ўткир интракраниал гематома, ботиқ синиш) томонидан жарроҳлик даволашга кўрсатмалар мавжуд бўлганда, беморлар шошилинич жарроҳлик аралашувини ўтказиш учун операция хонасига ўтказилди. Узун суяклар синишларининг эрта остеосинтезига кўрсатма бўлиб очик носта-

бил синишлар ва суяк бўлақларининг сезиларли силжиши билан узун суякларнинг ёпиқ синишлари, чаноқ суякларининг ностабил шикастланиши ва унинг узлуксизлигининг бузилиши ҳисобланди.

Бош мия жароҳати ва ички аъзолар шикастланишлари бўйича шошилиш жарроҳлик аралашувининг 54 (9,5%) ҳолатида бир вақтнинг ўзида ёки кетма-кет, асосан ички аъзолар шикастланишларини ташхислаш ва даволашнинг кам инвазив жарроҳлик усуллари ва остеосинтез усуллари билан фойдаланган ҳолда, узун суяклар синишлари ва тос суяклар шикастланишларини жарроҳлик йўли билан барқарорлаштириш амалга оширилди.

Қўшма жароҳатларда оёқ-қўллар ва тос суякларидан эрта жарроҳлик аралашуви 505 ҳолатда амалга оширилган, шу жумладан 191 (37,8%) ҳолатда анъанавий жарроҳлик остеосинтез усуллари, асосан очик усулда интрамедулляр фиксация ва 314 (62,2%) ҳолатда эластик стерженлар билан ёпиқ усулда кам инвазив интрамедулляр остеосинтез қўлланилган.

Қўшма шикастланган болаларда кечиктирилган остеосинтез учун кўрсатмалар қуйидаги ҳолатлар эди: 1. Агар жабрланувчида бош суяги ёки ички аъзолар шикастланиши бўйича жарроҳлик аралашуви пайтида беқарор гемодинамика, гемограмма кўрсаткичлари паст бўлса; 2. Агар синишларни ўтказилган консерватив даволашдан сўнг репозицияга эришилмаган бўлса ёки бирламчи репозициядан сўнг суяк бўлақларининг иккиламчи силжиши қониқарсиз ҳолатда содир бўлган бўлса. Шундай қилиб, 64 та кузатувда ички органларнинг шикастланиши туфайли операция пайтида беқарор гемодинамика ёки паст гемограмма кўрсаткичлари туфайли остеосинтез кечиктирилган тартибда амалга оширилди ва 148 та кузатувда скелет тортиш усули билан таянч-харакат тизими шикастланишини даволашдан кейин амалга оширилди.

Таянч-харакат тизими қўшма жароҳатлари бўлган болаларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг яқин натижаларини ўрганиш шуни кўрсатдики, яхши натижалар 549 нафар (84%), қониқарли натижалар 105 нафар (16%) беморда олинди, қониқарсиз натижалар булмади.

Тадқиқот натижалари: Бизнинг фикримизча, шошилиш тиббий ёрдам маркази каби ихтисослаштирилган марказларда бир босқичли (бир наркоз давомида) операцияларни ўтказиш имкониятларини ишлаб чиқиш муҳимдир. Доминант шикастланиш бўйича жарроҳлик аралашувларини ўтказиш биринчи навбатда деб ҳисобланади ва қўл-оёқларда операциялар массив қон кетиш мавжуд бўлганда, масалан, сегментларнинг узилишида амалга оширилади. Қолган ҳолларда босқичли операцияларни ўтказиш тавсия этилади. Бундай тактика жарроҳлик стресси натижасида етказилган қўшимча жароҳат беморнинг аҳволини оғирлаштириши билан асосланади.

Шу билан бирга, бошқа нуқтаи назар мавжуд бўлиб, унга кўра, адекват жарроҳлик аралашувлари жабрланувчининг яхшироқ ва тезроқ тикланишига ёрдам беради.

Биз ҳам шу фикрга қўшилаемиз, чунки малакали анестезия ва йўқотилган қон ўрнини етарли даражада тўлдиришда операцияларни бир вақтнинг ўзида ёки кетма-кет иккита бригада билан ўтказиш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз. Бундан ташқари, остеосинтезнинг кам инвазив усуллари операция вақтини сезиларли даражада тежашга имкон беради, қон йўқотишни деярли келтириб чиқармайди, шикастланган оёқ-қўлларни барқарорлаштиришга имкон беради, бу эса беморларни, айниқса реанимация ва интенсив терапия бўлимида парвариш қилишни осонлаштиради. Шунга ўхшаш жарроҳлик даволаш жами 255 (50,5%) нафар беморда ўтказилди: нейрохирурглар билан биргаликда 25 нафар, торакал хирурглар билан биргаликда 3 нафар, абдоминал хирурглар билан биргаликда 18 нафар беморда. Нейрохирургик аралашувлар характери қуйидагича бўлди: 10 нафар болада эпидурал гематомани олиб ташлаш, 9 нафарида эпидурал гематома ва 4 нафарида субдурал гидромани олиб ташлаш, 2 нафарида ботиқ синишни бартараф этиш амалга оширилди. Қўкрак қафаси аъзоларида жарроҳлик аралашувлари 3 нафар беморда, шу жумладан 2 нафарида плевра бўшлиғини дренажлаш билан торакоцентез, 1 нафарида дренажлаш билан торакоскопия ўтказилди. 18 нафар беморда қорин бўшлиғи аъзолари ва ретроперитонеал бўшлиқда жарроҳлик аралашувлари ўтказилди: 10 нафарида диагностик лапароскопия, улардан 5 нафарида конверсия, 1 нафарида лапаротомия ва спленектомияга ўтиш, 2 нафарида жигар жароҳатларини коагуляция қилиш, 2 нафарида жигар ва буйрак ёрилишини тикиш талаб қилинди. Қолган 8 нафар жабрланувчиларда лапаротомия, шу жумладан 3 нафарида спленектомия, 2 нафарида диафрагма ёрилишини тикиш, 1 нафарида жигар ва талоқ ёрилишини тикиш амалга оширилган. Оғир қўшма шикастланган болаларда кечиктирилган остеосинтезга қуйидаги ҳолатларда мурожаат қилдик: агар бош суяги ёки ички аъзолар шикастланиши бўйича жарроҳлик аралашуви пайтида жабрланувчида беқарор гемодинамика, гемограмма кўрсаткичлари паст бўлса; агар синишларни консерватив даволашдан сўнг репозицияга эришилмаса ёки бирламчи репозициядан сўнг суяк бўлақларининг қониқарсиз жойлашуви билан иккиламчи силжиши содир бўлса.

Болаларда кўшма шикастланиш билан оёқ-қўлларнинг узун суяклари синишида кам инвазив остеосинтез усуллари натижалари қуйидагича баҳоланди. 434 (85,9%) беморда яхши натижа олинди. Агар кўшни бўғимлар функцияларининг тўлиқ тикланиши, оёқ-қўлларнинг бир хил узунлиги, шикастланган оёқ-қўлнинг кўринадиган деформациясиз, оёқ-қўлнинг мустақил таянч қобилияти ва юришнинг мавжудлиги қайд этилган бўлса, яхши натижа деб ҳисобланган. Рентгенологик текширувда суяк бўлақларининг тўғри ҳолатда консолидацияси қайд этилди. Қониқарли натижа кўшни бўғимларнинг бироз ҳаракатсизлиги, шикастланган оёқ-қўлнинг 1,5 см гача қисқариши, оёқ-қўлнинг сезиларсиз кўринадиган деформацияси билан ҳисобланган. Рентгенологик жиҳатдан суяк бўлақларининг рухсат этилган силжиш билан консолидацияси ёки беморнинг мустақил юришига имкон бермайдиган кучсиз ифодаланган суяк қадоғи аниқланди. Бундай беморлар 23 (4,5%) нафарни ташкил этди. Қониқарсиз натижалар кузатилмади. Фақат сон суяги синган 1 нафар беморда сон суяги дистал метафизи соҳасида спица учи атрофидаги юмшоқ тўқималарнинг яллиғланиши кузатилди. Даволашдан сўнг яллиғланиш белгилари йўқолди, синиш битиб кетди, аммо спитса олиб ташлангандан сўнг беморда тизза бўғими соҳасида ҳаракатларнинг доимий чекланиши кузатилди, бу эса узоқ муддатли даволанишни талаб қилди. Сон суяги синиши бўлган бошқа беморда спитса ва суяк илиги канали диаметрларининг мос келмаслиги туфайли беқарор фиксация қайд этилган, бу эса сон суягининг бурчак деформациясига олиб келган. Операциядан 1,5 ой ўтгач, спицаларни олиб ташлашга тўғри келди, кейин ЭОП назорати остида умумий оғриқсизлантириш остида оёқ ўқи тўғриланган ва коксит гипсли боғлам қўйилди.

Клиник мисол. Бемор М., 4 ёш, касаллик тарихи № 21495

Қабул қилинган сана: 12.06.2021 й. Ташхис: ЙТХ. Кўшма жароҳат. Ўнг сон суяги ўрта учдан бир қисмининг ёпик қийшиқ кўндаланг синиши ва суяк бўлақларининг силжиши. Ёпик бош мия жароҳати. Бош мия чайқалиши.

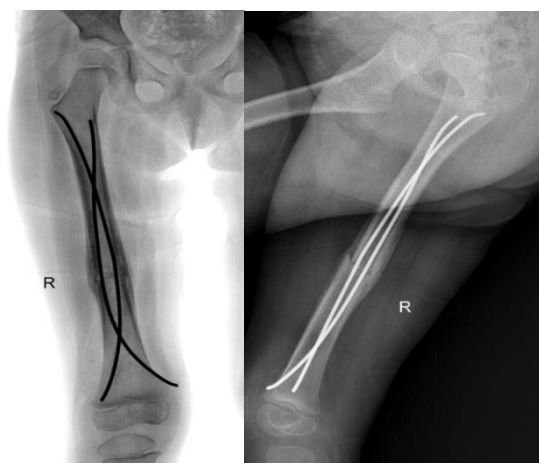
Анамнездан келиб тушишидан 2 соат олдин йўловчи пайтида ЙТХ натижасида жароҳат олган. Воқеа жойидан дастлаб яшаш жойидаги шифохонага олиб борилган, у ердан эса РШТЁЙМга шикастланган оёқ-қўлни лонгет гипсли боғлам билан иммобилизация қилиш орқали олиб борилган. Рентгенограммада ўнг сон суяги ўрта учдан бир қисмининг қийшиқ кўндаланг синиши ва суяк бўлақларининг силжиши кузатилади (1-расм). Қабул қилинган куни операция амалга оширилди: эластик стерженлар билан ўнг сон суягининг ёпик интрамедулляр остеосинтези (2-расм). Синиш 3 ойдан сўнг тўлиқ битди (3-расм), металл фиксаторлар 4,5 ойдан сўнг олиб ташланди.



1-расм. Қабул пайтидаги рентгенограмма



2-расм. Жароҳлик амалиёт босқичлари



3-расм. 3 ойдан кейин назорат рентгенограммаси.



4-расм. Беморнинг кўриниши ва 3 ойдан кейинги функционал натижа. (стерженларни олиб ташлашдан олдин)

Шундай қилиб, болаларда оғир қўшма шикастланишларда суяк тизими шикастланишларини каминвазив барқарорлаштиришнинг биз ишлаб чиққан муқобил усулларини қўллаш беморларнинг 86,3% да даволашнинг яхши натижаларини олиш имконини берди.

Хулосалар:

1. Қўшма шикастланган болаларда оёқ-қўлларнинг узун суяклари синишларида оддий арзон металл конструкциялардан фойдаланган ҳолда таянч-ҳаракат тизимининг турли сегментларида кам инвазив жарроҳлик аралашувлари самарали даволаш усули ҳисобланади.

2. Остеосинтезнинг кам инвазив усулларини қўллаш операция вақтини сезиларли даражада тежашга имкон беради, қон йўқотишни деярли келтириб чиқармайди, шикастланган оёқ-қўлларни барқарорлаштиришга имкон беради, ностабил синишларда суяк бўлақларининг иккиламчи силжиш хавфини кескин камайтиради.

3. Болаларда оёқ-қўлларнинг узун суяклари синишларини остеосинтез қилишнинг кам инвазив усуллари жабранувчининг умумий ҳолатига қараб ҳам эрта, ҳам кечиктирилган тартибда қўлланилиши мумкин.

Адабиётлар рўйхати:

1. Tilyakov Aziz Burievich Optimal methods of care for victims with combined bone and vascular injuries of the lower extremities Журнал биомедицины и практики том 9, номер 2 стр 390-400 Ташкент 2024 й.

2. Тиляков Х.А., Тиляков А.Б. // “Болалар травматологияси”: Ўқув қўлланма // «Тиббиёт Nashriyoti Matbaa Uyi» Мчж – Тошкент, 2024 г. – 107 б.

3. Alonso J. Children’s fractures. T.P. Ruedi, W.M. Murphy (eds). AO Principles of Fracture Management. Stuttgart Thieme 2000; 683-684.6

4. Buechsenschuetz K.E., Mehlman T.C., Shaw K.J. et al. Femoral shaft fractures in children: Traction and casting versus elastic stable intramedullary nailing. J Trauma 2002; 53: 914-921.7

5. Buehler K.C., Thompson J.D., Sponseller P.D. et al. A prospective study of early spica casting

outcomes in the treatment of femoral shaft fractures in children. J Pediatr Orthop 1995; 5: 30-35.5

6. Herndon W.A., Mahnken R.F., Yngve R.F., Sullivan J.A. Management of femoral shaft fractures in the adolescent. J Pediatr Orthop 1989; 9: 29-32.11

7. Irani R.N., Nicholson J.T., Chung S.M. Longterm results in treatment of femoralshaft fractures in young children by immediate spica immobilization. J Bone Joint Surg 1976; 58A: 945-951.12

8. Pollak A.N., Cooperman D.R., Thompson G.H. Spica cast treatment of femoral shaftfractures in children: The prognostic value of the mechanism of injury. J Trauma 1994; 37: 223-229.8

9. Reeves R.B., Ballard R.I., Hughes J.L. Internal bixation versus traction and casting of adolescent femoral shaft fractures. J Pediatr Orthop 1990; 10: 592-595.

Иқтибос учун: Машарипов Ф.А., Тиляков А.Б., Тиляков Х.А., Атаев Д.Д. Болаларда юкори энергияли жароҳатларда мучалар синишларини даволаш тактикаси // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – 2026. – № 2(22). – Б. 209–214. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18628558>