

ЕЛКА БЎҒИМИНИНГ АЙЛАНТИРУВЧИ МАНЖЕТАСИНИ ЖАРОХАТЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ



Жонгиров Собир Абдухошимович^{1,2}, Салеев Баходур Вахобович¹, Холхужаев Фаррух Икромович², Абдусаматов Шахриддин Нуриддинович¹

1 - Республика ихтисослаштирилшган травматология ва ортопедия илмий - амалий тиббиёт маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Жонгиров Собир Абдухошимович^{1,2}, Салеев Баходур Вахобович¹, Холхужаев Фаррух Икромович², Абдусаматов Шахриддин Нуриддинович¹

1 - Самарқандский филиал Республиканского специализированного медицинского центра травматологии и ортопедии, Республика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 - Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

MODERN METHODS OF SURGICAL TREATMENT FOR INJURIES OF THE ROTATOR CUFF OF THE SHOULDER JOINT

Jongirov Sobir Abdukhoshimovich^{1,2}, Saleev Bakhodur Vakhobovich¹, Kholkhujayev Farrukh Ikromovich², Abdusamatov Shakhriddin Nuriddinovich¹

1 - Samarkand branch of the Republican Specialized Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: jsobir1969@mail.ru

Резюме. Елка бўғимидаги оғриқ сабаблари кўпинча субакромиал бўшлиқ патологияси билан боғлиқ бўлиб, 70% га етади. Елка бўғимининг айлантирувчи манжетининг жароҳатланиши (ЕБАМ) елка бўғими патологиялари орасида энг кенг тарқалган патологиялардан биридир. ЕБАМ жароҳатлари орасида жароҳат ўлчамига қараб: кичик, ўрта, катта ва массив жароҳатлар ажралиб туради, катта ва массив жароҳатлар эса 56% ни ташкил қилади. Тадқиқот материалида 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда ЕБАМ ёрилган суяк-най анкерли тикувидан ўтган 99 беморнинг маълумотлари келтирилган. ЕБАМ 1-даражаси билан 34 бемор, 2 даража – 36 бемор, 3 даража - 29 бемор. Артроскопик суяк-най анкер чокларининг натижалари, икки ёки ундан ортиқ баҳолаш тизимларида баҳоланиб, учта тоифага ("яхши", "қониқарли" ва "қониқарсиз") ажратилди. Анкер фиксаторлар ёрдамида елканинг айлантирувчи манжетининг жароҳатини тиклаш учун артроскопик усуллардан фойдаланиш яхши ва қониқарли натижалар олиш имконини беради. Қониқарсиз натижалар ЕБАМ массив жароҳатлари ва ЕБАМ мушакларининг ёғли дистрофиясига учраган беморларда кузатилди.

Калит сўзлар: елка бўғимининг айлантирувчи манжетаси, артроскопия, Анкер ёрдамида суяк-най тикуви, кўприк шаклидаги анкерли тикиш.

Abstract. The causes of pain in the shoulder joint are most often associated with pathology of the subacromial space, reaching 70%. Injuries to the rotator cuff of the shoulder joint (RCSJ) remain the most common among shoulder joint pathologies. Small, medium, large and massive injuries are distinguished among the RCSJ injuries, while large and massive injuries account for 56%. The study material used data from 99 patients who underwent a bone-tendon anchor suture of a ruptured IRCSJ in the period from 2019 to 2023. According to the 1st degree of damage to the IRCSJ, 34 patients, 2 degrees – 36 patients, 3 degrees - 29 patients. The results of arthroscopic bone-tendon anchor suture were classified as "best", "good" or "bad" if they were confirmed in two or more assessment systems. The use of arthroscopic methods for repairing damage to the rotator cuff of the shoulder with the use of anchor clamps allows you to obtain good and satisfactory functional results. The reasons for the unsatisfactory results were the late treatment of patients with massive injuries and fatty degeneration of the rotator cuff of the shoulder joint.

Keywords: rotator cuff of the shoulder joint, arthroscopy, bone-tendon anchor seam, bridge-shaped anchor seam.

Долзарблиги. Сурункали оғриқ, ротатор манжетнинг шикастланиши билан боғлиқ бўлган елка бўғимидаги дисфункция 40 ёшдан ошган беморлар орасида тиббий ёрдамга мурожаат қилишнинг энг кенг тарқалган сабабидир (1,2,3,4). Ҳозирги "елка-курак

периартроз" атамаси ушбу муаммонинг морфологик моҳиятини тўлиқ акс эттирмайди.

Елка бўғимидаги оғриқнинг сабаблари кўпинча субакромиал бўшлиқнинг патологияси билан боғлиқ бўлиб, 70% гача етади. Адабиётга кўра, ротатор

манжетининг шикастланиши (РМШ) елка бўғимлари патологиялари орасида энг кенг тарқалган бўлиб қолмоқда 20,7% (5,6). Елка бўғимида ротатор монжетни жароҳатлари орасида кичик, ўрта, катта ва массивлар ажралиб туради, бунда катта ва массив жароҳатларнинг улуши 56% ни ташкил қилади (7).

Қоида тариқасида, кекса беморларда катта ва массив жароҳатларнинг ривожланиши паст энергияли травма эпизодидан олдин бўлади ёки жароҳат дегенератив жараён бўлиб, улар, қоида тариқасида, тиббий ёрдамга талаб қилмайди. Фақат кучли оғрикнинг пайдо бўлиши ва елка бўғимлари функциясининг сезиларли даражада пасайиши беморларни тиббий ёрдамга мурожаат қилишга мажбур қилади. Кечиктирилган даволаниш елка бўғимидаги ротатор монжетни атрофиясига олиб келади, кейинчалик мушак тўқималарининг ёғли қайта тузилишига олиб келади. Бундай зарар кўпинча тузатиб бўлмайди ва елка бўғимидаги ротатор монжетни тикувидан кейин рецидивлар сони 20-90% га етиши мумкин (8).

Тадқиқот мақсади – елка бўғимидаги айлантурувчи манжетнинг шикастланишини артроскопик даволашни таҳлил қилиш ва ушбу патологиянинг натижаларини ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқот материали сифатида 2019 йилдан 2023 йилгача бўлган даврда елка бўғимидаги ротатор манжетнинг шикастланишинида суяк-пай чокидан ўтказилган 99 беморнинг субъектив тадқиқотлари, операциядан олдинги рентгенограммаси ва елка бўғимларининг МРТ маълумотлари ишлатилган. Елка бўғимидаги айлантурувчи манжетнинг шикастланишини 1-даражали шикастланиши билан 34 нафар бемор, 2-даражали шикастланиш - 36 бемор, 3-даражали шикастланиш - 29 бемор (расм 1).

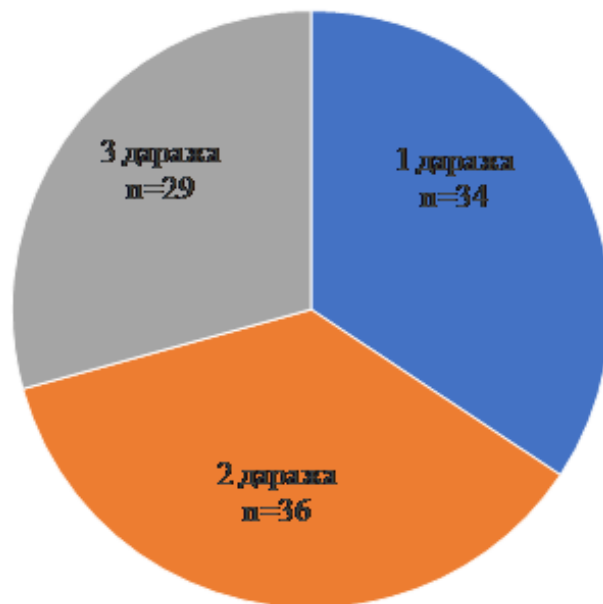
Операция қилинган беморларнинг ёши 32 ёшдан 76 ёшгача (ўртача 56 ёш). Эркаклар — 55, аёллар — 44 тани ташкил қилди. 62 ҳолатда даволаш ўнг қўлда, 37 ҳолатда - чап қўлда амалга оширилди. 62 та (62,6%) беморда доминант юқори оёқ-қўл операция қилинди. Кузатув муддати 1 йилдан 2 йилгача бўлган.

Беморларни тадқиқотга киритиш мезонлари: тўлиқ ёрилишнинг операциядан олдинги МРТ белгиларига қараб (қийшиқ-сагиттал томограммаларда тўлиқ кенгликдаги ёрилиш) ва Д. Патте таснифи бўйича 1-3 даражада пай четининг орқага тортилиши билан елка бўғимидаги айлантурувчи манжетнинг массив ёрилиши, операциядан олдинги МРТ тадқиқотлари маълумотларига мувофиқ Д.

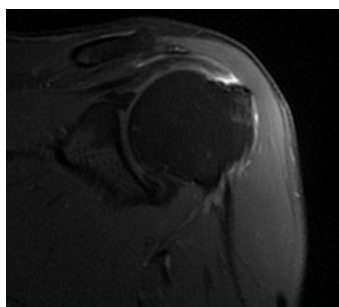
Гоуталлиер таснифи бўйича 1-3 даражали мушаклар атрофияси, шунингдек, К. Ҳамада таснифи бўйича 2 босқичдан юқори бўлмаган елка бўғими артропатиянинг мавжудлиги (Расм 2).

Тадқиқотдан четлаштириш мезони К. Ҳамада таснифига кўра операциядан олдинги рентгенограммаларда елка бўғими атропатияси 3-5 даражада ва Д. Гоуталлиер таснифига кўра 4-даражали мушак атрофияси, шунингдек, елка бўғимидаги айлантурувчи манжетнинг шикастланишини елка нервларининг шикастланиши билан комбинацияси.

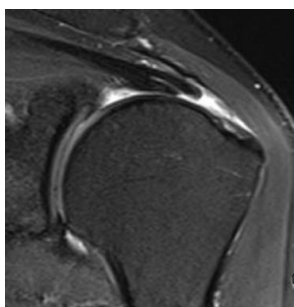
Клиник усуллар. Операциядан кейинги 1 йилдан 5 йилгача бўлган даврда беморлар клиникада UCLA, ASES, CS функционал шкалаларини тўлдириш билан текширилди. Беморни тавсифловчи ва функционал бузилишнинг бошланғич даражасини акс эттирувчи кўрсаткичлардан қуйидагилар танланди: жинси, ёши, беморда никотинга қарамлик бор-йўқлиги, травма тарихи ёки бирга келадиган патология (артериал гипертензия, қандли диабет), симптомларнинг давомийлиги, беморни кузатиш даври, операциядан олдинги МРТ маълумотларига кўра, елка бўғимининг операциядан олдинги қаттиқлиги (контрактура) мавжудлиги, юқори оёқ-қўлнинг псевдопаралич, елка бўғимидаги айлантурувчи манжетнинг шикастланишларида мушаклар атрофиясининг дастлабки зўравонлиги.



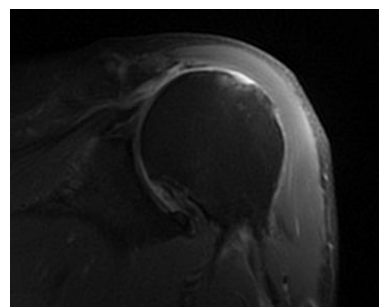
Расм 1. Беморларни елка бўғимидаги айлантурувчи манжетнинг шикастланиш даражаси бўйича тақсимлаш



а.

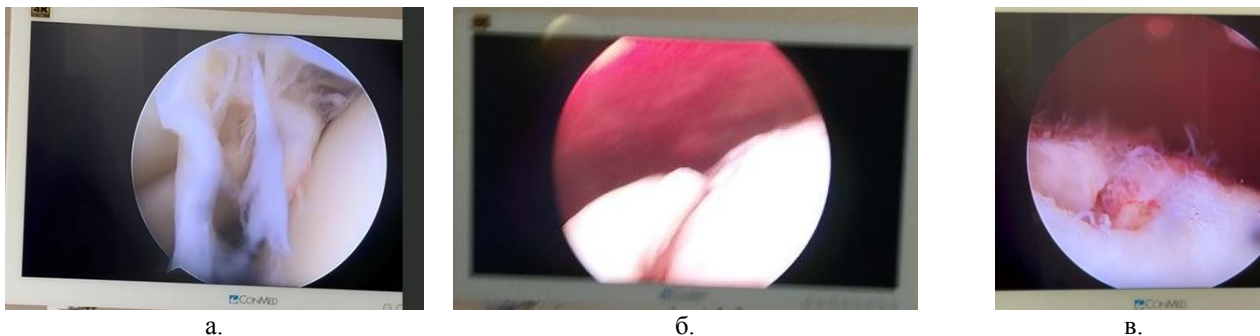


б.



в.

Расм 2. Елка бўғимидаги ротатор манжетнинг шикастланишини Patte бўйича: а - I даража, б - II даража, в - III даража



Расм 3. Айлантирувчи манжетининг шикастланишининг артроскопик кўриниши.: а – бўғим ичидан кўришиниши, б,в – субакромиал бўшлиқдан кўришиниши

Даволашнинг куйидаги хусусиятлари ҳисобга олинди: лангар чоклари техникаси (бир қаторли ёки икки қаторли кўприк чоклари), елканинг икки бошли мушаги тенотомияси ёки тенодези, артроскопик субакромиал декомпрессия, елка бўғимларида операциядан олдин ёки операция вақтида капсулотомия қилиш.

Рентгенологик усул. Барча беморлар елка бўғимида тўғридан-тўғри ва аксиал проекцияларда операциядан олдинги стандарт рентгенографиясини ўтказдилар. Елка бўғимининг атропатияси оғирлиги К. Ҳамада таснифи ёрдамида баҳоланди [17]. Операциядан олдинги МРТ Сиенс томографида (Жанубий Корея) магнит майдон кучи 1,5 Тесла бўлиб, елка бўғими учун махсус Сиенс матрицаси спирал ёрдамида амалга оширилди. МРТ техникаси стандартлаштирилган текшириш протоколларини ўз ичига олади, улар аксиал, косо-сагиттал ва коронал проекцияларда T2 ва PD вазни ёғ босилган тасвирларни олиш учун ишлатилади. Шикастланган ротатор манжетининг пай четининг орқага тортиш даражасини операциядан олдинги баҳолаш Д. Патте таснифи бўйича, мушак қисмининг ёғли дегенерацияси даражаси Д. Готталлиер таснифи бўйича баҳоланди.

Жаррохлик усули. Барча аралашувлар тўртта стандарт портдан (орқа, олд, постеро-латерал, антеро-латерал), шунингдек, фиксаторларини киритиш учун бир ёки иккита қўшимча мини-портдан амалга оширилди. Футпринти ва ёрилиб кетган пайнинг дистал учини қайта ишлов беришдан сўнг, елка суягининг қатта дўнгига анкер қўйилди. Анкер сифатида учта ипли (Threvo, Conmed) ва учта ипли Y-knot RC (Conmed) диаметри 5,5 мм бўлган узел фиксаторлари ишлатилган. Полиэфиреферкетондан (ПЕЕК) тайёрланган лангар фиксаторлари ҳам худди шундай тез-тез ишлатилган. Елка бўғимидаги айлантирувчи манжетининг шикастланишинининг 1-даражасида беморларига Патте бўйича бир қатор лангар чоклар қилинади. 2-3 даражадаги шикастланган беморларга Патте бўйича икки қаторли суяк-пай

тикиши амалга оширилди. Пай четини маҳкамлаш учун унинг ҳаракатчанлик даражасига ва ёрилиш конфигурациясига қараб, бир қаторли ёки икки қаторли кўприкка ўхшаш анкраж чоки ишлатилган (расм 3).

Реабилитация протоколи 6 ҳафта давомида 45° йўналтириладиган ёстиқ билан юмшоқ ортез билан иммобилизация даврини ўз ичига олади. Патте бўйича елка бўғимидаги айлантирувчи манжетнинг шикастланишининг 1-даражали беморларга пассив ҳаракатлар операциядан 2 сутка кейин, қолган беморларга эса операциядан 2 ҳафта кейин бошланди. Саккиз ҳафтадан сўнг эса, улар елка камарлари мушакларини ишлатишга рухсат беришди.

Натижалар. Артроскопик суяк-пай анкраж тикувининг натижалари, агар улар икки ёки ундан ортик рейтинг тизимларида тасдиқланган бўлса, "яхши", "қониқарли" ёки "ёмон" деб таснифланади. ASES, CS ва UCLA функционал баҳолаш шкаллари кўрсаткичлари даражасига кўра, беморлар гуруҳлари яхши - 77 (77,7%), қониқарли - 20 (20,2%) ва ёмон - 2 (2,02%) натижалари аниқланди.

Бундан ташқари, ВАШ шкаласи оғриқ синдроми ва функционал бузилишнинг табиатини аниқлаш учун ишлатилди.

Артроскопик суяк-пай анкраж чокидан сўнг елка бўғимидаги ротатор манжетнинг шикастланишини ёрилиши бўлган барча 99 беморни текшириш вақтида 82та (82,8%) беморда оғриқ синдроми тўлиқ йўқ эди, 15та (15,2%) беморларда жисмоний фаоллик билан вақти-вақти билан безовта бўлган ва 2та (2%) беморда доимий (шу жумладан, дам олишда, тунда) давом этди. Шуни таъкидлаш керакки, 2 та ёмон натижаларга эришган беморларда елка бўғимидаги айлантирувчи манжетнинг шикастланишини ёпишқоқ капсула ва импенджмент синдроми билан бирлаштирилган. Бу беморларда оғриқ елканинг ташқи юзасига, бўйин, ўмров ва қўл бармоқлари терисидаги сезувчанликнинг барқарор пасайиши билан бирга келади.

Жадвал 1. Беморлар елка бўғимидаги ротатор манжетнинг шикастланишини ва суяк-пайларнинг силжишига қараб тақсимланиши

| | 1 гуруҳ (n=34) | 2 гуруҳ, (n=36) | 3 гуруҳ, (n=29) |
|--|----------------|-----------------|-----------------|
| Айлантирувчи манжет пай тўқимасини тўлиқ тиклаш | 32 | 27 | 16 |
| Айлантирувчи манжет пай тўқимасини қисман тиклаш | 2 | 9 | 11 |
| Қайта тикланган айлантирувчи манжет тўқималарининг такрорий ёрилишлари ёки бирлашмаслиги | - | - | 2 |

Елка бўғимининг тикланиш даражаси учта баҳолаш тизимида акс эттирилган - CS, ASES, UCLA. Операциядан олдин ва кўздан кечириш пайтида ўртача кўрсаткичлар:

- CS бўйича – 32,5±5,4 и 18,2 ±4,5 балл;
- ASES бўйича 52,2±6,4 и 84,7±3,4 балл;
- UCLA бўйича 18,2±1,8 и 26,4±3,4 балл.

Операциядан кейинги МРТ-тадқиқот натижаларига асосланиб, беморлар елка бўғимидаги ротатор манжетнинг шикастланишини ва суяк-пайларнинг силжишига қараб учта гуруҳга бўлинди:

А — айлантирувчи манжетининг пай тўқимасини тўлиқ тиклаш билан;

В — айлантирувчи манжетининг пай тўқимасини қисман тиклаш билан;

С — қайта тикланган айлантирувчи манжет тўқималарининг такрорий ёрилиши ёки бирлашмаслиги билан (жадвал 1).

Операциядан кейинги МРТ тадқиқотларига кўра, беморлар қуйидаги кичик гуруҳларига бўлинган: тўлиқ (75 (75,8%) бемор) ёки қисман (22 (22,2%) бемор) ротатор манжетларининг шикастланган пайларини тиклаш, шунингдек, қайта ёрилиш билан, қайта тикланган пай тўқималарининг (2 (2%) бемор).

Хулоса: Айлантирувчи манжети шикастланиши бўлган беморларда операциядан олдинги режалаштириш босқичида қутилган жароҳатнинг узунлиги ва кенглигини ўлчаш, ротатор манжет элементларининг мушак қисмининг ёғли дегенерацияси даражасини қийшиқ-коронар ва сагиттал проекцияларда баҳолаш тавсия этилади. Жарроҳлик даволашнинг шикастланиш геометрияси ва прогнози турини аниқлаш учун Т2 режимдан фойдаланилади.

Анкраж фиксаторлар ёрдамида ротатор манжет жароҳатларини тузатиш учун артроскопик усуллардан фойдаланиш яхши ва қониқарли функционал натижаларга эришиш имконини беради. Қониқарсиз натижаларнинг сабаблари массив жароҳатлар ва елка бўғимининг айлантирувчи манжетининг ёғли дегенерацияси бўлган беморларнинг кеч мурожаат қилишидир.

Адабиётлар:

1. Макаревич Е.Р. Лечение поврежденной вращательной манжеты плеча / Минск: БГУ, 2001. – 163 с.
2. Ризаев Ж. А. и др. Оценка функциональных изменений, формирующихся в зубочелюстной системе боксеров //Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 270-274.
3. Ризаев Ж. А., Туляганов Н. А. Состояние верхнечелюстной пазухи у пациентов с переломами скулоорбитального комплекса: Обзор литературы //Advanced Ophthalmology. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 66-73.
4. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности //Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью" Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
5. Ризаев И. А., Бекжанова О. Е., Ризаев Ж. А. Распространенность и интенсивность кариеса зубов у детей, больных герпетическим стоматитом, в Ташкенте //Клиническая стоматология. – 2017. – №. 1. – С. 75-77.

6. Burkhart, S. Articular arc length mismatch as a cause of failed bankart repair / S. Burkhart, S. Danaceau // Arthroscopy. – 2000. – Vol. 16, N 7. – P. 740–744.

7. Burkhart, S. A cowboy's guide to advanced shoulder arthroscopy / S. Burkhart, I. Lo, P. Brady. – Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. – 16 p.

8. Burkhart, S. Arthroscopic repair of massive rotator cuff tears with stage 3 and 4 fatty degeneration / S. Burkhart, J. Barth // Arthroscopy. – 2007. – Vol. 23, N 4. – P. 347–354.

9. Castagna A., Garofalo R., Cesari E. No prosthetic management of massive and irreparable rotator cuff tears. Shoulder Elbow. 2014; 6(3):147–155.

10. Chalmers P.N. et al. All-arthroscopic patch augmentation of a massive rotator cuff tear: surgical technique. Arthrosc Tech. 2013;2(4): e 447–451.

11. Mitchell C. et al Shoulder pain: diagnosis and management in primary care. BMJ. 2005; 331(7525):1124–1128.

12. Huffman G.R., Romeo A.A. Massive rotator cuff tear. Orthopedics. 2013; 36(8):625–627.

13. Irismetov, M. E., Jongirov, S. A., Saleev, B. V., & Mamatkulov, K. M. Chronic instability of the shoulder joint: a historical overview and a trends in the development of surgical treatment.

14. M.E. Irismetov et al Treatment and diagnostic algorithm of Patients with chronic instability of the Shoulder joint, Тиббиётда янги кун-Бухара 2022 (6(22)) – 112-120

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Жонгиров С.А., Салеев Б.В., Холхужаев Ф.И., Абдусаматов Ш.Н.

Резюме. Причины болей в области плечевого сустава наиболее часто связаны с патологией субакромиального пространства, достигающей 70%. Повреждения вращательной манжеты плечевого сустава (ВМПС) остаются самыми распространенными среди патологий плечевого сустава. Среди поврежденных ВМПС выделяют малые, средние, большие и массивные, при этом на долю больших и массивных повреждений приходится 56%. Материалом исследования были использованы данные 99 пациентов, которым был выполнен костно-сухожильный якорный шов разрыва ВМПС в период с 2019 по 2023 г. По I степени повреждения ВМПС 34 больных, 2 степени – 36 больных, 3 степени 29 больных. Результаты выполнения артроскопического костно-сухожильного якорного шва относили к категориям “хорошие”, “удовлетворительные” или “плохие”, если они подтвердились в двух и более системах оценки. Применение артроскопических способов восстановления поврежденной вращающей манжеты плеча с применением анкерных фиксаторов позволяет получить хорошие и удовлетворительные функциональные результаты. Причинами неудовлетворительных результатов были поздние обращение больных с массивными повреждениями и жировой дистрофией вращательной манжеты плечевого сустава.

Ключевые слова: вращательная манжета плечевого сустава, артроскопия, костно-сухожильный якорный шов, мостовидный якорный шов.