



O'zbekiston travmatolog va ortopedlarining
xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi
14 oktyabr 2023 | Navoiy

Scientific and practical conference of traumatologists-
orthopedists of Uzbekistan with international participation
October 14, 2023 | Navoi

"Yirik bo'g'imlarning shikastlanishlari va orto-
pedik kasalliklarini davolashning innovatsion
usullarini joriy etish istiqbollari" mavzusidagi

KONFERENSIYASI MATERIALLARI

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

«Перспективы внедрения инновационных
методов лечения травм и ортопедических
заболеваний крупных суставов».

Respublika Ixtisoslashtirilgan
Travmatologiya va Ortopediya
Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi

Republican Specialized Scientific
And Practical Medical Center
Of Traumatology And Orthopedics

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР



ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ



СПОНСОРЫ



Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш вазирлиги
Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан
Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии

Republic of Uzbekistan ministry of health
Republic specialized traumatology and orthopedics scientific practical medicine center



Ўзбекистон травматолог-ортопедларининг
халқаро иштирокидаги илмий-амалий анжумани материаллари

**ЙИРИК БЎҒИМЛАР ЖАРОХАТЛАРИ ВА ОРТОПЕДИК
КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ ИННОВАЦИОН
УСУЛЛАРИНИ ТАДБИҚ ҚИЛИШ ИСТИҚБОЛЛАРИ**

Материалы научно-практической конференции
травматологов-ортопедов Узбекистана с международным участием

**ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ
ТРАВМ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ**

Materials of the scientific and practical conference of traumatologists-
orthopedists of Uzbekistan with international participation

**PROSPECTS FOR IMPLEMENTATION OF INNOVATIVE METHODS
OF TREATMENT OF INJURIES AND ORTHOPEDIC DISEASES OF LARGE JOINTS**

Navoiy-2023



ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЗБЕКИСТАНЕ

Ирисметов М.Э., Салиев М.М., Умаров Ф.Х., Кодиров М.Ф.

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Руководством страны поставлена задача повышения уровня оказания специализированной медицинской, в том числе и травматолого-ортопедической, помощи населению Республики до уровня мировых стандартов. Основным средством достижения этой цели является внедрение высокотехнологичных методов диагностики и лечения, для чего за последние годы из бюджета выделяются огромные финансовые средства.

Успешный процесс внедрения любой технологии зависит от наличия трех объективных факторов – достаточной материально-технической базы, необходимого инструментария и подготовленных специалистов. Есть еще один немаловажный субъективный фактор – желание и стремление врачей овладению этой технологией.

За последние 5 лет в истории нашего учреждения произошло большое изменение - в соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан от 20 июня 2017 года нашему институту присвоен статус Центра.

В этом же году постановлением правительства соседнее здание передано на баланс Центра, проведена капитальная реконструкция здания в соответствии с международными стандартами, 10 апреля 2019 года проведена торжественная церемония открытия обновленного здания.

Операционные и реанимационные отделения, диагностические лаборатории были оснащены самым современным оборудованием.

С учетом будущего увеличения оперативной деятельности, внедрения новых видов операций в старом здании центра было построено несколько операционных залов.

Число амбулаторных больных стабильно увеличивается на протяжении последних 4 лет. В 2019 году оказана помощь более 95 тысячам пациентов, а в 2022 году зарегистрировано более 142 тысяч амбулаторных госпитализаций. Лишь в 2020 году количество больных снизилось из-за эпидемиологической ситуации.

Такая же тенденция наблюдается и в показателях госпитализации. Это достигнуто за счет сокращения среднего срока пребывания больных путем внедрения интенсивных методик лечения.

В результате снижения доли консервативного лечения и увеличения оперативной активности ежегодное количество операций увеличилось с 6194 в 2019 году до 10189 в 2022 году.

С каждым годом увеличивается процент высокотехнологичных операций, таких как эндопротезирование крупных суставов, артроскопические операции, эндоскопические операции на позвоночнике.

Самым большим нашим достижением в области вертебрологии стало внедрение эндоскопической технологии при удалении грыж дисков. Один из сотрудников нашего центра благодаря своим глубоким знаниям в этой области привлек внимание за рубежом и дослужился до уровня тренера на зарубежных кадаверных курсах.

Таким образом, в нашем центре активно ведется работа по внедрению современных диагностических и лечебных технологий в травматологии и ортопедии. В качестве головного учреждения Республики по нашей специальности мы идем по пути дальнейшего распространения данных методик по регионам через наши филиалы в областях.

Основным методом внедрения новых методов на местах являются регулярные плановые выезды бригад специалистов Центра в каждый регион Республики. Так, за 2019 год специалистами центра осмотрены 9148 пациентов, проведены 93 мастер классов, в ходе которых осуществлены 284 операций. Интенсивность работы с каждым годом наращивалась, за исключением годов пандемии. В 2022 году осуществлены 62 выездов, консультированы 5670 больных, проведены 535 операций. За 6 месяцев 2023 года в ходе 39 выездов осмотрены 4140 больных, проведены более 200 операций.

В настоящее время такие высокотехнологичные операции, применяемые в области травматологии и ортопедии как БИОС и эндопротезирование тазобедренных суставов, внедрены во всех областных центрах. БИОС и экстрамедуллярные операции при переломах длинных костей проводятся во всех областных центрах и большинстве районов. Артроскопия внедрена во всех областях, кроме Наманганской и Джизакской областей. Для сравнения: в 2016 году эндопротезирование проводилось только в 5 регионах, а артроскопия – в 2 регионах.

Регионами, где наиболее активно применяются операции эндопротезирования, являются Самаркандская, Хорезмская, Андижанская, Ферганская, Ташкентская и Бухарская области. Артроскопические технологии активно внедряются в Самаркандской, Бухарской, Ферганской, Андижанской и Хорезмской областях.

С этого года начата программа внедрения в областях ультразвуковой диагностики дисплазии тазобедренного сустава у младенцев. В январе-июне текущего года были организованы выездные циклы в Сурхандарьинской, Андижанской, Наманганской и Хорезмской областях. В ходе этих разездов более 30 региональных врачей УЗД прошли обучение по диагностике дисплазии с помощью УЗИ.

Для подготовки специалистов для внедрения новых технологий в центре создано учебное подразделение, где в 2021-2022 годах в организованных курсах повышения квалификации по эндопротезированию крупных суставов, артроскопическим технологиям, БИОС-технологии при лечении переломов костей, ультразвуковой диагностике ортопедической патологии крупных суставов прошли обучение более 95 специалистов из разных регионов нашей Республики.

В 2023 году были организованы новые курсы по следующим актуальным направлениям, на которых обучено 53 специалиста: лечение заболеваний позвоночника, лечение переломов длинных трубчатых костей современными оперативными методами, лечение косолапости у детей по методу Понсети, блокада периферических нервов с использованием ультразвуковой навигации (региональная анестезия), УЗИ диагностика дисплазии тазобедренного сустава у детей.

Наши планы по дальнейшему внедрению высокотехнологичных методов диагностики и лечения на ближайшее будущее:

робототехника, артроскопические операции, уникондулярные протезы коленного сустава, короткие протезы бедра, компьютерный навигатор, 3D-моделирование деформаций костей, микрохирургические вмешательства на позвоночнике и кистях, технологии лечения орфанных заболеваний.



В регионах в 2023 году планируется продолжить внедрение современных технологий тотального эндопротезирования при патологии крупных суставов, аутопластики передней и задней крестообразных связок коленного сустава, остеосинтеза костей таза малоинвазивным способом, стабилизации привычного вывиха надколенника артроскопическим методом, эндоскопического удаления грыж дисков позвоночника, операции Д.Насса при врожденных деформациях грудной клетки.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМЫ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Абдиев Ш.Э., Саттаров А.Р., Кобилов А.О., Саидов С.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Цель работы – улучшить результатов хирургического лечения неспецифических спондилитов поясничного отдела позвоночника с применением остеоиндуктивных материалов и использованием ТПФ систем.

Материалы и методы - материал нашей работы составили 23 больных, оперированных в НЦРиПЛсИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в 2019-2022гг по поводу неспецифического спондилита позвоночника поясничного отдела поясничного отдела. В материале было 10 (43,4%) женщин и 13 (56,4%) мужчин. Средний возраст больных составил 38,2±2,4 лет. Показаниями к хирургическому лечению явились наличие болевого синдрома, проводниковых и сегментарных нарушений и наличия костных деструкций тел позвонков. Неспецифических спондилитов позвоночника поясничного отдела имели место всех 23 больных. Всем больным проведено декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего доступа поясничного отдела позвоночника.

Спондилиты заключалась в декомпрессии нервно-сосудистых структур позвоночного канала путем интерламинэктомии, дискэктомии (при наличии дисцитов) с санацией воспалительного очага с последующим со стабилизацией ТПФ системой, при спондилитах со стенозом позвоночного канала заключалась в широкой декомпрессии структур позвоночного канала путем корпорэктомии пораженных позвонков и дисков и спондилодезо с МЭШ (заполненной бонграфтом) с последующим стабилизацией ТПФ системами состоящих и многоосевых винтов из заднего и из переднебокового доступа. В неврологии имело место корешковая боль у 21 больных, боль в нижне-поясничной области передающиеся в ногу у 20 больным, боль в нижней части спины у 22 больным и нейрогенная перемежающаяся хромота у 14 больным. Стабилизация проведено в двух уровнях 18 больным и остальным больным в трех уровнях.

Результаты и их обсуждение. Клинический результат у больных после операции у одного больного отмечались рефлекторные боли, которое купированы с миорелаксантами, у 9 больных умеренные боли, (больной периодически принимал обезболивающих препаратов), у остальных боли прошли и больные вернулись к

активному образу жизни. Результаты в послеоперационном периоде: у 16 (69,5%) больных хорошие результаты, у 6 (26,1%) больных удовлетворительный и у 1 (4,4%) больного неудовлетворительные (отмечались рефлекторные боли).

Выводы. Корпорэктомия с санацией воспалительного очага и спондилодезом МЭШ (заполненной с бонграфтом) и стабилизацией ТПФ системой (многоосевых винтов) позволяет разнообразить положение винтов. Эта особенность минимизирует потребность в контурировании стержня, уменьшает усталость металла, сокращает операционное время, дает возможность тщательной санацией воспалительного очага и ранней активизацией больных.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алимов А.П., Исматуллаева М.Н., Тураев Ш.Х.

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. С появлением пандемии COVID-19 была выявлена не только высокая инфекционная активность вируса, но и его способность оказывать множественное негативное воздействие на организм человека. Вместе с тяжелыми респираторными симптомами и воздействием на сердечно-сосудистую систему, влияние вируса оказывается и на структуры опорно-двигательной системы. Постковидный остеонекроз, как одно из осложнений после COVID-19, стал объектом повышенного внимания медицинского сообщества и исследователей. На сегодняшний день существует значительный разрыв в нашем понимании механизмов развития этого осложнения и оптимальных подходов к его лечению. Не только долгосрочные последствия инфекции, но и прямое воздействие вируса на костную ткань могут способствовать возникновению остеонекроза. Это подчеркивает актуальность исследований, направленных на раскрытие патогенеза и механизмов развития данного осложнения.

Материалы и методы. В клинике РСНПМЦТиО МЗ РУз на амбулаторном лечении с января 2022 до мая 2023 года находилось 47 больных с аваскулярным некрозом головки бедренной кости ранее перенесших COVID-19. Их них 25 (53%) были мужчинами и 22 (47%) лицами женского пола, у 34 (72%) было двустороннее поражение, у больных с односторонним поражением в 8 (17%) случаях справа и 5 (11%) слева. У больных с двусторонним поражением также отмечалось начало проявления признаков с правой стороны. Из анамнеза 45 больным в процессе лечения новой короновирусной инфекции были использованы глюкокортикостероиды.

Результаты. У 64 % пациентов наблюдались положительные результаты, которые обращались в I и II стадии. У остальных больных наблюдались прогрессирующие заболевания, которые имели сопутствующую патологию и обращались на поздних III–IV стадиях. Проводились операции тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов с прогрессией заболеваний.

Заключение. Выбор тактики консервативного лечения при постковидном асептическом некрозе головки бедренной кости зависит от стадии заболевания, со-



путствующим патологий и возраста больного. При наличии сопутствующих заболеваний, позднего обращения и неадекватного консервативного лечения у пациентов с постковидным асептическим некрозом отмечается прогрессирование клинических симптомов и ухудшение лабораторных данных, что приводит к раннему оперативному вмешательству.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алимов А.П., Акбарханов Ж.Ж.

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Цель исследования: сравнение функциональных результатов и качества жизни пациентов пожилого и среднего возраста после лечения переломов дистального отдела бедра.

Материалы методы: Мы провели ретроспективный анализ 57 пациентов, которые перенесли переломы дистальной части бедра и прошли стандартное оперативное лечение в РМНПМЦТО. Пациенты были разделены на 2 группы: Основная группа пациентов в возрасте 65 лет и старше и сравнительная группа - пациенты моложе 65 лет. Функциональные данные в послеоперационном периоде были собраны по телефону в среднем за 2,5 года (в диапазоне 6 месяцев-8 лет) с использованием метода краткосрочной функциональной оценки опорно-двигательного аппарата (SMFA).

Результаты: не было статистической разницы по полу, типу перелома, хирургической технике. Процент пациентов с зажившими переломами при 6-месячном наблюдении существенно не отличался между группами. В основной группе имелся несколько худший диапазон движения колена на 3, 6 и 12 месяцев после операции, но статистически значимой разницы между группами не было. Показатели суточной активности, функциональности и "беспокойства" SMFA были значительно хуже в старшей когорте. Однако существенной разницы в индексах эмоциональной активности и мобильности SMFA не было.

Критериям включения для данного исследования соответствовали 57 пациентов. Восемь (21%) пациентов группы А умерли до окончательного наблюдения. Один пациент из группы Б был исключен из исследования из-за паралича нижних конечностей перед травмой. Это составило 48 пациентов доступных для потенциального наблюдения. В группу А вошли 30 пациентов со средним возрастом 78 лет (диапазон - 65-97 лет). В группу Б вошли 18 пациентов среднего возраста 47 лет (диапазон - 20-64 лет). Функциональные данные наблюдения собирались в среднем за 2,5 года. Статистических различий по полу, типу переломов, хирургической технике и интервалу наблюдения не выявлено. Доля пациентов с зажившими переломами в 6-месячном наблюдении составила 94% в группе А и 80% в группе В. Эта разница не была значительной ($P = 1/4 .78$). Группа пожилых пациентов имела несколько худший диапазон движения колена на 3, 6 и 12 мес. послеоперационного наблюдения, но статистически значимой разницы между группами не наблюда-

лось. В группе А (6 из 30, 20%) осложнений было больше, чем в группе В (1 из 18, 6%; табл. 1). Показатели суточной активности, функциональности и "беспокойства" согласно SMFA были значительно хуже в группе пожилых пациентов. Однако существенной разницы не было.

Таблица 1
Осложнения в отдаленном послеоперационном периоде

группа	Осложнения	Кол-во
А	Отвинчивание винта	5
	Разрушение фиксатора	5
	Разрыв сухожилия четырехглавой мышцы	6
	тромбоз глубоких вен	7
	Несрастание	9
	Жесткость колена, требующая повторной операции	3
В	Заражение	0
	Несрастание	0

В индексах "Эмоциональность" или "Мобильность" SMFA Группа А имеет среднее выравнивание 7,0 валгуса, в то время как группа В имеет среднее выравнивание 6,4 валгуса. Эта разница не была значительной ($P \frac{1}{4} .52$). Группа А имеет средний балл Келлгрена-Лоуренса 2,83, в то время как группа В имеет средний балл 1,54. Эта разница была значительной ($P \frac{1}{4} .01$).

Заключение: таким образом, мы можем утверждать, что для активных пациентов, которые достаточно здоровы, чтобы пережить первый послеоперационный год, хорошие результаты могут быть достигнуты независимо от возраста.

Несмотря на более низкое качество жизни и функциональные показатели, данное исследование предполагает, что относительно хорошие клинические результаты могут быть достигнуты при хирургической фиксации у пожилых пациентов. Мы рекомендуем оценивать пациентов пожилого возраста с переломами дистального отдела бедра на предмет их пригодности к хирургическому вмешательству на основании их функционального состояния до травмы, сопутствующих заболеваний и психического состояния. При принятии решения об оперативном лечении переломов дистальной части бедренной кости у пожилых пациентов возраст не должен быть препятствием.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ РЕТРОГРАДНОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С БЛОКИРОВАНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ, ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ И ДЕФОРМАЦИЯХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

**Алимов А.П., Абдурахимов С.Н., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х.,
Сапаев З.Э., Акбархонов Ж.Ж., Кодиров Р.Р.**



*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Переломы дистального отдела бедренной кости являются наиболее тяжелым видом травмы в особенности у больных в старшей возрастной группе с наличием коморбидного фона и низкой минеральной плотности костной ткани.

Несмотря, на развитие технологии остеосинтеза при хирургическом лечении переломов дистального отдела бедренной кости, к сожалению встречаются случаи несращения с образованием ложного сустава, а также посттравматической деформации нижней конечности. Как, известно система ретроградного интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием позволяет стабильно фиксировать костные отломки мининвазивным доступом, что способствует меньшей кровопотере и ранней активизации пациента после полученной травмы. Интрамедуллярный стержень в бедренной кости обеспечивает наиболее рациональную физиологическую биомеханическую нагрузку на всю нижнюю конечность и позволяет достичь желаемого результата сращения, что весьма актуально при ложных суставах и деформациях дистального отдела бедренной кости.

В отделении взрослой травматологии клиники РСМПЦТиО МЗ РУз больным в возрасте от 55 лет и старше при переломах дистального отдела бедренной кости в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани и коморбидности у 78 больных была применена система ретроградного интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием. Из 78 больных подавляющее большинство составляли женщины - 55 и 23 мужчин, в возрасте от 55 до 82 года лет (средний возраст 68 лет). Дистальный перелом бедренной кости мы наблюдали у 42, ложные суставы у 15 больных после проведенного остеосинтеза накостной пластиной, посттравматическая деформация бедренной кости в дистальном отделе – 5.

Всем больным в предоперационном периоде проводилось МСКТ, рентгеноденситометрические исследования. Мультислайсная компьютерная томография позволяла определить характер перелома, деформацию бедренной кости в разных плоскостях. Рентгеноденситометрия определяла показатели минеральной плотности костной ткани.

Всем больным производилась спинномозговая анестезия, после репозиционирования костных фрагментов в положении сгибания коленном суставе под углом 165 градусов над областью межмышцелковой ямки дистального отдела бедренной кости вскрывался костномозговой канал и вводился металлический стержень, после чего блокировался винтами в проксимальном и дистальном отделах бедренной кости. При ложных суставах с наличием пластин, производилось удаление металлоконструкции после проведения периостальной и эндостальной декортикации устанавливался штифт. Таким же, образом осуществлялся остеосинтез при варусных деформациях дистального отдела бедренной кости после клиновидной резекции. У одного больного с переломом и 1 ложным суставом дистального отдела бедренной кости с наличием эндопротеза тазобедренного сустава был имплантирован металлический стержень с укороченной длиной. Заранее по рентгенологическим снимкам определялся размер стержня, а затем проводилось укорочение стержня до соответствующей длины с формированием технических отверстий для винтов.

После проведенного хирургического лечения у 75 больных были отмечены положительные результаты, а у двоих больных были явления замедленной консоли-

дации костных фрагментов, у одного имелась поверхностное воспаление мягких тканей. Всем троим было проведено соответствующая медикаментозное лечение, после чего эти явления были купированы.

Таким, образом ретроградный интрамедуллярный остеосинтез с блокированием при переломах дистального отдела бедренной кости у больных старшей возрастной группы является наиболее оптимальным методом хирургического лечения в плане скорейшего восстановления опороспособности и функции нижней конечности у данной категории больных. Аналогичным образом проведенный остеосинтез при ложных суставах и посттравматических деформациях обеспечивает сращение костной ткани и устраняет деформацию.

СОН СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИҚЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ

Алимов А.П.¹, Абдурахимов С.Н.²

¹*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент*

²*Клиническая база центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент*

Сон суяги синиқлари кўпинча политравма асосан катта куч талаб қиладиган травмаларда (политравма, йўл транспорт ходисалари, баландликдан йиқилиш) ва ёши катта беморларда остеопороз ҳисобига учрайди. Сон суяги синиши политравмалар оқибатида ёш ва ўрта ёшдаги беморларда учраши ижтимоий-иқтисодий ва ёши катта беморларда остеопороз асорати сифатида кўп учраши иқтисодий аҳамиятга эгадир.

Сон суяги синиқлари синиб суяк бўлакалари силжиганда, кўрсатма бўйича операция усулида даволаш амалга оширилади. Бундай операциялар беморни олган травмаси, қўшимча касаллиги ва ёшини ҳисобга олиб, шошилиш ёки режали амалга оширилади. Статистика бўйича сон суяги синиқларини 4 % дан 6-8 % гача дистал қисмидан синиши ташкил қилади. Сон суяги дистал қисми синиқларида консерватив даволаш усули жуда кам қўлланилади. Клиник маълумотларга қараганда операция қилинган беморларда ногиронлик кўрсаткичи жуда паст даражада. Сон суягини пастки учлиги синиқларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг кўплаб усуллари амалиётга тадбиқ этилган ва кенг қўлланилмоқда. Замонавий тиббиёт ривожланган сари бундай жарроҳлик даволаш усуллари, миниинвазив хирургик вариантлар ривожланишига тўртки ва сабаб бўлмоқда.

Сон суяги дистал қисми синиқларининг хилма-хиллиги туфайли жарроҳлик даволаш усулини тўғри танлаш жуда зиддиятли. Бундай синиқларда сон суягини пластина ва штифтлар билан остеосинтезлаш талаб қилинади. Бу операциялар катта ҳажмидаги операция майдони, операция вақтида кўп қон йўқотиши, қўшимча травма қилиш, операция давомийлик вақтини узайиши, операциядан кейинги асоратлар ривожланишига, реабилитация жараёнини чўзилиб кетишига, беморни ишга лаёқатсизлик даражалари узайиб кетишига каби ҳолатларига сабаб бўлади. Шунинг учун биз эрта реабилитаци қилиб, беморни тезда оёққа туриб кетишига тарафдоримиз.



Тадқиқот мақсади: сон суяги дистал қисми синган беморларни миниинвазив жарроҳлик даволашнинг турли усулларида фойдаланиб уларни таққослаб кўришдан иборат.

Операция вақтида асосан суяк синиқ бўлақларини жойига қўйиб, репозиция бўлган суякни остеосинтез қилгунича бир ўқда ушлаб туриш энг катта муаммо ҳисобланади, бу эса кўп куч ва катта операция майдонини талаб қилади. Шуларни ҳисобга олиб, операция вақтида синиқларини ташқи дистрактор ёрдамида репозиция қилиб, каминвазив усулда остеосинтез қилиш усулари қўллаб натижаларни яхшиламоқдамиз.

Материаллар ва усуллари. 2019-2023 йиллар давомида сон суяги пастки учлиги синган 43та бемор шу усулда операция қилинди. Бу 75% ҳолларда жароҳатларнинг сабаби йўл-транспорт ҳодисалари, 14% ҳолларда каттатравма, 11 % ҳолларда остеопороз асорати ҳисобига енгил йиқилиши натижасида синган беморлар эди. Операция қилинган беморларнинг ёши 20 ёшдан 60 ёшгача (ўртача 43). Улардан 32 эркак (76%), 11 аёл (24%) бор эди. Операциядан олдинги даврда, қўйидаги текширув усуллари амалга оширдик: Клиник-лаборатор текширувлардан ташқари рақамли рентгенография ва 3Д реконструкция билан МСКТ, денситометрия, электронейромиография ва доплерография, бу даврда суяк синиқ бўлақларини ҳолати, парчалар мавжудлиги тизза бўғимига ўтганлиги, сон суяги дистал қисмини синиқ шакллари, суяк каналини бузилганлиги, артерио-венос томирларининг шикастланиш даражаси ва нерв толаларининг шикастланиши аниқланди.

Натижалар ва муҳокама. Операциядан кейинги 6 ойдан 2 йилгача бўлган даврда ўзоқ муддатли натижалар 33 (76,7%) беморда ўрганилди. Харрис шкаласи бўйича ижобий натижалар 26 (78,8%) беморда, яхши – 4 (12,1%) ва қониқарли – 3 (10%) да олинган. Жарроҳлик техникасига қараб даволаш натижаларини қиёсий таҳлил қилиш жароҳатдан кейинги дастлабки ўн кун давомида фақат сон суяги синган беморларда суяк остеосинтезини қўллаш билан ижобий ва яхши натижаларга эришилди. Политравмаларда беморни стабил ҳолатга келтириб оператив даволанганда асоратлар анча камайди. Шунингдек, амалиётдан кейинги 4-6 hafta тизза бўғимини ишлатиш ҳаракатлар ҳажмини яхшилашга имкон беради.

Хулоса. Жароҳатдан кейинги дастлабки кунларда жароҳат ҳажмига қараб 1-2 кун ҳар доим қонни йўқотиши хавфи юқори бўлади. Шунга қарамай, очиқ репозиция ва суяк остеосинтези учун сон суяги дистал қисми синган беморларда оптимал давр шикастлангандан кейин бошлаб дастлабки биринчи ўн кунлик ичида бўлади. Каминвазив бажарилган операция усули пластина ёки ретроград блокловчи штифт билан остеосинтез қилинганда стабил фиксацияга эришилади ва беморни эрта (4-6 hafta) ҳаракат қилиши мумкин.

ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ

Алимов А.П., Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Акбархонов Ж.Ж.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) – одна из наиболее распространенных причин поступления больных в стационар травматолого-ортопедического профиля, причем нередко не только у пожилых пациентов с остеопорозом и остеопенией. Для абсолютного большинства пациентов с ППОБК такая травма означает потерю прежней степени мобильности, а для менее активных пациентов – стойкую потерю возможности к самообслуживанию даже в пределах своего жилища.

С ростом продолжительности жизни населения увеличивается доля пожилых людей, в том числе и с хронической соматической патологией, соответственно, растет количество регистрируемых ППОБК. Низкоэнергетические переломы бедренной кости происходят, как правило, вследствие падения с высоты роста на бок и встречаются преимущественно у людей в возрасте старше 60 лет. Ежегодно во всем мире регистрируется порядка 1700000 случаев ППОБК. К 2050 г. при сохранении основных демографических тенденций прогнозируется увеличение количества ППОБК до 6300000 случаев ежегодно.

Риск возникновения перелома в вертельной области в течение жизни у мужчин составляет 6%, а у женщин достигает 18%, по данным 2015 года это соотношение мужчин и женщин составило 3 к 7. Как правило эти переломы зачастую бывают низкоэнергетическими в этом возрасте, что связано с низкой плотностью костной ткани [Дубров В.Э., Юдин А.В., Сапрыкина К.А., Рагозин А.О., Зюзин Д.А. 2016]

Вынужденный период иммобилизации до хирургического лечения, при наличии уже имеющейся сопутствующей патологии, ведет к усугублению существующих соматических проблем; так, в течение первых трех месяцев после перелома шейки бедренной кости смертность достигает 5,75% у женщин и 7,95% - у мужчин.

Следует отметить, что и после оперативного лечения количество осложнений и неудовлетворительных функциональных результатов остается очень высоким и достигает 30%. Повторные операции после остеосинтеза при ППОБК во многом связаны как с ошибками выбора метода лечения, нарушением методики имплантации металлоконструкций и техники операции, так и с неправильным послеоперационным ведением больного.

Следовательно, при выборе хирургической тактики, представляется очень важным руководствоваться не только характером самого перелома и наличием индивидуальными возможностями организма к остеointegrации после металлоосинтеза на фоне остеопороза, дегенеративно-дистрофических заболеваний сустава и метаболического синдрома.

Как известно при переломах шейки бедренной кости в возрасте старше 60 лет операцией выбора является эндопротезирование тазобедренного сустава. Применение металлоосинтеза при базальных, чрезвертельных и межвертельных переломах в данной возрастной категории не всегда позволяет достичь желаемого результата от проведенной операции, что связано с низкой минеральной плотностью костной ткани, наличие сахарного диабета, развитие осложнений (гипостатическая пневмония, пролежни и т.д.).

После оперативного лечения количество осложнений и неудовлетворительных функциональных результатов остается очень высоким и достигает 30%. Повторные операции после остеосинтеза при ППОБК во многом связаны как с ошибками выбора метода лечения, нарушением методики имплантации металлоконструкций и техники операции, так и с неправильным послеоперационным ведением больного.



Хотя стабильная фиксация перелома может обеспечить сращение перелома и возвращение к нормальной функции этих пациентов, мы должны помнить о значительных рисках, связанных с попыткой фиксации перелома у этих пациентов с плохим качеством кости. Существует несколько эволюционирующих методов и материалов, которые могут помочь в этом начинании, хотя важно иметь в виду, что при некоторых типах переломов тотальная артропластика суставов может быстрее вернуть этих пациентов к их дотравматическому уровню функционирования. [Arthroplasty for the Treatment of Fractures in the Older Patient] Joseph Borrelli Jr., Jeffrey O. (2018)]

В целом результаты лечения остеосинтезом проксимального отдела бедренной кости при посттравматическом артрозе хуже, чем при первичных показаниях. Не удаётся фиксировать перелом шейки бедренной кости, как правило, является результатом значительного смещения костных отломков, плохого качества кости, возраста больного или не адекватной техники фиксации. [The Adult Hip, Hip arthroplasty surgery John J. Callaghan, MD Aaron G. Rosenberg, MD Harry E. Rubash, MD Craig J. Della Valle, MD Paul E. Beaulé, MD John C. Clohisey, MD (2017)]

У молодого пациента, да и исторически у всех пациентов, остеосинтез считался золотым стандартом для переломов проксимального отдела бедренной кости независимо от характера перелома, но возникшие общие осложнения в пожилом возрасте при переломах проксимального отдела бедренной кости, включающий ложный сустав, неправильно сросшиеся переломы и асептический некроз головки бедренной кости привело хирургов к проведению эндопротезирования и число таких вмешательств растёт. [Chammout G, Mukka S, Carlsson T, et al. Total hip replacement versus open reduction and internal fixation of displaced femoral neck fractures. A randomized long-term follow-up study. J Bone Joint Surg Am. 2012;94(21):1921–1928.]

Долгосрочное рандомизированное контрольное исследование и метаанализ с участием почти 1200 пациентов. Выявили благоприятные исходы в лечении переломов проксимального отдела бедренной кости, которых лечили с помощью артропластики у пожилых пациентов [Bhandari M, Devereaux PJ, Swiontkowski M, et al. Internal fixation compared with arthroplasty for displaced fractures of the femoral neck. J Bone Joint Surg Am. 2003;85(9):1673–1681].

Материал и методы исследования. В отделении взрослой травматологии клиники РСПМЦТиО МЗ РУз больным в возрасте от 65 лет и старше при переломах проксимального отдела бедренной кости в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани, наличие дегенеративных изменений в тазобедренном суставе и метаболического синдрома у 37 больных была применена система эндопротезирования сустава. Из 37 больных подавляющее большинство составляли женщины - 30 и семь мужчин, в возрасте от 65 до 86 лет (средний возраст 78 лет). Базальный перелом шейки бедренной кости мы наблюдали у 7, чрезвертельный перелом бедренной кости – 19, межвертельный перелом – 10, перелом верхней трети диафиза - 1 (ревматоидный коксартрит на стороне перелома). У 29 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости по классификации АО/АТО были нестабильными.

Всем больным в предоперационном периоде проводилось МСКТ, рентгеноденситометрические исследования. Мультиязычная компьютерная томография позволяла определить характер перелома, выбор бедренного компонента эндопротеза (Wagner, Zweimuller, ножки конической формы с дистальной фиксацией), при-

менения серкляжа и трансфрагментарных винтов. Рентгенденситометрия определяла показатели минеральной плотности костной ткани, при пониженных уровнях (остеопороз, остеопения с риском перелома более 20 %) металлостеосинтез исключался и выбор был в пользу эндопротезирования тазобедренного сустава.

Системная оценка минеральной плотности костной ткани нами проводилась методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) на аппарате DMS Group «Stratus» (France, 2011) по стандартной программе на проксимальном отделе бедра. Цифровая рентгенография коленных суставов выполнялась по стандартным точкам ROI (regions of interest, R1-5) в прямой и боковой проекции до операции.

Основываясь на рекомендации экспертов ВОЗ [WHO, 1994] остеопороз и остеопения при двухэнергетической рентгеновской денситометрии были верифицированы по денситометрическому показателю - T-критерию, где, величина стандартных отклонений T-критерия до - 0,1 - норма; величина стандартных отклонений T-критерия от - 1,0 до - 2,5 - остеопения; величина стандартных отклонений T-критерия - 2,5 и ниже - остеопороз.

Другой показатель денситометрии T-score выше или равно - 1,0 «эффект есть», если ниже - 1,0 «эффекта нет». У наблюдаемых нами больными отмечались денситометрические показатели в пределах остеопении и остеопороза.

При базальных переломах шейки бедренной кости применялись стандартные конструкции бедренного компонента тотального эндопротеза тазобедренного сустава, при чрезвертельных и межвертельных переломах бедренной кости была использована ножка Wagner эндопротеза ревизионной системы компании Zimmer с применением серкляжа и в некоторых случаях для стабильной фиксации проводился трансфрагментарный остеосинтез винтами. Технические отверстия на ножке Zweimuller (Zimmeraloclassic) позволяли фиксировать отломки большого вертела лавсаном или проводить проволоочный шов в зависимости от характера фрагментов перелома. У 3 больных с выраженным остеопорозом была применена цементная версия эндопротеза тазобедренного сустава с ревизионным бедренным компонентом. У больных с выраженными клиническими явлениями сопутствующими соматическими заболеваниями применялась система биполярного эндопротезирования с целью снизить травматичность и время оперативного вмешательства.

На третьи или последующие сутки после операции больным разрешалось перемещаться с помощью подручных средств опоры (наиболее часто ходунки) не нагружая оперированную нижнюю конечность и проводить активные движения в смежных суставах.

Выводы.

Эндопротезирование при переломах проксимального отдела бедренной кости у больных пожилого возраста является наиболее оптимальным методом хирургического лечения в плане скорейшего восстановления опороспособности и функции нижней конечности у данной категории больных

Система бедренных компонентов эндопротеза тазобедренного сустава Wagner (Zimmer) позволяет стабильно фиксировать костные фрагменты серкляжом и винтами

Применение этих бедренных компонентов с биполярной головкой в пожилом возрасте способствует сокращению объема и длительности оперативного вмешательства у больных с сопутствующими соматическими заболеваниями.



НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НИЗКИХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Алимов А.П., Камолов Б.Х.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Остеосинтез металлическими пластинами различных конструкций и систем остается доминирующим в ряде современных способов оперативного лечения костей голени. В травматологии накоплен большой опыт лечения переломов, основными принципами которого являются: устранение смещения отломков; создание абсолютной неподвижности отломков относительно друг друга и устранение диастаза между ними; меньше травмированные мягких тканей во время операции с минимальным нарушением кровообращения костных отломков в области перелома.

Оперативное лечение диафизарных переломов костей голени, стали применять в 60-х годах и вот уже несколько десятилетий травматологи всего мира проявляют повышенный интерес к этой проблеме, поскольку только обнажение места перелома позволяет устранить интерпонируемые мягкие ткани, выполнить точную открытую репозицию отломков их прочную фиксацию до наступления консолидации, т.е. создать все условия для первичного заживления перелома небольшим объемом регенерата и в оптимальные сроки.

Применение различных металлических конструкций часто приводит к значительному повреждению мягких тканей надкостницы, требует широкого обнажения костных отломков, что ухудшает условия местной трофики. Следует отметить, что, несмотря на развитие остеосинтеза до сих пор существует много нерешенных проблем в области разработки оптимальных вариантов металлических фиксаторов. Поэтому, разработка более совершенных конструкций фиксаторов, обеспечивающих надежное соединение отломков, благоприятные условия для сращения перелома и раннее восстановление функции конечности стали предметом наших исследований.

В клинике широко применено остеосинтез блокируемые интрамедуллярный стержнями для лечения низких диафизарных переломов костей голени.

По данной методике произведен остеосинтез у 40 больных, с низких диафизарных переломами костей голени, лечившихся в отделении острой травмы взрослых за период с 2021 по 2022 гг. Мужчин было- 28, женщин-12. Абсолютное большинство больных были в возрасте от 18 до 60 лет. Для улучшения стабильности, из-за короткого рычага дистального фрагмента блокируемые винты было проведена в разной плоскости костных отломков. во избежание варусной деформации костей голени произведен остеосинтез малоберцовой кости интрамедуллярной спицами и LCP у 35 больных. Через два месяца в обязательном порядке произведена этап динамизации. В послеоперационном периоде гипсовая иммобилизация не применена. У всех 35 больных после применения остеосинтеза по данной методике было достигнуто первичное сращение, осложнений не наблюдалось, все исходы отличные. У одного больного кот произведен остеосинтез малоберцовой кости наблюдалось варусной деформация костей голени. При применении блокируемые

стержнями в послеоперационном периоде не требует гипсовой иммобилизации, больные же на 2 сутки после операции приступают к ходьбе с помощью костылей без нагрузки на оперированную конечность. Спустя 3 недели послеоперации разрешается приступать на оперированную конечность, а через 1,5 месяца костыли сменяются тростью, которой больной пользуется в течение 4 недель, после чего разрешается полная нагрузка оперированной конечности. В течение всего периода реабилитации сохраняется в полном объеме функция суставов, так как с первых дней после операции проводятся ЛФК, физиотерапевтическое лечение, массаж, а после заживления раны и водные процедуры. Немаловажное значение имеет реабилитация, так как этот метод позволяет в короткий срок вернуться к труду. Анализ собственных наблюдений позволяет нам говорить, что блокируемый интрамедуллярный остеосинтез со стержнями является и фиксация малоберцовой кости интрамедуллярной спицами весьма эффективным методом оперативной фиксации при переломах костей голени. У всех наших больных, лечившихся с помощью этого метода, получено первичное сращение переломов в оптимальные сроки и без каких-либо осложнений. Преимуществами которой является малоинвазивность, биологичность и функциональность.

ГИПЕРМОБИЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Джурев А.М., Алимухамедова Ф.Ш.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Резюме. Научный и практический интерес к гипермобильности суставов возник ещё в конце XIX века, когда были описаны наследственные синдромы, в клинической картине которых гипермобильность суставов являлась одним из ведущих симптомов. В 1967 году Кирк (J. H. Kirk), Анселл (B. M. Ansell) и Байватерс (E. G. Bywaters) предложили термин «гипермобильный синдром» для характеристики патологии у пациентов с гиперподвижными суставами и стойкими жалобами со стороны опорно-двигательного аппарата при отсутствии у них признаков какого-либо другого ревматического заболевания. С этого времени началось систематическое изучение указанной патологии в рамках ревматологических и ортопедических синдромов. ГУ РСНПМЦТО произведено диагностика и лечение 50 детей с гипермобильности суставов за период с 2022 по 2023г.

Актуальность. Гипермобильный синдром – системное заболевание соединительной ткани, которое характеризуется избыточной подвижностью суставов, сочетается с жалобами со стороны опорно-двигательного аппарата и/или внутренними и внешними фенотипическими признаками дисплазии соединительной ткани, при отсутствии какого-либо другого ревматического заболевания.

Синдром гипермобильности суставов – это состояние соединительной ткани, объясняющее ее повышенную эластичность и проявляющееся совокупностью от нескольких патологических состояний опорно-двигательного аппарата до большого симптомокомплекса, затрагивающего разные системы человеческого организма. Термин «гипермобильный синдром» отражает феномен гипермобильности



суставов, сочетающийся с дисфункцией опорно-двигательного аппарата (подвывихи, артралгии). Сегодня, благодаря достижениям генетики были описаны и классифицированы свыше 200 заболеваний соединительной ткани и скелета наследственного характера. Изучение данной патологии опорно-двигательного аппарата выявило целый ряд нерешённых вопросов, касающиеся возрастных и половых границ гипермобильности, состояния опорно-двигательного аппарата у лиц с гипермобильностью суставов, уточнения критериев гипермобильного синдрома и его распространённости, непосредственных причин суставной боли при гипермобильном синдроме, а также практически не изученное социальное значение проблемы в целом, определяют актуальность предпринятого эпидемиологического и клинико-инструментального исследования.

Цель исследования: Совершенствование диагностики и лечения гипермобильного синдрома у детей.

Материал и методы исследования.

Материалом для исследования явились 50 больных с диагнозом гипермобильный синдром, лечившихся РСНПМЦТО в отделении консультативной поликлиники и детской травматологии и ортопедии с 2022 по 2023 года в возрасте от 1 до 18 лет. Из них мальчиков было 20 (36,0 %), девочек – 30(64,0 %). Для диагностики применяли следующие методы исследования: физикальный осмотр (по шкале Бейтона) клинико лабораторные, рентгенологические, ультрасонографические, денситометрические, электрофизиологические и патоморфологические.

Результаты и обсуждение. Ведущее место при постановке диагноза любого гипермобильного синдрома у детей занимает физикальный осмотр (оценка по шкале Бейтона), клинико лабораторные, рентгенологические (искривления позвоночника, деформация грудной клетки, рекурвация суставов), ультрасонографические (изменения в суставах, состояние хряща, связок), денситометрические (плотность костей), электрофизиологические, и патоморфологические исследования. Наши наблюдения показали, что физикальный осмотр Бейтона, а также другие методы обследования дополняя друг друга помогает дифференцировать другие заболевание от гипермобильного синдрома у детей.

Заключение. Наши наблюдения показали, что частота встречаемости гипермобильного синдрома неодинакова в разных возрастных группах детей. Необходимо отметить, что гипермобильный синдром имеет, как правило, прогрессирующий характер и лежит в основе формирования соматической патологии. Последняя нередко выходит на первый план и определяет прогноз основного заболевания. Своевременная метаболическая терапия играет важную роль в лечении и профилактике потенциальных осложнений гипермобильного синдрома также приведет к улучшению результатов лечения детей с ортопедической патологией.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОСКОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Алтысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А., Алимова Ш.Г., Кушабаев А.Н.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Асептический некроз головки бедренной кости – частое и тяжёлое осложнение, возникающее после вправления врождённого вывиха бедра у детей, приводящее к раннему развитию диспластического коксартроза, заметно удлиняющее период долечивания детей и во многом определяющий функциональный и анатомический исход.

Частота этого осложнения, по данным разных авторов колеблется от 10% до 80%. У 60–80% пациентов наблюдается торпидное течение заболевания, что приводит к развитию грубых анатомических деформаций проксимального отдела бедренной кости. Последствия его в виде деформации головки, изменения геометрии проксимального отдела бедренной кости и нарушения суставных соотношений создают условия для раннего развития и быстрого прогрессирования коксартроза. Патология считается ятрогенной и не развивается в суставе, который не подвергался лечению. Большой процент неудовлетворительных результатов и осложнений вынуждает детских ортопедов искать более эффективные пути решения этой проблемы. Хирургическое лечение асептического некроза головки бедренной кости после консервативного вправления врожденного вывиха бедра является одной из сложнейших проблем современной ортопедии. Методы хирургической коррекции деформаций проксимального отдела бедра должны применяться дифференцированно в разных возрастных группах с учетом результатов комплексной оценки состояния тазобедренного сустава и биомеханического прогноза его развития после планируемой реконструкции. Эти вмешательства проводятся больным старше двухлетнего возраста при выраженных остаточных деформациях проксимального отдела бедренной кости при АНГБК после консервативного лечения врожденного вывиха бедра, в стадии исхода, когда имеются четкие признаки децентрации и нарушения конгруэнтности суставных поверхностей. Выполнение хирургического вмешательства в детском возрасте необходимо осуществлять не только с учетом существующих деформаций, но и тех отклонений, которые неизбежно возникнут в результате, продолжающегося функционирования поврежденных зон роста проксимального отдела бедренной кости.

Проанализированы результаты лечения 113 детей в возрасте от 3 до 12 лет. У всех больных отмечалась многоплоскостная деформация проксимального конца бедренной кости IV типа по классификации Kalamchi-MacEwen: уменьшение или увеличение шеечно-диафизарного угла бедренной кости, вальгусное отклонение эпифиза, укорочение шейки бедра, высокое стояние большого вертела и отрицательное значение артикулотрохантерной дистанции. При рентгенологическом обследовании детей рентгенография ТБС производилась в передне-задней проекции при среднем положении бёдер и при внутренней ротации, в положении Лауэнштейна, а также в аксиальной проекции. На рентгенограммах измеряли показатели, характеризующие угловые величины тазобедренного сустава и ПКБК: угол вертикального наклона впадины, угол вертикального соответствия, ацетабулярный угол, шеечно-диафизарный угол, угол антеверсии, угол Альсберга, коэффициент костного покрытия, артикулотрохантерную дистанцию, трохантеротрохантерную дистанцию и артикуло-маловертельную дистанцию. При лечении пациентов применялись следующие виды оперативного лечения: внесуставная и открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей остеотомией бедренной кости с пластикой вертлужного компонента или без нее, внесуставная и открытая центрация головки бедренной кости с



межвертельной деторсионно-варизирующей или вальгизирующей флексионной или экстензионной остеотомией бедренной кости с низведением большого вертела в каудальном направлении. Результаты лечения проанализированы в срок от 8 месяцев до 6 лет. У всех больных исчезла хромота, внутренняя ротация нижних конечностей при ходьбе, улучшился объем движений в тазобедренном суставе. Улучшились рентгенометрические показатели, характеризующие соотношения впадины и головки бедренной кости, головкой, шейкой бедренной кости и большим вертелом: улучшилась центрация головки во впадине, ШДУ составил 115-120, УА-; АТД-15,2±2,3 мм.; УВ-20±4,2.

Таким образом, применение современных реконструктивно-восстановительных вмешательств может предотвратить или значительно отсрочить возникновение дегенеративно-дистрофического процесса в тазобедренном суставе. Выбор адресных операций, позволяющих максимально учесть имеющиеся индивидуальные отклонения, остается сложным. Предложенные методики оперативного лечения деформаций проксимального конца являются достаточно эффективными вмешательствами, позволяющими улучшить клинические и рентгенометрические показатели тазобедренного сустава и тем самым расширить возможности реконструктивно-восстановительной оперативных вмешательств многоплоскостных деформаций проксимального конца бедренной кости у детей.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Алтысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Алимова Ш.Г., Тапилов Э.А., Кушабаев А.Н.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Патологический вывих бедра как исход осложненного течения гематогенного остеомиелита проксимального конца бедренной кости занимает значительное место в структуре ортопедических заболеваний детского и подросткового возраста. Несмотря на успехи, достигнутые в диагностике острого гематогенного остеомиелита и создании системы до госпитальной помощи при подозрении на остеомиелит, в настоящее время, по данным различных авторов, только от 1,5% до 5% детей с указанной патологией госпитализируются в первые сутки от начала заболевания. Последствия гематогенного остеомиелита составляют от 8,6 до 12% в структуре гнойно-септических заболеваний, а среди ортопедической патологии составляют от 3 до 6%. В связи с обширными разрушениями головки и шейки бедра происходит значительное нарушение опороспособности и укорочение конечности. У детей тяжесть заболевания в отдаленные сроки усугубляется поражением метаэпифизарных зон, что приводит к нарушению дальнейшего формирования тазобедренного сустава с образованием многоплоскостных деформации проксимального конца бедренной кости в виде «мышинной ушки», «седла» и «пастушей палки». С годами эти нарушения возрастают, усиливается хромота, при длительной ходьбе появляются боли. Восстановление утраченной функции тазобедренного сустава до сих пор остается полностью не разрешенной проблемой. Вследствие нарушения нормальной

статика и нагрузки создают условия для образования вторичных изменений со стороны позвоночника и таза, что нередко приводит к тяжелой инвалидности. Хирургическое лечение последствий гематогенного остеомиелита проксимального конца бедренной кости предоставляет чрезвычайно трудную задачу детской ортопедии. Сложность оперативного лечения во многом определяется не только особой тяжестью процесса, но и разнообразием патологических изменений со стороны вертлужной впадины и в особенности проксимального конца бедренной кости, что крайне затрудняет выбор и заметно ограничивает границы традиционных хирургических методов лечения.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения деформаций проксимального отдела бедра при патологическом вывихе бедра у детей.

Материалы и методы исследования. В отделении патологии тазобедренных суставов РЦДО МЗРУз с 2010 г по 2022г. наблюдались 72 больных с последствиями гематогенного остеомиелита в возрасте от 3 до 14 лет. Подавляющее большинство оперированных составили мальчики – 45 (62,5%), девочек было меньше почти в 2 раза – 27 (37,5%). У 3% больных было двустороннее поражение тазобедренных суставов. Вследствие грубого остеолита головки и шейки бедренной кости у 38 детей (52,7%) деформации проксимального отдела бедренной кости «культы головки и шейки» напоминали форму седла – «седловидная деформация» оставшейся культы головки и шейки, у 26 (36,1%) деформация в виде «мышинной ушки» и у 8 (11,1%) детей деформация в виде «пастушья палка». Оперативное вмешательство при патологическом вывихе бедра у детей преследует следующие цели: обеспечить устойчивость в тазобедренном суставе, тем самым улучшить статику и походку больного, по возможности стремиться к восстановлению анатомической или приближающейся к ней формы тазобедренного сустава, сохранить достаточную подвижность в суставе, устранить порочное положение конечности и уменьшить имеющееся укорочение конечности. При выборе тактики лечения мы учитывали давность патологического вывиха бедра, возраст больного, вид деформации проксимального отдела бедра, период ремиссии и характер изменений суставных поверхностей. Почти у всех больных были широко применены внутрисуставные вмешательства, внесуставные вмешательства нами не были применены. Применялись следующие виды оперативных вмешательств: открытое вправление культы головки и шейки бедренной кости с межвертельной деторсионно-укорачивающей и варизирующей остеотомией бедренной кости, открытое вправление культы головки и шейки бедренной кости с моделирующей резекцией культы и межвертельной деторсионно-деваризирующей и удлиняющей шейку остеотомией бедренной кости.

Наши наблюдения показали, что внутрисуставные реконструктивно-восстановительные оперативные вмешательства у большинства больных обеспечивают устойчивость тазобедренного сустава, уменьшают перекос таза и ликвидируют симптом Тренделенбурга и тем самым улучшают походку и статику больного. Внеуставные оперативные вмешательства не всегда отвечают всем требованиям, предъявляемым к операциям при патологическом деструктивном вывихе бедра у детей, так как анатомическая форма тазобедренного сустава не восстанавливается, не во всех случаях приводят к созданию опорности бедра и не устраняют имеющееся укорочение.



НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО-ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Асилова С.У., Абдуллаев М.М., Бабакулов А.Ш., Мирзаев А.Б., Турсунов В.Х., Алиев Х.Э.

*Ташкентская медицинская академия, кафедра травматологии-ортопедии, военно-полевой хирургии и нейрохирургии, Ташкент
Клиника Акфа медлайн, Ташкент*

Введение. В настоящее время исследования клеток стромальной фракции из жировой ткани (SVF) привлекают все большее внимание, поскольку они обладают потенциалом дифференцироваться в множество типов клеток, таких как мезенхимальные стромальные клетки (МСК), полученные из костного мозга, и их легче собирать, чем МСК, что облегчает их клиническое применение. В этом исследовании оценивались краткосрочные клинические результаты SVF-клеточной терапии при остеоартрите коленного сустава.

Актуальность проблемы: остеоартрит крупных суставов у больных старше 60 лет встречается от 8% до 40% эти показатели в среднем составляет 33,6%. По данным ВОЗ остеоартриты встречается у мужчин в среднем в 9,6%, у женщин в 18%. В Европе у людей от 40 до 80 лет с патологией крупных суставов остеоартриты встречаются от 22% до 55% и считаются основной причиной инвалидности. Боль является первичным клиническим симптомом остеоартрита коленного сустава, который не позволяет вести активный образ жизни пациентам. У больных боль усиливается во время ходьбы, особенно при спуске по лестнице. При пальпации в области коленного сустава по ходу суставной щели начиная от медиального до латерального отделов больные отмечают болезненность, от незначительного 1-2 стадиях артроза, до нестерпимой, выраженной при третьей стадии.

Один из современных методов лечения, в настоящее время, использование стромально-васкулярной фракции (SVF) является весьма перспективным. SVF получаем из жировой ткани и может быть легко получена при проведении стандартной процедуры липосакции под местной анестезией. Липоаспират является богатым источником разных типов клеток, участвующих в регенерации тканей, например предшественников эндотелиальных клеток, преадипоцитов, фибробластов, тучных клеток, макрофагов, Т- и В-лимфоцитов. Благодаря этому мощному аутококтейлю достигается максимальный эффект для снятия воспаления, улучшения регенерации, стимуляция местного иммунитета и увеличения местного кровоснабжения.

Цель исследования: целью исследования явилась изучение результатов лечения у больных с остеоартритом коленного сустава всех стадий путем внутрисуставного введения стромально-васкулярной фракции.

Материалы и методы исследования: нами были прооперированы 31 (48 случаев) больных с диагнозом остеоартрит коленного сустава в разных стадиях в «Республиканской клинической больнице №1» и амбулаторно в поликлинике «Family doctor's» за 2022 г. По возрасту больные были от 34 до 65 лет. Категория пациентов с ДОО коленных суставов (гонартроз), I–IV ст. по Kellgren–Lawrence. Были использованы диагностические методы такие, как: рентгенография, магнитно-резонансная томография, денситометрия.

Результаты исследования: оценка производилась по среднему значению баллов по 3 показателям, для определения улучшения клинических проявлений где: отличный результат 0–1,3 баллов отмечается отсутствие боли, полное восстановление мобильности и ходьба. Хороший результат 1,4–2,9 баллов при этом отмечается легкая боль, с незначительным ограничением мобильности и ходьба. Удовлетворительный результат 3,0–4,2 баллов беспокоящая боль с видимым ограничением мобильности и ходьбы. Неудовлетворительный результат 4,3–5 баллов сильная боль, с видимым ограничением мобильности и не ходить.

В течение 9 месяцев оценивали результаты. Хороший результат у (1,4–2,9б) 26 (73.3%) пациентов, удовлетворительный результат (3–4,2б) у 4 (26.7%) пациентов. Неудовлетворительный результат (4,3–5б) у 1 пациента.

Обсуждение: наиболее важным выводом этого исследования было то, что несколько клинических параметров, такие как боль, мобильность сустава и ходьба значительно улучшились после внутрисуставной инъекции клеток SVF в коленные суставы пациентов с остеоартритом коленного сустава. Эти результаты указывают на то, что внутрисуставная инъекция клеток SVF в коленные суставы является безопасным и благоприятным методом лечения, который уменьшает симптомы остеоартрита коленного сустава. В одном исследовании сообщалось, что внутрисуставные инъекции клеток SVF при остеоартрите коленного сустава обеспечивают лучшее облегчение боли и клинические результаты, чем введение гиалуроновой кислоты. Другое исследование показало, что SVF превосходит плазму, богатую тромбоцитами, в уменьшении боли, связанной с остеоартритом коленного сустава, от 1 месяца до 1 года после операции. Это может быть связано с тем, что клетки SVF стимулируют ингибирующие макрофаги и Т-регуляторные клетки, которые оказывают более сильное обезболивающее действие из-за снижения маркеров воспаления. Использование SVF при остеоартрите коленного сустава зарекомендовало себя как безопасный и эффективный метод.

Выводы: 1) Стромально васкулярную фракцию можно использовать в остеоартритах во всех стадий; 2) Эффект от стромально-васкулярной фракции зависит от стадии остеоартрита, в начальных стадиях получена высокая эффективность методики.

РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ ОРТОБИОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

***Асилова С.У., Абдуллаев М.М., Мирзаев А.Б., Убайдуллаев Б.Ш., Бабакулов А.Ш.,
Турсунов В.Х., Алиев Х.Э., Абдусатторов Х.А., Назаров Р.Б.***

*Ташкентская медицинская академия, кафедра травматологии-ортопедии,
военно-полевой хирургии и нейрохирургии, Ташкент
Клиника Акфа медлайн, Ташкент*

Введение. Развитие современной ортобиологии является актуальной проблемой в травматологии и ортопедии. Ортобиологии относится PRP терапия – это полученный дифференциальным центрифугированием аутологическая цельная кровь, в которой содержится концентрированный объем тромбоцитов. Тромбоциты содержат множество факторов роста, которые играют важную роль в процессах:



восстановления тканей во всех фазах заживления, ангиогенез, коагуляция, а также иммунный ответ организма. Тромбоциты при активизации выделяют многочисленные факторы роста, которые усиливают регенеративные процессы, кроме того отмечаются дегрануляция, которая обуславливают каскад определенных событий. По данным многих авторов эффективное восстановление происходит, когда происходит переход от стадии воспаления к стадии пролиферации и регенерации. При применении PRP можно получить: снижение боли, ускорение регенерации и улучшение функции. PRP в лечении остеоартрита – оказывает обезболивающий, моделирующий воспаления, факторы роста регулируют гомеостаз, стимулируют клеточное деление, рост и дифференцировку клеток.

Ещё одним из методов лечения в ортобиологии является использование стромально-вазкулярной фракции (SVF). Это стволовые клетки из жировой ткани по своим свойствам схожие со стволовыми клетками, происходящими из костного мозга. Клетки SVF способны дифференцироваться в костный, жировой, хрящевой и мышечной ткани. Из жировой ткани секретируется большое количество цитокинов, факторов роста, таких как фактор роста гепатоцитов (HGF), интерлейкин-6 (IL-6) или трансформирующий фактор роста – бета 1 (TGF- β 1) которые способствуют регенерации ткани. SVF также включает в себя некоторое количество эндотелиальных клеток, клеток гладкой мускулатуры, эритроцитов, лейкоцитов, адипоцитов и внеклеточный матрикс, который служит временным каркасом, также содержащий ферменты для перестройки матрикса. После применения SVF можно получить основные эффекты: Уменьшение локального воспаления, уменьшение боли, предотвращение фиброза ткани, антиапоптотический эффект, стимуляция ангиогенеза и ремоделирования ткани, улучшение рекрутинга эндогенных стволовых клеток и их пролиферации, уменьшение формирования остеофитов и синовиального воспаления, уменьшение дегградации хряща. Технология стимулирования костным мозгом, такая как микрофактуринг, активно развивается более 20 лет. Костный мозг является источником стволовых клеток и клеток-предшественников, которые дифференцируются в самые разные ткани (например, кость, хрящ, сухожилие, жировую ткань, мышечную, нервную). Из костного мозга можно получить при помощи центрифугирования обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП). Вне кровяного русла тромбоциты активируются и высвобождают пролиферативные и морфогенетические белки. Эти белки, по-видимому, работают по взаимно усиливающему механизму, вызывая следующие полезные эффекты: индуцируют пролиферацию и дифференцировку различных типов клеток (например, клеток-предшественников, остеобластов, эпидермальных клеток). Усиливают и модулируют производство коллагена, протеогликана и тканевого ингибитора металло-протеиназ (TIMP). Стимулируют ангиогенез и хемотаксис.

По данным Всемирной организации здравоохранения, диафизарные переломы костей голени составляют до 41% всех переломов костей и до 61% переломов длинных трубчатых костей. Неудовлетворительные результаты лечения отмечаются до 25%, несмотря на оптимизацию оперативного лечения при переломах длинных трубчатых костей, и инвалидность до 30%, несмотря на применение различных хирургических методов и стимуляцию репаративной регенерации при переломах костей голени. Причинами этих осложнений являются нарушение кровообращения на месте перелома и нарушение питания в результате неполного проведения нервных импульсов при диафизарных переломах костей голени. Нами проведено иссле-

дования оптимизация остеорегенерации при хирургическом лечении диафизарных переломах костей голени с применением ОТП.

Целью исследования является: Улучшение результатов заболевания крупных суставов и переломах костей конечности, путем применения разных вариантов регенеративной медицины.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением с 2018 по 2023 г. находились больные с диагнозом: Постковидный АНГБ 89 больных, посттравматические повреждение нижней конечности 120 больных и остеоартрит коленного сустава 56 больных в клинике МКЦРПКМР. В возрасте 20 - 30 лет - 63 больных, 31-40 лет - 76 больных, 41- 50 лет- 61 больных, 51- 60 лет и более - 75 больных. Из них мужчин - 146 и женщин-119.

При обследовании больных с постковидным АНГБ были различные стадии заболевания 1 стадии- 8 больных, 2 стадии- 61 больных и 3–4 стадии- 20 больных. Всем больным проведено рентгеновское исследование в двух проекциях ТБС прямой и под углом 45 град., чтобы определить тип, форму и стадии заболевания, также МРТ по ARCO прямой и под углом 45 град. В этом исследовании отмечаются разные размеры, расположения очага и степени заболевания. При помощи доплерографии определяется проходимость сосудов нижних конечностей, а также в области головки бедра.

I стадии больным проведено медикаментозная терапия, которая замедляет разрушающее прогрессирование костной ткани. В отсутствии лечения АНГБ кости ведет к инвалидизации больного. Медикаментозные лечение направлено на восстановление кровообращения введением внутри сустав плазмы обогащенной тромбоцитами (PRP). На ранних стадиях эффективно использование анальгетических и противовоспалительных препаратов, лечебные блокады и инъекции, физиотерапию, ручной и подводный массаж, ЛФК, плазмотерапия. Снижение нагрузки на ТБС с помощью физиотерапии, бережное отношение при воздержании от спорта, иммобилизация ТБС (например, ортопедическая шина) способствует скорейшему выздоровлению. У 34 больных между 1–2 и 2 стадией заболевания проводили операции в нашей клинике реваскулязирующие и декомпрессирующие с биокерамикой и фиксацией биоскружной винтом методиками с последующим введением плазмы обогащенной тромбоцитами и концентрата костного мозга. У 15 больным 3–4 стадии заболевания проводили операции тотальное эндопротезирования тазобедренного сустава с различными конструкциями без цемента у - 13 больным, с цементом у 2 больных.

Больные с остеоартритом коленного сустава были 56: из них 1 стадии 23 больных, 2 стадии 29 больных, 3 стадии 4 больных. Всем больным проведено рентген, МРТ исследование коленного сустава и доплерографические исследование сосудов нижних конечностей. При первой стадии остеоартрита проводили медикаментозное лечение: анальгетические средства из группы нестероидных противовоспалительных препаратов, лечебные блокады и инъекции, физиотерапию, ручной массаж, ЛФК, также введение внутрисуставно плазму обогащенной тромбоцитами (PRP). При 2 стадии проводили внутрисуставно стромально-васкулярную фракции (SVF), это стволовые клетки из жировой ткани по своим свойствам схожи со стволовыми клетками из костного мозга, с добавлением (PRP). При 3 стадии проводили операции эндопротезирования коленного сустава.

При оскалчатых переломах и медленно срастающих переломах нижней конеч-



ности были использованы методики (PRP), концентрат костного мозга. Из костного мозга можно получить стволовые клетки при помощи центрифугирования. А также на итоговый материал дабоавляется PRP. Вне кровяного русла тромбоциты в составе (PRP) активируются и высвобождают пролиферативные и морфогенетические белки. После оперативного лечения диафизарных переломов костей голени обсуждались вопросы улучшения процесса остеорегенерации, различия хирургических методов лечения, преимущества лечения хирургическим методом с применением ОТП. Кроме того, приведена общая классификация процесса репаративной регенерации после оперативного лечения диафизарных переломов костей голени и современные взгляды на него, стимуляция процессов регенеративной репарации в костной ткани перелома, применение плазмолифтинга в травматологии и его влияние на репаративную регенерацию.

Использован плазмолифтинг (ОТП) при диафизарных переломах костей голени в основной группе, а также применен аппаратный метод Илизарова и БИОС у 60 пациентов. В контрольную группу вошли 60 пациентов, примененных БИОС и аппарат Илизарова без использования плазмолифтинга.

Ближайшие результаты лечения изучены у 1(00%) всех больных, отдаленные у (85%) больных. Результаты оперативного лечения изучены, критерии оценки результатов лечения оценивались на основе предложенной нами 5 бальной шкале ЭВМ программой № DGU 09123.

При этом оценка производилась при средней значении баллов по 3 показателям, для определения улучшения клинических проявлений где: отличный результат 0–1,3 баллов отмечается отсутствие боли, полное восстановления мобильности и ходьба. Хороший результат 1,4–2,9 баллов при этом отмечается легкая боль, с незначительным ограничением мобильности и ходьба. Удовлетворительный результат 3,0–4,2 баллов беспокоящая боль с видимой ограничением мобильности и ходьбы. Неудовлетворительный результат 4,3–5 сильная боль, с видимой ограничением мобильности и не ходит.

Результаты лечения: Постковидного АНГБ через 3 мес отличный и хороший у 60% больных, 20% удовлетворительный у больных, не удовлетворительный у 20% больных и через 12 мес отличный и хороший у 50% больных, удовлетворительный у 30% больных, не удовлетворительный у 20% больных. Таким образом, консервативное лечение эффективно только в начальной стадии заболевания с применением PRP. Считается, что декомпрессия головки бедренной кости с биокерамикой и биоскрузом методики с последующим введением плазмы обогащенной тромбоцитами и концентрат костного мозга. может привести к снижению внутрикостного давления в головке бедренной кости и, следовательно, уменьшить венозную застой. Введение биокерамики и биовинта после декомпрессии создает дополнительную опору в области головки и шейки бедра, и тем самым создает условия для ранней реабилитации и в последующем благоприятному прогнозу заболевания. При 3 стадии рекомендуются тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Результаты лечения: остеоартроза коленного сустава через 3 месяца отличный и хороший у 47 больных, удовлетворительный у 9 больных, не удовлетворительный у ни одного больного и через 12 месяцев, отличный и хороший у 52 больных, удовлетворительный у 9 больных, не удовлетворительный у 4 больных. Таким образом, 1 стадии заболевания применяются консервативные методы лечения с ведением внутрисуставно плазмы обогащенной тромбоцитами (PRP). При 2 стадии стромаль-

но- васкулярной фракции (SVF) с добавлением (PRP). При 3 стадии проводили операции эндопротезирования коленного сустава.

Результаты лечения: средний срок наблюдения с отдаленными результатами от 1 до 5 лет, методика оценки результатов лечения проводилась по произведенным нами измерениям. Эти показатели разделены на 3 категории, каждая из которых набрала по 10 баллов.

Хирургическое лечение и применение ОТП у больных с диафизарными переломами костей голени показало следующие отдаленные результаты: в основной группе у 50 (83,5%) больных достигнуты хорошие результаты без боли, полное заживление переломов без деформации, полное восстановление физической активности; в контрольной группе такой же результат наблюдался у 46 (76,6%) больных. Неудовлетворительные результаты отмечены у 4 (6,5%) пациентов основной группы и у 6 (10%) пациентов контрольной группы.

Выводы: 1. Применение (PRP) дают хорошие результаты при начальных стадиях повреждений и заболевания конечности; 2. (SVF) стволовые клетки из жировой ткани можно использовать при начальных стадиях заболеваний крупных суставов; 3. Результаты биохимических показателей при использовании обогащенной тромбоцитами плазмы у больных для лечения диафизарных переломов костей голени были следующими: в обеих группах количество общего кальция и витамина D в первые сутки лечения было в основном ниже нормы, а количество щелочной фосфатазы – высоким ($p > 0,1$), однако в среднем через 1 месяц после начала лечения у больных основной группы наблюдалась большая тенденция к возвращению к норме, чем в контрольной группе, а в контрольной группе наблюдалось снижение от нормы ($p > 0,1$), превентивное замедление процессов репаративной регенерации костной ткани ($p < 0,001$).

ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ

Аскарров А.Т., Курбонов С.Х., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино», Душанбе

Актуальность. Ложные суставы костей возникают как осложнения закрытых и открытых переломов, а также как осложнение лечения переломов костей конечностей, и поэтому лечение этой патологии до настоящего времени представляет трудную задачу и остается актуальной проблемой в ортопедии и травматологии.

Цель исследования – Улучшения результатов лечения ложных суставов костей предплечья, с использованием костной пластики.

Материал и методы. Изучен опыт лечения ложных суставов костей предплечья методом стабильно-функционального остеосинтеза и остеосинтеза по Илизарову с применением костной пластики у 78 больных (1 группа-41 больных с применением костной пластики по традиционной методике, 2 группа – 37 больных с использованием костной пластики) в возрасте от 16 до 45 лет. Больных мужского пола было 58 (74,4%) человек, женского – 20 (25,6 %).



Результаты исследования. Основными причинами способствовавшими развитию ложных суставов при консервативном лечении были: внутригипсовое смещение отломков или несвоевременное устранение смещения; нестабильный остеосинтез при оперативном лечении; перелом металлической конструкции и их раннее удаление; нагноение послеоперационной раны; ранняя нагрузка и разработка движения в суставах; недостаточная репозиция и жёсткость фиксации; а также раннее снятие аппарата, связанное с нагноением мягких тканей вокруг спиц. Приведённые данные показали; что наиболее частой причиной образования ложных суставов предплечья являлось неправильное лечение больных, которые не связаны с методами лечения (интерпозиция мягких тканей, нагноение раны, остеомиелит и другие). У 78 больных с ложными суставами предплечья выполнено 78 оперативных вмешательств. Во всех случаях, после удаления тканей между отломками и вскрытия костномозгового канала, отломки сопоставлялись конец в конец, и после применения различных методов костной пластики они фиксировались металлическими конструкциями. При незначительных дефектах пластинчатые ауто-трансплантаты, взятые из подвздошной кости (41), и у (37) трансплантаты малоберцовой кости укладывали в пазы, сделанные в обоих отломках до костномозгового канала. С целью достижения стабильности трансплантата и обоих отломков проводили экстремедулярную фиксацию костными пластинами. Пластика по методу Чаклина использована в 45 случаях, по Хохутову-Олби 33 больным. Тем самым, при производстве костно-пластической операции необходимо обратить внимание на максимальное сближение костных фрагментов и трансплантатов к материнскому ложу, с целью прикрытия зоны ложного сустава и трансплантата надкостницей, мышечной тканью, позволяющее раннему восстановлению кровоснабжения, что, в конечном итоге, положительно влияет на процесс костной регенерации и сращения ложного сустава. После остеосинтеза и костной пластики с целью фиксации оперированной конечности накладывали циркулярную гипсовую повязку в 40 случаях и компрессионо-дистракционный аппарат Илизарова у 38. В послеоперационном периоде всем больным назначали антибактериальную, противовоспалительную, трофостимулирующую терапию, магнитотерапию и препараты кальция.

В ближайшем послеоперационном периоде первичное заживление раны отмечено у 93,7%, нагноение раны – у 5,2% и нагноение трансплантата – у 1,1% больных, которым проведено консервативное лечение и повторные оперативные вмешательства. Консолидация ложного сустава отмечено у 71(91,1%) больных, несрастающий ложный сустав отмечено у 7(8,9%) больных.

Вывод. Таким образом, полученные результаты проведенного исследования свидетельствуют о высокой эффективности применения костной аутопластики в лечении ложных суставов костей предплечья.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОФИЗЕОЛИЗОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Астанов А.И.¹, Хакимов Ш.К.², Ходжанов И.Ю.³

¹Бухарский государственный медицинский институт, Бухара

³Навоийский областной детский многопрофильный медицинский центр, Навои
Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность темы. Одной из актуальных проблем современной детской травматологии является лечение переломов внутреннего надмыщелка плечевой кости (ВНПК) у детей, которые составляют 25–30% от всех переломов костей верхней конечности.

В настоящее время ведётся поиск по наиболее оптимальной тактике оперативного лечения переломов ВНПК у детей.

Целью исследования явилось изучить результаты лечения апофизеолитов ВНПК у детей.

К материалу исследования включены 30 ребенка в возрасте 2–18 лет с переломами внутреннего надмыщелка плечевой кости разной тяжести. Дети распределены по возрасту согласно классификации Л.А. Исаевой (1987). Возрастной анализ показал место превалирования детей с переломами ВНПК по количеству во 2-й возрастной группе в 14 (47%) случаев, против 6 (20%) в 1-й и 10 (33%) случаев в 3-й возрастных группах соответственно. С целью операции проведены авторами открытую репозицию ВНПК с фиксацией спицами, а также авторы рекомендуют методику, разработанную в клинике РСНПМЦТО, основанную на стабильно-функциональный остеосинтез – СФО с применением аппарата Илизарова. Средний стационарный срок составил $5,2 \pm 1,8$ (M \pm m) дней. Имobilизационный период длился в среднем $34,2 \pm 4,1$ (M \pm m) дней.

Результаты. Результаты оперативного лечения переломов ВНПК у детей изучены в раннем послеоперационном периоде (до 6 мес.) и в отдаленном послеоперационном периоде по истечению года. Во всех случаях иммobilизационный период протекал гладко. После снятия внешнего аппарата и удаления спиц в некоторых случаях была отмечена незначительная тугоподвижность локтевого сустава, которые могли устранять путем проведения курса физио-функциональных и физиотерапевтических процедур. Отдаленные результаты нами оценивались по трёхбалльной системе оценки от «0», «1» до «2» балла с суммированием балльных шкал. Из всех 30 пациентов у 27 (90%) результаты были хорошими в отдаленном послеоперационном периоде в косметическом и функциональном плане. Удовлетворительные результаты были у 3 (10%) с незначительным ограничением функций локтевого сустава, а также наличие периодического болевого ощущения в локтевом суставе в течение короткого срока, детей с неудовлетворительными результатами в наших случаях не было.

В заключении следует отметить, что метод СФО при переломах ВНПК у детей разной тяжести является наиболее рациональным, обеспечивающим одномоментно стабильно фиксировать репонированных костных отломков с возможностью сохранения функции локтевого сустава на весь иммobilизационный период. Применение функционального метода лечения с ранней разработкой локтевого сустава предупреждает контрактуру и тугоподвижность сустава.



БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ЖАРОХАТЛАРИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Астанов А.И., Кодиров А.М., Мирзоев Н.Ж.

Навоий вилоят болалар куп тармокли тиббиёт маркази, Навоий

Мавзунинг долзарблиги. Болаларда бош миани очик ва ёпик жароҳатларини диагностикаси ва шошилич даволашни узига хослиги.

Адабиётлар бўйича. Оперативная нейрохирургия В.М.Угрюмов 1959. Неотложная нейрохирургия В.В.Лебедев, В.В. Крылов 2000. Бош миЯ жароҳатини болаларда кечишини узига хослиги “Нейротравматология справочник (академик РАМН А.Н. Коновалов 1994),

Болаларда калла куттиси ва бош миЯнинг анатома-физиологик тузилишини узига хослигидан келиб чикиб, болаларда бош миЯ жароҳатларини клиник кечишини, катта ёшли беморлардан тафовудларини урганиш.

Навоий вилоят болалар куп тармокли тиббиёт маркази жароҳат окибатлари, ортопедия ва нейрохирургия булимида 2021 йил давомида шошилич нейрохирургия постига 1012 нафар беморлар мурожаат қилган. Улардан 385 нафар беморлар стационар шароитда даволанган бўлиб, бош миЯ жароҳатига боглик бўлган беморлар 285 нафарни ташкил қилди. Ушбу 285 нафар беморлардан бош миЯ лат ейиши-76 (27%), бош миЯ чайкалиши-179 (63%), бош соҳаси юмшок туқималари лат ейиши-30 (10%) кузатувларга тугри келади. Булим мутахассислари томонидан бош миЯни турли даражадаги лат ейиши ташхиси остида даволанган 76 нафар даволанган беморларни қиёсий тахлили амалга оширилди. Булардан 46 (60%) нафарини угил болалар, 30 (40%) нафарини киз болалар ташкил қилади. Бош миЯнинг турли даражали лат ейиши жароҳати билан беморларни ёш курсаткичлари - 34 нафари 1-5 ёш, 18 нафари 5-7ёш, 20 нафари 7-14 ёш, 4 нафари 14-18 ёшни ташкил қилди. Шикасталаниш механизми бўйича 64% холатларда уйда йикилиш холатлари, 26% холатларда автохалокат натижасида ва 5% холатларда эса атракционларда йикилиш холатлари ва 5% ота-онасини кулидан тушиб кетиши холатлари аниқланди. Беморларнинг 42 нафари жароҳатдан сўнг биринчи суткада, 19 нафари иккинчи ва 15 нафари эса учинчи сутка давомида мурожат қилишган.

Муҳокама ва натижалар. Даволанган беморлар нозологик структурасини тахлил қилинган 11 нафарида бош миЯ очик жароҳатлари, 65 нафарида ёпик бош миЯ жароҳатлари аниқланди. Беморлар 68% холатларда урта огир ахволда, 32% холатларда огир ахволда марказга олиб келинганлиги аниқланди. Барча беморлар икки қуринишда бош соҳаси тасвирий рентгенография ва бош миЯ МСКТГси қилинган. 42 нафар беморда калла кутиси суяқларини хар хил даражали синиш аниқланиб, улардан-27 (64%) нафарида тепа, 9 (21%) пешона ва 6 (15%) нафарида энса суягини чизикли синиши кузатилди ва уларнинг 6 (14%) нафарида калла асосига утиши, 6(14%) нафарида эса ботиб синишлан аниқланди. Ушбу 76 нафар бош миЯ лат ейиши билан стационар даволанган беморларнинг 25 (33%) нафарида кўрсатмалар асосида жаррохлик амалиётлари утказилди, 51 (67%) нафари эса консерватив даволанди. Жаррохлик амалиётлари ўтказилган беморларининг 6 нафарида импрессион синиклар билан шикастланиш, 2 нафарида субдурал гидрома, 4 нафарида субарахноидал кон қуйилиш ва 13 нафарида эса эпидурал гематома аниқланиб, тегишли усулларда бартараф қилинди.

Хулоса. Болаларда бош сохасининг жарохатлари орасида бош миянинг очик шикастланишлари бош мия ёпик шикастланишларига нисбатан кам учраши кузатилади. Бош мия очик ва ёпик шикастланиши холатларида иқтисослашган малакали шошилинич текшириш ва даволаш усулларини уз вақтида ташкил қилиниши узини ижобий самарасини берган холда, беморларни даволаш кунларини сезиларли камайтиради ва асоратларни олдини олиш имконини беради.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ И МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ахмаджонов О.Н.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Ортопедические операции на коленном суставе относятся к высоко-котравматичным и сопровождаются выраженным болевым синдромом в послеоперационном периоде. Исходом плохо контролируемого болевого синдрома также могут стать формирование хронической боли, задержка активной реабилитации, увеличение продолжительности и стоимости лечения.

Обычно для обеспечения послеоперационного обезболивания эндопротезировании коленного сустава широко используются регионарные методы анальгезии. В течение последних десятилетий доля регионарных видов обезболивания в ортопедической практике уверенно растет наряду с прогрессивным снижением числа общей анальгезии. Согласно обзору на их долю приходится от 70% до 80% всех выполняемых обезболиваний при эндопротезировании коленного сустава. Преобладающим методом анестезии при ТЭКС является нейроаксиальная блокада, а основой послеоперационного обезболивания – продленная эпидуральная анальгезия. Однако в последние годы в структуре регионарной анестезии и анальгезии произошли существенные изменения. Различные виды нейроаксиальной блокады постепенно уступают место изолированной блокаде нервных стволов и сплетений.

Несмотря на отсутствие доказательных данных о преимуществах центральной или регионарной анальгезии в отношении эффективности и безопасности, некоторые возможности регионарных методик позволяют обеспечить большую удовлетворенность и степень комфорта пациента, а также улучшить результаты лечения и дальнейшее качество жизни. Регионарная анальгезия снижает потребности в системных опиоидных анальгетиках и сводит к минимуму нежелательные эффекты от их применения. Наряду с этим блокада нервных стволов по сравнению с различными видами нейроаксиальной блокады минимизирует риск гемодинамических расстройств, не вызывает задержку мочеиспускания и исключает развитие такого грозного осложнения как эпидуральная/спинальная гематома, что существенно улучшает профиль безопасности медикаментозной профилактики тромбоосложнений у ортопедических пациентов.

Цель настоящего исследования. Оценить возможности периферической блокады как компонента послеоперационного обезболивания при эндопротезировании



коленного сустава.

Задачи исследования. Сравнить эффективность и безопасность различных вариантов послеоперационного обезболивания. 2. Определить потенциал периферической блокады в структуре послеоперационной анальгезии.

Материалы и методы. Работу выполняли в отделении анестезиологии и реанимации клиники РСНПМТиО МЗ РУз. Объектом исследования стали взрослые пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава, которым была выполнена операция тотального эндопротезирования коленного сустава. Всего исследовали 112 больных с гонартрозом сопутствующими патологиями в разных внутренних органах. Критерии включения: мужчины и не беременные, не кормящие грудью женщины, возраст 60—90 лет, ASA физический статус II—III, вес 50—130 кг. Критерии исключения: любое противопоказание к регионарной анестезии, наличие декомпенсированной органной дисфункции, значительное неврологическое нарушение в нижней конечности, значительное нарушение психики. Все пациенты были распределены случайным образом на 2 группы: в 1-ю группу (n=54) входили больные оперированные под СМА(спинномозговая анестезия) с блокадой периферических нервов нижней конечности для послеоперационного обезбоживания (бедренного нерва – ББН и нервов коленного сустава в пространстве между подколенной артерией и задней капсулой колена – iРАСК), а в 2-ю группу входили больные получившие СМА(спинномозговая анестезия) с мультимодальной анальгезией в послеоперационном периоде (n=58). В первой группе для блокады периферических нервов нижней конечности в послеоперационном периоде использовали методики блокады бедренного нерва (ББН) и нервов коленного сустава в пространстве между подколенной артерией и задней капсулой колена(iРАСК). Как местный анестетик применяли 0,25% раствор бупивакаина в количестве 30-40 мл в чистом виде или с дексаметазоном в дозе до 8 мг. Во второй группе для анальгезии применяли разные наркотические и психотропные средства в сочетании НПВС и парацетамола в сбалансированных дозах: декскетопрофен по 100 мг 2 раза в сутки в/м, парацетамол по 1000 мг в/в капельно 2-3 раза в сутки и тримеперидин (промедол) по 20 мг или морфин гидрохлорид 10 мг в/м по требованию.

Для оценки адекватности анестезии в обеих группах изучали концентрацию глюкозы и кортизола в крови, и все гемодинамические показатели на пяти этапах анестезии: до начала анестезии(1-этап), на самом травматичном этапе операции(2-этап), через 6 часов (3-этап), 12 часов (4-этап) и на следующий день утром после операции (5-этап). В обеих группах в после операционном периоде для определения интенсивности боли дополнительно использовали шкалу ВАШ.

Результаты: Изучения изменения концентрации стресс-гормонов в крови и неинвазивных показателей гемодинамики резко не отклонились от нормы у обеих групп больных интра и послеоперационного периода. Результаты исследования в послеоперационном периоде для определения интенсивности боли по шкале ВАШ показали: в 1-й группе больных интенсивность боли составила на первые сутки от 0 до 20 мм, а на вторые сутки от 20 до 30 мм, а во 2-й группе интенсивность боли составила от 30 до 60 мм в зависимости от времени введения препаратов обезбоживания. Все больные остались в отделение реанимации в послеоперационном периоде на 1-сутки для дальнейшего наблюдения, а потом переведены в травматологическое отделение. У 10% больных в 1-группе потребовались дополнительные

коррекции гемодинамических нарушений, связанные с кровопотерю, а во второй группе у 45% больных наблюдались гемодинамические нарушения, связанные с кровопотерей и назначением опиоидных препаратов. Тошнота и рвота наблюдались 32% и 65% больных соответственно в 1 и 2-группе. Депрессия дыхания и снижение сатурации крови кислородом в послеоперационном периоде наблюдались только у 23% больных во 2-группе, а в 1-группе всего у 8% больных и это связано с нарушением гемодинамики.

Заключение. Таким образом, результаты свидетельствуют о том, что периферическая блокада является эффективным и безопасным компонентом анестезиологической защиты при эндопротезировании коленного сустава в послеоперационном периоде. Кроме этого, применение сочетания блокад бедренного нерва и нервов коленного сустава в пространстве между подколенной артерией и задней капсулой колена обеспечивает достаточную блокаду ноцицептивной импульсации, снижает риск гемодинамических и тромбоземболических осложнений, позволяет раннюю реабилитацию, сократить расход медикаментов и срок лечения в стационаре. Более предпочтительными являются продленные методики периферической блокады, которые обеспечивают долгое адекватное обезболивание позволяющее снижать потребность в опиоидных анальгетиках, уменьшая потенциальный риск побочных эффектов от их применения.

ЕЛКА СУЯГИНИНГ ДИСТАЛ ОХИРИДАН СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ахтамов А.А.¹, Рахмонов Т.², Мухсинов К.М.¹

¹Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд

²Пастдарғом туман тиббиёт бирлашмаси, Самарқанд

Елка суягининг дистал охирининг бўғим ичидан ва бўғим олдидан синишлари барча елка суяги синишларининг 0,5%дан 15,%ини, бутун тана суяклари синишларининг 3,5-5,0%ини ташкил этади (Солод Э.И., Загородний Н.В., Лазарев А.Ф., 2021)

Охирги йилларда травматизм кўпайиши билан мазкур турдаги синишлар ҳам ўз навбатида кўпайиб бормоқда.

Тирсак бўғимидан шикастланишларни даволаш бугунги кунда травматологиянинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади.

Бугунги кунда тирсак бўғими соҳасидан синишларда 30дан ортиқ тери кесмаларидан ва остеосинтезнинг кўплаб техник усулларидан фойдаланилмоқда. Шунга қарамасдан операцияда қандай техник усуллардан фойдаланилмасин қон томирлар ва нерв шохларининг жароҳатланиш хавфи катта. Шунинг учун хавфсиз ва прогностик яхши натижага эришишга имконият берадиган хирургик кесмалар ҳамда операциянинг техник алгоритмларини яратиш тирсак бўғимининг анатомик мутаносиблигини тиклашда муҳим аҳмиятга эга.

Мақсад: елка суягининг дистал охиридан синишларини хирургик самарадор усулларини ташкил қилиш.

Материал ва текшириш усуллари: РИТОИАТМ Самарқанд филиали ва Пастдарғом туман бирлашган тиббиёт маркази травматология бўлимларида 32 бемор



елка суяги дистал охири шикастланишлари билан даволаниш натижалари таҳлил қилинди.

Беморларнинг 12 тасида бўғим ташқарисидан ва 20 тасида бўғим ичидан синишлар 2020-2022 йиллар давомида операция қилинган бўлиб беморлар ёши 18 дан 63 ёшгача бўлган. Операциялар шикастлангандан сўнг бир ҳафтадан тўрт ҳафта ўтгандан сўнг бажарилган.

Текширишда МРТ, КТ ва рентгенологик текширувлардан фойдаланилган.

Бўғим олдидан ва бўғим ичидан синишларни остеосинтез қўллашда LCP-пластиналар, киршнер кегайлари, порцион винтлардан ва Илизаров қурилмаларидан фойдаланилди.

Беморнинг стационарда даволаниш муддати ўртача 12 кунни ташкил этди. Даволаш натижаларини баҳолашда тирсак бўғимнинг функциясининг тикланиш даражасига асосланди. Беморларни клиник жиҳатдан кузатув учта даврда ўрганилди. Операциядан кейинги икки ҳафта- операциядан кейинги эртанчи давр, кейинги 6 ой ва ундан кўп бўлган иккинчи давр ва бир йилдан кўп муддатли даврларга бўлиб ўрганилди. Операциядан сўнг учинчи суткадан пассив ҳаракатлар бажариш ва изометрик нагрузка бериш тавсия этилди.

Даволаш натижалари: Даволашнинг функционал натижаларини қатъий тизимли баҳолаш усулидан фойдаланилди (Jupiter et.al., 1985). Беморларда тирсак бўғимида ёзиш 150 дан кўп бўлмаган чекланиш ва букиш 1300 гача бўлса-аъло; ёзиш 300 гача чекланиб ва букиш- 1200 гача –яхши, ёзиш 400 гача чекланган бўлса –қониқарли баҳоланди.

Шунингдек даволаш натижаларини тўлиқ баҳолашда рентгенологик натижалар ҳам инобатга олинди. Таҳлиллар якунида 6 бемор (18,7%)да –аъло, 22 бемор (29,0%) да –яхши ва 4 бемор (12,3%)да қониқарли натижалар кузатилди.

Хулосалар. 1) Тирсак бўғим контрактураси кузатилган болаларда тирсак бўғимининг даволашдан кейинги анатомик натижалари ҳатто қониқарли баҳоланганда хирургик ва риабилитацион даволаш усуллари комплекс қўлланилиши натижасида самарадорликка эришиш мумкин; 2) Фақат хирургик физиотерапевтик ва даволаш жисмоний машқлари комплекс қўлланилганда тирсак бўғимининг анатомик муносиблиги тикланиб ҳаракат амплитудасининг яхшиланганлигига эришиш мумкин.

БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИДА КОНТРАКТУРАЛАР ВА ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Ахтамов А., Мухсинов К.М., Ахтамов А.А., Ахаткулов Т.

Самарқанд Давлат тиббиёт университети, Самарқанд

Мавзунинг долзарблиги. Тирсак бўғимининг шикастланишлари болаларда таянч-ҳаракат аъзолари барча шикастланишларнинг 40% дан 50% гача ташкил этади (Тер-Егназаров Г.М., Миранов С.П. 2000, Стужина В.Т., 1997, Корзынков П.А. 2015).

Болаларда тирсак бўғими шикастланишларини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари қўлланилишига қарамасдан, қониқарсиз натижалар улуши нисбатан юқориликгача қолмоқда 16-20% (Меркулов В.Н., Стужина В.Т., 2014, Богда-

нов А.В., Жобин Г.И., 2016). Болаларда тирсак бўғим контрактурасида бўғим функциясини тиклашда функционал даволашнинг самарали усуллари танлаш муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Тирсак бўғимида контрактураларни ортопедик реабилитацияларнинг самарадор усуллари қўллаб косметик нуқсонларни бартараф этиш ҳамда тирсак бўғимининг функциясини тўлақонли тиклаш.

Материал ва текшириш усуллари. Консерватив даволаш усуллари кузатувимиздаги 42 беморда даволаш натижалари таҳлили мақсадида қўлланилди. Барча беморлар клиник рентгенологик, лаборатор текширувлардан сўнг ҳар бир беморга индивидуал ёндашилиб даволаш усуллари танланди. Даволаш усулини танлашда бемор ёши, шикастланиш характери, жароҳатланганлик муддати, бўғимда фаол ҳаракатнинг чекланганлик муддати ҳисобга олинди. Шунингдек биринчи бор даволанган беморларда тикланмай қолган ва нотўғри ҳолатда суякланиб нотўғри битган синиқлар даражаси ҳисобга олинди.

Давлаш натижалари. Бўғим ҳолатини тиклашга қаратилган комплекс даволаш муолажаларини қўллашдан асосий мақсад тирсак бўғимида ҳаракат амплитудасини яхшилаб қўлнинг нерв-мушак аппаратининг функционал ҳаракатини тўлақонли тиклашдани иборат.

Болаларда тирсак бўғимининг посттравматик контрактураларини даволаш бўғимнинг “янги” синиқларини даволашдан фарқ қилиб ўзига хос хусусиятларга эга. Жумладан:

1. Даволаш жисмоний машғулотларни бажаришда бўғим юмшоқ туқималаридан шиш ёки оғриқ кузатилмайди.

2. Тирсак бўғим соҳасида юзасини ҳосил қилувчи компонентларда иккиламчи ўзгаришлар кузатилади.

3. Тирсак бўғим даврида чандиқли ҳосилалар пайдо бўлади.

4. Елка суяк дистал охири деформациялари билан бўғим ичи ёки бўғим олди синиқ булақларининг биргаликдаги ҳаракати туфайли бўғимда функционал ҳаракатнинг чекланиб қолиши кузатилади. Комплекс реабилитацион муолажалар физиотерапия, уқалаш, жисмоний ва гимнастик машғулотлар, қўлни максимал букилган ёки ёзилган ҳолатда тутиб туриш, сувда сузиш ҳамда сув ичида уқалаш (гидромассаж) қўлланилади.

Даволаш жисмоний машғулотлар индивидуал қўлланилишига катта эътибор берилди. Мазкур мақсадда иссиқ (илик) сувда фаол машқлар, изометрик режимда мушакларни зўриқтириб чиниқтириш машқлари қўлланилади.

Даволаш жисмоний машқлари гуруҳларда бажаришда асосий мақсад беморнинг умумий жисмоний ривожланишини яхшилашга қаратилди. Машғулотлар ҳаракатларини координациялар, мушакларни чўзиш ва бўшаштиришга, заифлашган қўл мушакларини статик машқлар бажаришни ўз ичига олади. Шунингдек гимнастик машғулотларни бажаришда гимнастик таёқчалар, коптокчалар, резинали бинтлар, гантеллардан фойдаланиб машғулотлар гимнастик деворда ва гимнастик скамейкада бажариш тавсия этилади.

Мактабгача ёшдаги (4-7 ёш) болалар учун даволаш физкультура залида машғулотлар 20-25 минут, кичик мактаб ёшидаги болалар учун 30-35 минут, ўрта ёшдаги мактаб болалари учун (13-14 ёш) 40-45 минут. Даволаш гимнастик машқлари умумий қувват оширувчи машқлар, махсус машғулотлар тирсак бўғимининг контрактурасини тиклашга қаратилади. Даволаш жисмоний (гимнастик) машғулотлардан



сўнг қўм солинган хартачалардан фойдаланиб тирсак бўғим максимал букилган ёки максимал ёзилган ҳолатда тутиб туриш усуллари қўлланилади.

Ёши 12 ёшдан катта болаларда тирсак бўғимида ҳаракат амплитудасини яхшилаш мақсадида мехонатерапия усули қўлланилади.

Физиотерапия муолажаларидан даволаш мақсадида ультрабинафша нурлар (5 сеанс) УВЧ-даволаш (7-8 сеанс), парафин (ёки озокерит) муолажалари 400 ҳароратда 40 минут давомида 12-15 та муолажа қўлланилди. Натрий хлор, калий йод, лидо-за (64 бирликда) гулизол (1 мм) эритмалари билан электрофорез кенг қўлланилди. Шунингдек фонофорез тримол Б билан (6-8 мин.дан) жароҳатланган тирсак бўғим соҳасига қўлланилди. Ҳаракат функциясини яхшилаш мақсадида елка ва биллак мушакларига магнит-импульсли стимуляция (10 та сеанс) ва елка мушаклари соҳасига электростимуляция (10 сеанс) ҳамда лазер билан даволаш (8-10 сеанс) қўлланилди (10 сеанс).

Хулоса. Беморларни даволаш натижалари таҳлил қилинганда шундай хулоса қилиндики, операциядан кейинги даврда биллакнинг бурама ҳаракатли машқларини бажариш эрта бошланган. Шунингдек биллакнинг пронацион ҳаракатланишлари биллак суяги бошчасини чиқишига сабаб бўлади. Шунинг учун мазкур салбий ҳолатларни олдини олиш мақсадида тирсак бўғимида ҳаракатлантириш машқларини сагитал текисликда бошлаб, операциядан 4 ҳафта ўтгач биллакнинг ротацион ҳаракатларини тиклашга қаратилган машқларни бажаришни тавсия қиламиз.

ЕЛКА СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ

***Баратов А.Б., Ярлакабов Ж.Т., Раҳматов М.Б., Камалов Ё.О.,
Баратов Ж.А., Юсупов Х.И.***

Республика Шошилиш Тез Тиббий ёрдам илмий маркази, Жиззах филиали, Жиззах

Материал ва усуллар. Елка суякларининг синиши таянч ҳаракат аъзолари шикастланишлар уртасида энг куп учрайдиган жароҳатлардан бири ҳисобланади. Адабиётлардан олинган маълумотларга кура елка суяги синишлари таянч ҳаракат системасидаги суяклар синишлари ичида -18 % ни ташкил қилади. 2020–2022 йиллар мобайнида РШТЎИМ травматология булимида 135 та бемор елка суяги турли соҳалари синиши билан даволанди. Эркаклар 105 та, аёллар 30 та ҳолат кузатилди. Шундан 35 та беморда елка суяги хирургик буйнидан синиши, 76 та беморда елка суяги диафизар (юкори, урта, пастки) синиши ва 24 та беморда елка суяги пастки қисмидан бугим ичи ва бугим атрофи синишларини ташкил қилди. Ёпик синишлар-123 та, очик синиш-12 та. Нерв тутами шикастланиш асоратлари билан -4 та ҳолат кузатилди. Травматизм турига кура маиший травма-115 та, спорт травма-11 та, автотравма- 9 та. Уз мурожати билан ёткизилган беморлар- 71 та, тез ёрдам билан -15та ташкил қилди.

Натижалар. Елка суяги хирургик буйнидан синиши билан 26 та бемор консерватив-яъни елка суяги синишлари репозиция қилиниб, торакобрахиал гипсли боғлам билан даволанди. 9 та бемор репозициядан кейинги елка суяги хирургик буйни синиши коникарсиз ҳолатда булганлиги учун анатомик ЛСП пластиналар билан жароҳлик усулида даволанди. Елка суяги диафизар синишлари билан 40 та бемор

блокланувчи интрамедуляр остеосинтези-БИОС жаррохлик усули билан даволанди. Елка суяги пастки учлиги бугим ичи ва бугим атрофи синишлари турли хил блокланувчи анатомик ЛСП пластиналар билан жаррохлик йули билан даволанди.

Консерватив усулда даволанган учта беморда суяк булакларининг иккиламчи силжиш кузатилганлиги учун жаррохлик йули билан даволанди. Оператив даволанган туртта беморда неврологик асоратлар-парез кузатилди. Бу асоратлар керакли муолажалардан кейин тулик бартараф килинди.

Хулоса. Елка суяклари синишларини даволашда даволаш тактикасини тугри танлаш, металлконструкцияларни синик тури ва жойлашувига кура тугри куллаш даволашнинг асосий мезони эканлиги курсатди.

РАННЕЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Валиев О.Э., Хакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В., Махмудов.А.А.

Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность проблемы. Проблема лечения больных пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедренной кости является актуальной в современной травматологии и гериатрии. Несмотря на множество выполненных научных исследований и значительное число публикаций, многие вопросы оказания специализированной травматологической помощи этой категории пострадавших продолжают оставаться нерешенными и дискуссионными. По данным многочисленных исследований последних лет различные подходы консервативного варианта лечения пострадавших не позволяют эффективно бороться с возникающими осложнениями и добиваться хороших анатомических и функциональных результатов. Высокие показатели летальности пострадавших (до 80%) диктуют расширения показаний к использованию оперативных методов лечения больных данной категории.

Цель исследования: изучить результаты применения раннего эндопротезирования тазобедренного сустава у лиц старшей возрастной группы при переломах шейки бедренной кости

Материал и методы. Проведен анализ результатов лечения 227 больных с переломами шейки бедренной кости пожилого и старческого возраста, согласно классификации ВОЗ. Все больные проходили лечение в отделениях взрослой ортопедии СНПЦТиО и взрослой травматологии РНЦЭМП, в период с 2012 по 2022 гг.

Для изучения эффективности тактики и методов этапного лечения, оценки ближайших и отдаленных функциональных результатов лечения были сформированы две группы наблюдений: основная группа – 110 больных, которым выполнено 114 операций первичного эндопротезирования тазобедренного сустава в раннем периоде травмы (до 7 сут.), с использованием разработанных в клинике лечебно-диагностических алгоритмов на всех этапах лечения; контрольная группа – 117 больных, которым также было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава в поздние сроки (10 сут. и более) и традиционном ведении.



Среди больных преобладали лица женского пола – 146 (64,4%), возраст больных варьировал от 60 лет до 91 года. Наибольшее количество оперированных больных в обеих группах наблюдалась в возрасте от 60 до 80 лет – 183 (80,6%).

Основной причиной травмы у больных основной группы было падение на улице (уличная травма) – 79 (72,2%) больных. Преобладали больные с субкапитальными переломами в обеих группах – 148 (65,2%), затем идут транцервикальные – 53 (23,3%) и имевшие базальный характер перелома – 26 (11,5%). В основной и контрольной группах преобладали больные с субкапитальными переломами шейки бедренной кости – 80 (72,7%) и 68 (58,1%) соответственно. На 227 больных имело место 443 выявленных соматических расстройства, в среднем на одного больного приходилось 1,95 заболевания.

Результаты и обсуждение. При ретроспективном анализе историй болезней больных с переломами шейки бедренной кости старшей возрастной группы отмечена прямая зависимость выбора тактики и методов лечения в зависимости от возраста, соматического статуса, степени индексов коморбидности, уровня физической активности, уровня операционного риска по ASA, а также зависимости от типа переломов.

Все обследованные пациенты были прооперированы, во всех случаях было выполнено тотальное эндопротезирование, при этом у 70,2% – бесцементное, у 28,2% – цементное и у 1,6% – комбинированное.

С целью планирования оперативного вмешательства, а именно выбора метода фиксации компонентов эндопротеза нами была разработана программа для ЭВМ, «Программа выбора метода фиксации эндопротеза у больных с переломами шейки бедренной кости», патент DGU 08242.

Нами была разработана компьютерная программа для ЭВМ: «Программа по профилактике тромбоэмболических осложнений у больных с переломом шейки бедренной кости», Патент DGU 07336.

С целью повышения качества проведения реабилитационных мероприятий нами была разработана программа для ЭВМ: «Программа для диагностики биоэлектрической активности мышц бедра и выбора тактики электронейростимуляции у больных с переломами шейки бедренной кости до и после эндопротезирования», получен патент DGU 05920.

При оценке результатов лечения больных в сравнительном аспекте были изучены ближайшие и отдаленные результаты.

Ранние ближайшие результаты лечения больных с переломами шейки бедренных костей были изучены у всех 227 больных (110 – основной и 117 – контрольных группах). Были разработаны критерии оценки ранних ближайших результатов лечения больных пожилого и старческого возраста после эндопротезирования тазобедренного сустава.

С учетом разработанных критериев ближайших результатов в обеих сравниваемых группах в большинстве своем у 204 больных, в 89,5% случаев нами были получены благоприятные (хорошие – 49,3% и удовлетворительные – 40,5%) анатомо-функциональные результаты. Следует отметить, что положительные исходы в основной группе были несколько выше – 93,2%. При этом неудовлетворительные исходы отмечены в два раза меньше, чем в группе сравнения – 6,8% и 14,1% соответственно.

Отдаленный результат оценивали в сроки от 1 года до 6 лет с момента опера-

ции. Оценку отдалённых результатов проводили по критериям, выбранным из шкалы Harris W.H. В отдаленном периоде наблюдений в обеих группах, отличные результаты были отмечены лишь у 16 (10,4%), хорошие – у 50 (32,4%) и удовлетворительные у 68 (44,2%) больных. Неудовлетворительные результаты отмечены у 20 (13,0%) больных. Причем отмечено, что при сравнении основной и контрольной групп положительные исходы были несколько выше в основной группе, 88,3% и 85,0% соответственно.

Нами так же изучены показатели результатов лечения в зависимости от исходного уровня состояния костной ткани у рассматриваемых групп больных.

Отмечена прямая зависимость результатов лечения от исходного уровня состояния костной ткани больных. У группы больных с нормальной степенью выраженности остеопороза хорошие результаты преобладали (40,0%) над другими (остеоперия – 33,9%, остеопороз – 30,9%).

Правильность выбора тактики в отдаленном периоде от метода фиксации элементов эндопротеза было подтверждено данными проведенного анализа. Отмечена прямая зависимость результата лечения при использовании дополнительных средств, усиливающих стабильность фиксации эндопротеза.

Хорошие результаты лечения в отдаленном периоде были получены при использовании цемента с целью фиксации элементов эндопротеза – 60,9%, по отношению к использованию методов бесцементной – 39,1% и комбинированной фиксации – 32,8%.

Заключение. Таким образом, можем утверждать, что в настоящее время наиболее эффективной и перспективной тактикой лечения переломов шейки бедренной кости у пострадавших старшей возрастной группы является эндопротезирование тазобедренного сустава, выполненное в ранние сроки, о чем свидетельствуют полученные положительные результаты в процессе проведения научного исследования.

ДВУХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Валиев Э.Ю., Жаббаров Ж.Ю.

Бухарский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра экстренной медицинской помощи, Бухара

Лечение пострадавших с сочетанными повреждениями бедренной кости остается актуальной проблемой современной травматологии. Повреждение бедренного сегмента при изолированной травме составляет 3–5% от всех переломов костей скелета, однако при сочетанной травме данный показатель достигает 18,6% случаев. Переломы бедренной кости являются шокогенными повреждениями и в большинстве своем нуждаются в хирургической стабилизации. Несмотря на разнообразие существующих методик остеосинтеза, мнения специалистов в выборе того или иного способа фиксации остаются открытыми.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ результатов лечения больных с переломами бедренной кости в зависимости от различных методов остеосинтеза. Материалы и методы. Проведен анализ клинического материала – 145



больных сочетанной травмой с переломами бедренной кости, за период 2018–2022 гг. пролеченных в отделении экстренной травматологии РНЦЭМП и его Бухарского филиала. Превалировали лица мужского пола – 89 (72,8%), лица наиболее трудоспособного возраста (20–45 лет) – 68 (83,9%). По механизму травмы, ведущее положение занимала травма в результате ДТП – 97 (70,3%). Всем больным при поступлении выполнен комплекс лечебно-диагностических мероприятий на основе разработанных в клинике алгоритмов и стандартов для сочетанной травмы. С учетом примененных методов стабилизации переломов пациенты были разделены на две группы. В первую из них вошли 65 пациентов сочетанными травмами, которым был выполнен 1 этап доминирующей патологии (операции голове и брюшной полости) с гипсовой иммобилизацией, с последующим остеосинтез системой блокируемых интрамедуллярных стержней (БИОС), использован метод ВКДО на основе аппарата Илизарова. во второй группе – 80 больных, применен на первый этап остеосинтез стержневой аппаратом внешней фиксации. После стабилизации больного выполнена интрамедуллярный остеосинтез. Анализ результатов лечения проводили с учетом, следующим показателей: длительность оперативного вмешательства, лучевая нагрузка при использовании электроннооптического преобразователя (ЭОП), степени восстановления анатомии бедренной кости, динамики клинические и рентгенологические признаки восстановления функции конечности и возникшие осложнения. При повреждении внутренних органов остеосинтез бедренной кости выполняли последовательно после устранения доминирующей патологии и оказанием помощи по принципу «damage control». У пациентов в декомпенсированном состоянии (шок 3–4 степени)

Результаты и обсуждения. В первой группе продолжительность операций в среднем составила 40 ± 11 мин., во второй группе 20 ± 15 мин. Среднее время работы с использованием ЭОПа: в первой группе составило $54,8 \pm 2,1$ сек, во второй группе – $127,6 \pm 5,1$ сек. в виде кратковременных единичных включений в режиме рентгеноскопии. Восстановление анатомии бедренной кости оценивали на послеоперационных контрольных рентгенограммах. Полученные нами данные свидетельствуют о том, что традиционный остеосинтез обеспечивал наилучшие результаты репозиции костных отломков с максимальным восстановлением анатомии поврежденного сегмента. При применении метода ВКДО полная анатомическая репозиция была достигнута в 67,3% случаях. При анализе осложнений было отмечено, что в ближайшем периоде в 12,3% случаев при использовании аппаратов наружной фиксации наблюдали воспалительные изменения в мягких тканях, в 4,2% случаев при накостном остеосинтезе, при использовании закрытого интрамедуллярного остеосинтеза местных осложнений мы не наблюдали. В отдаленном периоде развитие не сращений и образование ложных суставов бедренного сегмента отмечены в 6 (7,4%) случаев. Среди них пациенты первой группы – 4 и во второй – 2 случаев. Так же 23 развитие контрактур коленного сустава отмечено у 12 (14,8%),

Выводы. Проведенное нами сравнительное клиническое исследование доказало преимущество применения первого этапа метода остеосинтеза стержневого аппарата бедренной кости у больных пострадавших сочетанный травме. Последний является достаточно безопасным и эффективным и может быть успешно использован при лечении пациентов с сочетанными повреждениями.

МСКТ-КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Валиева К.Н., Рустамова У.М., Умарова Г.Ш., Кан В.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность. Опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани занимают четвертое место после сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний органов дыхания и сахарного диабета. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) опухоли и опухолеподобные заболевания костной ткани являются распространёнными как в Узбекистане, так и за рубежом. Частота доброкачественных опухолевых заболеваний опорно-двигательной системы составляет 2,5–5,2% среди всех опухолевых заболеваний.

Цель исследования: описать характеристику и возможности МСКТ в дифференциальной диагностике доброкачественных опухолевых и опухолеподобных заболеваний костей конечностей.

Материалы и методы исследования: МСКТ исследование проводилось у 35 больных на 64-х срезовом аппарате Neusoft NeuViz 64 с тонкослойными срезами 1–1,5 мм на базе РСНПМЦТО, и на базе медицинского центра «Куксарой».

Для МСКТ-исследования рекомендовались случаи, где анатомические области, недостаточно хорошо визуализировались при рентгенографии.

Результаты исследования: МСКТ исследование было проведено 35 больным с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей конечностей.

При экхондромах у 2 (100%) больных и экхондромах у 7 (100%) больных определялась одинаково неоднородная внутренняя структура очага. При оценке ее плотности показатели индекса Хаусфильда были равны +70–+80, значения SD = 30–70, и mean 20–70. При этом они отличались лишь характером роста, при экхондроме рост был экспансивный, при экхондроме внутрикостный с тонкими и фестончатыми контурами и внутрикостным ростом

Фиброзная дисплазия у 5 (100%) больных характеризовалась наличием эффекта матового стекла на уровне очага, где характеристики индекса Хаусфильда были равны 50–75, SD = 10–30, и mean = 35–50. Контур при этом были умеренно склерозированы, фестончатые.

При простой костной кисте у 5 (100 %) больных определялась однородная внутренняя структура очага с показателями плотности - индекса Хаусфильда +5–+10 HU, значения SD = 1–7, и mean 35–45 с наличием склеротического ободка. Кортикальный слой при этом существенно не истончался (рис 5.).

При кистозных образованиях с наличием кортикального дефекта по типу фибро-кортикального дефекта у 2 (100 %) больных отмечался умеренно однородная внутренняя структура с наличием дефекта на уровне наружного кортикального слоя и умеренного уплотнения задней стенки очага. Характеристики внутренней структуры очага +1–20 HU, значения SD =10–20, и mean 40–50.

Остеоид остеома у 7 (100 %) больных проявляется в виде патологического очага



именно в толще кортикального слоя кости, в виде участка уплотнения и утолщения кортикального слоя, с центральным участком пониженной эхогенности, при этом денситометрические показатели на данных участках будут существенно отличаться. Характеристики внутренней структуры очага – «нидуса» +50-+70 HU, значения SD =40-60, и mean 50-80. Тогда как на уровне склеротического вала будет +500-+1700 HU, значения SD =400-600, и mean 500-800.

Таким образом, несмотря на неспецифичность клинических проявлений, возможно дифференцировать характер патологического процесса можно при помощи относительно специфических характеристик выявляемых при МСКТ исследованиях. Как контуры очага, локализация, форма, внутренняя структура очага, наличие вздутия кости, а так же, периостальной реакции что так же может позволить прогнозировать тенденцию к озлокачеству. Кроме того, использование изменения плотности очага в единицах Хаусфильда, при МСКТ позволит выявить предполагаемый характер содержимого серозная, геморрагическая, хондромные или фибриновые, а так же наличием воздуха в очаге.

РОЛЬ МИКРОХИРУРГИИ В ЗАМЕЩЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

**Гранкин Д.Ю.¹, Голяна С.И.¹, Тихоненко Т.И., Авдейчик Н.В.,
Сафонов А.В., Галкина Н.С.**

¹ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии им. Г.И.Турнера» Минздрава
Российской Федерации, Санкт-Петербург

²Клинический госпиталь MD GROUP, Российская Федерация, Москва

Введение. Обширные дефекты костей голени у детей являются сложной проблемой детской травматологии и ортопедии. Дефект диафизарной части кости может составлять более 2/3, с последующим развитием тяжелых деформаций и нарушению опороспособности пораженной конечности, что приводит к инвалидности. Традиционные методы костной пластики свободным некровоснабжаемым аутооттрансплантатом оказывается неэффективным, из-за отсутствия консолидации фрагментов. Микрохирургический этап лечения направлен на замещение дефекта и достижение консолидации фрагментов. Свободный кровоснабжаемый аутооттрансплантат малоберцовой кости позволят замещать практически любой по продолжительности дефект кости. При необходимости в состав аутооттрансплантата включается эпифиз малоберцовой кости, что позволят восстановить утраченный сустав.

Цель. Оценить результаты замещения обширных дефектов костей голени у детей методом свободной микрохирургической аутооттрансплантации малоберцовой кости.

Материалы и методы. На базе отделения реконструктивной микрохирургии и хирургии кисти ФГБУ НМИЦ ДТО им. Г.И. Турнера с 2012 по 2022 г. проведена реконструкция костных дефектов длинных трубчатых костей голени свободным васкуляризированным аутооттрансплантатом малоберцовой кости. В исследование включено 15 детей (от 5 до 15 лет). Наиболее частой причиной дефекта был псевдоартроз на фоне нейрофиброматоза 1 типа. Дефект большеберцовой кости в среднем

составлял 13 ± 3 см. В 4 случаях отмечался дефект обеих костей голени. Сроки наблюдения от 9 месяцев до 10 лет.

Результаты и обсуждения. У 12 пациентов было получено полное сращение аутотрансплантата и кости, период консолидации составил 12 ± 3 недели. У 12 пациентов в состав костных аутотрансплантатов был включен кожный «буковый лоскут», благодаря которому производили оценку адекватности кровоснабжения аутотрансплантата. Выживаемость аутотрансплантата составила 100%. Замедленная консолидация в проксимальном отделе отмечена у 4 пациентов, которая в 3 случаях привела к формированию ложного сустава, что потребовало проведения дополнительного оперативного вмешательства - костной аутопластики фрагментом гребня подвздошной кости. В 1 случае отмечалось отсутствие консолидации в проксимальном отделе, даже после проведения костной аутопластики, что привело к рецидиву псевдоартроза большеберцовой кости. По данным литературы у детей с обширными дефектами костей голени процент несращений может достигать 40% [8,9]. 9 пациентов в периоде от 6 мес до 2 лет получали оперативное лечение, направленное на этапное устранение деформаций, коррекцию разновеликости конечностей. Полная опороспособность пораженной конечности восстановлена в 12 случаях. У 3-х пациентов опороспособность возможна при использовании шино-кожного аппарата, вследствие выраженного укорочения нижней конечности.

Заключение: Замещение обширных дефектов костей голени при помощи свободного кровоснабжаемого фрагмента малоберцовой кости является не панацей, а необходимым этапом реконструкции. Грубые рубцовые изменения проводимых ранее оперативных вмешательств значительно ухудшают кровоснабжение данной области и затрудняют применение свободной некрооснабжаемой костной ауто и аллопластики. Дефекты длинных трубчатых костей нижней конечности более 5 см у детей являются показанием к применению микрохирургической аутотрансплантации малоберцовой кости.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЯ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ

Джурраев А.М., Алимухамедова Ф.Ш.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии», Ташкент

Резюме. В работе представлены результаты оперативного лечения 94 детей с болезнью Шпренгеля от двух до 16 лет. Оперативное лечение произведено по методике А.П.Поздеева с реконструкцией патологически измененной формы лопаточной кости в разной плоскости. Отдаленные результаты лечения в сроки от одного года до 14 лет изучены у 72 детей. В результате проведенного лечения у 60,2% детей получены хорошие и у 36,7% - удовлетворительные результаты.

Врожденное высокое стояние лопатки или болезнь Шпренгеля – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки и относится к числу первичных врожденных деформаций с частотой встречаемости (0,2–1%) среди врожденных ортопедических заболеваний. Оно формируется вследствие нарушения нормального процесса эмбрионального развития и поэтому относится к



системным заболеваниям. Во многих случаях наряду с высоким стоянием лопатки обнаруживаются и другие деформации и пороки развития костно-суставной системы.

Целью исследования является – изучение результатов хирургического лечения детей с врожденным высоким стоянием лопатки с учетом формы и особенностей патологии.

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии РСНПМ-ЦТО с 2005 по 2022 годы находились на стационарном лечении 94 детей с врожденным высоким стоянием лопатки в возрасте от 2 до 16 лет. Из них мальчиков было 31, девочек – 63. Деформацию по сторонам поражения распределили следующим образом: левосторонняя – у 48 детей, правосторонняя – у 40 детей, двухсторонняя – у 6 детей. Для оценки состояния каждого больного, тяжести и формы заболевания, а также для определения тактики хирургического лечения применяли следующие методы исследования: клинические, рентгенологические, ЭНМГ, МСКТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение анамнеза заболевания и опроса родителей позволили выявить следующее – у 52 матерей из 94 больных детей беременность протекала на фоне токсикоза, из них у 38 матерей были токсикозы в первой половине беременности. Кроме того, 32 матери перенесли острое респираторное заболевание в период беременности, а 9 – состояли в родственных браках. При изучении семейного анамнеза только в одном случае было выявлено отягощенная наследственность по данному заболеванию.

При клиническом осмотре у больных обнаружили на пораженной стороне ограничение отведения в плечевом суставе, высокое стояние лопатки, кривошею (у 12 детей), кифосколиоз позвоночника (у 58 больных) и гипоплазию мышц плечевого пояса.

На рентгенограмме отмечали высокое стояние лопатки, сколиоз (у 58 детей), кифоз, аномально измененные ребра (у 15 ребенка), позвонков и ключицы, синостозы позвонков (у 11 больных).

Электронейромиографическое исследование (у 22 детей) проводили в мышцах туловища, плечевого пояса. При этом мы определили изменение функционального состояния нервно-мышечного аппарата т.е. гипоплазию и аплазию мышц туловища, плечевого пояса и плеча.

При помощи МСКТ исследования мы более тщательно проанализировали кости плечевого пояса, грудной клетки и позвоночника: нарушение пространственного положения лопатки, её краниальное и медиальное смещение, патологическая ротация. варианты нарушения её развития, т.е. изменения поперечного и продольного размеров, характер фиксации лопатки к позвоночнику, отсутствие или наличие омовертебральной кости. Укорочение, утолщение и изменение формы ключицы, определяемое при измерении длины и нарушение пространственного положения. Изменения позвоночниках, искривление, варианты нарушения развития позвонков, соединения позвонков друг с другом. Недоразвитие ребер, укорочение, утолщение и изменение формы ребер.

Эти диагностические исследование позволило нам определить тактику хирургического лечения исходя от формы и тяжести заболевания.

Хирургическое лечение проводили у детей старше трех лет по методике А.П.Поздеева. Из всех больных у 54 детей дополнительно реконструкцию патологической формы лопаточной кости производили дифференцированно с учетом плоскости

деформации. Основными принципами восстановления косметического дефекта лопатки и функционального состояния плечевого пояса считали: 1) Мобилизация лопатки, а именно ее медиального края, верхнемедиального и нижнего угла, передней поверхности лопатки; 2) Устранение патологической ротации лопатки; 3) Низведение лопатки до уровня здоровой; 4) Адаптация передней поверхности лопатки к грудной клетке; 5) Устранение деформации формы лопатки и фиксация в правильном положении.

Заключение. Результаты оперативного лечения болезни Шпренгеля изучили у 72 детей в сроки от 1 до 16 лет. Результаты оценили по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. К хорошим отнесли результаты, когда краниальное смещение лопатки до 1 см, отведение плеча не менее до 160 градусов. Удовлетворительным считали результаты, когда высокое стояние лопатки до 2 см и отведение плеча до 140 градусов.

В отдаленном периоде из 72 (100%) больных, у 43(60,2%) оперированных были получены хорошие и у 27 (36,7%) – удовлетворительные результаты несмотря на то, что у этих больных была тяжелая степень заболевания, а болезнь сопровождалась неврологическими и эндокринными нарушениями. В двух случаях из-за рецидива по мере роста детей через пять лет после операции производили повторную оперативную коррекцию деформации.

Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что операция по методу А.А. Поздеева является оптимальным методом выбора при хирургическом лечении врожденного высокого стояния лопатки у детей. Для достижения хороших результатов необходимо производить операцию с коррекцией формы лопаточной кости.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ФОРМЫ ЛОПАТОЧНОЙ КОСТИ

Джуроев А.М., Рахматуллаев Х.Р.

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии. Ташкент.*

Врожденное высокое стояние лопатки или болезнь Шпренгеля – сложная аномалия развития плечевого пояса, позвоночника и грудной клетки. При болезни Шпренгеля наблюдается комплекс аномалий развития, основными проявлениями которого являются: нарушение пространственного положения, роста и деформация лопатки, смещение в краниальном направлении дистального конца ключицы, гипоплазия мышц надплечья и туловища, вплоть до полной их аплазии, нарушение функционального состояния нервно-мышечного аппарата, патология со стороны магистральных сосудов и нарушение периферического кровотока.

В процессе исследований стало известно, что основными проявлениями врожденного высокого стояния лопатки являются выраженное, необычное, высокое стояние лопатки и нарушение функции плечевого пояса. При этом форма, размеры и положение как лопатки в целом, так и отдельных её частей, отличаются от нормальных. Деформация лопатки при болезни Шпренгеля зависит от места прикрепления фиброзного тяжа или омовертебральной кости.



Нарушение развития лопаточной кости, степень уменьшения ее размеров определяются путем измерения длины и ширины лопаток с двух сторон. Затем длина размеров больной стороны делится на длину здоровой стороны и умножается на 100. Полученная цифра является недоразвитием лопатки выраженная в процентах (В.И.Садофьева, 1990).

Целью нашего исследования является изучение формы лопаточной кости и разработка рабочей классификации болезни Шпренгеля у детей.

Материал и методы. Наши исследования основаны на наблюдении 82 детей с врожденным высоким стоянием лопаточной кости на почве врожденных аномалий опорно-двигательного аппарата, которые находились на лечении в отделении детской ортопедии РСНПМЦТО МЗ РУз. Оперативное лечение проведено у 82 ребенка 84 операций с применением метода Поздеева – у 40 детей, 42 операций, у 42 больных – 42 операций с применением разработанных методов реконструкции формы лопаточной кости. У 2 детей нами проведены повторные операции из-за частичного рецидива патологии.

Среди наших больных преобладали дети до 10-летнего возраста. Родители в большинстве случаев не обращают внимания на заболевание детей и редко обращаются за медицинской помощью в дошкольном возрасте.

Жалобы родителей при обращении были в основном на деформацию грудной клетки, шеи, позвоночника и спины, головы, ограничение движений в области плечевого сустава и верхней конечности. Иногда больные отмечали боли при движении в области плеча и онемение рук.

При осмотре у детей отмечали асимметрию плеча, шеи и мягких тканей в области плечевых суставов и плечевого пояса. Плечо и надплечье со стороны поражения приподняты, сглажены углы перехода с надплечья на шейную область.

Высоту стояния лопаточной кости измеряли горизонтальной линией, проведенной по верхнему краю лопатки. Как видно из представленных данных, среди наших больных преобладали дети с высоким стоянием лопатки от 5 см и выше (в 63 случаях).

При движении в плечевом суставе, при отведении плеча лопатка недостаточно поворачивается вокруг оси и препятствует отведению плеча. Ротационные движения в плечевом суставе обычно сохранены и в единичных случаях (5) обнаружили ограничение наружной ротации конечности. Ограничение отведения в плечевом суставе до 160 градусов наблюдали только при легких степенях патологии. Однако, легкие степени болезни Шпренгеля встречается редко и в наших наблюдениях составил всего 8 случаев (9,7%). У большинства детей наблюдали значительное ограничение отведения от 90 до 120 градусов – у 90,3%. Таким образом, при болезни Шпренгеля косметический дефект и деформации сопровождаются значительными функциональными расстройствами верхних конечностей. Затрудняется захват предметов, их поднятие, одевание, обслуживание себя.

Учитывая большое значение формы лопаточной кости в процессе выбора объема хирургических вмешательств и результатов лечения, мы распределили больных на 4 группы: 1) Больные легкой степени болезни Шпренгеля без деформации лопаточной кости; 2) Дети с вогнутой деформацией лопаточной кости по длине; 3) Больные с вогнутой деформацией лопаточной кости по ширине; 4) Больные со смешанной деформацией лопаточной кости.

Среди наших больных преобладали дети с вогнутой и смешанной деформацией

лопаточной кости. Следовательно, все эти дети в процессе оперативного лечения нуждаются в коррекции формы лопаточной кости. Детей с болезнью Шпренгеля без деформации лопаточной кости наблюдали только у детей младших возрастных групп и мягкотканной и легкой формы деформации. У детей по мере роста из-за нарушенного баланса сил различных групп мышц со временем у больных развиваются вторичные деформации лопаточной кости. Поэтому ранняя диагностика и раннее радикальное лечение болезни Шпренгеля у детей является профилактикой развития вторичных деформаций и прогрессирования патологического процесса.

Таким образом, мы считаем целесообразным выделение в каждой группе больных с высоким стоянием лопатки конкретных изменений формы лопаточной кости и видоизменили классификацию предложенной А.П.Поздеевым и А.А.Поздеевым (2012) следующим образом:

Таблица 1.

Классификация болезни Шпренгеля у детей

Форма заболевания	Тяжесть болезни	Высота стояния лопатки	Деформация формы лопатки
Мягкотканая	1 степень	До 2 см	1. без деформации лопатки
	2 степень	От 2 до 5 см	2. с вогнутой деформацией по длине
	3 степень	Свыше 5 см	3. с вогнутой деформацией по ширине
Костная	2 степень	От 2 до 5 см	4. со смешанной деформацией лопатки
	3 степень	Свыше 5 см	

Учитывая того, что при костных формах патологии тяжесть заболевания выражена максимально, легкие степени не выделяется.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕМИМЕЛИЕЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Джураев А.М.¹, Холматов Б.У.², Каримов Х.М.²

¹Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии. Ташкент

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Кафедра травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Гемимелия берцовых костей представляют собой широкую группу врождённых аномалий, характеризующихся значительной гипоплазией или аплазией одной из кости голени. Удельный вес гемимелии костей голени составляет от 0,26 до 1,47 % среди больных ортопедического профиля. А также гемимелия костей голени состоит из спектра аномалий, наименее серьезным из которых является легкое укорочение малоберцовой кости, а наиболее тяжелым - полное отсутствие



малоберцовой кости, связанное с дефектами стопы, голени и бедра.

Как и при всех врождённых пороках нижних конечностей, целью лечения является по возможности восстановление анатомического строения и функционирования конечности. Тип хирургического лечения зависит от рентгенологической классификации и клинической картины.

Результаты лечения гемимелии костей голени зависят не только от степени недостаточности костей голени и результатов реконструктивного оперативного вмешательства, но и в значительной мере от состояния мышц, обеспечивающих его функционирование.

Цель исследования. Цель исследования – оценка влияния оперативного лечения детей с гемимелии костей голени по ЭМГ показателям на функциональное состояние мышц голени.

Материал и методы. Для достижения данной цели нами было изучено результаты лечения 48 детей с гемимелией костей голени, которые лечились в отделение детской ортопедии ЦНПМЦТО ГУ РесУз в период 2016–2022 годы.

Исследования были проведены до и после хирургического лечения у 48 детей с врождёнными аномалиями развития костей голени в возрасте от 2 до 17 лет. Из них у 27 была гемимелия малоберцовой кости и у 21 гемимелия большеберцовой кости.

Для оценки функционального состояния мышц нижних конечностей у детей с врождёнными аномалиями развития костей голени методом электромиографии мы исследовали электрическую возбудимость передней большеберцовой (ПБ) и икроножной мышц (ИМ) голени. Потенциалы электрической возбудимости регистрировалось с помощи накожных электродов. Данный метод позволило оценить основные электромиографические характеристики мышц укороченной конечности и сравнить их до и после лечения, так же сравнить их со здоровой конечностью.

Таблица № 1

Результаты ЭМГ исследования до лечения

Показатели ЭМГ исследования	Аномальная конечность		Здоровая конечность	
	ПБМ	ИМ	ПБМ	ИМ
Электрический возбудимость (мВ)	23,3±1,5	21,6±1,4	11,5±0,8	10,1±0,9
Частота мышечный колебаний (Гц)	13,2±1,5	14±1,7	32,7±1,3	35,1±1,5
Амплитуда мышц сокращений (мВ)	1,44±0,2	1,46±0,2	3,73±0,1	4,1±0,1

В таблице № 1 представлены результаты ЭМГ исследования детей с врождёнными аномалиями развития костей голени до лечения, в котором средние показатели электрической активности мышц нижних конечностей до хирургического лечения была значительно снижена.

При анализе ЭМГ, обследованные через 6–12 мес. после хирургического лечения (таблица №2), показал возрастание показателей электрической активности мышц голени:

Таблица №2

Результаты ЭМГ исследования после лечения

Показатели ЭМГ исследования	Аномальная конечность		Здоровая конечность	
	ПБМ	ИМ	ПБМ	ИМ
Электрический возбудимость (мВ)	12,9±1,4	11,3±0,9	11,5±0,8	10,1±0,9
Частота мышечный колебаний (Гц)	31,1±1,2	34,4±1	32,7±1,3	35,1±1,5
Амплитуда мышц сокращений (мВ)	3,62±0,2	3,9±0,2	3,73±0,1	4,1±0,1

Результаты. В результате исследования детей с тяжёлыми пороками костей голени, выявлено что несмотря на тяжесть дефицита и дефекта, электровозбудимость мышц нижней голени не были утрачена.

При анализе результатов исследования электрической активности мышц голени у пациентов было выявлено, что изначальные показатели электрической активности мышце голени были относительно ниже, чем у детей с более лёгкими пороками берцовых костей. Равным образом у детей с более лёгкими пороками возрастание электрической активности мышц голени после оперативной реконструкции оказалось гораздо быстрее.

При наблюдении отдаленными результатами были замечены постепенное возрастания показателя электрической активности исследуемых мышц, однако среди наших наблюдений у детей с тяжёлыми пороками малоберцовой кости не было случая, в котором уровень электрической активности данных мышц в котором достигало до уровня здоровой конечности в соответствующем возрасте.

Выводы. Таким образом, выполненные ЭМГ исследования мышц нижних конечностей детей с гемимелией костей голени дают представление о степени мышечной недостаточности и данный метод позволяет оценить электрофизиологический состояние мышц нижних конечностей до и после лечения.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ

Джураев А.М., Эргашев Б.Н.

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии. Ташкент.*

Резюме. В работе представлены результаты оперативного лечения 102 детей с плоскостопием от 7 до 16 лет за последние 10 лет. Оперативное лечение – Артрорез подтаранного сустава произведено с применением имплантатов Каликс и винтов. Отдаленные результаты лечения в сроки от одного года до 10 лет изучены у 72 детей. В результате проведенного лечения у 60,2% детей получены хорошие и у 36,7% - удовлетворительные и у 3,1% - неудовлетворительные результаты.

По данным различных авторов плоскостопие уплощение сводов стопы встречаются до 67-68% среди детей дошкольного возраста (Г.А.Шорин 1994; П.В.Смиркова



с соавт., 1993; Т.Ю.Карташова 2005). Однако, до настоящего времени недостаточно изучено распространенность плоскостопия в нашей республике среди детей. По медицинской статистике к двум годам у 24% детей наблюдается плоскостопие, к четырем годам — у 32%, к шести годам — у 40%, а к двенадцати годам каждому второму подростку ставят диагноз плоскостопие

Данная проблема является одной из наиболее сложных в ортопедии. Это связано, прежде всего, с полиэтиологичностью заболевания и системным характером поражения. Кроме того, отсутствует обоснованный подход к выбору дифференцированной тактики лечения деформации; низка эффективность консервативной терапии при выраженных степенях деформации; высока травматичность применяемых хирургических способов и, как следствие, отмечается большое количество осложнений и неудовлетворительных результатов после лечения; отсутствует комплексная предоперационная подготовка и послеоперационное лечение

Целью исследования является – изучение результатов хирургического лечения детей с плоскостопием с учетом формы и особенностей патологии.

Материалы и методы исследования. В отделении детской ортопедии РСНПМ-ЦТО с 2013 по 2023 годы находились на стационарном лечении 102 детей с плоскостопием в возрасте от 7 до 16 лет. Из них мальчиков было 61, девочек – 41. У всех детей отмечали двухстороннюю деформацию стопы. Для оценки состояния каждого больного, тяжести и формы заболевания, а также для определения тактики хирургического лечения применяли следующие методы исследования: клинические, рентгенологические, МРТ и МСКТ.

Результаты исследования и их обсуждение. Изучение анамнеза заболевания и опроса родителей позволили выявить следующее – у 32 детей анамнез был отягощенным, т.е. у родителей или близких родственников отмечали плоскостопие. У остальных 53 – статическое плоскостопие развилось на почве рахита и гипермобильного синдрома, у 17 – обнаружили различные неврогенные нарушения, связанные с аномалией развития позвоночника и спинного мозга.

При клиническом осмотре у больных обнаружили уплощение сводов стопы. Из всех больных у 23 – нами обнаружено уплощение продольного свода, а у остальных уплощение и продольного и поперечного сводов стопы. У 93 детей угол свода стопы составил от 160 до 180 градусов, у 9 – от 140 до 160 градусов. Высота свода стопы была менее 18 мм. У всех больных нами отмечено в различной степени болевые ощущения при ходьбе, а также при покое (у 27 детей).

На рентгенограмме отмечали опущение таранной кости, у подростков старшего возраста (9) явления артроза таранно-пяточного и таранно-ладьевидного сочленения. У 13 больных отмечали наличие добавочных костей, остеофиты.

Электронейромиографическое исследование (у 12 детей) проводили в нервах и мышцах нижней конечности. При этом мы определили изменение функционального состояния нервно-мышечного аппарата т.е. гипоплазию и аплазию мышц голени и стопы.

При помощи МРТ исследования мы более тщательно проанализировали костей стопы: нарушение пространственного положения таранной, пяточной и ладьевидной костей, её смещение, патологическая ротация. варианты нарушения её развития, т.е. изменения поперечного и продольного размеров.

Эти диагностические исследование позволило нам определить тактику хирургического лечения исходя от формы и тяжести заболевания.

Хирургическое лечение с применением имплантатов проводили у детей старше 7 лет. Из всех больных у 14 детей дополнительно осуществляли остеотомию пяточной кости (у 4 детей) и сухожильно-мышечную пластику.

Основными показаниями и принципами оперативной коррекции свода стопы имплантатами считали: 1) Уплотнение свода стопы у детей старше 7 лет II-III степени; 2) Наличие боли при ходьбе, при нагрузке на стопу; 3) Мобильное – гибкое плоскостопие; 4) В случаях деформации костей сочетание артроэреза с остеотомией костей стопы; 5) При сочетании с неврогенными нарушениями дополнительно проводили сухожильно-мышечные пластики.

Заключение. Результаты оперативного лечения плоскостопия имплантатами изучили у 72 детей в сроки от 1 до 10 лет. Результаты оценили по трехбалльной системе: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. К хорошим отнесли результаты, когда свод стопы сформировался и угол свода не менее 140-150 градусов, болей не отмечают. Удовлетворительным считали результаты, когда угол свода стопы – до 120–130 градусов и незначительные боли при нагрузке.

В отдаленном периоде из 72 (100%) больных, у 43(60,2%) оперированных были получены хорошие и у 27 (36,7%) – удовлетворительные результаты. В двух случаях из-за сильных болей по мере роста детей через год после операции производили повторную оперативную коррекцию деформации.

Таким образом, оперативное лечение плоскостопия II-III степени у детей школьного возраста с применением имплантатов малотравматичная, позволяет корригировать свод стопы и способствует правильному формированию стопы по мере роста детей.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

Джураев А. М.¹, Юсупова И.А.²

¹Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии. Ташкент

²Ургенческий филиал Ташкентской медицинской академии

Диспластический коксартроз – это артроз тазобедренного сустава, обусловленный врожденным недоразвитием костных структур. Патология образуется при дисплазии соединительной ткани, изменении формы и размеров вертлужной впадины, деформации головки бедра. Симптомы заболевания включают «стартовые» боли и дискомфорт при любых движениях ног, прогрессирующее ограничение подвижности, нарушения походки.

Для предупреждения прогрессирования диспластического коксартроза необходимо восстановление биомеханически правильных взаимоотношений в суставе. Поэтому задачами реконструктивного вмешательства в таких случаях являются: устранение децентрации головки бедра, обусловленной латеральным смещением эпифиза, восстановление правильных угловых соотношений между большим вертелом и шейкой и головкой бедренной кости.

Цель: Анализ хирургического лечения больных с нарушениями развития проксимального конца бедренной кости у детей.



Материалы и методы: В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО под нашим наблюдением за 2022-2023 до марта месяца находились 15 пациентов с диагнозом правосторонняя или левосторонняя диспластическая «соха vara», с наличием или без укорочения пораженной конечности. Возраст больных от 7 до 15 лет (в среднем 10 лет). До поступления в клинику все больные лечились консервативно по поводу дисплазии и врожденного вывиха тазобедренного сустава. У 10 пациентов поражение проксимального отдела было левосторонним у 5-правосторонним. Показанием к операции являлось нарушение конгруэнтности и стабильности сустава. Наличие ограничения движения, невозможность раздвинуть поражённую конечность в тазобедренном суставе.

Всем больным нами проведено реконструктивные операции в проксимальном отделе бедренной кости – корригирующая остеотомия в межвертельной области для исправления шеечно-диафизарного угла. В случаях (у 6 больных) сочетания деформации проксимального конца бедра с скошенностью крыши вертлужной впадины одновременно производили пластику крыши вертлужной впадины. В большинстве случаев варусная деформация шейки бедра сочетается (у 10 пациентов) с гипертрофией большого вертела. В таких случаях нами произведено межвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости с пересадкой большого вертела и удлинением шейки бедра.

Заключение. Таким образом, корригирующая вариизирующая остеотомия левого бедра в сочетании с пластикой вертлужной впадины может быть с успехом использована в лечении данной патологии. Операция позволяет изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях и нормализовать положение большого вертела.

С ее помощью возможно восстановление нормальных соотношений в тазобедренном суставе и конгруэнтности суставных поверхностей, нормализация биомеханических условий функционирования мышц.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ РАЗВИТИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Джураев А. М.¹, Юсупова И.А.²

¹Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии. Ташкент

²Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Одним из неблагоприятных исходов леченных и нелеченых форм дисплазии тазобедренного сустава у детей является формирование комбинированной деформации проксимального отдела бедренной кости в виде «соха vara» в сочетании с различными видами деформации головки, проксимального отдела бедра и укорочением шейки и пораженной конечности.

Для предупреждения прогрессирования диспластического коксартроза необходимо восстановление биомеханически правильных взаимоотношений в суставе. Поэтому задачами реконструктивного вмешательства в таких случаях являются: устранение децентрации головки бедра, обусловленной латеральным смещением

эпифиза, восстановление правильных угловых соотношений между большим вертелом и шейкой и головкой бедренной кости.

Цель: Анализ результатов хирургического лечения больных с нарушениями развития проксимального конца бедренной кости у детей.

Материалы и методы: В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО под нашим наблюдением за 2021-2022 гг находились 18 пациентов (19 тазобедренный сустав) с диагнозом правосторонняя или левосторонняя диспластическая «соха vara», с наличием или без укорочения пораженной конечности. Возраст больных от 7 до 15 лет (в среднем 10 лет). До поступления в клинику все больные лечились консервативно по поводу дисплазии и врожденного вывиха тазобедренного сустава. У 11 пациентов поражение проксимального отдела было левосторонним у 7-правосторонним. Показанием к операции являлось нарушение конгруэнтности и стабильности сустава. Наличие ограничения движения, невозможность раздвинуть поражённую конечность в тазобедренном суставе.

Всем больным нами проведено реконструктивные операции в проксимальном отделе бедренной кости – корригирующая остеотомия в межвертельной области для исправления шеечно-диафизарного угла. В случаях (у 6 больных) сочетания деформации проксимального конца бедра с скошенностью крыши вертлужной впадины одновременно производили пластику крыши вертлужной впадины. В большинстве случаев варусная деформация шейки бедра сочетается (у 10 пациентов) с гипертрофией большого вертела. В таких случаях нами произведено межвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости с пересадкой большого вертела и удлинением шейки бедра.

Заключение. Таким образом, корригирующая варизирующая остеотомия левого бедра в сочетании с пластикой вертлужной впадины может быть с успехом использована в лечении данной патологии. Операция позволяет изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях и нормализовать положение большого вертела.

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ 3-D ВИДЕОАНАЛИЗЕ ПОХОДКИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

*Долганова Т.И., Гатамов О.И., Мамедов У.Ф., Зуева Я.В., Черепанов И. Д.,
Городцов Н.А.*

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курган

Алгоритм для обследования пациентов со сложными нарушениями походки включает три этапа: идентификация отклонения в походке; сопоставление их с клиническими нарушениями и выбор оптимального варианта лечения. Объективным «золотым стандартом» в диагностике функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата является компьютерное инструментальное исследование биомеханики функции ходьбы - клинический анализ походки (Clinical Gait Analysis – CGA). Сочетание динамометрических платформ и динамической электромиографии (регистрации ЭМГ при ходьбе) системы дают наиболее полную



информацию о работе скелетно — мышечной системы человека с расчетом распределения центра масс во время переката стопы в трех плоскостях, нагрузок на суставы, мощности работы суставов, моментов сил реакции опоры, затраты энергии.

Современные технологии диагностики ортопедических заболеваний позволяют связать изменения в походке с клиническими нарушениями, и дифференцировать первичные отклонения в стереотипе походки от компенсаторно-приспособительных изменений

Методика исследования. Мы используем технологию видеозахвата с пассивными маркерами, обследование пациентов можем проводить с ортопедической обувью и без неё, с использованием дополнительных средств опоры или, при необходимости, с поддержкой за руки. В ходе отработки наилучшей модели для установки маркеров использовались различные варианты, как с системой кластеров, так и без них. Модель IOR наиболее оптимально подходит для анализа ходьбы у пациентов. Запись может проводиться как с датчиками ЭМГ, так и без них. Кинетические и кинематические данные регистрируются оптическими камерами Qualisys 7+ (8 камер компании Qualisys) синхронизированными с шестью динамометрическими платформами KISTLER (Швейцария). Анализ кинематики (движение сегментов в пространстве) и кинетики (сила и мощность работы мышц) с данных динамометрических платформ проводился в программах QTM (Qualisys) и Visual3D (C-Motion) с автоматизированным расчетом значений по программам, разработанным в Центре [Аксенов А.Ю., Клишкова Т.А. Программа формирования отчета биомеханики ходьбы человека. Пат. РФ № 2020665238; опубл. 24.11.2020]. Метода 3D видеоанализа походки включает потенциальные возможности оценки динамического баланса осевого скелета в 3-х плоскостях. Однако для осуществления таких возможностей и формирования протоколов оценки, требуются программы с дополнительной расчетной опцией, включающей математически определяемые точки максимально приближенные к середине тела С7 и S1 по данным рентгенографии [Аксенов А.Ю., Клишкова Т.А., Долганова Т.И. Программа анализа динамического баланса осевого скелета в локомоторных стереотипах по данным 3D видеоанализа. Свидетельство о государственной регистрации программы РФ № 2022684723; опубл. 16 декабря 2022 г.].

Результаты исследования. Анализ частоты положительных и отрицательных результатов тестов сравнения данных клинической диагностики и видеоанализа характеризовались значительной вариабельностью: среднее значение совпадений по всем суставам на одного врача составляло 73%, при этом у высококвалифицированных врачей процент совпадений варьировал от 70% до 90%, а у начинающих - от 52% до 79%. При этом клинически оценивались только движения суставов в сагитальной плоскости, без количественной оценки диапазона отклонений. Результаты процентного соотношения выявленных патологических элементов локомоторного профиля по данным видеоанализа походки и клинического осмотра совпадали у пациентов с ДЦП, в среднем, в 67% случаев. Отрицательные результаты, когда патологический элемент походки определялся методом CGA, но не был выявлен клинически, определялся, в среднем, в 25% случаев; а клинический симптом, не подтвержденный компьютерным видеоанализом, – в 9% случаев. В оценке амплитуды движения голеностопного сустава наибольшее число ошибок составляла гипердиагностика – в 35% данные клиники не подтверждались количественной оценкой CGA. Количественная оценка контрактуры коленного сустава по типу «за-

мершего колена» (stiff knee gait) в 94% выявлялась только методом CGA. Сгибательная позиция в коленном и в тазобедренном суставах в 36% и в 44% случаев соответственно, была не отмечена клинически. В 23% случаях не выявлено ограничение разгибания коленного сустава при первичном клиническом осмотре. Только методом CGA приводящая или отводящая установка бедра была отмечена в 27%. При оценке наклона таза вперед частота ошибок была наибольшая, положительный результат только в 24% случаев, а в 66% случаев изменение наклона таза не отмечено клинически. Увеличение амплитуды движения таза в сагиттальной, фронтальной и в горизонтальной плоскости не отмечено клинически в 52%, 70%, 57% соответственно.

Сопоставление графиков кинетики и кинематики позволяем нам судить о сохранности компенсаторных реакций мышц на измененные биомеханические условия их функционирования. При сгибательной позиции сустава – компенсаторно усилена сила мышц направленная на разгибание в суставе, при разгибательной позиции сустава – увеличен момент сила мышц -сгибателей. Если компенсаторная реакция мышц сохранена – расценивается как компенсированное состояние; если компенсаторная реакция мышц отсутствует – декомпенсированное состояние.

Данные видеоанализа классифицируют торсионные деформация бедра на простые, включающие один уровень и сложные, вовлекающие несколько сегментов. Например, у пациентов с ДЦП деформации являются всегда сложными и могут быть: аддитивными – декомпенсаторными, когда несколько деформаций усиливают друг друга, компенсаторными, когда несколько деформаций уменьшают выраженность друг друга.

При компенсаторной торсионной деформация на графиках кинематики регистрируем внутреннюю торсию бедра в сочетании с наружной торсией голени. При аддитивной торсионной деформация (декомпенсаторной) на графиках кинематики регистрируем значения внутренней торсии бедра в сочетании с внутренней торсией голени.

Одним из направлений исследований является изучение динамического баланса осевого скелета при ходьбе, т.к. ни одно из рентгенографических положений не воспроизводит динамический баланс позвоночника, который за счет своих компенсаторных механизмов при движении может переходить в состояние дисбаланса. А. White и М. Panjabi ввели такое понятие, как функциональная биомеханика позвоночно-двигательного сегмента. 3D видеоанализ в ортостатике и при ходьбе является самостоятельным исследованием, в динамике отражающим как состояние двигательной функции опорно-двигательной системы, так и ее основные поструральные системообразующие составляющие в форме величин осевого баланса. По результатам видеоанализа у ортопедически здоровых людей, значения варьирования величин баланса туловища в сагиттальной и фронтальной плоскостях при ходьбе не выходят за пределы допустимых границ нормы, рентгенографически установленных в ортостатике (SVA \pm 40мм, CVA \pm 20мм). Предложенные на основе 3D видеоанализа расчетные алгоритмы величин осевого баланса сопоставимы с рентгенологическими данными, но значительно более информативны и чувствительны к анталгическим проявлениям патологии.

Вывод. Компьютерное инструментальное исследование функции ходьбы является оптимальным средством диагностики патологических паттернов походки. Дополнительно к клиническому осмотру выявляется от 10% до 40% ранее не распознанных случаев.



ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП, СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ И ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ

Евреинов В.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А.Илизарова» Минздрава России, Курган

Резюме. В настоящее время «золотым стандартом» анестезиологического обеспечения оперативного лечения спастических вывихов бедер у детей с ДЦП является сочетание ингаляционной анестезии и продлённой эпидуральной анальгезии. Тем не менее, до сих пор остаётся открытым вопрос о целесообразности использования нейроаксиальных блокад у таких пациентов на фоне сопутствующей эпилепсии и/или компенсированной гидроцефалии.

Цель: оценить безопасность продлённой эпидуральной анальгезии в периоперационном периоде у больных с ДЦП, сопутствующей эпилепсией и гидроцефалией при реконструктивных или паллиативных вмешательствах на тазобедренном суставе.

Материалы и методы. В исследование включало 115 детей с тяжелыми формами ДЦП, спастическими вывихами бедер, по поводу чего проводились реконструктивные или паллиативные вмешательства на тазобедренных суставах. В зависимости от наличия сопутствующей эпилепсии и гидроцефалии пациенты разделены на группы. Оценивали периоперационные лабораторные показатели крови, данные тромбоэластографии, частоту осложнений.

Результаты. Количество тромбоцитов в крови на всех этапах наблюдения было меньше у пациентов с эпилепсией, по сравнению с группой контроля, но не опускалось ниже минимальной границы нормы ни у одного ребенка. Уровень фибриногена, активность антитромбина III (АТ III), показатели тромбоэластографии также статистически значимо отличались у больных, принимавших антиконвульсанты. Вероятность геморрагических и неврологических осложнений у детей с ДЦП, сопутствующей эпилепсией и гидроцефалией составила от 0 % до 11,7 %.

Заключение. Продленная эпидуральная анальгезия при эпилепсии и/или гидроцефалии у пациентов с тяжелыми формами ДЦП является безопасным методом анестезиологического обеспечения оперативных вмешательств на тазобедренном суставе и эффективным инструментом лечения боли в раннем послеоперационном периоде.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Жонгиров С.А., Салеев Б.В., Абдусаматов Ш.Н.

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

Актуальность. Плечевой сустав — наиболее подвижный и подверженный развитию нестабильности сустав в скелетно-мышечной системе человека. Общая частота возникновения первичных вывихов плечевого сустава, по данным D. Shields и соавт., составляет 21,9 случая на 100 тыс. человек. После первичного вывиха головки плечевой кости пациенты подвергаются значительному риску развития рецидивирующей нестабильности плечевого сустава. С. Robinson и соавт. показали, что частота повторных вывихов через 2 года после первичного переднего вывиха плечевой кости составляет 55,7%, а через 5 лет — 66,8%. К развитию рецидивирующей нестабильности плечевого сустава предрасполагают синдром гиперэластичности соединительной ткани, молодой возрасти мужской пол, занятие контактными и бросковыми видами спорта, наличие костного повреждения Банкарта, дефекта Хилла—Сакса, а также разрыв вращательной манжеты. Рецидивирующая нестабильность плечевого сустава значительно снижает качество жизни пациента и приводит к развитию раннего омартроза. На сегодняшний день предложено более 150 методик хирургической стабилизации плечевого сустава. Несмотря на введение новых методик хирургического лечения и публикации большого количества фундаментальных и клинических исследований, направленных на изучение причин и последствий нестабильности плечевого сустава, наиболее значимым послеоперационным осложнением остается высокая.

Цель работы. Изучение результатов комплексного подхода лечения хронической нестабильности плечевого сустава.

Материалы и методы исследования. С 2019 г. по 2023 г июня. в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно - практического медицинского центра Травматологии и Ортопедии было проведено исследование у 85 пациентов, находившихся на стационарном обследовании, с диагнозом хроническая посттравматическая переднемедиальная нестабильность плечевого сустава (M24.4). Исследуемая группа включала 71 мужчин и 18 женщин в возрасте 18–45 лет (в среднем $\pm 22,4$ лет). В 59 наблюдениях был поврежден плечевой сустав доминирующей руки, в трех случаях стабилизация носила ревизионный характер: у 2 больных после ранее выполненной стабилизации по Свердлову—Азизову, у одного после стабилизации по Краснову.

На основании клинических и инструментальных исследований было выявлена причины нестабильности плечевого сустава. Исходя из патологии, приводящей к нестабильности плечевого сустава больные были разделены на шесть групп:

- 1 – больные с повреждением капсуло – лабрального комплекса
- 2 - больные с повреждением капсуло – лабрального комплекса и с повреждением Hill – Sachsa,
- 3 – больные с малым костным дефектом гленоида и повреждением Hill – Sachsa On track.
- 4 – больные с малым костным дефектом гленоида с повреждением Hill – Sachsa Off track.
- 5– больные со средним костным дефектами гленоида.
- 6– больные с большим костным дефектом гленоида.

У пациентов 1 – группы (n=24) было выявлено изолированное повреждение капсуло – лабрального комплекса, повреждение Банкарта (n=12), SLAP (n=3), Банкарт + SLAP (n=9). Им была выполнена артроскопическая рефиксация капсуло – лабрального комплекса (операция Банкарта). У 2 – группы (14 пациентов) было



выявлено повреждение капсуло лабрального комплекса и повреждение Hill – Sachs. Этим больным выполнили артроскопическую рефиксацию капсуло лабрального комплекса и реимплексаж подостной мышцы. 3 – группа исследуемых больных с малым костным дефектом гленоида с повреждением Hill – Sachs On track (n=4). Этим больным выполнили артроскопическую рефиксацию капсуло лабрального комплекса и реимплексаж подостной мышцы. 4 – группа исследуемых больные с малым костным дефектом гленоида с повреждением Hill – Sachs Off track (n=6). было выполнена трансплантация коракоида ½ части с созданием новой плече – лопаточной связки. 5 – группа с средним дефектом гленоида у n=22 больных было выполнена трансплантация коракоида 2/3 части с созданием новой плече-лопаточной связки. 6 – группа n=8 больных с большим костным дефектом гленоида выполнена трансплантация коракоида по всей ширине с созданием новой плече-лопаточной связки. В раннем послеоперационном периоде оперированный конечность фиксировали специальным отводящим ортезом на 6 недель. После снятия ортеза все больные прошли реабилитационные программы по Веттошкину.

Результаты. Отдаленные результаты больных (6–12 месяцев) оценивали по шкале ROWE (1978г). Данная шкала представляет собой инструмент, состоящий из 3 пунктов, заполненных врачом. Его вопросы касаются категорий стабильности, движения и функции плеча. Баллы варьируются от 0 до 100, при этом 90–100 баллов указывают на отличную оценку, 75–89 баллов - на хорошую оценку, 51–74 балла - на удовлетворительную оценку и 0–50 баллов - на плохую оценку. Результаты лечения больных 6 групп по шкале Rowe в среднем через 6 мес. составляли (92,5; 92,8; 93,2; 92,7; 93,9; и 94,2) баллов соответственно, а к 12 мес. показатель несколько вырос и был равен (94,1; 94,9; 78,6; 94,7; 95,4 и 96,4) балла соответственно, что классифицируется как отличный результат лечения. У одного больного после операции артроскопическая рефиксация и реимплексаж подостной мышцы через 1 год встречалось рецидив нестабильности плечевого сустава.

Выводы: Дифференцированный подход к лечению хронической нестабильности плечевого сустава с устранением причин, приводящих к нестабильности плечевого сустава, позволяет получить необходимых хороших и отличных результатов.

МИНИ ИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ОСТЕОНЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ибрагимов Р.А., Шорустамов М.Т.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент

Введение. Одной из самых частых причин развития деформирующего артроза у лиц относительно молодого возраста с риском развития инвалидности является остеонекроз головки бедренной кости. Это одно из самых стремительно развивающихся заболеваний дегенеративно-дистрофического характера. Пик заболеваемости асептическим некрозом головки бедренной кости (АНГБК) приходится на возраст пациентов от 20 до 50 лет, а этиология заболевания достаточно многогранна. 20 до 50 лет.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава не может являться единственно верным способом лечения данной патологии, особенно в случаях ранней диагностики и молодого возраста пациентов. Многие авторы указывают на положительные результаты после применения декомпрессии головки бедренной кости, но клинический эффект бывает непродолжительным и заболевание прогрессирует (Тихилов Р.М. и соавт., 2015; Banerjee S., 2014). В своем исследовании мы применили новый, разработанный нами способ оперативного лечения, включающий аппаратную декомпрессию, внутрикостную резекцию очага остеонекроза с замещением участка некроза васкуляризированным костным трансплантатом, взятым из крыла подвздошной кости на питающей ножке m. Sartorius, туннелизацию с последующей декомпрессией разработанным нами аппаратом внешней фиксации, туннелизацией с последующей SVF+PRP терапией, туннелизацией с последующей ViMac из крыла подвздошной кости и последующей разгрузкой разработанным нами аппаратом внешней фиксации.

Цель исследования: оценка эффективности декомпрессии тазобедренного сустава аппаратом внешней фиксации в сочетании с современными подходами (SVF+PRP, ViMac-из крыла подвздошной кости) при лечении асептического некроза головки бедренной кости.

Материал и методы исследования: для оценки эффективности и результатов лечения больных с декомпрессией тазобедренного сустава аппаратом внешней фиксации в сочетании с восстановлением кровообращения головки бедренной кости, аутопластикой васкуляризированным костным трансплантатом, взятым из крыла подвздошной кости на питающей ножке m. Sartorius, нами был произведен анализ 20 взрослых людей мужского и женского пола от 25 до 45 средний возраст 35 лет \pm 3 года, с асептическим некрозом головки бедренной кости, пролеченных оперативно в отделении травматологии и ортопедии на базе многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии. Мужчин 16 (80%), женщин – 4 (20 %), что в соотношении составило 4:1, с 2011 г. по 2022 г.

Результаты. Для определения эффективности оперативного вмешательства начинали с клинического обследования больных: осмотр послеоперационной раны, аппарата внешней фиксации (при установке таковых), измерение абсолютной и относительной длины конечностей, отеков, гиперемии, повышения местной температуры и свищевых ходов с области раны тазобедренного сустава и стержней аппарата внешней фиксации, если они имелись. Результаты удовлетворительные, рана в области тазобедренного сустава зажила первичным натяжением, послеоперационных осложнений не было.

Анализ результатов показал увеличение показателя в зависимости от реабилитационного периода, что свидетельствовало об уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов после декомпрессии тазобедренного сустава аппаратом внешней фиксации в сочетании с восстановлением кровообращения головки бедренной кости. При этом в первые 3 месяца отмечен скачок объема движения, что, скорее всего, связано с дополнительным приемом анальгетиков на фоне восстановления после удаления аппарата внешней фиксации с последующим реабилитационным лечением, направленным на увеличение объема движения в оперированной конечности. По данным послеоперационных рентгенограмм, МРТ и МСКТ, отмечается восстановление структуры головки бедренной кости с разной степенью интенсивности от 40% до 95%. Средний показатель, проанализирован-



ный на инструментальных показателях (рентгенография, МСКТ, МРТ) составил 68%.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКИХ НЕКРОЗОВ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ибрагимов Р.А., Шорустамов М.Т.

Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент

Введение. Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) - это инвалидирующее клиническое заболевание, характеризующееся гибелью остеоцитов и костного мозга, с последующей резорбцией некротизированных тканей, что приводит к прогрессивному разрушению костной архитектуры, субхондральному разлому и коллапсу головки ТБС, и, наконец, потере конгруэнтности в суставе с потерей его основных функций.

В своем исследовании мы применили новый разработанный нами способ оперативного лечения, включающий аппаратную декомпрессию, внутрикостную резекцию очага остеонекроза, комбинированную аутопластику васкуляризированным костным трансплантатом, взятым из крыла подвздошной кости на питающей ножке m. Sartorius.

Предложенный вариант декомпрессии головки бедренной кости технически прост, однако требует четкого соблюдения этапов операции: правильной укладки пациента, четкого рентгенологического контроля, дозирования прилагаемого мышечного усилия при сверлении головки бедренной кости, а также при установлении аппарата внешней фиксации для предупреждения его перфорации, аккуратной манипуляции с инструментарием.

Цель исследования: оценка эффективности декомпрессии тазобедренного сустава аппаратом внешней фиксации в сочетании с замещением участка некроза ауто трансплантатом на сосудистой ножке m. Sartorius.

Материал и методы исследования: для оценки эффективности и результатов лечения больных с декомпрессией тазобедренного сустава аппаратом внешней фиксации в сочетании с восстановлением кровообращения головки бедренной кости аутопластику васкуляризированным костным трансплантатом, взятым из крыла подвздошной кости на питающей ножке m. Sartorius, нами произведен анализ 20 взрослых людей мужского и женского пола от 25 до 45 средний возраст 35 лет \pm 3 года, с асептическим некрозом головки бедренной кости, пролеченных оперативно в отделении ортопедии на базе многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии. Мужчин 16 (80%), женщин – 4 (20 %), что в соотношении составило 4:1. с 2010г. по 2020г.

Всем больным произведен комбинированный способ хирургического вмешательства, с восстановлением кровообращения головки бедренной кости при помощи замещения участка некроза костным ауто трансплантатом на питающей сосудистой ножке под контролем электронно оптического преобразователя (ЭОП) головки бедренной кости с ассистированием аппаратом внешней фиксации. Проведена объективная оценка результатов лечения и доказана эффективность нового

способа комбинированной хирургического вмешательства.

Результаты. Для определения эффективности оперативного вмешательства начинали с клинического обследования больных: осмотр послеоперационной раны и аппарата внешней фиксации, измерение абсолютной и относительной длины конечностей, отеков, гиперемии, повышения местной температуры и свищевых ходов с области раны тазобедренного сустава и стержней аппарата внешней фиксации. Результаты удовлетворительные, рана в области тазобедренного сустава зажила первичным натяжением, послеоперационных осложнений не было. Анализ результатов показал увеличение показателя в зависимости от реабилитационного периода, что свидетельствовало об уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов после декомпрессии тазобедренного сустава аппаратом внешней фиксации в сочетании с восстановлением кровообращения головки бедренной кости васкуляризированным костным трансплантатом, взятым из крыла подвздошной кости на питающей сосудистой ножке m. Sartorius. При этом в первые 3 месяца отмечен скачок объема движения, что, скорее всего, связано с дополнительным приемом анальгетиков на фоне восстановления, после удаления аппарата внешней фиксации с последующим реабилитационным лечением, направленное на увеличение объема движения в оперированной конечности. По данным послеоперационных рентгенограмм, МРТ и МСКТ, отмечается восстановление структуры головки бедренной кости с разной степенью интенсивности от 40% до 95%. Средние показатели восстановления 68%, проанализированны на инструментальных показателях (рентгенография, МСКТ, МРТ).

МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э.¹, Кобиров А.У.²

¹Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Введение: Повреждения голеностопного сустава представляют серьезную проблему в области травматологии и ортопедии, оказывая значительное воздействие на общую структуру переломов и повреждений опорно-двигательного аппарата. Статистика свидетельствует о том, что они составляют до 20% всех переломов скелета.

Методы: для изучения этой проблемы было проведено исследование на группе из 46 пациентов с застарелыми повреждениями голеностопного сустава, включая 20 мужчины и 26 женщины в возрасте от 18 до 60 лет. Пациенты были разделены на три диагностические группы:

1. Последствия переломов костей голеностопного сустава с сопутствующими застарелыми повреждениями связочного аппарата - 12 пациентов.
2. Хроническая нестабильность голеностопного сустава вследствие повреждения связочного аппарата - 16 пациентов.
3. Посттравматический деформирующий остеоартроз, сопровождающийся бо-



левым синдромом - 8 пациентов.

Исследование проводилось с 2020 по 2022 годы с использованием 1.5 Т МР-томографа фирмы Siemens. Для исследования использовалась поверхностная катушка Flex small.

Результаты и обсуждение: Исследование выявило, что состояние голеностопного сустава в отдаленном после травмы периоде существенно зависит от повреждения связочного аппарата голеностопного сустава, частичного или полного разрыва других связок, трофических нарушений в хряще и наличия синовита.

Семиотика повреждения связок определяется наличием рубцовых процессов в области отрыва или разрыва связки и включает в себя такие характеристики, как неравномерное утолщение связки, дислокация при отрыве, фрагментирование связки, волнистые контуры и умеренный перифокальный отек.

Наиболее распространенным повреждением у пациентов с застарелыми травмами голеностопного сустава был разрыв передней тибιοфибулярной связки в сочетании с повреждением других связок (дельтовидная, наружная задняя талофибулярная, пяточнофибулярная). Это повреждение выявлено у 16 из 46 пациентов.

Выводы: Результаты данного исследования подчеркивают важность ранней диагностики и лечения повреждений связок голеностопного сустава, особенно при застарелых травмах, чтобы предотвратить развитие дегенеративных изменений и сохранить функциональность сустава.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) оказывается весьма информативным методом диагностики, позволяя более точно определить характер и степень повреждений различных структур голеностопного сустава. Этот метод способствует более точной диагностике повреждений связок, что имеет критическое значение для выбора наилучшего лечения и улучшения качества жизни пациентов с повреждениями голеностопного сустава.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ VDR И ТРОМБИФИЛИИ В РАЗВИТИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19

*Ирисметов М.Э., Махмудов А.А., Хакимов А.Д., Азизов А.М.,
Ступина Н.В., Валиев О.Э.*

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Остеонекроз головки бедренной кости (называемый также аваскулярным некрозом) — патологическое состояние, вызывающее гибель остеоцитов, усиление деминерализации и снижение резорбции губчатой костной ткани, изменение трабекулярной архитектуры с течением времени в результате снижения васкуляризации субхондральной кости головки бедренной кости (ГББ). Хотя понимание патофизиологии и факторов риска SSBN ограничено отсутствием долгосрочных исследований на людях и отсутствием модели двуногого млекопитающего, убедительные доказательства указывают на нарушение субхондральной микроциркуляции как важный фактор в развитие болезни. Изучение микроцирку-

ляции ССБ показало, что иннервирующие сосуды субхондральной кости чувствительны к разрыву, внутрисосудистой обструкции и внешней компрессии сосудов. Нарушение перфузии в ретикулярных сосудах приводит к снижению кровоснабжения субхондральной кости головки бедренной кости. В других исследованиях показано, что обширные участки ЗН сопровождаются поражением поверхностных и нижних метафизарных артерий. Возникновение некроза головки бедренной кости (АНГБК) в основном объясняется развитием гибели костных клеток вследствие нарушения микроциркуляции крови. Генетические дефекты, приводящие к гипофибринолизу или тромбофилии, могут приводить к увеличению тромбообразования и нарушению кровотока в костном кровообращении. Высокий уровень ингибитора активатора плазминогена (РАI) в дополнение к гипофибринолизу был обнаружен у 31% больных с ОН головки бедра. Другое исследование показало, что мутация фактора V была статистически значимо выше у пациентов с ОН, чем в контроле. Jones и соавт. обнаружили, что 82,2% пациентов с ОН имеют по крайней мере один аномальный фактор свертывания крови (генетический дефект) по сравнению с 30 % в контрольной группе без ОН. Сообщалось, что у 50% пациентов, представляющих интерес, были генетические дефекты двух или более факторов свертывания крови [14]. Точно так же высокие уровни липопротеина А, фактора фон Виллебранда и низкие уровни белков С и S, как сообщалось, были статистически более высокими у пациентов с идиопатической ОН и вторичной ОН по сравнению со здоровым контролем [16]. Снижение уровня протеина С и S и резистентность к активированному протеину С вследствие мутаций вызывают гиперкоагуляцию в результате снижения физиологической регуляции протромботических факторов, таких как V и VIII, что способствует развитию внутрисосудистой ишемии и некроза в головке бедренной кости.

Результаты и обсуждение.

В ходе исследования было 98 связанных с COVID-19 АНГБК - основная группа и 96 здоровых лиц, перенесших COVID-19, но не имевших А - контрольная группа с rs1799963, rs6025 и rs1544410 одноточечные полиморфизмы (SNP), такие как молекулярно-генетическое тестирование, показали распределение аллелей и генотипов, как показано в таблице 1.

Распределение различных полиморфизмов генов (SNP) по аллелям и генотипам в основной и контрольной группах.

Таблица 1.

Полиморфизмы	Основная группа					Контрольная группа				
	Аллели		Генотипы			Аллели		Генотипы		
	Дикий аллель, (%)	Минорный аллель, (%)	Гомозигот дикий тип, (%)	Гетерозигота, (%)	Гомозиготный недикий тип, (%)	Дикий аллель, (%)	Минорный аллель, (%)	Гомозигот дикий тип, (%)	Гетерозигота, (%)	Гомозиготный недикий тип, (%)



F2 rs1799963	99,0	1,0	97,9	2,0	0,0	99,5	0,5	99,0	1,0	0,0
F5 6025	96,4	3,6	92,8	7,1	0,0	99,0	1,0	97,9	2,1	0,0
VDR rs1544410	79,0	21,0	62,2	33,6	4,0	76,6	23,4	59,4	34,4	6,2

При анализе данных, представленных в табл. 1, результаты полиморфизмов, выявленных в основной и контрольной группах, были проверены по закону Харди-Вайнберга с целью проверки соответствия распределения аллелей на популяционном уровне. А по результатам, полученным в основной и контрольной группах, не было достоверного отклонения от ожидаемых или наблюдаемых эмпирических или теоретических результатов по всем выявленным полиморфизмам ($\chi^2 < 3,85$, $p > 0,05$) (см. табл. 2 и 3). Это показывает, что полученные в ходе исследования результаты нарушают закон Харди-Вайнберга.

Выводы: Среди изученных в ходе исследования полиморфизмов статистически достоверными являются полиморфизм G1691A гена F5 со статистически значимой положительной ассоциацией с развитием заболевания АНГБК, связанного с COVID-19, так как минорный - аллель А и гетерозиготный - генотип G/A, независимо от негативных привычек было обнаружено, что они увеличивают вероятность заболевания, соответственно 5,0 раз (OR=5,0;95% CI:1.11 - 22.48, $\chi^2=4,4$, $p=0,05$) и 5,2 раза (OR=5,2;95% CI: 1.14 - 23.99, $\chi^2=4,5$, $p=0,05$). Другие типы полиморфизмов (F2 G20210A – rs1799963 и VDR BsmI – rs1544410) не было обнаружено статистически значимой положительной связи между развитием АНГБК, связанным с COVID-19 ($\chi^2 < 3,85$, $p > 0,05$). Таким образом, у лиц с минорным аллелем полиморфизма G1691A гена F5 вероятность развития АНГБК выше, чем у лиц, не имеющих такого аллеля, что требует специальных дополнительных профилактических мероприятий для предотвращения развития у них заболевания АНГБК.

МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ БЕЙКЕРА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э.¹, Ортиков О.Р.²

¹Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухара

Цель исследования: изучить причины синовита у пациентов с рецидивирующей кистой Бейкера, оценить эффективность эндоскопического метода лечения кист подколенной области.

Материалы и методы. С 2018 по 2022 г. проводили наблюдение 40 пациентов с кистами Бейкера коленного сустава. Больные разделены на две группы: - 21 (52,5%) больных основной группы, которым применялась эндоскопическая техника лече-

ния, у остальных 19 (47,5%) пациентов в группе сравнения кистозный мешок выделяли и иссекали открыто, а затем ушивали кистозные ворота.

Результаты. У 12 (57,1%) пациентов основной группы в послеоперационном периоде болевой синдром купировался в первые сутки после операции ($p < 0,05$), средний срок стационарного лечения составил $3,5 \pm 0,6$ суток ($p < 0,05$), при этом у 18 (85,7%) пациентов функция коленного сустава через 2 недели после операции полностью восстановилась ($p < 0,05$). Спустя год у 2-х (9,5%) пациента основной группы были выявлены признаки нарушения функции коленного сустава 1 степени по шкале Rauschning и Lindgren, а в группе сравнения – у 7 (36,8%) пациентов – нарушения различной степени выраженности ($p < 0,05$). В группе сравнения у 4 (21%) больных произошел рецидив кисты Бейкера; в связи с чем была выполнена артроскопическая обработка сустава и кистозного мешка. В последующем было отмечено полное выздоровление пациентов ($p < 0,05$).

Выводы. Формирование кисты Бейкера напрямую связано с избыточным образованием и скоплением синовиальной жидкости в коленном суставе на фоне застарелых повреждений менисков и заболеваний синовиальной оболочки ($p < 0,05$). Применение эндоскопической техники позволяет устранить причины синовита и клапанный механизм тока жидкости в икроножно-полуперепончатую сумку, в более ранние сроки купировать болевой синдром, восстановить амплитуду активных движений в коленном суставе, сократить сроки стационарного лечения, снизить риск рецидивов кисты, предотвратить развитие выраженных рубцовых изменений в подколенной области ($p < 0,05$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э.¹, Ортиков О.Р.²

¹*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент*

²*Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Бухара*

Цель исследования: оптимизация результатов хирургического лечения пациентов с повреждениями менисков коленного сустава с использованием малоинвазивной органосохраняющей технологии.

Материалы и методы. Работа основана на анализе результатов хирургического лечения 80 больных с травмами коленного сустава за период с 2018 по 2022 гг. Все больные были распределены на контрольную и основную группу. В контрольную группу вошли 50 (62,5%) больных. Им выполнена артроскопическая резекция мениска. Коленный сустав не иммобилизовали, больные получали физиолечение, ЛФК и массаж. 30 (37,5%) больных отнесены к основной группе, которым выполнен шов менисков под астроскопом. Коленный сустав иммобилизовали на 4 недели, больные получали также физиолечение, ЛФК и массаж конечности.

Результаты оперативного лечения пациентов оценивались по шкале Lysholm. Результаты оперативного лечения пациентов с повреждениями менисков КС изучены у 65 оперированных в сроки до 3 лет (всего 80 оперированных). У пациентов



основной группы исход лечения был изучен у 30 (37,5%), в контрольной группе – у 41 (51,3%). Отличные результаты в основной группе пациентов наблюдались у 5 (16,7%), что соответствует 90-100 баллам. Частота отличных исходов оперативного лечения у пациентов основной группы (16,7%) выше, чем в контрольной группе больных (9,4%) в 1,7 раза (или на 7,3%). Хорошие результаты в основной группе пациентов зарегистрированы у 20 (66,6%), что соответствует 70–89 баллам. Хорошие исходы у больных основной группы (66,6%) были выше, в контрольной группе больных (46,9%) в 1,4 раза (на 19,7%). В основной группе удовлетворительный результат встречается у 13,4% пациентов, в контрольной группе – у 34,3%.

Выводы: клиническое применение предложенной тактики лечения пациентов с повреждениями менисков коленного сустава, позволило увеличить частоту отличных результатов в 1,7 раза, хороших результатов лечения в 1,4 раза, снизить количество неудовлетворительных исходов в 4 раза по сравнению с контрольными группами.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ИЧКИ ЁН БОҒЛАМИ АУТОПЛАСТИКАСИНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ

Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Тизза бўғими медиал коллатерал боғлами жароҳатини тиклаш ҳозирги вақтда ҳам ўз долзарблигини йўқотгани йўқ. Ҳамон тизза бўғими медиал коллатерал бойлами жароҳатини тиклашда қийинчиликларга дуч келинмоқда. Бизнинг ишимизнинг мақсади тизза бўғими медиал боғламини жароҳатини даволашни такомиллаштирилдан ва реабилитация вақтини қисқартиришдан иборат. 2010 йилдан 2020 йилгача бизнинг марказда тизза бўғими медиал коллатерал боғлами жароҳати билан 158 бемор даволанган.

Долбзарблиги. Тизза бўғими бўғимларнинг жароҳатланиш частотаси бўйича олдинги ўринлардан бирида туради, унинг жароҳатланиши мушак-скелет тизимининг барча жароҳатларининг 25% гача ташкил этади. Боғламлар шикастланишлари тизза бўғими жароҳатларининг 40% ни ташкил қилади. Барча тизза бўғими жароҳатланган беморларнинг 5% дан 7 % гача беморларда жарроҳлик амалиётига муҳтож. Ички ён боғламнинг жароҳати тизза бўғимини жарроҳатларини 7.9% ни ташкил қилади. Бу кўплаб омилларга боғлиқ, асосийларидан бири бу аҳоли орасида спорт машғулотлари билан шуғулланишнинг ортиб боришидир.

Медиал коллатерал бойламлар жароҳатига бағишланган кўплаб ишларга қарамасдан даволаш турини танлашда хали ҳам ягона ёндашув мавжуд эмас. Бунга сабаб жароҳатнинг оғирлиги даражаси, ностабиллик даражаси, операция муддати ва хажми деб айтилмоқда

Мақсад. Тизза бўғими медиал коллатерал бойлами узилишларида жарроҳлик ва реабилитация усулларини оптималлаштириш оркали даволаш натижаларини ва самарадорлигини яхшилашдан иборат.

Материал ва усуллар. Бизнинг усулимиз бўйича 2010 йилдан 2021 йилгача бўл-

ган давр ичида медиал коллатерал бойлам узулиши бўйича 158 та бемор операция қилинган. Улардан 127 нафари эркаклар, 31 нафарини аёллар ташкил этади. Беморларнинг ёши 15 ёшдан 64 ёшгача бўлган. Жароҳатнинг давомийлиги 1 кундан 5 йилгача. Шулардан 121 таси эскирган ва 37 та ҳолатда эндигина олинган жароҳатлардир. Беморларнинг 84 тасида ўнг томонлама ва 74 тасида чап томонлама. Беморларни икки гуруҳга бўлиб ургандик асосий гуруҳ 67 та беморни ташкил қилган бўлса ва назорат гуруҳ 91 та беморни ташкил қилди. Медиал коллатерал бойламни узулиши 38 таси изоляцияланган ҳолатда, 120 таси тизза бўғими бошқа элементлари билан бирга жароҳатланган (аралаш турдаги). Шу сабабли биз назорат ва асосий гуруҳдаги беморларни алоҳида аралаш турдаги жароҳатни биз тўртта гурпуга бўлдик. Қўшма жароҳат олган беморларда лавсан иплари билан тиклангандан кейинги узоқ муддатли натижалар (n=57). Қўшма жароҳат олган беморларда аутопластикадан кейинги узоқ муддатли натижалар(n=59). Якка тартибда лавсанопластикадан кейинги узоқ муддатли натижалар(n=17). Якка тартибда аутопластикадан кейинги узоқ муддатли натижалар(n=21).

Медиал коллатерал бойламни тиклашда жароҳатнинг давомийлиги ва тизза бўғимининг бошқа элемент жароҳатларини ҳисобга олган ҳолда, биз икки хил жароҳлик усулини қўлладик. Республикага ихтисослаштирилган травматология-ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази (РИТОИАТМ) спорт травма бўлимида тизза бўғими медиал коллатерал бойлам узулишида янги жароҳлик усули ишлаб чиқилди. Бунда узилган медиал коллатерал бойламни тиклашда нозик мушак пайдан (*m.gracilis*) аутотрансплантат олинади. Ушбу усулда 38 беморда қўлланилди қўлланилди.

Тизза бўғими стабиллигини таъминловчи тизза бўғимининг бошқа элементларида тузилма ўзгаришларнинг табиатини аниқлаш учун барча беморлар клиник ва рентгенологик, артроскопия, УЗД ва МРТ текширувдан ўтказилди.

ГИСТОМОРФОЛОГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

*Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф.,
Холиков А.М., Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р.*

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Цель исследования. Целью изучение является изучить особенности морфологических преобразований при патологических синовиальных складках коленного сустава.

Материал и методы. В данном исследовании послужили биопсийные, операционные и секционные материалы 54 образцов ткани, в том числе 21 супрапателлярных складок, 2 латеропателлярные, 16 инфрапателлярных и 15 медиопателлярных складок КС. На фосфатном буфере для световой микроскопии образцы ткани фиксировали в 10% растворе формалина. Гематоксилином и эозином окрашивали парафиновые срезы. При гистологическом исследовании операционных биоптатов патологических пателлярных складок нами были оценены структурные, пролифе-



ративные и воспалительные признаки стромы синовиальных складок.

Результаты исследования. Возраст и длительность заболевания пациентов ассоциируются с выраженностью пролиферации синовиоцитов, выраженностью фибробластической реакции и выраженностью макрофагальной реакции. При наличии заболевания с явной клиникой определялись патологические изменения в виде выраженных проявлений воспалительной реакции и пролиферативной инфильтрации. В старшей возрастной группе данные явления были выражены меньше, чем у более молодых пациентов. У больных с острой травмой КС определялись незначительно выраженные очаговые лимфоидная и плазмноклеточная инфильтрация. При длительном течении болезни и формировании хронического синовита отмечена незначительная выраженность изменений, тогда как макрофагальная реакция была существенно выраженной. При комбинации травматического и воспалительного характера повреждения синовиальных складок КС наблюдалось выступление моносомом клеток типа мезотелиоцитов над фиброзной поверхностью.

Выводы. Гистоморфологические исследования показали, что патологические складки синовиальной оболочки КС является артропатией с выраженными пролиферативными и воспалительными изменениями.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИИ

*Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Ражабов К.Н., Холиков А.М.,
Таджиназаров М.Б., Рустамов Ф.Р., Хамроев Ш.Ф.*

*Республиканский специализированный научно - практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Переломы проксимального эпиметафиза большеберцовой кости относятся к тяжелым травмам опорно-двигательного аппарата и составляют до 10% всех внутрисуставных переломов, от 2 до 5% среди всех переломов, до 30% от всех травм нижних конечностей и до 60% от травм суставов, что определяет актуальность проблемы лечения пострадавших данной категории. Данный вид переломов встречаются в 29,4% случаев, превосходя по частоте в 5–6 раз переломы мыщелков бедренной кости – 5,2% и уступая только переломам надколенника – 65,4%. За последние годы на разных этапах хирургического вмешательства все чаще стали применять артроскопию (Еникеева М.Г., 2002, Ваза А.Ю. 2003). Репозиция и сопоставление костных отломков считается только началом лечения больных данной категории (Рыков А.Г., 2000; Кривошапко СВ., 2001). Но с другой стороны, стоит задача восстановления функциональности коленного сустава. Преимущества артроскопии в виде контрольной визуализации места перелома с возможностью репозиции, которое даёт выбрать дальнейшую тактику лечения служит достижению хороших результатов (Филиппов О.В. с соавт., 2001; Gonzalez L.J. et al., 2017). Такие ошибки как запоздалая диагностика перелома, неправильный выбор оценки и тактики вида лечения ведут к развитию неудовлетворительных результатов (Егоров Д.И., 2009; Гилев Я.Х. с соавт., 2006; Jiang L., 2020).

В отделении спортивной травмы РСНПМЦТО в 2010–2022 гг. находились на лечении 116 пациентов с застарелыми переломами мыщелков большеберцовой ко-

сти. Иммобилизация сустава производилась гипсовой повязкой.

В период до 2014 года в случаях застарелых внутрисуставных переломов большеберцовой кости в РСНПЦТиО МЗ РУз лечебными методами выбора являлись наложение аппаратов внешней фиксации, а также открытый остеосинтез пластинами. Наложение аппаратов внешней фиксации производилось в случаях отсутствия возможности надёжной фиксации пластинами, открытых переломах проксимального отдела большеберцовой кости, а также при многооскольчатых переломах вышеуказанной анатомической единицы. Данный метод был применён у 39 больных. Средняя продолжительность лечения данным методом составила 5,1 месяца. После истечения данного срока и после контрольной рентгенографии на которой фиксировалась полная консолидация костных отломков проксимального отдела большеберцовой кости, аппарат внешней фиксации демонтировался. После демонтажа аппарата начинались реабилитационные мероприятия по восстановлению функции коленного сустава, которыми являлись проведение физиотерапевтических мероприятий.

Результаты хирургического лечения оценены у 116 больных, срок наблюдения составил от 12 до 36 месяцев (средний период наблюдения составил 27 мес). Наложение аппаратов внешней фиксации производилось у 39 больных в случаях отсутствия возможности надёжной фиксации пластинами, открытых переломах проксимального отдела большеберцовой кости, а также при многооскольчатых переломах вышеуказанной анатомической единицы. Наложение тибиальных пластин было проведено у 21 больного при крупнооскольчатых застарелых внутрисуставных переломах проксимального отдела большеберцовой кости, при которых линия перелома доходит до метадиафиза большеберцовой кости. Разработанный нами метод оперативного лечения застарелых переломов мыщелков большеберцовой кости с артроскопической ассистированием был применён у 56 больных. При этом производили остеотомию по линии сращения и скольжением путем смешали мыщелки большеберцовой кости на уровень суставного хряща. Сопоставив наружный мыщелок, восстанавливали плату и фиксировали одним или двумя спонгиозными винтами или пластинами под контролем артроскопа и ЭОПа

В результате проведенного сравнительного анализа ближайших и отдаленных анатомо-функциональных результатов лечения больных с застарелыми переломами мыщелков большеберцовой кости было установлено, что эффективность лечения пострадавших была выше при применении предложенной хирургической тактики по сравнению с применением традиционных методик. Отличные и хорошие ближайшие результаты лечения были достигнуты более чем у 75% больных, что выше, чем аналогичный показатель в группах сравнения (40,2%). Формирование стойких контрактур коленного сустава отмечали реже – в 15,4% наблюдений, чем при применении традиционной хирургической тактики (42,8%). Стойкие контрактуры возникали после длительной иммобилизации после тяжелых импрессионно-оскольчатых переломов мыщелков. Все неудовлетворительные ближайшие результаты лечения были получены у больных с тяжелыми переломами мыщелков большеберцовой кости со значительным смещением отломков и значительной зоной импрессии суставной поверхности. Отдаленные анатомо-функциональные результаты лечения застарелых внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости предложенным нами малоинвазивным методом были оценены как отличные и хорошие в 47 (83,9%) наблюдениях, удовлетворительные – в 7



(12,5%), а неудовлетворительные – в 2 (3,6%).

Проведённая нами научная работа выявила высокий потенциал получения отличных результатов при использовании артроскопического метода лечения застарелых переломов мыщелков большеберцовой кости. Лучшие результаты были получены по сравнению с результатами группы с применением аппаратов внешней фиксации и тиббиальных пластин. Вследствие бурного развития медицинской техники, а в частности таковой в травматологии решение данной проблемы ещё долгое время будет иметь различные модифицированные варианты решения.

СОН СУЯГИ КЎСТЛАРИ СИНИШЛАРИДА ОСТЕОСИНТЕЗ АМАЛИЁТИНИ МАТЕМАТИК МОДЕЛЛАШТИРИШ ОРҚАЛИ РЕЖАЛАШТИРИШ

Ирисметов М.Э., Қодиров Р.Р.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Мавзунинг долзарблиги. Сон суяги проксимал қисмидан синишишлари, соғлиқни сақлаш соҳасидаги долзарб бўлган муаммолардан бири бўлиб қолмоқда. Швед олимларининг маълумотларига кўра сон суягининг проксимал қисми синиши кекса ёш билан боғлиқдир. Хусусан, ушбу турдаги синишларга дучор бўлганларнинг 97,8 фоизи 50 ёш ва ундан катталар бўлиб, бу унинг қариялар орасида тарқалишини таъкидлайди. Бундан ташқари, бу синишларнинг катта қисми, яъни 77,2%, 75 ёш ва ундан катта ёшдагилар, бу эса энг кекса ёш гуруҳида бу турдаги синиш хавфининг юқори эканлигини таъкидлайди [1]. Катта ёшдагиларда сон суяги проксимал қисмидан синишларининг юқори боғлиқлиги бир неча омилларга боғлиқ бўлиши мумкин. Ёши ошгани сайин, уларнинг суяк зичлиги пасаяди, бу суякларни, айниқса, сон суяги проксимал қисми соҳасидаги синишларга кўпроқ мойилликни келтириб чиқаради.

Мақсад. Сон суягининг кўстлари соҳасидаги синишларда, жарроҳлик амалиётидан олдинги даврда математик моделлаштириш орқали жарроҳлик амалиётини режалаштириш. Шу билан бирга, жарроҳлик амалиёти вақтини қисқартириш, ҳамда жарроҳлик амалиёти вақтида ва ундан кейин келиб чиқиши мумкин бўлган асоратларни нисбатан камайтириш. Шу орқали математик моделлаштириш аҳамиятини баҳолаш. Ушбу илмий тадқиқот учун умимий 43 та сон суяги кўстлари синишлари (A31-A1, A31-A2, A31-A3 АО, Мюллер классификацияси) сабабли жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморлар, шундан моделлаштириш орқали жарроҳлик амалиёти ўтказилган (моделлаштирилган гуруҳ, n=25 ва моделлаштирилмаган гуруҳ n=18) беморларнинг касаллик тарихлари ретроспектив ҳамда проспектив усулда таҳлил қилинди. Жарроҳлик амалиётдан олдин моделлаштирилган ва моделлаштирилмаган гуруҳлар, тана вазни индекси, жарроҳликка сарфланган вақт, шунингдек йўқотилган қон ҳажми орқали солиштирилди.

Беморлар ва методология. Ушбу тадқиқот 2019-2022 йилда, Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказида сон суяги кўстлари соҳасидан цинганлиги сабабли остеосинтез амалиёти бажарилаган

беморлар касаллик тарихларини ретроспектив, ҳамда марказ базасида математик моделлаштириш дастури ишлаб чиқилгандан кейинги беморларни проспектив усулда таҳлил қилинди. Тадқиқотга, ўртача ёши 42,5 (35,0 дан 47,6 гача) 43 бемор (ўн саккизта эркак, ҳамда йигирма бешта аёл) дан иборат беморлар киритилди.

Барча беморлар жаррохлик амалиётидан олдин компьютер томографияси текширувидан ўтказилди, шулардан 25 нафар бемор истиқболли равишда тадқиқотга жалб этилди ва уларнинг МСКТ текшируви натижаларига асосланган ҳолда, жаррохликдан олдинги математик моделлаштириш усули ёрдамида остеосинез амалиёти бажарилди.

Беморларда амалиётдан олдин рентгенография, компьютер томографияси, умумий қон таҳлиллари текширувлари ва қондаги витамин Д ва Са миқдорлари аниқланди. Беморлар жаррохлик амалиёти вақтида интероперацион ЭОП (Электрон оптик узайтиргич) орқали, жаррохлик амалиётидан сўнг метал конструкция ва блокловч стержень ҳолатини баҳолаш мақсадида чаноқ-сон соҳаси рентгенография қилинди.

Натижалар. Моделлаштирилган ва моделлаштирилмаган гуруҳларда тана вазни индексида фарқ топилмади. Амалиётга кетган ўртача вақт давомийлиги минутдан 30.5 минутгача камайганлиги аниқланди. Жаррохлик амалиёти вақтида йўқотилган қон ҳажми 400 ml.dan 298 ml.gacha камайганлиги аниқланди.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўрсатадики, сон суягининг кўстлари синишларида жаррохликдан олдинги математик моделлаштириш орқали жаррохлик амалиётини режалаштириш, жаррохлик амалиётига кетадиган вақтни, жаррохлик амалиётида йўқотиладиган қон ҳажмини сезиларли равишда камайтиришга ёрдам беради. Шу билан бирга жаррохлик амалиётини самарали ўтишини таъминлайди.

ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА D И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Ирисметов М.Э.¹, Кодиров Р.Р.¹, Кодиров М.Ф.¹, Кадилов Р.С.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²Ташкентский областной филиал Республиканского научно-практического центра экстренной медицинской помощи, Ташкент

Введение. Количество пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости растет параллельно к росту числу пожилых людей [Прохорова М.Ю., 2017]. Доля переломов проксимального отдела бедренной кости составляет 20% от числа всех остеопоротических переломов и являются причиной большинства летальных случаев из-за длительного постельного режима [Cook A.C. et al., 2016]. Вертельные переломы составляют от 3 до 6 % среди переломов костей скелета и более половины переломов проксимального отдела бедренной кости [Вакуленко В.М. 2011].

Лечение этих переломов консервативным путем вынужденная мера, так как этот метод приводит к неудовлетворительным результатам в 70-75% случаях. Длительный постельный режим для больных в старческом возрасте неприемлем из-за



угрозы развития пролежней, застойных пневмоний и тромбозомболических осложнений.

Материалы и методы. За период 2017–2022 годы в отделение «Взрослой Травматологии» РСНПМЦТиО поступили 273 пациента с вертельными переломами бедренной кости. Из них 115 женщин, 83 мужчин в возрасте от 19 до 84 лет. 75 больным из этой группы проводилось консервативное лечение в связи из-за тяжелого соматического состояния или отказа по разным причинам от оперативного вмешательства.

При вертельных переломах в 2017-2018-2019 годах использовались пластины клиники (патент № FAP 00806), постепенно перешли на блокирующую пластину производства Польши (ChM), Индии (Bombey Ortho) и реконструктивный БИОС (ChM).

Начиная с 2019 года больным старше 70 лет начали применять метод эндопротезирования, чаще биполярной конструкции. За три года биполярное эндопротезирование при переломах проксимального отдела бедренной кости было применено у 19 пациентов.

У 63 пациентов остеосинтез провели пластиной клиники. 71 пациентов оперированы с применением блокирующих пластин. У 45 пациентов был произведен реконструктивный блокирующий интрамедуллярный остеосинтез.

Результаты. При изучении ближайших и отдаленных результатов мы их оценивали, как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты.

Больные с хорошими результатами: соблюдали ортопедический режим, выполняли врачебные рекомендации по поводу остеотропной медикаментозной и диетической коррекции. Уровень Витамина Д – держался выше 35 нг/мл. в течение 2 года ИМТ – с 20 до 29. Хороший результат констатирован у 63 % больных.

При изучении анамнеза у больных с удовлетворительными результатами выявили, что эти пациенты были с низким уровнем витамина Д, в послеоперационном периоде тоже не всегда соблюдали ортопедический и медикаментозный режим. У этих больных уровень Витамина Д – при поступлении 15–22 нг/мл. и в течении 2 года поднялся на 35 нг/мл., ИМТ – с 30 до 40. У них были осложнения в виде посттравматической «соха vara», медленного сращения. Удовлетворительный результат наблюдался у 21 % пациентов.

У больных с дефицитом витамина Д, не выполнявших врачебных рекомендаций по поводу медикаментозной остеотропной коррекции выявили неудовлетворительные результаты – 16 % случаев. Уровень Витамина Д у этих больных при поступлении составляла 15–22 нг/мл. и в течении 2 года поднялся на 20–25 нг/мл., ИМТ – с 35 и выше. У этих больных наблюдались такие осложнения как миграция и переломы металлоконструкции (пластина, шурупов), посттравматический коксартроз, посттравматическая «соха vara», развитие пролежней, ложный сустав.

Выводы.

Исходя вышеперечисленных фактов, можно сказать, что выбранный метод остеосинтеза не всегда будет первой причиной неудовлетворительных результатов.

В периоде реабилитации исход результата можно изменить на положительную сторону с помощью диетической и медикаментозной остеотропной коррекции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Кадыров С.С., Усмонов Ф.М., Салиев С.М., Ни Г.В.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Несмотря на множество публикаций, диагностика и лечение адгезивного капсулита является большой проблемой. Из всех суставов человеческого тела плечевой сустава имеет самую наибольшую амплитуду движений. Это позволяет выполнять сложные движения и функции, которые имеют важной значение для деятельности, повседневной жизни и работы. Нагрузка любой степени приводит к боли и ограничениям движений в суставе. Данная статья включает в себя современный взгляд на этиологию и патогенез адгезивного капсулита плечевого сустава, где изложены основные принципы диагностики и лечения. Несмотря на то, что это доброкачественное заболевание, оно оказывает большое влияние на качество жизни пациентов. Данная статья направлена дать представление о современном подходе к диагностике и лечения адгезивного капсулита плечевого сустава.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения адгезивного капсулита у 24 пациентов, из которых (9 мужчин, 15 женщин), возраст пациентов варьировался от 45 до 68 лет с адгезивным капсулитом плечевого сустава, после неэффективного консервативного лечения. У 4 (15%) в процесс были втянуты оба плечевых суставов, у 11 (45%) левосторонний и у 9 (40%) правосторонне поражение. Всем пациентам была выполнена артроскопическая операция, которая включала релиз сустава, субакромиальную декомпрессию и дебридмент плечевого сустава.

Результаты. В ходе оперативного лечения у пациентов при клиническом осмотре наблюдалось улучшение и восстановление амплитуды движений в оперированном суставе. При заключительном осмотре 94% пациентов были удовлетворены или очень довольны результатами после релиза сустава, по сравнению с 81% тех, кто получил манипуляцию с редрессацией под анестезией.

Заключение. Оперативное лечение должно проводиться строго при неэффективности «правильно» выполненной консервативной терапии, а не с проведением обычного консервативного лечения. На сегодняшний день и в век легкого доступа информации, клиницисты должны иметь достаточный багаж знаний чтобы иметь возможность анализировать и обсуждать варианты лечения пациентов с такой сложной патологией как адгезивный капсулит. Пациенты сами могут придумать свой «идеал» лечения, но, в конечном счете, выбор лечения зависит от обоих клиническое мышление врача и предпочтения пациента.



ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

*Кадиров Р.С., Курбонов Ш.Р., Соинов Р.Р.,
Ражапов Н.А., Исмаилов А.К.*

Ташкентский областной филиал РНЦЭМП

Переломы длинных трубчатых костей относятся к тяжелым видам травм наиболее тяжелые из них являются множественные переломы. Несмотря на значительные успехи в лечении множественных переломов длинных трубчатых костей, нельзя считать эту проблему полностью решенной.

Цель работы. Оптимизация оперативного лечения множественных переломов длинных трубчатых костей с применением малоинвазивных технологий остеосинтеза.

Задачи исследования: 1) Изучать виды и локализацию переломов конечностей у пострадавших с политравмой; 2) Обосновать критерии выбора метода лечения в зависимости от локализации перелома, вида смещения отломков; 3) Оценит результаты лечения переломов длинных трубчатых костей у больных с политравмой.

Материалы и методы исследования. 147 пострадавших в возрасте от 18 до 70 лет госпитализированный в Ташкентский областной филиал РНЦЭМП.

В работе представлен ретроспективный анализ лечения и состояние больных оценивали по шкале ISS, тоже тактика лечения определялось по данной шкале.

I-группа средней степени тяжести до 16 баллов переломы костей предплечья, плечевой кости и малоберцовой кости, сотрясение головного мозга 53-больных.

II-группа тяжелой тяжести травмы 17-25 баллов переломы бедренной кости, костей голени, ЧМТ-ушиб головного мозга легкой степени шок I-II степени 63 пострадавших.

III-группа крайне тяжелой тяжести 26-40 баллов 31 больных кроме множественных переломов конечностей 3ЧМТ ушиб головного мозга тяжелой степени. Шок II-III степени.

53(36%) пострадавших (I-группе) по поводу переломов костей верхней конечности оперированы на 2-4 сутки после травмы.

Переломы эпиметафиза плечевых костей оперированы пластинками LCP, переломы диафиза по методике БИОС.

Больные второй группы 63(43%) остеосинтеза переломов конечностей производили после лечения шока и ЧМТ на 6-9 сутки после травмы.

III-группа пострадавших 31 (21%) оперированы по поводу множественных переломов конечностей на 12-15 сутки после лечения черепной мозговых травмы.

Таким образом применение данного комплексного дифференцированного подхода для лечения множественных переломов конечностей у больных с политравмой позволяет достигнуть положительных результатов у 95% случаев.

ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Каминский А.В., Божко В.Н.

*Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии
имени академика Г.А. Илизарова, МЗ РФ, Курган*

Повреждения голеностопного сустава и стопы становятся одной из ведущих ортопедических патологий среди населения. Около 1% взрослого населения страдает деформирующим остеоартрозом голеностопного сустава. По литературе артроз голеностопа занимает третье место среди остеоартрозов крупных суставов (от 9 до 25%), но при этом является одним из наименее изученных. Инвалидность по причине педиатрической патологии составляет 2,35 случая на 10 тыс. населения, деформирующий артроз голеностопного сустава лидирует по частоте причин инвалидности — (48.56%), причем средний возраст больных $48,6 \pm 7,2$ лет.

До настоящего времени традиционным методом хирургического лечения конечных стадий остеоартроза голеностопного сустава считался артродез. И многие хирурги были вполне удовлетворены результатами – устранение боли. Однако, пациенты очень часто ожидают не только устранения боли, но и возвращение движений в суставе, причем многие ставят последний пункт на первое место. Кроме того, замыкание сустава приводит к грубым изменениям биомеханики конечности и перегрузке других суставов, что приводит к их стрессовой дегенерации.

Показания к операции: остеоартроз голеностопного сустава 2-3 стадии с выраженным болевым синдромом, резистентным к консервативной терапии и приводящий к резкому снижению качества жизни. Отказ больного от артродеза. Важным условием для операции является сохранение подвижности в суставе.

Относительным противопоказанием: Молодой возраст с повышенной активностью, выраженная остеопения или остеопороз, длительный прием стероидов, инсулинозависимый диабет, открытый перелом, перелом с вывихом таранной кости в анамнезе, асептический некроз от 25-50% таранной кости.

Абсолютные противопоказания: инфекция (настоящая и/или в недавнем прошлом), некроз таранной кости более 50%, ожирение, паралитическая стопа. Наличие грубых рубцов и трофических нарушений, мешающих проведению операции. Деформации в области голеностопного более 15 градусов. Артродез голеностопного сустава. Выраженная нестабильность в голеностопном суставе. Завышенные ожидания пациента.

Эндопротезирование голеностопного сустава достаточно редкая операция. Первые поколения эндопротезов показывали плохие результаты, что связано со сложностью анатомии сустава и обязательной правильной ориентации компонентов, большими нагрузками на конструкцию, не последнюю роль играла высокая стоимость и доступность протезов. Только третье поколение эндопротезов - трехкомпонентные с мобильным полиэтиленовым вкладышем, стали внушать осторожный оптимизм хирургам и пациентам.

Мы располагаем опытом проведения 191 операций эндопротезирования голеностопного сустава. Операции врачами Центра проводятся с 2009 года. Последние несколько лет в год выполняется в среднем 18 операций. Потребность в этих операциях гораздо больше, но в связи с очень высокой стоимостью самого эндопротеза



доступное количество их по программе высокотехнологичной помощи ограничено.

В Центре есть опыт применения эндопротезов различных фирм. Мы приобрели значительный опыт применения эндопротеза: Mobility™ DePuy (44), после его ухода с Российского рынка, самым распространенным стал эндопротез TARIC® фирмы Implantcast (110). Есть единичный опыт использования эндопротезов фирм W.Link, HINTEGRA (New DealSA) и INFINITY® WRIGHT. Конструкция протезов сходная, они являются трехкомпонентными – таранный компонент, полированная пластинка тиббиального компонента и полиэтиленовый вкладыш, который у последней модели - фиксированный.

Анализ нозологий показал, что основную массу составляют посттравматические артрозы (83%) часто оперированные и с металлоконструкциями, вторым по частоте является идиопатический (12 %), на третий ревматоидный артрит (5%).

Техника установки эндопротеза, достаточно сложная, требует обязательного учета оси голени, оси конечности и расположения щели голеностопного сустава. Важно точное размещение компонентов в кости и натяжение связочного аппарата.

После операции требуется фиксация голеностопного сустава в сапожке на срок 6–8 недель после этого начинается реабилитация с постепенным восстановлением движений и нагрузки конечности.

В настоящее время средний срок наблюдения составляет 6.5 лет. Для посттравматических артрозов самым частым осложнением является инфекционные (26 случаев), а для ревматоидных пациентов асептическая нестабильность, переломы в связи со значительным остеопорозом.

Лечение осложнений оперативное. Ревизионное эндопротезирование в связи с дефектом кости и отсутствием ревизионных конструкций эндопротеза голеностопного сустава практически невозможно, кроме случаев замены вкладыша. Мы имеем опыт 31 ревизии (26 по поводу инфекции, 2 – связочная нестабильность, 2 – перипротезных перелома, 7 – асептическая нестабильность компонентов).

Обычно после удаления эндопротеза мы вынуждены выполнить артрорез. При инфекционных осложнениях применяем двухэтапный подход (через спейсер). В связи с дефектом голени и таранной кости используем костную импакционную пластику дефекта (ауто и аллокостной крошкой). Применение чрескостного остеосинтеза позволяет нам управлять положением стопы и поддерживать компрессионные усилия в процессе лечения.

Заключение. Операция эндопротезирования купирует болевой синдром, позволяет сохранить функцию голеностопного сустава и показывает высокую удовлетворенность пациентов. Посттравматическая патология превалирует в структуре наших больных, многие прошли через остеосинтез и послеоперационные инфекционные осложнения. Анализ ревизий показал высокий процент осложнений (19%), однако их количество можно снизить за счет более строго определения противопоказаний к вмешательству (например, наличие в анамнезе инфекции в области голеностопного сустава).

РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА, ЗАМЕЩЕНИЕ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ БЕДРА И ТАЗА

Каминский А.В.¹, Ходжанов И.Ю.²

¹Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, МЗ РФ, Курган

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Цель работы: показать подходы к замещению костных дефектов вертлужной впадины и бедренной кости при ревизионных операциях, важность классификации дефекта и дифференцированное использование ревизионных компонентов.

С ростом первичного протезирования и увеличением сроков после проведенной операции увеличивается и количество ревизионных вмешательств. Основными причинами ревизий в нашем Центре являются последствия перипротезной инфекции (наличие спейсеров или резекционных дефектов), асептическое расшатывание и вывихи (неправильная позиция компонентов).

В общей структуре эндопротезирования в Центре ревизии составляют 18,7 %, но это значительно меньше реальной потребности и является искусственной цифрой из-за ограниченного выделения объемов на ревизионное протезирование в рамках высокотехнологичной помощи. Ревизии тазобедренных протезов занимают в структуре всех ревизионных операций 76%. Изолированная замена бедренного компонента происходила не чаще чем в 7% случаев, тотальная же замена компонентов или изолированная замена вертлужного компонента происходила в 92% случаев, Оставшиеся вмешательства требовали замены головки и/или вкладыша.

Проведение ревизионных вмешательств, требует определенного оснащения. В первую очередь это специализированный инструмент для удаления компонентов и костного цемента, особенно из канала. Для замещения костных дефектов необходимы пластический материал (аллокостная крошка) или специальные компоненты (титановые или танталовые аугменты). Особых случаях нужно иметь возможность применить индивидуально изготовленные компоненты. Кроме того, нужен и определенный хирургический навык, и понимание биомеханики сустава для его реконструкции во время ревизионной операции.

Доступ для проведения ревизии обычно требуется больше, чем при первичном протезировании. Мы стараемся пройти по старому рубцу и делаем его расширение в зависимости от задач.

Основой для понимания тактики оперативного вмешательства является классификация дефектов вертлужной впадины и бедра. Мы используем классификации, предложенные W. Poprosky. Преимущество этих классификаций в том, что они четко увязывают разрушения кости и возможность использования определенных компонентов для компенсации.

Так определены границы изолированного использования бесцементной чашки с винтами и первичного бедренного компонента. Дефекты вертлужной впадины третьего типа нуждаются в массивной костной пластике опорными графтами, именно здесь находят применение реконструктивные кольца, полулунные и колон-



ные аугменты. При значительном дефиците нативной кости установка стандартных конструкций порой становится невозможной. После КТ исследования формируется 3D модель таза и по ней разрабатывается индивидуальная конструкция и изготавливается персонально. Операция по установке такой конструкции — сложная процедура, но эффективность достаточно высокая, о чем свидетельствуют отечественные и зарубежные публикации.

Начиная с типа дефекта 3А на бедре, использование простых средств может быть ограничено и привести к неудовлетворительным результатам. В случае разрушения истмуса необходимо применять компоненты значительной длины, лучше с дистальным блокированием.

В ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава мы придерживаемся определенных положений. Основными компонентами является бесцементная многодырчатая чашка с высокоинтегративным покрытием и ножка прямоугольного сечения в стандартной или удлиненной версиях. Применение аллокостного пластического материала для замещения кавитарных и небольших структурных дефектов позволяет этими средствами решить более 90% всех ревизионных ситуаций.

Основными осложнениями в послеоперационном периоде является рецидив перипротезной инфекции и вывихи бедра. Мы стараемся минимизировать данные проблемы путем применения, разработанных в нашем Центре костно-суставной инфекции, приемов обработки операционной раны и костных структур; используем вертлужные компоненты двойной мобильности, что значительно снизило количество данных осложнений.

Заключение. Условно ревизии могут быть разделены на два вида – простые и сложные. Сложные требуют реконструкции (костью или специальными устройствами). Современные технологии и материалы делают возможным, то, что ранее считалось невозможным.

РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА (ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)

Каминский А.В., Ходжанов И.Ю.

¹Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, МЗ РФ, Курган

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Количество первичных эндопротезирований коленного сустава в России неуклонно растет. В настоящее время этому способствует переход финансирования данных операций в систему обязательного медицинского страхования наряду с федеральной высокотехнологичной помощью. Рост первичных операций и время после их выполнения приводит и к росту ревизионных вмешательств.

Основные причины операций — это асептическая нестабильность, последствия инфекционных осложнений, связочная нестабильность и ошибки в позиционировании компонентов (нарушение ротационных и осевых установок).

Технически ревизионное эндопротезирование всегда сложнее первичного вме-

шатательства и требует жесткого соблюдения правил выполнения.

Доступ обычно производится по старому рубцу и может потребовать, как проксимального, так и дистального (остеотомия бугристости) расширения. При доступе следует провести мобилизацию надколенника и при этом беречь собственную связку, чтоб не допустить ее отрыва или повреждения. Обязательно удалять из полости сустава рубцовые ткани. После получения хорошего сгибания коленного сустава начинаем работать с эндопротезом.

Сохранить компоненты удается достаточно редко, за исключением случаев изолированной замены вкладыша, поэтому приходится удалять хорошо фиксированные компоненты. Главной задачей при этом является не просто удаление, а максимальное сохранение кости под протезом. Для этого следует иметь в арсенале узкие и широкие долота, узкое, длинное и тонкое полотно пилы, специальные инструменты для захвата и выбивания компонентов. После обнажения кости нужно полностью удалить остатки костного цемента. На всех этапах следует использовать обильное промывание раны и кости растворами.

Проведение опилов после очистки кости должно быть подчинено вопросу реконструкции суставной линии. Всегда после удаления компонентов остаются дефекты кости, и они должны быть возмещены. Если на голени задача просто в замещении остаточного дефекта, то на бедре требуется точная реконструкция положения компонента с восстановлением не только дистального, но и заднего дефекта. Без восстановления задних отделов бедра не будет возможности восстановления нормального сгибания в коленном суставе. Смещение суставной линии проксимально значительно нарушит функцию коленного сустава, ограничит возможности восстановления баланса и, с высокой вероятностью, сохранит болевой синдром в коленном суставе.

Для замещения дефектов используется аллокость, блоки и аугменты для установки под компоненты, титановые втулки, танталовые конусы, а в последнее время, и индивидуальные конструкции из 3D принтера.

Размер дефекта и целостность боковых связок определяет тип эндопротеза и степень его связанности. Очень хорошо в выборе помогает классификация AORI, которая позволяет оценить размер дефекта бедра и голени и сделать выбор. В связи с костными дефектами и их реконструкцией приходится использовать компоненты с интрамедуллярными стержнями, что перераспределяет нагрузку с метафизов на диафиз.

В ревизионной операции мы стараемся использовать минимально возможную связанность эндопротеза, часто удается обходиться заднестабилизированной конструкцией. При отсутствии или несостоятельности боковых связок мы используем полусвязанные (варус-вальгус констрейн) или полностью связанные (хинч) конструкции. При их установке кроме восстановления суставной линии следует контролировать и ротационную установку компонентов.

После окончательной установки всех компонентов и проверки движений нужно закрыть рану. Ушивание должно быть послойным, следует избегать значительного натяжения, так как это может затруднить реабилитацию. Вопрос установки дренажа дискутабелен, но мы ставим его практически всегда. Удаление дренажа должно быть выполнено утром следующего дня после операции.

Обязательно используем антибиотики после операции на 3 – 7 дней. При замене спейсеров по чувствительности из старого анализа при установке спейсера.



Особой реабилитации больным не требуются. Практически выполняем протокол для первичной операции.

Заключение. Ревизионное эндопротезирование коленного сустава — это практически всегда реконструктивное сложное вмешательство. Нужно хорошее оснащение для бережного удаления компонентов. При установке нового эндопротеза обязательно нужно восстановить линию сустава дистально и в задних отделах. Важно учитывать размер дефекта и состояние связочного аппарата, чтобы правильно выбрать вид эндопротеза и тип его связанности.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ (ГЕМИМЕЛИЯ) КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобиров Р.К., Холматов Б.У.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз, кафедра травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Удельный вес врождённых пороков развития костей голени составляет от 0,26 до 1,47 % среди больных ортопедического профиля.

Гемимелия малоберцовой кости - самая распространенная врожденная аномалия развития костей голени и встречается 7–15 на миллион новорождённых. Гемимелия большеберцовой кости встречается относительно меньше 1–2 случаев на 1 миллион рождений.

Аномалии берцовых костей всегда связаны с деформациями коленного и голеностопного суставов и в процессе развития организма приводят к прогрессированию порока, вследствие нарушения основной опорной функции нижней конечности часто приводит к детской инвалидности и представляет сложную проблему восстановительной ортопедии.

Основной задачей при лечении детей с врожденными аномалиями костей голени является устранение деформаций и неравенства длины конечности, восстановление или улучшение опороспособности и по возможности создание условий для самостоятельного передвижения.

Анализируя литературу, можно отметить, что среди авторов нет единого мнения в отношении выбора метода лечения, тактики операции, сроков начала оперативного лечения и расчета прогноза. Некоторые авторы считают, что ампутация или экзартикуляция является наилучшим выходом из положения у пациентов с врожденной аномалией костей голени при тяжёлой нестабильности голеностопного сустава и большим укорочением, а другие считают реконструктивные оперативные вмешательства с внешней фиксацией является эффективным при лечении этой патологии.

Цель исследования. Цель исследования – изучить клинические проявления деформаций и проанализировать результатов оперативного лечения детей с врождёнными аномалиями развития костей голени.

Материал и методы. Для достижения данной цели нами было изучено 87 детей с гемимелией костей голени, которым проводилось оперативное лечение в отделение детской ортопедии ЦНПМЦТО ГУ РесУз в период 2012–2022 годы. Дети были в

возрастном аспекте от 1.5 года до 18 лет (средним 3.8 ± 0.4).

Всем детям было провидено клинические и инструментальные методы исследование, вследствие этого было выявлено:

Из 87 пациентов с гемимелией костей голени у 46 (53%) было аномалии, связанные с малоберцовой костью и у 41 (47%) аномалии большеберцовой костью. В группе детей гемимелией малоберцовой кости 30 (65%) была аплазия малоберцовой кости, у 6 (13%) врожденные дефекты и у 10 (22%) гипоплазия. А у детей с гемимелией большеберцовой кости аплазия большеберцовой кости была у 9 (22), врожденные дефекты у 5 (12%), так же гипоплазия большеберцовой кости у 27 детей.

Диапазон укорочения составляло от 5% до 65% (в среднем $21,6 \pm 2,7\%$) и основном большая неравенства нижней конечности наблюдалось у детей с аплазии одного из берцовых костей.

Из сопутствующих деформации были: деформации в голеностопном (55,8%) и в коленном суставе (49,4%), деформации и дефекты костей стопы (40,7%) и бедра (40%), деформации позвоночника (20%), аномалии тазобедренного сустава (24,2%) и дефекты в верхнем конечности (11,5%).

Основной целью оперативного лечения детей с врожденных аномалий развития костей голени являлось улучшение опорной и двигательной функции пораженной нижней конечности, а также устранения неравенство и деформацию нижней конечности. Для этого применяли следующие методы хирургического лечения: мягкотканые операции (удлинения сухожилий) для устранения контрактур и стабилизации сегментов, редко временный эпифизеодез и у большинства случаев применяли метод КДО с использованием аппарата Илизарова для удлинения и устранения деформация голени, которые осуществлялось открытым (остеотомия) и закрытым (дистрационный эпифизеолиз) способами. Так же для устранения неравенство конечности бедра применяли стержневые аппараты.

Результаты. Для точной оценки результатов выполненных хирургических лечения состояния нижней конечности детей с врожденными аномалиями развития костей голени до лечения и после лечения в ранних и поздних периодах были оценены по функциональным, анатомическим и болевым показателям. В результате у детей с гемимелией малоберцовой кости у 70% пациентов результаты лечения были хорошими и у 28% удовлетворительными, не удовлетворительные результаты были у 2%, а у детей с гемимелией большеберцовой кости у 66% результаты лечения были хорошими, у 27% удовлетворительными и у 7% оказались удовлетворительными.

Выводы. Не всегда надо ориентироваться на тяжесть деформации и величину укорочения для решения выбора ампутации. В большинстве случаев необходимо оценивать функциональное состояние нижней конечности и следует использовать реконструктивные методы хирургического лечения в качестве альтернативы. Также аппаратно-хирургический метод лечения является наиболее эффективным при лечении гемимелии костей голени. Также надо отметить, что раннее оперативное лечение детей с гемимелией костей голени является надежной профилактикой осложнений, связанных с прогрессированием контрактур суставов и искривлений нижних конечности. Оно позволяет устранить существенные факторы патологии – тракцию и ретракцию мягких тканей, нарушение оси конечности и соотношение костей. Это создает наиболее благоприятные условия для относительно правильно развития нижних конечностей ребенка.



НАШ ОПЫТ КОРСЕТНОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

*Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Шоматов Х.Ш.,
Эдилов У.А., Ни Г.В., Убайдуллаев Ш.Ф.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) в большинстве случаев является врождённой аномалией развития передней стенки грудной клетки. Характеризуется диспропорциональным ростом хрящевой части рёбер в месте прикрепления их к груди, вследствие чего возникает порочное выступание грудино-рёберного комплекса. В зависимости от вовлечённых в процесс рёберных хрящей КДГК имеет вид симметричного или асимметричного выпячивания. Известны случаи возникновения КДГК после торакальных оперативных вмешательств. Так же выдвинута гипотеза, о возникновении КДГК в результате нарушения образования гиалинового хряща и неравномерного роста рёбер, что приводит к «выталкиванию» грудины вперёд. КДГК в большинстве случаев является лишь косметическим дефектом и отклонений со стороны кардиореспираторной системы на начальных этапах могут отсутствовать. По мере прогрессирования деформации из-за изменения формы грудной клетки могут появиться функциональные отклонения органов грудной полости, которые могут перейти в стойкие органические. Так же не следует забывать хронической психотравме детей с данной аномалией. В далеко зашедших случаях деформация становится настолько выраженной, что её становится невозможным скрыть под одеждой. Вследствие чего пациенты становятся асоциальными. Можно утверждать с уверенностью одно, что возникшая деформация требует коррекции. На данном этапе перед ортопедами-травматологами возникает вопрос выбора тактики лечения подобных пациентов.

Во всём мире учёные по выбору тактики лечения пациентов с КДГК разделились на два лагеря, одни считают единственно верным методом лечения хирургический, вторые считают достаточно эффективной консервативную коррекцию КДГК.

На наш взгляд консервативная терапия достаточно эффективна при раннем выявлении и лечении КДГК. Так авторы Sjoerd A. de Beer, Martin Gritter и др. из Центра Детской Хирургии Амстердама (Нидерланды) (Pediatric Surgical Center of Amsterdam) приводят примеры собственного опыта консервативного лечения КДГК, основанный на данных лечения 286 пациентов (260 мальчиков и 26 девочек).

Цель исследования: улучшение результатов консервативной коррекции КДГК путём корсетотерапии из специального инновационного материала.

Материалы и методы: В клинике РСНПМЦТО за период с 2018 по 2020 гг. с разного формами КДГК консервативно пролечено 82 пациента. Из них мальчиков 76, девочек 6. Наибольшую группу составили пациенты в возрасте от 8 до 14 лет.

Во всех случаях был изготовлен корсет из низкотемпературного пластика бельгийского производства фирмы «ORFIT». Корсет состоит из передней и задней пластин стягивающиеся между собой шнуровкой, проведённой в отверстия на концах пластин. Размер и форма передней и задней пластин изготавливается индивиду-

ально исходя из габаритов пациента. После изготовления и ношения пациентом корсета каждый последующий повторный осмотр и повторная коррекция передней пластины с поэтапным углублением осуществляется на сроках 1,2,3 месяца и в зависимости от полученного результата определяется дальнейшая тактика лечения. Следует отметить, что при правильном и достаточным по сроку (10–12 часов в сутки) ношения корсета результат заметным становится в среднем уже через 1-1,5 месяца.

Отметим, что в исключительных случаях (деформация при синдроме Куррарино-Сильвермана, деформациях ключично-рёберных сочленений) корсет малоэффективен.

Данные исследования внешнего дыхания пациентов с КДГК в период корсетотерапии показали незначительное понижение показателей ЖЕЛ и ФЖЕЛ ввиду переднезаднего сдавления грудной клетки корсетом.

Во всех случаях применения корсетотерапии получены хорошие результаты на сроках в среднем 2–5 месяцев, у 78% пациентов деформация в виду её «не запущенности» удалось ликвидировать полностью. В остальных случаях (22%) результат удовлетворительный, ввиду специфики деформации оставались незначительные остаточные изменения по передней стенке грудной клетки.

Преимуществом материала данного корсета является то, что ему можно до десяти раз изменять форму, и производится это достаточно просто, без каких-либо дополнительных затрат, прогревая пластину до 700С с последующим остужением и твердением.

Заключение: 1) Применение специального корсета при КДГК зарекомендовало себя как достаточно эффективный метод; 1) Применение специального материала для корсетотерапии позволило значительно снизить количество оперативных вмешательств; 3) В редких случаях корсетотерапия не эффективна.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Каримов М Ю., Исмоилов Н.У., Мамажонов Ш.Т., Кобиров Н.Р.

Ташкентская медицинская академия, кафедра травматологии-ортопедии и военно-полевой хирургии, Ташкент

Цель. Повреждение передней крестообразной связки (ПКС) является распространенным явлением в спорте и часто сопровождается другими травмами колена, такими как разрыв медиального мениска. Известно, что хирургическая реконструкция как ПКС, так и медиального мениска эффективна для восстановления стабильности коленного сустава и улучшения отдаленных результатов. Однако проблема заключается в том, как реконструировать все структуры одновременно, сведя к минимуму осложнения. В этом исследовании мы нашей целью было оценить результаты одновременной реконструкции ПКС и медиального мениска у пациентов с одновременным повреждением данных структур.

Материал и методы. Мы провели ретроспективный анализ 50 пациентов, пере-



несших реконструкцию ПКС и медиального мениска в период с 2018 по 2022 год. Всем пациентам была проведена одновременная реконструкция ПКС с использованием аутоотрансплантата сухожилия полусухожильной мышцы и сшивание медиального мениска методом «inside-out». Пациенты находились под наблюдением в течение как минимум 2 лет после операции. Показатели исхода включали субъективные оценки состояния колена, амплитуду движений в колене и рентгенографическую оценку.

Результаты. Наши результаты показали, что у 48 из 50 пациентов (96%) была успешная одновременная реконструкция как ПКС, так и медиального мениска. У двух пациентов (4%) развились осложнения, включая два случая тугоподвижности коленного сустава. Средние субъективные показатели коленного сустава значительно улучшились от дооперационного к послеоперационному периоду ($p < 0,05$), со средним увеличением на 24 балла по шкале International Knee Documentation Committee (IKDC) и на 27 баллов по шкале Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS). Диапазон движений в колене также значительно улучшился после операции ($p < 0,05$). Рентгенологическое исследование не выявило признаков сужения суставной щели или остеоартрита ни у одного пациента. Общая частота осложнений составила 4%, что сопоставимо с предыдущими исследованиями, в которых сообщалось только о реконструкции ПКС.

Заключение. Одновременная реконструкция ПКС и медиального мениска с использованием аутоотрансплантата подколенного сухожилия и техники «inside-out» для восстановления медиального мениска является эффективным вариантом для пациентов с одновременным повреждением этих структур. Наши результаты показывают, что одновременная реконструкция может привести к улучшению стабильности и функции коленного сустава с минимальными осложнениями. Для подтверждения этих выводов необходимы будущие исследования с большим объемом выборки и более длительными периодами наблюдения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

***Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р., Исмоилов Н.У., Эргашов А.З.,
Хайитов А.А., Мирзаахмедов Ф.М.***

Ташкентская медицинская академия, кафедра травматологии-ортопедии и военно-полевой хирургии, Ташкент

Переломы проксимального отдела бедра (ППОБ) являются тяжелым, угрожающим жизни повреждением, имеющим огромные социальные, медицинские и экономические последствия. Даже при правильно организованной системе оказания медицинской помощи до 12–17% пациентов умирают в течение первого года после травмы, а долгосрочный риск смерти повышен вдвое. Однако в настоящее время в Узбекистане отсутствует единая для всех регионов система организации медицинской помощи, позволяющая госпитализировать и оперировать пациентов с ППОБ в первые часы с момента травмы. Получение ППОБ пожилым человеком является абсолютным показанием для его госпитализации. Однако при этом большинство

пациентов имеют тяжелые сопутствующие заболевания, остеопороз, повышенный риск падений и смертности от любых причин. Основные методы хирургического лечения при ППОБ включают остеосинтез перелома или эндопротезирование тазобедренного сустава. Известно, что после возникновения любого низкоэнергетического перелома риск последующих переломов увеличивается в 2–3 раза.

Цель: изучить результаты хирургического лечения переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. В исследовании проведен анализ результатов лечения 112 пострадавших на базе Многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии с 2018 по 2022 года. 48 больных (42,9%) произведено оперативное лечение, а 64 (57,1%) случаях больные получили консервативное лечение. В группу исследования были отобраны пациенты пожилого и старческого возраста (пожилой возраст, по классификации Всемирной организации здравоохранения, составляет 60–74 лет, старческий — 75–89), средний возраст больных — 73,2 года.

У всех пациентов выявлена сопутствующая патология: доминировали заболевания сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь), в 37,3 % случаев диагностирован сахарный диабет. 63,7 % пациентов имели две сопутствующие патологии, 28,8 % — три и более сопутствующих заболевания, что, в свою очередь, способствовало увеличению периода предоперационной подготовки. Сроки оперативного вмешательства с момента поступления в стационар составили от 3 до 8 суток (в среднем — 5 суток).

Результаты. При анализе полученной информации выявлено, что хирургические операции за указанный период были выполнены у 48 (42,9%) пациентов, средний койко-день составил 10,5 в трети сутки были оперированы 4 больных (8,33%), в течение 4 суток — 16 (33,33%), 5-8 суток — 28 (58,33%). Летальность в стационаре не была. Послеоперационная летальность составила 2,1%.

Заключение. Раннее хирургическое вмешательство позволяет провести эффективную мобилизацию и реабилитацию, что ускоряет функциональное восстановление и снижает риск развития пневмонии, пролежней, тромбоза глубоких вен и инфекций мочевыводящих путей.

COVID-19 BILAN BOG'LIQ SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULAR NEKROZIDA OSTEOMETABOLIKLAR BILAN KOMPLEKS-KONSERVATIV DAVOLASH

Qayumov J.Sh., Karimov M.Yu.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son travmatologiya, ortopediya va HDJ kafedrası, Toshkent

Maqsad. COVID-19 (SARS-CoV-2) bilan bog'liq son suyagi boshchasi avaskulyar osteonekrozini kompleks davolashda osteometabolik terapiyaning ahamiyatini o'rganish.

Materiallar va usullar. Biz kuzatuvimizga jami 360 nafar Postkovid etiologiyali son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozi bilan og'rigan bemorlarni oldik. Bemorlarning o'rtacha yosh ko'rsatkichi 42,5 yosh (20 yoshdan 65 yoshgacha). Shulardan 51 (14,2%) ayol, 309 (85,8%) erkak. Son suyagi boshchasi aseptik nekrozining Ficat-Arlet tasnifi (1964 y.) ga ko'ra quyidagilar kuzatildi: I-II bosqich – 196 (54,4%), II bosqich – 98 (27,2%), II-III bosqich – 50 (13,9%), III bosqich va yuqori – 16 (4,5%). Bemorlar yoshiga ko'ra



taqsimlanganda (Butunjahon sog'liqni saqlash tashkiloti bo'yicha): 20-34 yoshdagilar – 159 (44,2%), 35-44 yoshdagilar – 106 (29,4%), 45-54 yoshdagilar – 65 (18,1%) va 55-65 yoshdagilar – 30 (8,3%). Bundan tashqari barcha bemorlar hamrox kasalliklar (semizlik, qandli diabet, boshqa endokrin kasalliklar, yurak-qon tomir tizimi kasallilari va turli somatik kasalliklar) ga ega bo'lganligiga ko'ra ham alohida guruhlariga ajratilib o'rganildi va davolandi.

Davolash natijalari 24 hafta, 36 hafta, 48 hafta va 72 haftada kuzatildi. Bemorlar hayot sifatidagi o'zgarishlar VASh va SF-36 so'rovnomasi bo'yicha baholandi. Instrumental tekshiruvlardan chanoq-son bo'g'imlari rentgenografiyasi, MRT, MCKT hamda oyoq qon tomirlari dupleks tekshiruvlari o'tkazildi.

Xulosa. Postkovid genezli son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozini erta bosqichlarda biz taklif qilayotgan usul yordamida osteometaboliklar bilan kompleks-konservativ davolash, kelajakda yaxshi natijalarga erishadi. Hozirda biz ishlab chiqqan usul bilan konservativ davolangan 360 (100%) nafar bemordan 330 (91,7%) nafarida davo muolajalari fonida umumiy ahvoli yaxshilandi va bemorlar to'liq mehnat rejimiga qaytdi. Bemorlarni ushbu tashxis bilan erta kompleks-konservativ davolash boshlansa, kelajakda ularni nogironlikdan va birovga qaramlikdan saqlab qolamiz.

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕАНГИОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Кобиров А.О.

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования Лиц с Инвалидностью,
Ташкент*

Целью нашей работы является изучение диагностической ценности веноспондилографии в прогнозировании распространения ПММА в вены, дренирующие тело позвонка при пункционной вертебропластики гемангиом тел позвонков.

Материалы и методы: за период с 2017 по 2021гг. у 112 больных выполнена одноуровневая вертебропластика грудного и поясничного отделов позвоночника в Хозрасчетном отделении НЦРПИ. Мы исключили в нашей работе метастатические опухоли, остеопорозными и травматическими неосложненными переломами тел позвонков. В общей сложности у 112 больных произведена моносегментарная вертебропластика. У 27 больных (II группа) перед проведением вертебропластики выполнена веноспондилография.

Результаты и их обсуждение: Венографические исследования выполняли после пункции тела позвонка транспедикулярно. Иглу продвигали в место границы передней и средней трети тела позвонка немного эксцентрично. К игле присоединяли гибкую переходную трубку. В качестве контрастного вещества использовали Omnipaque300. Обычно для одного тела позвонка использовали 10 -20 мл контрастного вещества. Применяли электронно оптический преобразователь (ЭОП) и медленно вводилось контрастное вещество. Контрастное вещество вводили до тех пор, пока не достигали хорошего контрастирования восходящих поясничных, парной и полу-непарной вен, но не более 20мл. После окончания вено спондилографии в теле позвонка часто визуализировали остатки контрастного вещества. После вено-

графии ПММА смешивали до пастообразной консистенции и вводили в тело позвонка через пункционную иглу. Объем вводимого ПММА колебался от 3 до 9 мл и в среднем составлял 4–5 мл для грудного отдела позвоночника и 5–6 мл — поясничного.

Проводя вертебропластику, постоянно следили за заполнением тела позвонка костным цементом, если отмечали его выход за пределы тела позвонка — процедуру прерывали, проводили попытку аспирировать цемент обратно или устранить давление в шприце. Для более точного контроля введения ПММА оптимально использовались шприцы объемом 1-2мл. Обычно для процедуры применяли 2–3 шприц. Шприцами малого объема возможно более контролируемо вводить густой ПММА.

По результатам наших исследований веноспондилография не только способна предсказать нежелательный выход костного цемента в венозные дренажи тела позвонка, но и предотвратить такой выход. Так в целом выход ПММА в венозные каналы в группе, где не проводилась веноспондилография, составил 26,9 %, а там, где проводилась — 3%. А частота серьезных осложнений обусловленных выходом ПММА составила 3,8% и 0% соответственно.

Выводы:

- 1) Веноспондилография является важным диагностическим методом, позволяющим прогнозировать выход костного цемента за пределы тела позвонка;
- 2) Базируясь на данных веноспондилографии возможно эффективно предотвратить не желательный выход ПММА за пределы тела позвонка и таким образом снизить количество осложнений;
- 3) Веноспондилография является технически несложным методом диагностики, который должен сопутствовать проводимой пункционной вертебропластики.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА: МЕТОД "ALL INSIDE" С ULTRABUTTON SMITH-NEPHEW

Кобилов А.У.¹, Маматкулов К.М.², Исматова И.²

¹Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

²Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд

Исследование нацелено на разработку эффективного и надежного метода хирургического лечения повреждений передней крестообразной связки коленного сустава методом "ALL INSIDE" с использованием сухожилий тонких и полусухожильных мышц, а также сухожилия длинной малоберцовой мышцы с использованием Ultrabutton Smith-Nephew. Исследование включает артроскопическую реставрацию передней крестообразной связки, оценку результатов на основе шкалы Lyscholm и демонстрирует высокий процент успешных и хороших результатов. Метод "all inside" обеспечивает минимальный инвазивный риск, анатомическое и функциональное восстановление коленного сустава, что делает его предпочтительным для активных пациентов, включая спортсменов.



Исследование также выявило следующие ключевые аспекты:

Цель исследования: Основная цель исследования заключается в разработке и оценке эффективности метода хирургического вмешательства для восстановления поврежденной передней крестообразной связки. Использование сухожилий тонких и полусухожильных мышц, а также сухожилия длинной малоберцовой мышцы в сочетании с инновационными устройствами Ultrabutton Smith-Nephew придает методу уникальные преимущества.

Методология исследования: В исследовании было задействовано 190 пациентов с различными формами повреждения передней крестообразной связки. Они были подвергнуты артроскопической реставрации методом "all inside" с использованием различных трансплантатов и инновационных имплантатов. Для оценки результатов была использована шкала Lyscholtm, которая выявила значительное число отличных и хороших результатов.

Позитивные результаты: более трети пациентов достигли отличных результатов, более половины – хороших результатов, и только небольшая доля пациентов сообщила об удовлетворительных результатах. Это указывает на эффективность метода и его способность обеспечивать стабильное восстановление функции коленного сустава.

Преимущества метода: Использование устройств Ultrabutton Smith-Nephew для фиксации трансплантатов позволяет обеспечить надежную фиксацию, минимизировать риск осложнений, таких как переломы костей, миграция имплантатов и дискомфорт. Метод также характеризуется относительной простотой и возможностью более быстрого восстановления активности пациентов.

Значимость для спортсменов и активных лиц: Исследование подчеркивает значимость метода "all inside" для спортсменов и лиц, ведущих активный образ жизни. Его способность обеспечивать высокий уровень стабильности коленного сустава и быстрое восстановление после операции делает его привлекательным вариантом для тех, кто стремится вернуться к физической активности.

Выводы: Исследование подтверждает, что метод "ALL INSIDE" с использованием сухожилий тонких и полусухожильных мышц, а также сухожилия длинной малоберцовой мышцы с Ultrabutton Smith-Nephew является эффективным и безопасным вариантом для восстановления передней крестообразной связки коленного сустава. Он обладает значительными преимуществами, такими как минимальная инвазивность, надежная фиксация, быстрое восстановление и высокие результаты функциональной реабилитации. Этот метод может быть рекомендован как предпочтительный вариант для активных пациентов, стремящихся к быстрому и успешному восстановлению после повреждения передней крестообразной связки.

РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА: ВЫВОДЫ НА ОСНОВЕ НАШЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА

Кобылов А.У.¹, Маматкулов К.М.², Курбонкулов Ж.²

¹Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

²Самаркандского государственного медицинского университета, Самарканд

Введение. Травмы голеностопного сустава и стопы составляют значительную долю патологий опорно-двигательного аппарата, варьирующуюся от 6% до 21%, согласно как зарубежной, так и отечественной литературе. Артроскопические исследования, представляющие малоинвазивные вмешательства с отличными диагностическими возможностями, являются медицинской технологией высокого уровня, способной обеспечивать обоснованные решения в случаях с неясными клиническими проявлениями травм и заболеваний суставов. Для более точной диагностики патологии голеностопного сустава используется комбинация передовых методов исследования, таких как рентген, МРТ, МСКТ и артроскопия. Рентгенодиагностика способна выявить разрывы большеберцово-малоберцового синдесмоза, внутрисуставные переломы и деформирующий остеоартрит, хотя предоставляет ограниченную информацию. Компьютерная томография (МСКТ) позволяет определить размер краевых костных разрастаний и уточнить наличие свободных костных тел. Магнитно-резонансная томография (МРТ), как золотой стандарт диагностики патологий и травм мягких тканей, оценивает изменения и в мягких тканях, и в костных структурах. МРТ также выявляет повреждение суставного хряща, хондромалицию и исключает другие состояния, вызывающие хроническую боль в голеностопном суставе, например, синдром предплюсневой синуса, асептический некроз, повреждения сухожилий и стрессовые переломы. Диагностическая артроскопия обладает 100% чувствительностью и специфичностью в диагностике повреждений капсульно-связочного аппарата и эффективна при выявлении переломов костно-хрящевой ткани и хондромальных телец.

Материалы и методы: В исследовании была проведена артроскопия у 16 пациентов (9 женщин и 7 мужчин) с патологией голеностопного сустава. Средний возраст пациентов составил 36 лет (от 20 до 58 лет). Показаниями к хирургическому вмешательству были остеохондропатия таранной кости у 2 пациентов (12,5%), остеоартрит с поражением кости у 4 пациентов (25,0%), синдром ущемления передних мягких тканей у 4 пациентов (25,0%), хроническая боковая нестабильность у 2 пациентов (12,5%) и остеохондральные переломы у 4 пациентов (25,0%). Проведенные хирургические мероприятия включали удаление свободных хондромальных тел и микротрещин, абразивную хондропластику, удаление остеофитов и микротрещин, а также коррекцию переднемедиального смещения. Проводилась ауто-трансплантация наружной коллатеральной связки у пациентов с хронической боковой нестабильностью.

Результаты. Используя модифицированную шкалу для оценки функции голеностопного сустава, получены данные о значительном улучшении функциональных показателей после артроскопической процедуры. Средний балл функции увеличился с 33,6 до 45,5 в течение периода наблюдения. Боль и хромота снизились, увеличилась подвижность суставов, а также увеличилось расстояние, которое пациенты могли пройти. Осложнения отмечены только у одного пациента.

Выводы. Артроскопическое вмешательство в голеностопный сустав является малоинвазивной процедурой с высокими техническими требованиями, позволяющей улучшить функциональные показатели и качество жизни пациентов с различными патологиями этого сустава. Артроскопия позволяет ранее начать реабилитацию и сократить время госпитализации, ускоряя восстановление.



VERTEBROPLASTY FOR TREATMENT OF VERTEBRAL HEMANGIOMAS

Kobilov A. O., Saidov S.S.

National center of rehabilitation and prosthesis of person with disabled's, Tashkent

Relevance: Vertebral hemangiomas are benign, malformed vascular tumors composed of newly formed blood vessels with normal capillary, venous, or veno-capillary structure and without arterio-venous shunt. They primarily involve the vertebra and may extend to the epidural space. There are two microscopic types of vertebral hemangiomas which frequently coexist. They are cavernous and capillary hemangiomas. Cavernous hemangiomas are composed of large, dilated blood vessels closely clustered together and hence they are not separated by normal bone tissue. Capillary hemangiomas are formed of thin-walled capillary vessels of various sizes separated by normal bone tissue.

The aim of our research is the analysis of symptomatic and aggressive vertebral hemangiomas treatment results by the method of puncture vertebroplasty.

Material and methods: In the National Center of Rehabilitation and Prosthesis of Disabled people in 2017 -2020yy. the method of puncture vertebroplasty operated on 82 patients (45 men and 37 women) with symptomatic Vertebral hemangiomas. The patients were aged from 26 to 72 years (mean age 41.2 years). In all the analyzed cases of Vertebral hemangiomas were isolated and localized only to one vertebra. None of the patients in the Vertebral hemangiomas group was not associated with systemic or genetic diseases.

All patients had local pain syndrome without neurological symptoms and encouraged to consult a neurologist or neurosurgeon.

82 procedures performed puncture vertebroplasty unilateral transpedicular access. The level of intervention matches the level of the lesion. All interventions were performed in patients position laying on the stomach under local anesthesia with fluoroscopic control with arcs. Puncture of the affected vertebral bodies was done under Bel-nito needle, bone cement based on acrylic resins, solvent. Biopsy was not performed. The needle position was verified radiographically in direct and lateral projections. Standard considered the location of the end of the needle at the border of anterior and middle thirds of the vertebral body in lateral projection. Cement with a syringe, Bel-nito was injected under fluoroscopic control until the beginning of the polymerization in a minute after mixing with the solvent. The flow of cement and the filling structures of the affected vertebra was controlled using a lateral projection of the C-arc. The amount of cement in the affected vertebra has an average of 5.11 ml (from up to 5,67 4,03 ml). During and after the introduction of cement both needles were left in place in order to prevent the expiration of cement from the site of puncture and epidural hematoma. In all cases prophylactic used antibiotics.

The position of the patient lying on his stomach has not changed in 10-15 min after puncture vertebroplasty. The operation time was 30-40 min. for 3-5 days after surgery, some patients underwent a control Computer Tomography study. Stay of patients in the hospital was 24-72 h (average 36 h). Post-operative condition was assessed 24 h, 1 week, 6 months., and subsequently once a year.

Results and discussion: All patients analyzed in the groups after the operation were marked regression of pain syndrome, increase physical activity and return to normal life. In 45 patients the pain stopped on the first day after surgery, 37 within five days, although

in the first two days there was a significant increase of pain. Thus, all patients achieved a positive result, expressed in the absence of pain, in rejection of analgesics and full social rehabilitation. The observation time after puncture vertebroplasty ranged from 6 to 12 months. (average 9 months). In addition, after the puncture vertebroplasty patients did not require further treatment including radiation therapy, intra-arterial embolization, the puncture needle injection of ethanol or surgical intervention.

In the postoperative period one patient was asymptomatic after the revealed cement in the epidural space without compressing the spinal cord. This complication did not require additional treatment and increased length of stay in the hospital. In this case, also obtained a positive effect from the puncture vertebroplasty with regression of pain syndrome and improvement of quality of life.

Conclusion

1. Percutaneous vertebroplasty is a safe and effective minimally invasive treatment of symptomatic and aggressive Vertebral hemangiomas, which allows to eliminate pain.

2. Percutaneous Vertebroplasty restores lost strength and stability of the affected vertebra and prevent compression of the nervous structures in the future.

3. The use of a C-arm in the puncture vertebroplasty increases the safety of this method.

ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Кодирова Ш.А., Ходжанова Ш.И.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Цель работы: Изучение нарушений функции желудочно-кишечного тракта у больных с травмами опорно-двигательной системы.

Материалы и методы. Материалом исследования являлись 75 больных находящихся в отделения травматологии с травмами опорно-двигательной системы.

Клинические методы: сбор жалоб, анамнеза и проведение объективного физического исследования. Лабораторно-инструментальные методы: общеклинические рутинные лабораторные методы исследования, коагулограмма, биохимические показатели крови (АСТ, АЛТ, общий белок), данные рентгенографии (первичной и контрольной), УЗИ органов брюшной полости

Результаты исследования: В основной группе больных типичными жалобами со стороны пищеварительной системы были жалобы на изжогу (16 больных – 22%), на задержку стула (57 больных - 77%), на жидкий стул (8 больных – 11%), на вздутие живота (25 больных – 34%), снижение аппетита (67 больных – 88%).отягощенный анамнез со стороны пищеварительной системы имели 28 больных (12 больных хронический гастрит, 16 больных – хронический холецистит). Проведенное рутинное УЗИ исследование органов брюшной полости выявило наличие хронического бескаменного холецистита у 9 больных (12%), жировой гепатоз печени у 5 больных (8%). Коагулограмма показала снижение времени свертывания крови на 3 сутки после травмы до 2–3 мин у 33 больных (45%) с дальнейшим повышением до 4–5 мин на 10 сутки после травмы у тех же больных. У остальных пациентов показатели ко-



агулограммы держались в пределах нормы.

Биохимические исследования крови патологии были в пределах нормы. Для купирования задержки стула на 2–3 сутки после появления жалоб применялись у 70 больных (94%), препарат Дюфалак у 7 больных (6%) больным произведена очистительная клизма в виду непереносимости препарата. Нормализация стула отмечалась на 5–7 сутки после назначения препарата. Непереносимость препарата, выражавшаяся появлением тошноты (5 больных), головными болями (9 больных) наблюдалась у 14 пациентов. У 8 пациентов появились жалобы на вздутие живота на 2–3 сутки после приема препарата, но с появлением стула жалобы прекратились. Средний срок применения лактулозы составил 15 дней (от 7 дней до 1 мес). Критерием для отмены являлось нормализация стула (28 случаев) или появление жидкого стула (4 случая).

Выводы: Основным проявлением нарушения пищеварительной системы у травматологических больных является задержка стула (запор), вследствие действия на организм таких стресс-факторов как травма, оперативное вмешательство, длительная иммобилизация и гипокinezия. Препараты на основе лактулозы являются наиболее оптимальными для коррекции задержки стула у травматологических больных, так как они пригодны для длительного применения, безопасны, не имеют серьезных побочных эффектов, не всасываются в пищеварительной трубке, не вызывают привыкания и зависимости, оказывают мягкий и предсказуемый эффект, а также могут быть использованы у больных в различных возрастных группах и беременных женщин.

Основным осложнением нарушения пищеварительной системы у травматологических больных является хронический бескаменный холецистит. Коррекция нарушений функции пищеварительной системы ведет к качественному улучшению результатов основного лечения травматологического больного.

КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАХИТИЧЕСКИХ ВАРУСНЫХ И ВАЛЬГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Кодиров Э.А., Астанов А.И.

Навоиский областной детский многопрофильный медицинский центр, Навои

При рахитических искривлениях нижних конечностей формируются различные виды деформаций почти всех ее отделов.

Актуальность проблемы обусловлена ростом genu valgum и genu varum в исходе рахита у детей. Вследствие нарушения оси конечностей изменяется биомеханика движений во всех суставах конечностей, что ведет в последующем к развитию деформирующих артрозов.

За период с 2009 по 2014 год лечили ребенка в возрасте от 1,5 до 6 лет. 241 пациента имели варусное, 1008 - вальгусное искривление конечностей. Деформация под углом 13–15 отмечена у 595 больных, от 15 до 654. Деформация у всех детей была нефиксированной. Ортопедические туторы для фиксации нижних конечностей назначались на ночь. 154 пациентам с деформацией в области голеностопных

суставов дополнительно была рекомендована ортопедическая обувь. Ортопедические обуви изготавливались индивидуально для каждого больного, менялись по мере роста детей. Один раз в три месяца пациенты осматривались ортопедом. В комплексное лечение включали ЛФК, массаж, физиопроцедуры, витамин Д, препараты кальция. Отдаленные результаты оценены сроки от одного года до четырех лет с момента начала лечения. Критериями эффективности лечения считали правильную походку, полный объем движений в коленных суставах, одинаковую длину конечностей, правильную их ось, отсутствие угловой, торсионной и рекурвационной деформаций костей голени и боковой подвижности в коленном суставе, а рентгенологически – отсутствие явлений деформирующего артроза, равномерность суставной щели. У 1164 больных отмечен положительный результат, при этом у деформация корригирована полностью в течение 1,5–2 лет. У 27 больных не отмечено положительной динамики, в связи с тем, что дети носили аппарат нерегулярно. Причиной рецидива у 58 пациентов послужила неполная коррекция деформации, связанная с недоучетом нарушения торсионного развития костей голени.

Таким образом, коррекция деформаций коленных суставов гипсовыми повязками и туторами показана детям с нефиксированным искривлением коленных суставов под углом более 15. Данный метод лечения позволяет в 83% случаев консервативным путем добиться коррекции деформации, избежать травматичного оперативного вмешательства.

ОРТОПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И МЕТОД ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ

Коростелев М.Ю.^{1,2}, Шихалева Н.Г.^{1,2}, Новиков К.И.^{1,3,4}

¹ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

²ООО Клиника «Доктор-03», Москва

³ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

⁴Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Ортопедическая хирургия в целом направлена на лечение опорно-двигательного аппарата, пластическая хирургия направлена на устранение проблем и дефектов мягких тканей. Сочетание навыков и способностей двух этих хирургических направлений приводит к возникновению современного и перспективного направления - ортопластическая хирургия.

Более 25 лет назад концепция ортопластической хирургии была предложена L. Scott Levin MD (1993) в статье «Реконструктивная лестница: ортопластический подход». С 2020 года в США издается журнал «Orthoplastic Surgery», в котором говорится, что ортопластическая хирургия будет удовлетворять потребности тех хирургов со всего мира, которые в первую очередь занимаются спасением и реконструкцией конечностей. Среди читателей будут врачи и терапевты, занимающиеся лечением верхних и нижних конечностей, пострадавших от травм, опухолей, сепсиса и врожденных аномалий.

Цель работы: проанализировать возможность совместной работы пластического хирурга и травматолога-ортопеда в структуре государственного лечебного уч-



реждения.

Материал и методы. Работа подготовлена на опыте работы травматолого-ортопедического отделения №14 Клиники реконструктивно-пластической хирургии и хирургии кисти ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» за последние 4 года. Основная цель работы отделения - обеспечение наиболее полного анатомо-функционального восстановления сегментов тела человека при врожденной и приобретенной патологии с применением современных методов диагностики, хирургического лечения и полноценной реабилитации на основе комплексного подхода с использованием методов оперативного и консервативного лечения, применяемых в травматологии и ортопедии и реконструктивно-пластической хирургии.

В штате отделения помимо трех травматологов-ортопедов было два пластических хирурга, имевших так же сертификаты врача травматолога-ортопеда. Лечение в отделении выполнялось в рамках финансирования по ОМС и по квотам на высокотехнологичную медицинскую помощь.

За последние четыре года в отделении пролечено более 1500 пациентов. Большинство этих пациентов имели проблемы не только с опорно-двигательным аппаратом, но также свежие и длительно существующие раневые дефекты, рубцовые деформации конечностей, возникшие после перенесенной механической или термической травмы, врожденные нарушения развития и т.д. Помимо этой работы отделение принимало оказывало помощь пациентам из других отделений Центра при возникновении у них осложнений в виде возникновения ран, либо при необходимости дополнительного вмешательства на мягких тканях, например, эндопротезирование в условиях выраженного рубцового процесса.

В структуре пациентов, получивших лечение в стационаре за последние 4 года (n=1640), наибольшее число относится к следующим диагнозам: М 21.9 - деформации конечностей неуточненные - 542 (33%), М 95.8 - уточненные деформации конечностей - 265 (16,5%), М 24.5 - контрактура суставов - 216 (13,2%), М 85 - нарушения плотности и структуры кости - 163 (9,9%), Q 68-77 - врожденные аномалии развития - 159 (9,7%), Т 91 - 93 - последствие травм - 58 (5,3%), Т 06.8 - травма нескольких областей тела - 28 (1,7%) и т.д.

Арсенал оперативных вмешательств включал все современные виды операций на мягких тканях, начиная от пластики местными тканями до микрохирургических пересадок. По показаниям выполняли сочетание чрескостного остеосинтеза по Илизарову с реконструкциями покровных тканей, сухожильно-мышечными пластиками или транспозициями.

Лечебный процесс сопровождался организационными проблемами. Известно, что по номенклатуре медицинских услуг в редакции Приказа Минздрава России от 5 марта 2020 года N 148н (в т.ч. с изменениями вступившими в силу 18.04.2020, редакция актуальная на 2021 г.), все коды медицинских вмешательств на коже отнесены к хирургии. Травматолог -ортопед в этой ситуации нарушает приказ Минздрава и может быть оштрафован ФОМС.

Выводы: Практика показала высокую эффективность совместной работы пластических хирургов и травматологов-ортопедов. При этом необходимо отметить наличие множества организационных проблем, стоящих на этом пути. Чтобы соответствовать современным реалиям жизни и запросам пациентов в штате государственных специализированных отделений травматологии и ортопедии необходимо

иметь специалиста-пластического хирурга, который бы обладал не только навыками, но и юридическими возможностями для оперирования на мягких тканях. Вопрос внесения некоторых видов хирургической помощи по профилю «пластическая хирургия» в территориальную программу ОМС, а также ВМП, также позволит легализовать работу пластических хирургов в государственных медицинских организациях.

Очевидно, что занимаясь восстановительной хирургией, специалист травматолог – ортопед может прикрывать свою инициативную деятельность курсами повышения квалификации, которые будут свидетельствовать о его обучении каким-то навыками пластической хирургии, однако при возникновении осложнений получить проблемные вопросы, почему в Ортопедическом отделении проводились операции на покровных тканях. Не обращая внимание на эти коллизии, пытаюсь решить их подгонкой(подтасовкой) документации, мы прячем проблему вместо того, чтобы ее решать.

МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ (ОСТЕОХОНДРОЗА) У КРОЛИКОВ И ИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ

Кочкартаев С.С., Зияев Х.З.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Цель исследования исследования является изучение морфологических этапов стадийности развития дегенеративного процесса межпозвонкового диска при различных стадиях развития грыж поясничного отдела позвоночника, и раскрыть механизмы развития воспалительного процесса в этих условиях.

С этой целью в качестве модельных объектов использовали мелких животных в виде кроликов. Проведено исследование 36 межпозвоночных дисков поясничного отдела L-4, L-5, L-6 на эксперименте у 18 кроликов. Экспериментальные исследования проводились на базе вивария. Согласно договору № 26 от 04.11.2011г. о научном содружестве между Республиканский научно практическим медицинским центром травматологии и ортопедии МЗ РУз (РНПМЦТО) (ранее НИИТО) и Институтом ядерной физики АН РУз (ИЯФ АН РУ). Гистологическое исследования проводилось на базе Республиканского патологоанатомического центра РУз согласно договору № 6 от 03.04.2006г. о научном содружестве.

Для морфологического исследования отобрали переходную зону, пульпозное ядро и фиброзное кольцо хрящевой ткани. Экспериментальное моделирование грыж межпозвоночного диска осуществляется с помощью механических методов, а также различных способов повреждения структур диска [2]. Биоматериал фиксировали в нейтральном растворе 15% формалина после вырезки кусочков. После фиксации проводили по батаре: спирт, хлороформ и далее в кашу. Затем в парафине в течение суток ставили в термостат. Из готовых блоков готовили срезы и гистопрепараты смотрели под бинокулярным микроскопом LEITZ немецкого производства и микрофотографии снимали веб камерой НМ-35. Подготовка биоматериалов вклю-



чил в себя следующие этапы подготовки: Фиксация препарата, проводка, заливка, резка и окрашивание. Последним этапом подготовки является заключение срезов – монтирование окрашенного среза на предметное стекло покрытием покровным стеклом с использованием среды для заключения.

Комплексный эксперимент состоял в воспроизведении модели дегенерации дисков у кроликов, в качестве модели была выбрана методика Masuda K, использующая минимальное и дозируемое хирургическое повреждение тканей межпозвонкового диска (МПД) (прокол ФК) [3], в результате которого развивается дегенерация, протекающая сходно с дегенерацией МПД у человека.

Модель дегенерации межпозвонковых дисков. Через 6 недель после начала опыта во всех дисках с одним или двумя проколами на наружной поверхности в местах прокола иглой обнаруживаются остеофиты разных размеров, состоящие на этот срок в основном из хрящевой ткани. Большую же часть ткани занимает хрящевая ткань, местами гиалинового, местами фиброзного типов. В большинстве дисков, за исключением области прокола, наружный слой фиброзного кольца (ФК) практически не изменен, но в среднем слое ФК в отличие от интактных дисков часто встречаются крупные поля в вентральной части диска, где ткань резко разрыхлена и практически не прослеживается циркулярная структура ламелл. Ламеллы резко истончены, разрыхлены, вплоть до формирования тонких и беспорядочно ориентированных волокон.

Через 10 недель остеофиты выявляются во всех дисках, ткань их созревает, что выражается в появлении зрелых костных балок и сосудов. Однако основания остеофитов по-прежнему состоят из гиалинового и/или фиброзного хряща. Наружный слой ФК изменен мало, за исключением области прокола, окруженного очагами некроза и регенерации за счет активных хондробластов и изогенных групп клеток. В среднем слое ФК есть участки, где в ламеллах происходит разрыхление упаковки и усиление волнистости коллагеновых волокон, а также расщепление самих ламелл. Во внутреннем слое ФК есть небольшие участки разрыхления, но преобладают участки уплотнения коллагеновых волокон. Часть клеток подвергается дистрофическим изменениям. Матрикс волокнистый, ламеллярная структура отсутствует. Ткань пульпозного ядра (ПЯ) замещена фиброзным хрящом разной структуры, внутренний слой ФК и ПЯ состоят из ткани типа фиброзного хряща, но с выраженными дистрофическими изменениями и отложением извести.

Через 18 недель после начала опыта остеофиты обнаружены во всех дисках. В большинстве дисков они состоят в основном из костной ткани, в основании остается гиалиновый хрящ. В среднем слое ФК есть участки разрыхления и расслоения ламелл, извитых волокон. Хондроциты округлые с умеренным увеличением цитоплазмы, с четким и относительно широким ободком плотной метахроматической субстанцией вокруг клеток. ПЯ большей частью представлено фиброзным хрящом, близким по строению к внутреннему слою ФК. Отмечается множество клеток, волокнистый матрикс более рыхлый. В самом центре в некоторых дисках сохраняются небольшие участки ПЯ с некротизированными хондроцитоподобными клетками (ХПК)

Необходимо отметить, что на этот срок в большей части дисков усиливаются дистрофические и даже некротические изменения в фиброзном хряще, заместившем внутренний слой ФК и ПЯ. Во внутреннем слое ФК на границе с ПЯ видны участки ткани с тонковолокнистым матриксом, большая часть клеток которых не-

кротизирована. ПЯ полностью замещается фиброзным хрящом. Однако, в отличие от ткани, заместившей внутренний слой ФК, в ней преобладают дистрофически измененные, либо некротизированные клеточные элементы, а крупные округлые клетки с "чехлами" выявляются лишь в небольшой части ПЯ. В части дисков в краиниальной части между замыкательной пластины (ЗП) и ФК сформирована относительно узкая прослойка гиалинового хряща. Клетки в этой прослойке имеют дистрофические изменения, часть из них отличаются вытянутой формой. Между этой прослойкой и ФК формируется щель, частично заполненная тканью, находящейся в состоянии зернистой деструкции.

Через 32 недели зрелые костно-хрящевые остеофиты обнаруживаются во всех дисках. Гиалиновый слой ЗП с обеих сторон, особенно с краиниальной стороны, имеет многочисленные участки дезорганизации и оссификации хрящевой ткани, а также выраженные признаки регенерации, в виде образования комплексов, активных хондробластов и немногочисленных небольших изогенных групп. Внутренний слой ФК и ПЯ не отличаются друг от друга, так как трансформированы в фиброзный хрящ с практически одинаковой структурой. В этой ткани есть участки резко разрыхленного и уплотненного матрикса. Клетки в обоих этих участках представлены в основном дистрофическими формами или хондроцитами без признаков биосинтетической активности. Матрикс в этих участках разрыхленный, содержание протеогликанов снижено.

Через 40 недель после начала опыта во всех дисках имелись остеофиты. Наружный слой ФК мало изменен, в среднем слое видны участки разрыхления, расщепления ламелл, местами нечетко выраженное ламеллярное строение. Внутренний слой ФК и ПЯ в основном замещены тканью фиброзного хряща, в котором остаются большие некротические бесклеточные зоны. Там же образуются множественные щели (трещины). Матрикс в основном тонковолокнистый, но местами он разрушается, и формируются очаги зернистого распада. Все это свидетельствует об усилении вторичной дистрофии и дезорганизации фиброзного хряща, заместившего ПЯ в этот срок.

В наших исследованиях мы сравнивали интенсивность дистрофических изменений в интактных дисках в зависимости от того, расположены ли они в непосредственном соседстве с моделированными дисками. Оказалось, что относительно выраженные изменения были только в первом случае, независимо от того спереди или сзади находились эти диски по отношению к дискам, подвергавшимся экспериментальному воздействию. Изменение архитектоники ламелл и разрыхление коллагенового каркаса ФК ведет к ослаблению биомеханической прочности ФК. В условиях использованной нами экспериментальной модели это не приводило к образованию протрузий и грыж (во многом из-за быстрого фиброзирования ПЯ), но в человеческой патологии эти осложнения остеохондроза являются важнейшими в его клинических проявлениях.

Таким образом, следует обратить внимание на выраженные изменения в гиалиновом слое ЗП, которые начинаются уже с 6-й недели и затем усиливаются: некроз, деструкция, кальциноз, оссификация, истончение и фрагментация гиалинового хряща, сопровождаемые репаративной реакцией. К 40-й неделе в части дисков в ЗП остаются лишь отдельные фрагменты хряща, окруженные костной тканью. Эти изменения, очевидно, индуцируются резким снижением амортизирующей функции диска при фиброзировании ПЯ, но, в свою очередь, влияют на био-



механику и питание диска. Подобные изменения были отмечены при моделировании дегенеративных изменений в МПД у кроликов, а также при дегенерации МПД у человека.

В заключение полученные данные позволяют сделать вывод о следующих, изученная нами на кроликах модель дегенерации МПД по своим морфологическим проявлениям весьма близка к остеохондрозу человека и может быть адекватно использована для изучения механизма действия различных лечебных факторов. Экспериментальная модель дегенерации межпозвонковых дисков у кроликов с помощью одного или двух последовательных проколов фиброзного кольца дает результаты, близкие к остеохондрозу человека. Наблюдались некроз и деструкция ткани пульпозного ядра, которое замещается фиброзным хрящом с постепенным развитием в нем вторичных дистрофических и некротических изменений. Возникает дезорганизация и последующая реорганизация внутреннего и среднего слоев фиброзного кольца с расщеплением ламелл, их ретракцией, разрыхлением коллагеновых волокон. Одновременно наступает деструкция гиалинового хряща замыкательной пластинки с частичным отрывом ее от фиброзной капсулы, в местах проколов формируются остеофиты. Гистологическое изучение показывает, что в сравнительно поздние сроки (1 и 3 месяца после операции) в МПД протекают морфологические изменения независимо от фактора воздействия.

В ПЯ образовавшиеся участки некроза постепенно уменьшаются в размерах за счет двух основных процессов:

1) сжатия объема некротических очагов, которые теряют упругость, обусловленную специфической структурой матрикса и кластерного строения клеток. Вместе с этим теряет упругость и все ПЯ (степень этого зависит от величины некроза ткани);

2) прорастание в некротическую ткань пролиферирующих и постепенно созревающих хондроцитов, источниками которых являются как выжившие и способные к пролиферации недифференцированные клетки, ядра нотохордального и хрящеподобного типа, так и недифференцированные клетки гиалиновой прослойки замыкающей пластинки.

А также, разрушение, распад, некроз ткани диска, уменьшение его объема, остеофиты приводят к уменьшению нагрузки на МПД, компенсации его снижающихся функциональных возможностей, что даже при неадекватной нагрузке на позвоночно-двигательный сегмент не приводит к образованию грыжи. И наоборот, МПД с малоизмененной морфологической структурой и высокими функциональными свойствами при неадекватной нагрузке на позвоночно-двигательный сегмент за счет наличия в ткани свободной жидкости, обладающей свойством несжимаемости, способен выпячиваться в сторону наименьшего сопротивления с образованием грыжи (чаще всего парамедианно и в сторону позвоночного канала, что обусловлено меньшей прочностью в этих отделах задней продольной связки).

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Кузиев Н.Б., Саттаров А.Р., Саидов С.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: асептического некроза головки бедренной кости – это серьезное заболевание опорно-двигательного аппарата, которое характеризуется разрушением костной ткани головки бедренной кости с нарушением функции тазобедренного сустава. На сегодняшний день для патологии не разработано радикальное лечение. Однако адекватная медикаментозная терапия замедляет разрушающее прогрессирование костной ткани. В отсутствие лечения асептический некроз бедра ведет к инвалидизации пациента.

Асептическое разрушение бедренной головки чаще встречается среди людей в возрасте 35–55 лет. Классификация болезни основывается на характере поражения кости. Выделяют 2 основных типа асептического некроза головки бедренной кости:

Медуллярный. В данном случае наблюдается поражение канала, который проходит внутри кости с постепенным разрушением ее структуры;

Решетчато-кортикальный. Этот вариант болезни протекает с вовлечением в процесс сустава. Кроме костной ткани, разрушается хрящ, что значительно нарушает функцию тазобедренного сустава.

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения постковидного асептического некроза головки бедренной кости путем очистки некротического очага и заполнения биокостью (остеон).

Материалы и методы: за период с 2021-2022г 32 больным было выполнена операция Фосса-Хелмута с последующим введением биокоста в некротический очаг в Хозрасчетном отделении НЦРиПЛСИ. К нам обратились 32 пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости после перенесенного SARS-CoV-2, возраст больных варировал от 27 до 56 лет (средний возраст 39.4 лет), женщин 12, мужчин-20, двусторонней АНГБК встречались у 17 больных, у 12х больных слева и у 3х больных справа.

Асептический некроз головки бедренной кости – аваскулярный некроз, является следствием нарушения кровотока и некроза элементов костного мозга головки бедренной кости. Кровоснабжение головки бедренной кости осуществляется по сосудам, расположенным в шейке бедра.

В диагностике асептического некроза головки бедренной кости мы включали следующие наиболее распространенные методы: рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях, магнитно-резонансная томография - позволяющие увидеть появление асептического некроза уже в начальных стадиях (отёк костного мозга). Сужение суставной щели и неровность суставной поверхности визуализируется поздно, когда появляются значимые дегенеративные изменения и мультиспиральная компьютерная томография – для выявления истинного очага деструкции головки бедра, ортопедический осмотр для определения ограничения объема движений в тазобедренном суставе.

Результаты и их обсуждение: В связи с выявленным некрозом головок бедрен-



ных костей больные обратились к нам. У всех больных было диагностирована асептический некроз головки бедренных костей в преколлаптоидной стадии. Всем больным было проведена операция – тунелизация, декомпрессия очагов некроза, с очисткой от некротических тканей и последующим введением в очаг санации биокост (OSTEON-Korea). В после операционном периоде больных с асептическим некрозом головки бедренных костей в преколлаптоидной стадии (ARCO IIC) была назначена медикаментозная терапия (антикоагулянты, улучшавшие микроциркуляцию и бисфосфонаты).

Тактика лечения асептического некроза определяется стадией заболевания и выраженностью клинической симптоматики. При 3–4 стадии показано оперативное лечение в виде декомпрессии с очисткой некротического очага и последующим заполнением образованного пазы от некротических тканей с бонграфт костным индукцией, которая приведет к дальнейшему восстановлению движения тазобедренного сустава с сохранением головки бедренной кости.

Выводы. Хирургическое лечение асептического некроза головки бедренной кости путем тунелизации, декомпрессии очагов некроза с очисткой от некротических тканей и последующим введением в очаг санации биокости - бонграфт является методом выбора хирургического лечения.

БОЛАЛАРДА КУЙИШ ЖАРОХАТИ ОҚИБАТИДА БЕМОРЛАРНИ ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ

Курбонов Ф. А., Астанов А.И., Сайидов Э.И.

Навоий вилояти болалар куп тармокли тиббиёт маркази, Навоий

НВБКТТМда куйиш жарохати билан 2017–2023 йилларгача жами 576 та бемор мурожаат килган. Шундан 323 нафар бемор стационар шароитда даволаниб чиқди. Уғил болалар- 187 нафар, қизлар-136 нафарни ташкил қилади. Беморларнинг 194 нафари жарохат олгандан кейин биринчи кундан - еттинчи кунгача, 102 нафари еттинчи кундан кейин ва 39 нафари эса ўн тўрт кундан кейин мурожаат килган. Реанимация бўлимига туғридан-туғри 87 нафар бемор оғир ҳолатда тушган. Уй шароитидаги травмалар орасида оғир термик куйиш, икастланишлар орасида куп учрайдиган шикастланишлар турига киради. Бундай беморларда тери юзасини тикланиши куйишни даражасига, юзасини катта кичиклигига ва беморни ёшига катта боғлиқлик мавжудир. Бу ҳолатда беморларни тезроқ соғайишида умумий ва маҳаллий терапияни тугри олиб бориш ҳам жуда катта муҳим урин эгаллайди. Жумладан: I–II–IIIА- 252 нафари куйиш жарохатини олган; IIIБ –IV--71 нафари куйиш жарохатини олган.

Шулардан 108 нафари 1 ёшгача, 196 нафари 1 ёшдан - 7 ёшгача, 19 нафари 7 ёшдан катта булган беморлар. Шунингдек 301 нафар беморда некроэктомиа амалиёти ўтказилди, 27 нафар беморда аутодермопластик амалиёти ўтказилди, 15 нафар беморда 50 % дан юқори куйиш жарохати олганлари Тошкент шаҳри РШТТЎИМ, 3 нафар бемор эса Бухоро шаҳри РШТТЎИМБФ Комбустиология булимида даволанди.

Куйиш шоки: Беморларни 87 нафари куйиш шоки билан мурожаат қилиб келди. Бу даврда кул ва оёқлар совук булиши, тана харорати тушиши, оғрик булиши, калти-

риш кузатилади. Беморларга адекват огриксизлантириш, инфузион терапия, гармонал терапия, антиколгулят терапия, плазматрансфузия қаба муолажалари утказилди.

Уткир-токсимия даври: Беморларни 296 нафари уткир-токсимия даври билан мурожаат килиб келди. Бу даврда тана харорати кутарилиб туриши, калтираш, иштахасизлик, холсизлик, кон тахлилида Нг микдорини камайиши кузатилади. Беморда дезинтекацион терапия, инфузион терапия, гармонал терапия, антиколгулят терапия, плазматрансфузия, деуритик терапия қаба муолажалари утказилди.

Септика-токсимия даври: Беморларни 39 нафари септика-токсимия даври билан мурожаат килиб келди. Бу даврда тана харорати куралиб кетиши, калтираш, жарохатни намланиб туриши, иштахасизлик, холсизлик, нафас, овкат хазм килиш ва буйракларда узгаришлар кузатилиши, кон тахлилида Нг ва оксил микдорини камайиши кузатилади. Беморда албуминтрансфузия, плазматрансфузия, дезинтекацион терапия, инфузион терапия, гармонал терапия, антиколгулят терапия, симптоматик даво қаба муолажалари утказилди.

Маълумки йирингли-септик асоратни ривожланишида микроблар колониясининг, жарохат юзасига тушиши уларни микдори, махаллий тукимага кириб бориши билан богликдир. Аникланишича куйган жарохатни эпителизацияси уртача 8–22 кун давом этса, йирингли-септик холати билан жарохатни эпителизацияланиш даври бир неча кунга узайиши мумкин. Шунинг учун оптимал махаллий терапияни танлаш умумий даволаш тадбирини асосий кисми ташкил килади. Махаллий терапияни асосий мақсади: махаллий огрикни камайтириш, яллигланиш суюклигини жарохатдан тезрок чиқариб олиш ва имкон қадар тукигани нафас олишига шароит яратиш, чуқур куйган жарохатни юзасини ёпиш амалиётига тайёрлашдир. Куйган жарохатини махаллий даволашда айтиб утганимиздек керакли дори воситасини тугри танлаш лозим булади. Биз биринчи гуруҳ беморларимизга махаллий терапияда новокаин-бетадин-левомикол мазидан фойдаландик, иккинчи гуруҳга эса новокаин-бетодин-целестодерм мазидан фойдаланилди, учинчи гуруҳ беморларимизга эса новокаин-демиксид-гидракартизон мазидан фойдаланиб курилди. Шунингдек куйган жарохат танани катта майдонни эгаллаган булса Бранолинд Н мазли богламасидан фойдаланилди. Хулоса килиб шуни айтишимиз мумкинки Бранолинд Н мазли богламаси фойдаланилгандан сунг беморни куйган жарохат юзасида грануляцион тукима хосил булиши тезлашгани кузатилди, уткир ва септика токсимия даврини кискариши ва енгил кечишига, чуқур куйган жарохатларни эса пластик амалиётига тезрок тайёрланишга, киллоид чандиклар пайдо булишини камайишига эришилди.

БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИ ЖАРОХАТЛАРИНИ ДОЛЗАРБЛИГИ ВА ДАВОЛАНИШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ

Қурбонов Ф. А.¹, Ходжанов И.Ю.², Астанов А. И.¹, Рузиев З.З.¹

¹Навоий вилояти болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази, Навоий

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент



Болаларда таянч-ҳаракат аппарати шикастланишларининг 25–30 % ни тирсак бўғимлари шикастланиши ташкил қилади, тирсак бўғимларини 50 % бугим ичи жароҳатларига тугри келади. (В.Н Меркулов ва бошқалар 2011).

Тирсак бугими мураккаб бугимлар туркимига кириб, 3 та бугимдан ташкил топган: елка-билак, елка-тирсак ва проксимал тирсак ва билак суякларини бирлашмаси бугимлари барча бугимлар ягона капсула ичида жойлашган.

Тирсак бугими жароҳатлари травма механизмига кура бевосита ва билвосита травма натижасида келиб чиқади. Тери бутунлиги ҳолатига кура очик ва ёпик жароҳатларига, асоратлари қараб асоратланган ва асоратсиз жароҳатларига бўлинади.

Тирсак бугимида учраб турадиган жароҳатлар тирсак бугими лати, тирсак бугими гемартрози ва бойламлар жароҳати, болаларда куп учрайдиган бойламлар жароҳатидан билак суяги халқасимон бойлами жароҳати билак суяги бошчасини пронацион ярим чиқишида асосан 1 ёшдан 4 ёшча ташкил этиб, бу ёшда оддий ва осонроқ жойига солиниб, юмшоқ боғлам билан бир неча кунлик иммобилизация билан кечадиган жароҳат, баъзан уртача 4 -7 ёш ораллиқдаги болаларда ҳам кузатилиб, кичик ёшдаги болаларга нисбатан оғрикли, бугим гемартрози билан кечиби, бу ҳолатда жойига солиш оғрикли ва бироз қийин кечиби, гипс боғламида уртача 2 ҳафта муддатга иммобилизация қилиш мажбурияти борлиги куринади.

Тирсак бугими жароҳатларида суяк синишлари билан кечадиган жароҳатларидан биринчи уринда елка суяги дунглари синиши уртача даволанган беморларни 85% ни ташкил этиб, кейинги уринда ички думбокни синиши 6% ни, билак суяги бошчасини синиши 6% ни ва тирсак суяги усимтасини синиши 3% ни ташкил этади. Тирсак бугимида орқага, олдинга, ташқарига, ичкарига ва ажралган чиқишлар кузатилиб, асосан ёш болаларда тирсак бугимидан чиқиши кам ҳолатларда кузатилиб, асосан орқага чиқиши учраб, бу ҳолатда 95% ҳолатда ички думбокни синиб силжиши билан бирга кечади. Ички думбокни синишлари кузатилганда очик усулда узурнига қуйиб, тирсак нерви невролиз қилинмаган беморларни 98% ҳолларда тирсак нерви невропатияси ва ички думбок битмай қолиши ҳолатлари кузатилмоқда. Болаларда елка суяги дунглари синишлари ёпик усулдаги репозициядан кейин қониқарсиз репозиция баъзан 35% га етади (Меркулов В.Н., Проценко Н.А., Овсянкин Н.А) Баъзи муаллифлар қайта репозициядан кейин 25% ҳолларда ижобий натижаларга эришилиши мумкинлиги айtilган (Битюгов И.А). Ёпик репозициядан кейин 78% гача ҳолларда дистал суяк бўлак тирсак томонга иккиламчи силжиш мумкин (Жабин Г.И.).

Бизда 2022 йил давомида 63 нафар беморларда тирсак бугими соҳаси жароҳатлари билан оператив даволанган беморлар таҳлил қилинганда 36 нафарида елка суяги дунгликлар соҳаси, 2 нафарида елка суяги галтагини мураккаб синишлари, 8 нафарида дистал бугим юзаси бошчаси, 6 нафарида ички думбок, 9 нафарида билак суяги бошчаси ва 2 нафарида тирсак усимтаси жароҳатлари билан оператив даволанган. Тирсак бугими билан алоқадор бўлган муаллифлар таснифи буйича шикастланишлар Мальгения (тирсак суяги эпифиз қисмидан яъни тирсак усимтаси синиши ва билак бошчаси чиқиши) типиди 2 та, Брехта (тирсак суяги проксимал метафиз қисмидан синиши ва билак бошчаси чиқиши) типиди 3 та, Монтедьжи (тирсак суяги диафиз урта учлигидан синиши ва билак бошчаси чиқиши) типиди 10 та шикастланишлар кузатилиб, 95 % да оператив даволаниб, консерватив даволанган беморлардан 6 тасида билак суяги бошчаси эскирган чиқиши билан оператив даволанган. Барча тирсак бугими жароҳатлари билан даволанган беморларни 1 нафари-

да ички думбокни янги булмаган синиши билан мурожаат килган беморда ички думбокни Илизаров аппаратида остеосинтези ва тирсак нерви невролиз килинишига карамасдан, невропатия узок муддатга (8 ой) сакланди, уз вактида мурожаат килган беморларда 98% холларда невропатия кузатилмади ва 2 % да нерв функциясини киска муддатда тикланди. Барча оператив даволанган беморларда кегайларни ташки юзада колдирилганда кегайлар атрофи инфицирланиши ва синикни битиш муддати узайиши кузатилди, бу холат асосан Мальгения (тирсак суяги эпифиз кистидан яъни тирсак усимтаси синиши ва билак бошчаси чикиши) типидаги шикастланган 1 нафар беморда тирсак бугими контрактураси билан кечди, колган беморларда инфицирланиши тезда бартараф этиш холатлари кузатилди. Кегайлар тери остида колдирилишида бундай асоратлар 99% гача кузатилмади.

МОДИФИКАЦИЯ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО РЯДА КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ПРИ АДАПТИВНОМ КОЛЛАПСЕ ЗАПЯСТЬЯ

Куттыгул Ш., Тягунов Д.Е.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А.Илизарова» Минздрава России, Курган

Введение. Совершенствование лечения последствий повреждения костей запястья является одной из актуальных проблем современной ортопедии. У некоторых пациентов с выраженными дегенеративными костно-суставными изменениями при адаптивном коллапсе запястья (АКЗ) применяется резекция проксимального ряда костей запястья (PRC), которая обеспечивает сочленение головчатой кости с полулунной фасеткой дистального отдела лучевой кости, образуя новый сустав [1]. Ожидаемый эффект операции – устранение болевого синдрома и сохранение объема движений, однако недостаточно изучены её результаты в зависимости от возраста пациентов, профессионального или спортивного анамнеза [2, 3]. Рациональная модификация техники PRC является необходимым шагом для улучшения результатов лечения данной группы пациентов.

Цель – проанализировать аспекты техники и ближайшие результаты применения PRC у 8 пациентов, пролеченных в НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализировано 60 клинических случаев с адаптивным коллапсом запястья I и II типа (согласно классификации А.И. Волотовского), пролеченных в НМИЦ ТО имени акад. Г.А. Илизарова с 2017 по 2022 год. В исследование включено 8 пациентов, которым выполнена PRC, из них с АКЗ 1 типа (2 пациента) и АКЗ 2 типа (6 пациентов) .

Ход операции: Положение пациента на спине. Рука на прикроватной стойке. После подготовки операционного поля накладывается пневмо-жгут на среднюю треть плеча. Выполняется передний минидоступ к ладьевидной кости (4-5см) с ориентиром на Flexor carpi radialis (FCR). Сухожилия отодвигаются в лучевую сторону. После капсулотомии ревизуются суставные поверхности дистального отдела лучевой и ладьевидной костей. Производится резекция ладьевидной кости с использованием круговых поднадкостничных рассечений. Выполняется радиаль-



ная стилоидэктомия для профилактики импинджмент синдрома. Затем через дополнительный тыльный мини-доступ (4-5см) к кистевому суставу, вскрывается retinaculum по V каналу разгибателей. Сухожилия отодвигаются в сторону. Капсула сустава рассекается вдоль тыльной лучезапястной связки (DRC). При осмотре дистального отдела лучевой кости и среднезапястного сустава необходимо убедиться в сохранности полулунной ямки лучевой кости и головчатой кости. При их повреждении необходимо рассмотреть альтернативные оперативные вмешательства. Удаление полулунной и трехгранной костей проводится аналогично ладьевидной кости. Выполняется рентген-контроль. Капсула ушивается не рассасывающимся швом. Рана послойно ушивается узловым или внутрикожным швом. Снимают жгут. Учитывая повреждения связочного аппарата при застарелых перилунарных вывихах и необходимость обеспечения абсолютной стабильности, накладываем аппарат Илизарова.

В послеоперационном периоде назначаются обезболивающие средства, антибиотикопрофилактика (Цефотаксим), перевязки, ЛФК.

Результаты лечения оценены по шкале ВАШ, удовлетворенностью пациента, QuickDASH, рентгенографией.

Результаты. Возраст пациентов на момент операции составил от 30 до 57 лет. Средний возраст ~40,3 лет.

Болевой синдром по ВАШ в покое был равен 0–1, при нагрузке оперированной конечности 3-4 балла. У шести пациентов был проведен опрос по QuickDASH, среднее значение составило 17 баллов.

Все пациенты удовлетворены результатом лечения, отсутствием болевого синдрома в покое. Отмечают амплитуду движения 60 градусов (30 градусов сгибания/30 градусов разгибания) и снижение силы хвата до 60%. Пациенты вернулись к привычной работе.

Обсуждение. В отличие от общепринятого тыльного доступа через III–IV сухожильные каналы, применение двух мини-доступов обеспечивает лучший косметический эффект, позволяет легче восстановить целостность сухожильных каналов, значимо для профилактики десмогенных контрактур. Применение аппарата Илизарова при застарелых перилунарных вывихах зарекомендовало себя как методику выбора, обеспечивающая абсолютную стабильность и снижение болевого синдрома в послеоперационном периоде. У пациентов моложе сорока пяти лет с повышенными потребностями в функциональных нагрузках необходим взвешенный подход при выборе операции PRC либо четырёхстороннего артродеза в зависимости от того, какие функциональные параметры важнее для пациента.

Выводы. Анализ ближайших результатов применения модифицированной техники PRC показал, что она снижает травматичность операции, улучшает её косметический результат, обеспечивает купирование болевого синдрома в покое, удовлетворительный объём движений и силу схвата кисти.

ТЕРАПИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМОЙ У СПОРТСМЕНОВ

Латипов Д.А., Тураев Ф.Т., Остонов С.Ш.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Термез

Актуальность. Занятие спортом всегда подразумевают риск получения травмы. В большинстве случаев у спортсменов занимающимися активными видами спорта. Для спортсменов или профессиональных атлетов влияние повреждений связочно-го аппарата работоспособность значительно больше, чем для рядовых людей, поэтому быстрое восстановление полной работоспособности и возвращение к соревнованиям имеют приоритетное значение. Наряду с традиционными методами лечения повреждений ротаторной манжеты плеча в последние годы все больше уделяется внимание применению аутоплазмы обогащенной тромбоцитами (так называемая Plateled Rich Plasma - PRP).

Цель исследования: оценить эффективность аутологичной плазмы, обогащенной тромбоцитами у пациентов с повреждением ротаторной манжеты плеча.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе многопрофильной поликлиники Областного многопрофильного центра Сурхандарьинской области г. Термеза. Были обследованы 24 пациентов с повреждением ротаторной манжеты плеча в результате занятий спортивной борьбой, средний возраст которых составил $26 \pm 4,3$ лет. Диагностику повреждений и оценку результатов лечения проводили на основании жалоб пациентов, физикального обследования, рентгенографии, УЗИ. Всем пациентам проводились провокационные процедуры, которые позволяли протестировать ее отдельные компоненты – усиление болей и резкая слабость пучков признавались положительными признаками. Состояние надостной мышцы оценивалось по сопротивлению больного, направленному сверху вниз давлению на руку в положении переднего сгибания с направленными вниз большими пальцами кисти (тест Джоба). Состояние подостной и малой круглой мышц оценивалось по сопротивлению пациента давлению при наружной ротации плеча, опущенного вдоль тела при согнутых локтевых суставах в 90° . Состояние подлопаточной мышцы оценивалось тестом Гербера, возникновение резкой боли при попытке прижатие тыльной поверхности кисти к пояснице. Тест Нира проводился при подозрении на импинджмент-синдром ротаторной манжеты под клювовидно-акромиальной дугой. Степень боли пациентов оценивали по визуально-аналоговой шкале боли (ВАШ).

Обогащенную тромбоцитами аутологичную плазму получали путем двойного центрифугирования венозной крови в режимах мягкого и жесткого центрифугирования с добавлением антикоагулянта без последующей активации в пробирке. Локальные инъекции аутоплазмы применяли двух-трехкратно по 2 мл с частотой 1 раз в 7–10 дней. При тендинопатии сухожилий ротаторной манжеты плеча (19 больных, 79%) и субакромиальном импинджмент-синдроме, сопровождающимся тендинопатией ротаторной манжеты плеча (5 больных, 21%), аутоплазму вводили в субакромиальное пространство.

Результаты: на момент начала лечения всех пациентов беспокоили дискомфорт и боли в плечевом суставе, особенно в положениях руки, поднятой выше уровня надплечья и сопровождались ограничением активных движений.



Удовлетворенность пациентов исходами терапии оценивали с помощью шкалы вербальной оценки (ШВО), согласно которой результат распределялся от 0 до 3 баллов: 0 баллов - неудовлетворительно (улучшение отсутствует), 1 балл - удовлетворительно (движения в суставе улучшились, боль уменьшилась, сохраняются ограничения функции, снижающие качество жизни и физическую активность), 2 балла - хорошо (отсутствуют ограничения в повседневной жизни, интенсивная нагрузка, занятия спортом вызывают боль или дискомфорт), 3 балла - отлично (полное восстановление, физическая активность и занятия спортом возможны без ограничений).

Пациенты отмечали значимое улучшение по шкалам оценки боли и функции плечевого сустава по сравнению с их уровнем на момент начала PRP-терапии. Достигнутый через 1 мес. после лечения положительный эффект оставался через 3 и 6 мес.

Выводы. На сегодняшний день имеется большой выбор медикаментозных и немедикаментозных методов лечения повреждений ротаторной манжеты плеча, в том числе с применением ОТП. Однако лечению должен предшествовать правильно установленный диагноз, тщательное соматическое обследование больного с исключением заболеваний, протекающих с иррадиацией боли в плечо (спондилоартроза грудного и шейного отделов позвоночника и др.).

Использование обогащенной тромбоцитами аутоплазмы при лечении повреждений и тендинопатий ротаторной манжеты плеча является эффективной и безопасной методикой, которая позволяет значительно улучшить показатели функционального состояния плечевого сустава и качество жизни пациентов.

Для всесторонней оценки эффективности интра- и периартикулярного введения обогащенной тромбоцитами аутоплазмы при лечении повреждений и тендинопатий ротаторной манжеты плеча целесообразны дальнейшие клинико-экспериментальные исследования.

ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЕНИСКОВ

Латинов Д.А., Шерматов У.М., Жойнаров Ё.У.

Термезский филиал Ташкентской медицинской академии, Термез

Введение: в связи с появлением новых малоинвазивных методов хирургического лечения повреждений коленного сустава и возможностью ранней осевой нагрузки на травмированную конечность, возникла необходимость в дальнейшей разработке и совершенствовании методик лечебного применения физических упражнений. Программа реабилитации должна быть специфичной и предусматривать постепенное увеличение нагрузок на поврежденную конечность, а также поэтапную адаптацию пациента к возвращению повседневной и трудовой деятельности.

Цель работы - исследовать влияние средств физической реабилитации на показатели функционального состояния коленного сустава после артроскопической операции по поводу повреждения менисков.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе частной диагностиче-

ской клиники ООО «Утан Полвон», в период с ноября 2021 г. по февраль 2022 г.

В ходе исследования наблюдались 28 мужчин в возрасте от 22 лет до 41 года, которые по мере поступления на лечение обследовались и по согласию участвовать в эксперименте были разделены на две равные группы: экспериментальную 12 пациентов (55%) и контрольную 10 пациентов (45%).

Структура физической реабилитации при данной травме включает в себя 4 периода: 1) ранний послеоперационный (1-2 нед.); 2) поздний послеоперационный (2–6 нед.); 3) функциональный (6-10 нед.); 4) тренировочно-восстановительный (10-24 нед.).

Сроки периодов являются ориентировочными, переход на следующий период осуществляется после того, как будут выполнены задачи предыдущего периода.

Учитывая, что для разработки программы реабилитации за основу берется повреждение менисков, задачи раннего послеоперационного периода (1–2 нед.) включают в себя: уменьшение болевого синдрома, уменьшение выпота в полости сустава, улучшение тонуса мышц бедра.

Задачами позднего послеоперационного периода (2–6 нед.) являются: достижение полного пассивного разгибания в КС, объема движений в КС - 90°, стимуляция сократительной способности мышц бедра, профилактика контрактур.

Функциональный период (6–10 нед.) включает в себя: восстановление полной амплитуды движений в коленном суставе, тонуса и эластичности мышц, нормализацию функции нервно-мышечного аппарата, восстановление нормальной ходьбы, улучшение проприоцептивной чувствительности.

На тренировочно-восстановительном периоде (10–24 нед.) решаются следующие задачи: полное восстановление функции коленного сустава, нервно-мышечного аппарата, координации движения и симметрии конечностей.

Пациенты контрольной группы получали массаж по дренирующей методике, ЛФК (изометрические упражнения для укрепления мышц передней поверхности бедра, особенно четырехглавой мышцы) и магнитотерапию. В экспериментальной группе, помимо традиционной программы использовались: 1) криомассаж; 2) постизометрическую релаксацию; 3) стимуляцию биологически активных точек.

Результаты исследования. Перед проведением и в ходе реабилитационной программы оценивалось состояние коленного сустава по следующим методикам:

- 1) ММТ (мануально-мышечное тестирование по 6-бальной шкале Ловетта);
- 2) гониометрия (измерение угла сгибания/разгибания в коленном суставе);
- 3) сантиметрия – измерение окружности колена в двух позициях: 1 позиция – до надколенника между квадрицепсом и коленным суставом (одинакова у всех) и 2 позиция – тах точка отёка (у всех в разных местах из-за формы колена и вида повреждения мениска);
- 4) альгезиометрия – оценка болевой чувствительности по субъективным ощущениям по 6-бальной шкале.

Реабилитационный период после артроскопии начинается с первых суток. На 3-сутки уже наблюдается положительный результат восстановления и больных отпускают домой, а физическая реабилитация выполняется в амбулаторных условиях. У данных пациентов отмечено значительные улучшения на 5–7 сутки после операции.

Порог болевой чувствительности достоверно снизился в экспериментальной группе, а в контрольной незначительно. Отек снижается очень медленно, но, даже



несмотря на это, в экспериментальной группе этот показатель немного лучше. Анализируя результаты, полученные на седьмой день после операции, мы видим, что в контрольной группе показатель ММТ такой, как в экспериментальной, но на пятый день. Болевой синдром на седьмой день в экспериментальной группе у троих человек показал слабую боль, а у семи уже отсутствовал. Сгибание и разгибание улучшилось в обеих группах, но в экспериментальной группе болевой синдром снизился настолько, что приблизился к состоянию нормы и больные на психологическом уровне считали себя практически здоровыми.

Подводя итог обсуждению результатов исследования, мы можем с уверенностью говорить о том, что использование простейших реабилитационных методик позволили на 4 дня раньше ликвидировать болевой синдром в экспериментальной группе, относительно контрольной.

Выводы:

1. Артроскопия коленного сустава, как малоинвазивное оперативное вмешательство, отличается низкой травматичностью и ранней мобилизацией конечности.

2. Комплексное использование методов и средств физической реабилитации необходимы для быстрого восстановления коленного сустава при повреждении мениска.

3. Использование в первый месяц после артроскопической менискэктомии в комплексе лечебной гимнастики изометрических упражнений и постизометрической релаксации является действенным средством предотвращения послеоперационной контрактуры КС.

4. Проведенные обследования показало эффективность ранней реабилитации в экспериментальной группе в сравнении контрольной.

ВЛИЯНИЕ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА РАЗВИТИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мамасолиев Б.М.¹, Ходжанов И.Ю.¹, Ткаченко А.Н.², Мансуров Д.Ш.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд

Введение: в данном исследовании проведен анализ влияния артроза коленных суставов на развитие варикозной болезни нижних конечностей.

Методы: проведено поперечное когортное исследование с целью оценки влияния артроза коленных суставов на характеристики варикозной болезни нижних конечностей. В исследование было включено общее количество 156 пациентов с диагнозом варикозной болезни нижних конечностей. Пациенты были подразделены на две группы в зависимости от наличия артроза коленных суставов. Все участники исследования подверглись комплексной клинической оценке. Данные о возрасте, поле, продолжительности болезни и индексе массы тела были собраны для дальнейшего анализа. Для определения наличия или отсутствия артроза колен-

ных суставов была использована клиническая оценка в сочетании с образовательными методами, такими как рентгенография или магнитно-резонансная томография. Для каждого пациента были изучены характерные признаки варикозной болезни, включая частоту и степень отеков стоп и голеней, а также наличие трофических изменений кожи конечностей, таких как липодерматосклероз и экзема. Данные были обработаны с использованием статистических методов, включая расчеты частот и процентных соотношений. Для сравнения между группами использовались статистические тесты, такие как t-тест и χ^2 -тест, с учетом уровня значимости $p < 0,05$.

Обнаружено, что у пациентов с артрозом коленных суставов наблюдаются более высокие частоты отеков стоп и голеней, а также трофических изменений кожи конечностей, в сравнении с теми, у кого нет артроза. Варикозное преобразование подкожных вен оказалось более распространенным у пациентов с артрозом коленных суставов.

Обсуждение: результаты указывают на потенциальную связь между артрозом коленных суставов и развитием варикозной болезни. Это может быть связано с ограничением подвижности конечностей при артрозе, что влияет на кровообращение.

Заключение: полученные данные подчеркивают важность изучения взаимосвязи между артрозом коленных суставов и варикозной болезнью. Дальнейшие исследования помогут более точно определить механизмы этой связи и разработать подходы к профилактике и лечению обеих состояний.

ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА НА РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АРТРОПЛАСТИКИ СУСТАВОВ

Мамасолиев Б.М.¹, Ходжанов И.Ю.¹, Ткаченко А.Н.², Мансуров Д.Ш.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд

Введение. Пациентам, подвергшимся тотальной артропластике суставов (ТАС), рекомендуется проводить профилактику венозного тромбоза (ВТЭ). Однако морбидность инфекции области хирургического вмешательства (ИОХВ) и пери-протезной инфекции (ППИ) недостаточно изучена.

Нашей целью было оценить влияние профилактики ВТЭ на риск ранних послеоперационных ИОХВ и ППИ.

Методы. Мы провели ретроспективный анализ 75 пациентов, которым в период с 2010 по 2019 год проведена первичная ТАС одним хирургом. Мы оценили частоту ИОХВ и ППИ в раннем послеоперационном периоде (30 дней, 90 дней), а также частоту реопераций в течение года. Многомерный регрессионный анализ использовался для выявления возможных факторов риска, связанных с ИОХВ и ППИ, включая возраст, пол, классификацию весового статуса по ВОЗ, курение, сахарный



диабет, ревматоидный артрит, индекс сопутствующих заболеваний Чарльсона, анамнез ВТЭ, наличие варикозных вен, вид артропластики (коленного или тазобедренного сустава), односторонний или двусторонний характер операции, а также получение профилактики ВТЭ или переливания крови.

Результаты. Общие частоты ИОХВ и ППИ в течение 90 дней составили 1,1% (N = 80) и 0,2% (N = 16) соответственно. Профилактика ВТЭ была фактором риска для повторной госпитализации в течение 90 дней из-за ОМО (aOR: 1,753; 95% ДИ 1,081–2,842), повторной госпитализации в течение 90 дней из-за ИОС (aOR: 3,267; 95% ДИ 1,026–10,402) и всех случаев ИОС в течение 90 дней (aOR: 3,222; 95% ДИ 1,200–8,656). Другими факторами риска были сахарный диабет, дефицит массы тела, ожирение, двусторонняя операция ТАС, молодой возраст, мужской пол и ревматоидный артрит. Фармакологическая тромбопрофилактика кажется модифицируемым фактором риска для ИОХВ и ППИ в раннем послеоперационном периоде. Повышенный риск инфекции должен быть внимательно взвешен у пациентов, получавших фармакологическую профилактику ВТЭ.

СВЯЗЬ МЕЖДУ АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Мамасолиев Б.М.¹, Ходжанов И.Ю.¹, Ткаченко А.Н.², Мансуров Д.Ш.³

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

³Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд

Деформирующий остеоартрит (ДОА) коленного сустава - очень распространенное заболевание, 40–55% людей в возрасте 75 лет и старше имеют рентгенологические признаки ДОА; около одной трети из них являются симптоматическими. Заболеваемость ДОА коленного сустава высокая; это одна из первых пяти причин инвалидности пожилых людей, не находящихся в специализированных учреждениях.

Этиологические и патогенные факторы ДОА многочисленны; они включают ожирение, возраст, пол, чрезмерное употребление и предвоспалительное состояние слабой степени.

Некоторые факторы риска ДОА коленного сустава, такие как длительное стояние, возраст, пол и травма, также связаны с хронической венозной недостаточностью (ХВН) ног. Кроме того, ХВН также связан с воспалительным компонентом, локально возникающим в кровообращении нижних конечностей.

Цель этого исследования: оценить связь между остеоартрозом коленного сустава и хронической венозной недостаточностью.

Материалы и методы. Была отобрана рандомизированная выборка из 30 пациентов с ДОА коленного сустава и 30 контрольных пациентов; возраст и пол совпадали, но коленных симптомов не было. Оба были оценены на предмет физических признаков ДОА и клинических признаков ХВН.

Обе группы были изучены на предмет клинических проявлений ХВН ног. Кли-

нический диагноз ХВН зависел от клинических признаков, перечисленных в классификации СЕАР («Клиника, этиология, анатомия и патофизиология»), в которой клинический диагноз ХВН основан на наличии или отсутствии любого из следующих факторов: телеангиэктазии (сосудистые звездочки), варикозное расширение вены, отеки и поражения кожи.

Пациенты с хроническим воспалительным заболеванием суставов, пациенты с симптомами радикулопатии и случаи с признаками системной причины двустороннего отека голени были исключены.

Для выявления значительных различий между группами использовались таблицы сопряженности 2 x 2 критерия хи-квадрат.

Результаты. В исследование были включены 30 случаев ДОА и 30 контрольных случаев. Их возраст составлял 38-71 год; 24 женщины и 6 мужчин. ДОА коленного сустава был подтвержден рентгенологически, 26 из 30 имели степень 2-4 по шкале Келлгрена и Лоуренса. У всех остальных четырех пациентов была крепитация и сужение суставной щели, а у трех из этих четырех пациентов также был субхондральный склероз.

Обсуждение. В этом исследовании ХВН было значительно больше в группе ДОА по сравнению с контрольной группой ($P=0,02$), а свою очередь, разница между ДОА. Отечность в ногах не системной причины, также значительно отличается между группой ДОА и контроля ($P=0,002$). Кроме того, ограничение движений в коленях, истощение в четырехглавой мышце и перихондральный склероз чаще встречались в подгруппе ДОА с отеком ног по сравнению с подгруппой без отека ног.

Эти данные свидетельствуют о том, что ХВН может вносить вклад в патогенетические механизмы ДОА коленного сустава. Небольшое количество подгрупп не позволяет сделать однозначных выводов относительно этиопатогенетического вклада. Однако результаты должны стимулировать дальнейшее развитие исследователей в этой области.

Связь между ДОА коленного сустава и ХВН может быть связана с местным предвоспалительным состоянием ХВН и его возможным влиянием на остеоартрозный процесс, так как накапливаются доказательства того, что ограниченный воспалительный компонент действительно существует при остеоартрите в области суставов. ХВН связан с несколькими молекулярными аспектами воспаления. Нейтрофилы пациентов с ХВН показали повышенную продукцию супероксида и повышенную экспрессию адгезии. На сегодняшний день можно лишь строить гипотезу, что активированные лейкоциты задерживаются в микроциркуляции нижних конечностей пациентов с ХВН, их захват может привести к локальному высвобождению воспалительных веществ, которые повреждают ткани.

Заключение. Существует связь между деформирующим артритом и хронической венозной недостаточностью. Влияние воспалительного компонента ХВН на ДОА коленного сустава требует дальнейшего изучения.



APPLICATION OF NEUROPHYSIOLOGICAL DIAGNOSTIC METHODS IN PATIENTS WITH MIELOPATHY OF THE SPINE CORD

***Mamatkhanova Ch.B., Sattarov A.R., Boymurodov G.A.,
Shamsiddinov A.S., Saidov S.S.***

National Center for Rehabilitation and Prosthetics of Persons with Disabilities, Tashkent

The aim of our study was to identify the correlation between neuroimaging and electroneuromyographic methods of examination in patients with myelopathy of the spine cord.

Materials and methods: for the period 2020-2022, 36 patients in the Self-supporting Department were divided into 3 groups according to anamnesis and the results of radiological studies. The first group consisted of 14 patients with with myelopathy of the spine cord, the second group included 16 patients with recurrent disc herniation and the third group consisted of 6 patients with isolated severe epidural fibrosis after surgery in the long term. In the preoperative period, all patients underwent an electroneuromyographic examination of the lower extremities with an analysis of the speed of conduction along the root nerves - the speed of impulses (SPI), the amplitudes of muscle responses and irritation thresholds.

Results and discussion: During the ENMG examination in group 1 patients with disc herniation, there was a decrease in SPI along the root nerves, with a decrease in the amplitudes of muscle responses and an increase in the irritation threshold by 2.5-3 times. These changes indicated a widespread violation of the conduction of spinal structures, more often by the type of radiculomyelopathy with compression-ischemic disorders.

In group 2 patients with recurrent disc herniation and epidural fibrosis, there was an isolated decrease in SPI along the radicular nerves, more often asymmetric at the level of the pathological process with a relatively preserved or slightly elevated irritation threshold. The amplitude of muscle responses in most cases was moderately reduced. Similar changes characterized radiculopathy with predominance of muscular-reflex changes.

During the examination in group 3, postoperative patients with pronounced epidural fibrosis detected by MRI revealed an unexpressed decrease in SPI along the root nerves at the level of the pathological process with a moderate decrease in the irritation threshold. Lowering the threshold of irritation, in our opinion, may be associated with the phenomena of tension and irritation of spinal structures without impaired conduction.

It should be noted that the presence of pronounced fibrous changes according to MRI and MSCT data, often during an ENMG study, was characterized by the appearance of pathological additional acute waves in 85% of patients in the first and 60% in the third groups, which may have indicated the compression-irritative nature of the process and allowed objectifying the radicular pain syndrome.

Conclusions: 1. In our opinion, the results of ENMG in preoperative diagnosis allow us to judge not only anatomical disorders of spinal structures, but also provide an objective assessment of the functional viability of the spinal cord and spinal roots, especially in common multilevel pathological processes.

2. Our data allowed us to optimize surgical tactics in patients of the first and second groups with re-operation and elimination of compression factors, meningo- and

radiculolysis.

3. We found that patients of the third group with isolated epidural fibrosis were subject to conservative therapy.

ОСТЕОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ДЕНСИТОМЕТРИИ

Матанов З.М.¹, Дорохин А.И.², Ходжанов И.Ю.¹, Умаров Ф.Х.¹

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени Н.Н. Пирогова» Министерства здравоохранения РФ

Актуальность: Введение в медицинскую практику денситометров для оценки костной ткани дало возможность раннего выявления остеопении и остеопороза. При проведении костной денситометрии пациент получает минимальную дозу облучения, обеспечивается быстрота исследования, легко переносится пациентом, и является доступным. В соответствии с рекомендациями ВОЗ DXA является «золотым стандартом» диагностики МПК как у детей, так и у взрослых.

Цель исследования: повысить эффективность лечения переломов длинных костей у детей возникших на фоне низкой минеральной плотности кости, путем совершенствования методов диагностики.

Материалы и способы. Исследованы показатели костной денситометрии 229 детей и подростков с переломами длинных костей в возрасте от 6 до 17 лет, которые находились на лечении.

Результаты и их обсуждение. Из 229 детей с низкоэнергетическими переломами длинных костей, обследованных при поступлении денситометрически, у 66 (28,8%±3,0%) не проводилась фармакокоррекция остеопении (контрольная группа), у 163 (71,2%±3,0%) проводилась фармакокоррекция остеопении (основная группа). Из 66 детей контрольной группы при поступлении денситометрически остеопения не выявлена у 42 (63,6%±6,0%), выявлена у 24 (36,4%±6,0%). Из 163 детей основной группы при поступлении у 97 (59,5%±3,9%) остеопения не выявлена, у 66 (40,5%±3,9%) выявлена остеопения. Через 9 месяцев после травмы денситометрически обследовано 118 детей, из них 35 (29,7%) детей контрольной и 83 (70,3%) ребенка основной группы. Исходно из 118 детей остеопения выявлена у 49 (41,5%), в том числе у 12 детей контрольной (34,3%) и 46 (55,4%) детей основной группы. Через 9 месяцев из 35 детей контрольной группы остеопения выявлена у 30 (85,7%), из 83 детей основной группы остеопения выявлена у 18 (21,7%). В контрольной группе это было утяжеление нарушений МПК, в основной группе это было улучшение состояния МПК.

У 68 детей состояние костной ткани за 9 месяцев не изменилось, в том числе у 15 (42,9% ±8,5%) детей контрольной группы и 53 (63,9% ±5,3%) основной группы. Из этих 68 детей исходно без остеопении был 51 ребенок, в том числе 5 (21,7% ±8,8%) из 23 детей контрольной группы и 46 (100%) из 46 детей основной группы. Улучшение состояния МПК зафиксировано у 30 (25,4%) детей, все они были из основной группы, в контрольной группе таких детей не было (P<0,05).



Такие же тенденции выявил анализ цифровых данных денситометрии Исходные значения минеральной плотности кости в контрольной и основной группах составили $0,70 \pm 0,02 \text{ г}\backslash\text{см}^3$ и $0,71 \pm 0,01 \text{ г}\backslash\text{см}^3$ на позвоночнике и $0,76 \pm 0,04 \text{ г}\backslash\text{см}^3$ и $0,77 \pm 0,01 \text{ г}\backslash\text{см}^3$ на бедре, они статически достоверно не различались ($P < 0,05$).

Заключение. Таким образом, анализ денситометрических данных как по частоте выявления остеопении и ее тяжести, так и по абсолютным значениям минеральной плотности кости показал, что у детей с низкоэнергетическими переломами длинных костей за 9 месяцев восстановительного периода минеральная плотность костной ткани снижается более чем у половины детей, у остальных детей не меняется. Включение в комплексное лечение фармакокоррекции остеопении позволяет остановить снижение минеральной плотности кости и добиться его повышения, при этом у трети детей удается купировать имеющиеся у них явления остеопении и остеопороза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИГИДНЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ФОРМ КИФОСКОЛИОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Махкамов Т.Т.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Сколиотическая болезнь — сложное заболевание, составляющее от 8 до 28% от общего числа ортопедической патологии. Несмотря на комплексный подход при консервативном лечении у 50–75% больных сколиотическая деформация прогрессирует в пубертантном периоде и может достигать III–IV степени. Оперативное лечение тяжелых форм сколиоза по-прежнему является единственным методом, позволяющим предотвратить прогрессирование расстройств функции органов и систем ребенка. В отделении патологии позвоночника и грудной клетки Республиканского центра детской ортопедии под наблюдением находились 78 пациентов (15 юношей, 63 девушки) 14–17 лет с идиопатическим сколиозом III–IV степени (по Чаклину) грудной локализации у 69 (88%) подростков, грудная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, 4 (12%) — левостороннюю. Величина основной грудной дуги искривления по Cobb варировала от 50* до 116*. Использовали клинико-неврологический, рентгенологический методы обследования, компьютерную томографию (КТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). В момент операции 34 девочек была менструация. Тест Риссера от 0 до 4 степени. У 15 больных имела место декомпенсация деформации позвоночника. Неврологический осмотр проводили с целью выявления двигательных, чувствительных и вегетативных расстройства сегментарных нарушений спинного мозга. Рентгенологическое исследование позвоночника осуществлявали в положение лежа и стоя, с вертикальным вытяжением позвоночника для определения мобильности сколиотической дуги деформации. С целью подготовки к операции и снижения риска неврологических осложнений, увеличение мобильности позвоночника в нашей клинике применяли физиотерапевтическое лечение, вертикальное вытяжение больных в раме (с помощью собственного веса через ошейник в течение 2–3 недели с постепенным увеличением времени вытяжения). В зависимости от величины основной дуги искривления

степени его мобильности применяли 3 тактических варианта хирургического лечения. 1-вариант выполнен у 51(60%) пациентов осуществляли коррекцию деформации позвоночника из дорзального доступа транспедикулярными металлоконструкциями. Угол деформации колебался от 50* до 92* по Cobb, мобильность сколиотической дуги искривления составила 54%. II-вариант применен у 22(17%) пациентов (2-я группа) с углом деформации от 90*- до 110* по Коббу и мобильностью основной дуги 37%. Операция у данной категории пациентов выполняли на фоне halo-тибиального вытяжения. 3 вариант использован у 4(23%) пациентов (3-я группа) с углом деформации от 110* и выше по Коббу и ригидной грудной дугой искривления (мобильность-17%). Этой категории больных выполняли этапное хирургическое лечение. Первым этапом осуществляли дискэпифизэктомию с корпородезом на вершине грудной дуги искривления с наложением HALO вытяжением. На протяжении 14–16 дней проводили курс вытяжения, в результате которого сколиотической деформация уменьшалась. Завершали лечения коррекцией деформации позвоночника транспедикулярной спинальной системой из дорзального доступа на фоне HALO вытяжении. В результате операции у всех пациентов отмечено улучшение или полное восстановление баланса туловища. Рост больных в среднем увеличился от 8 до 14 см. Больные начали ходить на 6–7 день после операции без жестких корсетов. Неврологических нарушений не было выявлено. У пациентов 1-й группе остаточная деформация сколиотической дуги колебался от 0* до 12*, средней процент коррекции 85%. Полученная коррекция в этой группе зависела от наличия сколиотической деформации, не превышающей 79* и мобильной сколиотической дугой искривления. Транспедикулярная фиксация применяемый при коррекции сколиотической деформации предотвратит потери достигнутого результата в отдаленном послеоперационном периоде наблюдения. Таким образом тактический вариант хирургического вмешательства деформаций диспластического сколиоз зависит от возраста больного, степени тяжести и ригидности (мобильности) деформации позвоночника. При предоперационного планирование установки элементов спинальной системы должен учитывать все аспекты лучевого обследования пациента. При коррекции деформации позвоночника в качестве опорных элементов должен использоваться транспедикулярные винты. Применение данного вида металлоконструкций обеспечивает возможность воздействия на все три опорные колонны деформированного позвоночного столба, эффективной коррекции сколиотического и кифотического компонентов искривления, приближения к физиологическому фронтальному и сагитальному профилям позвоночника в ходе операции.

НАШ ОПЫТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО БЛОКИРУЕМОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Машиарипов К., Машиарипов Ж.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Хорезм

Переломы бедренной кости составляют примерно 6% от количества всех переломов. Многие годы продолжается совершенствование малоинвазивного остеосин-



теза переломов бедренной кости, что позволяет уменьшать травматичность вмешательств, уменьшить необходимость гемотрансфузии и инфекционные риски, повысить шансы сращения перелома. Главным малоинвазивный остеосинтез бедра - интрамедуллярный блокируемый (БИОС). Для этого разработаны штифты разных дизайнов для различных локализаций переломов.

Обязательными условиями для выполнения БИОС являются: наличие ортопедического стола с полнофункциональной приставкой; наличие С-дуги; наличие полноценного набора инструментов и размерного ряда имплантов; наличие соответствующих навыков у оперирующего хирурга.

На этапе обследования пациента важным является визуализация всего поврежденного сегмента для выявления дополнительных скрытых переломов. Прописной истиной стало КТ-исследование внутрисуставных переломов.

В нашем отделении находилась на лечении 47 больных с диафизарным переломом бедра, из них у 7 больных которой интраоперационно, после укладки на ортопедическом столе и тракции конечности дополнительно был выявлен перелом шейки бедра, который не был ранее выявлен несмотря на полноценную рентгенографию всего сегмента. Дизайн выбранного импланта для остеосинтеза бедра предполагал его введение через верхушку вертела и возможность введения шейечных винтов. Соответственно этим же штифтом удалось синтезировать одновременно диафиз и шейку бедренной кости.

Таким образом, использование многофункциональных имплантов является значимой страховкой при интраоперационном выявлении дополнительных переломов.

При антеградном синтезе бедра важную роль играет правильная укладка пациента и многофункциональность ортопедического стола, от которых зависит точность репозиции. Необходимо стараться выполнять окончательную репозицию отломков на укладке до начала вмешательства.

При БИОС околоуставных переломов любой локализации нами широко используются направляющие спицы и винты, способствующие репозиции отломков и сохранению оси конечности.

Нами пролечено 47 больных с переломами бедра, которым выполнялся БИОС с указанной выше методикой. У 6 пациентом возникла необходимость в открытой репозиции для устранения смещения отломков.

АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НА РАЗВИТИЕ МЕНИСКОГЕННОГО АРТРОЗА

Машиарипов К., Машиарипов Ж.К., Атаджанов М.Х.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Хорезм

Цель. Показать, как влияет варусная деформация на развитие мениско генного артроза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 95 пациентов с менискогенным синдромом, обусловленным наследственной предрасположенностью, который характеризовался патологией менисков на фоне наследствен-

но-предрасположенных заболеваний коленного сустава. Результаты обследования 95 больных статистически обработаны с помощью дисперсионного анализа (ANOVA) и апостериорных тестов Шеффе и Дункана. Стадию остеоартроза у исследуемых пациентов оценивали по классификации Kellgren-Lawrinсe (1957 г.).

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ наличия остеоартроза тибео-фemorального сочленения (ТФС) у больных после хирургических вмешательств на менисках в сроки от 5 до 36 лет показал, что у пациентов с патологией менисков в сочетании с фронтальными деформациями коленного сустава выявлен остеоартроз III–IV стадии. Выявлено, что при угле варусной деформации на уровне коленного сустава в 8° давление на внутренний мениск увеличивается на более 30%, вызывая его разрушение.

Для выяснения роли удаленного мениска в развитии варусной деформации на уровне коленного сустава у 28 пациентов с указанной деформацией оценены анатомические изменения прооперированного (состояние после менискэктомии в отдаленном периоде от 4 мес. до 30 лет) и неоперированного коленных суставов.

Фронтальная деформация на уровне коленного сустава у этих пациентов была двусторонняя, остеоартроз ТФС на прооперированном коленном суставе преимущественно отмечали III стадии, а на неоперированном – II. Для этого параметра отличия были статистически значимыми ($p < 0,01$).

Вывод. Неблагоприятные результаты при вмешательствах на менисках отмечены при наличии фронтальных деформаций на уровне коленного сустава.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАМЕДЛЕННЫМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕМ

Машарипов К., Ходжаниязов А.А., Атаджанов М.Х.

Ургенцкий филиал Ташкентской медицинской академии, Хорезм

Проблема замедления костеобразования при лечении переломов костей даже современными фиксаторами до последнего времени не решена. По литературным данным несращение и длительное сращение переломов составляют от 7 до 22%. Использование только статической фиксации перелома приводит к десмальному типу регенерации, что отражается на сроках и качестве сращения.

Цель исследования. Разработка малотравматичных и эффективных способов стимуляции остеогенеза при лечении последствий травм с использованием погружных фиксаторов.

Материалы и методы. Для ускорения сращения замедленно срастающихся переломов проведен сравнительный анализ лечения 78 больных с последствиями переломов бедренной кости, которым при выполнении операции использовались разные типы интрамедуллярных фиксаторов и методов стимуляции: В первой группе использовались стандартные стержни с поперечным блокированием (динамический вариант) с риминованием костномозгового канала 54 человек, во второй – с аутодинамической фиксацией в сочетании с миниинвазивной методикой внутриочаговой продольной, двухплоскостной остеотомии отломков кости – 24 человек.



Результаты и обсуждение. Клиническое использование сочетания двух видов стимуляции (механической) и биологической (за счет дает дополнительного очага регенерации с большой площадью стимулирующего воздействия в зоне замедления сращения кости) показало положительный эффект, сравнимый по срокам с лечением обычного «свежего» перелома бедренной кости. Клиническая эффективность метода составила более 97%, что по отношению со сравниваемой группой (стандартный стержень с поперечным блокированием и рими́рованием-костномозгового канала) составляет разницу в положительном эффекте до 20%.

Рентгенологическое сращение достигалось в сроки 6-8 месяцев.

Выводы. Разработанные нами фиксаторы показали большую стабильность фиксации отломков (за счет их формы и увеличения диаметра) при возможности динамической компрессии отломков, а дополнительное использование продольной остеотомии обеспечило миниинвазивную стимуляцию регенеративных возможностей костей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ

Машарипов Ж.К., Машарипов К.

*Хорезмский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра травматологии и ортопедии, Хорезм*

По материалам первичной медицинской документации, операционных журналов и рентгенологических исследований Хорезмского филиала РНЦЭМП определены пациенты, которым в 2020–2021 годы были выполнены операции остеосинтеза в неотложном порядке в течение первых 24-х часов после поступления в стационар.

Произведена группировка операций по локализации травм и виду остеосинтеза. По такой же методике определены пациенты с аналогичной патологией, остеосинтез которым за тот же период времени выполнен в плановом порядке. Для объективизации полученных данных проанализированы сроки пребывания пациента в стационаре в случае осуществления ему хирургической стабилизации переломов аналогичной локализации за 2020 год, выполненные в одном из других травмоцентров 1-го уровня г. Ургенча, где остеосинтез при изолированных переломах в неотложном порядке не выполнялся.

Определяли среднее время нахождения пациента в стационаре с момента поступления до и после операции, а также среднюю длительность хирургического вмешательства.

Производили расчет средних показателей с вычислением величин их стандартного отклонения, медианы, квартилей, максимальных и минимальных значений.

Результаты: За 2020-2021 годы травматологами в Хорезмском филиале РНЦЭМП выполнено 102 неотложных и 76 плановых операций остеосинтеза (всего 178 операций). При этом средний койко-день у пациентов, прооперированных в экстренном порядке, составил 6,4 дн., в то время как пациенты, перенесшие плановое хирургическое вмешательство, находились в стационаре достоверно больший срок в среднем, 11,9 дн. При этом случаев острой инфекции, а также операций реостео-

синтеза за время стационарного лечения в изучаемой группе пациентов зарегистрировано не было.

Если же рассматривать среднюю длительность пребывания в стационаре всех пациентов, которым был выполнен остеосинтез, то это значение составляет 9,15 койко-дней.

Вывод: на основании анализа мы отмечаем о целесообразности выполнения операций остеосинтеза в неотложном порядке.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ АРТРОЗОВ

Машарипов К., Машарипов Ж.К.

*Хорезмский филиал Республиканского специализированного научно-практического
медицинского центра травматологии и ортопедии, Хорезм*

Цель исследования: - изучить эффективность тромбоцитарной аутоплазмы при лечении посттравматических артрозов крупных суставов нижних конечностей.

Травмы – одна из частых причин развития артроза. Даже незначительное повреждение может вызывать нарушение трофики и иннервации сустава, что провоцирует дегенеративные процессы и развитие артроза.

Лечение посттравматического артроза (ПТА) – сложный и длительный процесс. Существующие на сегодняшний день способы лечения ПТА направлены на реализацию одной цели – остановить, или замедлить дегенеративные процессы, происходящие в поврежденном суставе, и включают как консервативные, так и хирургические методы.

Консервативные методы лечения наиболее распространены и направлены на купирование боли, устранение мышечной и артрогенной контрактуры, улучшение функции сустава, коррекцию внутрисуставных нарушений, стимуляцию метаболизма в организме в целом.

В качестве нового и безопасного биологического стимулятора, действующего на всю цепочку регенерации и все ткани одновременно, применяется тромбоцитарная аутоплазма в виде интра и периартикулярной инфильтрации тканей. Этот метод получил название «Плазмолифтинг».

Методика «Plasmolifting™» включает в себя использование инъекционной формы тромбоцитарной аутоплазмы и специальных пробирок, разработанных в 2003 году российскими учеными Р.Р. Ахмеровым и Р.Ф. Зарудий.

Пристальный интерес к аутоплазме связан с содержанием в тромбоцитах многочисленных факторов роста и цитокинов, которые способствуют регенерации поврежденных тканей. Свыше 30 ростовых факторов выявлено в α -гранулах тромбоцитов. Они влияют на процессы восстановления всех тканей сустава одновременно.

На основании вышеизложенного определена цель исследования – изучить эффективность тромбоцитарной аутоплазмы при лечении посттравматических артрозов крупных суставов нижних конечностей.

Сравнительная оценка эффективности лечения посттравматических артрозов



с применением инъекционной тромбоцитарной аутоплазмы производились у 135 пациентов в возрасте 35–60 лет с диагнозом «посттравматический гонартроз и посттравматический кокартроз I и II степени тяжести». Критериями оценки проводимой терапии стали показатели «Боль», «Скованность», «Функциональная активность» - значения индекса Womac, которые оценивались до лечения, через 3, 6 и 12 месяцев после лечения.

Выводы: Метод «плазмалифтинг» является эффективным и достаточно безопасным методом лечения посттравматических деформирующих артрозов крупных суставов нижних конечностей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Машарипов К., Машарипов Ж.К.

Хорезмский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Хорезм

Цель исследования. Оценить эффективность внутрисуставного введения ГК (Глюкокортикоидов) и ГлК (Гиалуроновой кислоты) при РЗ (Ревматическими заболеваниями).

Материал и методы. В исследование включено 249 больных РЗ, преимущественно остеоартритом (ОА) и ревматоидным артритом (РА) (69,0% женщин, возраст 45–65 лет), всем пациентам проводились внутрисуставные инъекции (ВИ) ГК в коленный сустав. Показания для ВИ определяли лечащие врачи. Контроль составили 110 больных ОА (74,4% женщин, 25,6% мужчин средней возраст 60 лет и более), которым проведен курс ВИ гиалуроновой кислоты (ГлК). Результат лечения оценивался через 2 нед., 1 и 3 мес. по данным при повторном обращении и телефонного опроса.

Результат. Через 2 нед., 1 мес. и 3 мес. после ВИ ГК выраженность боли при движении снизилась (числовая рейтинговая шкала ЧРШ 0-10) с 8,0 до 2,0 и 6,0 до 0 соответственно ($p < 0,001$). Через 3 мес. 63,8% пациентов со отсутствием/слабой болью (< 4 по ЧРШ) и 30,3% практически полным отсутствием боли (≤ 1 по ЧРШ). Эффект ВИ ГК был выше при РА, чем при ОА: динамика боли через 3 мес. -4,0 и -1,0. При ОА эффект ВИ ГК и ГлК не различался: динамика боли через 3 мес. составила -1,0 и -3,0. За период наблюдения серьезных нежелательных реакций при ВИ не отмечалось.

Выводы: ВИ ГК и ГлК являются эффективным и достаточно безопасным методом кратковременного лечения РА (синовита) и ОА при РЗ.

ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ СПОНДИЛОДИСЦИТЕ

Мелибоев С.Т., Пардаев С.Н., Хасанов А.Б.

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

Актуальность. Инфекционный спондилит составляет 4–8% среди гнойных заболеваний опорно-двигательного аппарата, а его частота оценивается в 1,0–2,5 случаев на 100 000 населения. Особая форма спондилодисцита - острый постманипуляционный спондилодисцит, - наблюдается у одного из 40–50 больных, перенесших дискэктомию из заднего доступа по поводу грыжи диска, что с учетом того, что именно эта операция является наиболее частой в нейрохирургии, позволяет оценить общий объем проблемы.

Ошибки диагностики и лечения постманипуляционных спондилодисцитов достигают 84%, а одной из основных причин их позднего распознавания является схожесть характера и выраженности субъективных болевых ощущений до и после операции, особенно при исходно сильных болях, достигающих 7–8 баллов по шкале ВАШ.

Цель исследования. Изучить результаты применения экстренной остеоперфорации при остром послеоперационном спондилодисците.

Материалы и методы. В качестве материала исследования были взяты больные находящиеся на стационарном лечении в Самаркандском филиале Республиканского научно-практического центра травматологии-ортопедии в отделении хирургии позвоночника за 2009-2019 гг. Изучены данные 40 больных, которые были разделены на 2 группы. Из них было 23 (57,5 %) женщин и 17 (42,5%) мужчин, в возрасте от 30 до 63 лет, которые перенесли дискэктомию из заднего доступа, проведено кюретаж диска и всем больным было назначено антибиотикотерапия за день до операции, длительность курса антибиотиков продолжалось в течении 8 дней. У исследуемых пациентов в сроки не более 3 месяцев после операции имело место развитие послеоперационного спондилодисцита. Ранее больные были оперированы по поводу грыж диска на следующих уровнях: L3-L4 – 7 (17.5%), L4-L5 – 20 (50%) и L5-S1 – 13 (32.5%).

Результаты. При гистологическом исследовании биоптата у 24 больных (88%) выявлены признаки воспаления. Положительный рост бактериальных культур получен в 15 (62,87%) наблюдениях, из них в 9 (37,5%) - *Staphylococcus aureus*. В 13 случаях сопоставление бактериологических и гистологических данных позволили расценить процесс как асептический.

В основной группе на первые сутки после остеоперфорации выраженность болевого синдрома снизилась с 6–8 до 2–3 баллов по ВАШ. В группе сравнения болевой синдром у 5 (41,7%) больных в течение 1,5–2 месяцев наблюдалась медленное снижение болей до 3 баллов по ВАШ, а у 7 (58,3%) не отмечалось снижения болевого синдрома. Хотим отметить, что у 22 (78,6%) больных основной группы через 2 недели после остеоперфорации были выписаны домой с сохранением постельного режима на протяжении 1 месяца и продолжении антибиотикотерапии.

Результаты лечение оценено клинический с учетом улучшением качества жиз-



ни, применением оценки интенсивности боли по шкале ВАШ, а также использованием опросника Освестрии, которые были оценены следующим образом:

- у 19 пациентов (67,8%) основной группы, и у 2 (16,7%) пациентов результат соответствовал хорошему: достигнут полный регресс болевого синдрома в покое и при повороте постели, уменьшение чувства усталости при вертикальном положении, улучшение клинико-лабораторных показателей. По данным МРТ это сопровождалось уменьшением отека по данным МРТ уже к 3-му месяцу лечения и исчезновением – к 6 мес.; показатели по шкале Освестрии составил в среднем 22 балла в обеих группах;
- удовлетворительным результатам соответствовали данные 4 (14,2%) пациентов основной и 3 (25%) группы сравнения: боль в спине сохранилась и усилилась через 2–3 недели с присоединением клиники нестабильности в виде жалоб при попытке подъема. Жалобы медленно исчезли в течение 12 недель, однако, при физической нагрузке и ходьбе сохранялись до 7 месяцев. Клинику нестабильности устранили при помощи применения жесткого корсета, показатели по шкале Освестрии составил в среднем 42 балла в обеих группах;
- у 23 (82,1%) пациентов основной и у 5 (41,6%) группы сравнения результаты которых расценены как хорошие и удовлетворительные, проведено клиническое и рентгенологическое исследование в сроки 12 месяцев. На функциональных рентгенограммах в положениях сгибания/разгибания патологической подвижности не выявлено ни у одного из них, по данным МРТ отмечали дегенерацию зоны воспаления - при отсутствии отека тел позвонков, снижалась высота диска и терялась гидрофильность пульпозного ядра (“черный диск”);

Неудовлетворительный результат отмечен у 5 (17,8%) больных основной группы, из них у 2 имелся сопутствующий сахарный диабет. В группе сравнения в 7 случаях (58,3 %) отмечен неудовлетворительный результат. У больных не отмечалось признаки эффективности лечения, клинические и лабораторные данные, а также по данным МРТ сохранились с продолжением активного воспалительного процесса в поражённом теле позвонка. Показатели по шкале Освестрии составил в среднем 88 балла.

Сохранение отека костного мозга появления признаков деструкций тела позвонков при контрольных МРТ на поздних сроках наблюдения при нарастании клинических жалоб потребовало проведения у 4 (14,3%) пациентов основной группы и у 7 (58,3%) пациентов группы сравнения, оперативного лечения - некрэктомии с вентральным спондилодезом аутотрансплантатами.

Заключение. Экстренная остеоперфорация позвонка и диска в сочетании с антибактериальной терапией позволяет уменьшить отек костного позвонка, снизить внутрикостное давление, останавливает переход остеодиструкции, что обеспечивает в подавляющем большинстве случаев хорошие (67,8%) и удовлетворительные (14,2%) клинические результаты при остром спондилодисците, развившемся после удаления грыжи диска.

МРТ изменения в виде отека контактных к зоне дискэктомии отделов позвонков в раннем послеоперационном периоде не является абсолютным признаком спондилодисцита, однако, распространение отека на все тело позвонка или на соседний сегмент, сопровождающееся хроническим, в т.ч. прогрессирующим болевым синдромом, является признаком прогрессирования заболевания.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСТРОЙСТВА КЛИНИКИ

Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Актуальность: Одним из наиболее тяжелых повреждений опорно-двигательной системы в структуре политравмы являются повреждения тазового кольца и вертлужной впадины, которые встречаются до 10% от общего числа травматологических больных. При этом в 60–78% случаев пациентов с данной травмой находятся в трудоспособном возрасте.

Известные многочисленные работы, аргументирующие несомненные достоинства открытого остеосинтеза вертлужной впадины, позволяющего достигать точную репозицию и жесткую фиксацию отломков, что благоприятно сказывается на ближайших и отдаленных результатах лечения.

Для фиксации переломов вертлужной впадины предложены ряд устройств, но их применение при оскольчатых переломах задней колонны вертлужной впадины ограничены. Нами разработано устройство, целью которого является создание стабильной, жесткой фиксации костных отломков при многооскольчатых переломах вертлужной впадины и создание конгруэнтности различных отделов вертлужной впадины.

Для решения поставленных задач предлагается устройство (патент на полезную модель № FAP 01443 от 28.12.2018) для лечения переломов вертлужной впадины, содержащее плавно изогнутую дугообразную пластину с крепежными отверстиями для винтов, отличающееся тем, что его пластина: по краю малой дуги имеет четыре равноудаленных, под углом 90° от основания пластины, шипа треугольной формы, размером основания 1.5 мм и высотой 3 мм для фиксации отломков; по центру большой дуги, расположенную под углом 100°–130°, планку размером 15x25 мм с крепежными отверстиями для дополнительной фиксации к костям таза и на концах - расположенные под углом от 125° до 130° ушкообразные изгибы радиусом 10 мм для радиусом 10 мм для прочной фиксации к костям таза.

Сопоставительный анализ с другими устройств показывает, что разработанное устройство для фиксации переломов вертлужной впадины, отличается тем, что выполнение четырех равноудаленных шипов треугольной формы, размером основания 1.5 мм и высотой 3 мм, для фиксации отломков, по краю малой дуги пластины даёт возможность сцепки мелких осколков. Выполнение планки, размерами сторон 15x25 мм, для дополнительной фиксации к костям таза по центру большой дуги, с отверстиями для винтов, увеличивает жесткость конструкции и обеспечивает стабильность фиксации нижележащих отломков. Выполнение под углом выступающих элементов пластины повторяет анатомическую форму костей таза, даёт ей возможность плотного прилегания к костям таза. Выполнение на концах пластины ушкообразных изгибов необходимо для прочной фиксации к костям таза.

Устройство используется следующим образом. Больному под спинномозговым обезболиванием, в положении на боку, после соответствующей обработки кожи антисептиками, по наружной поверхности бедра выполняют задний доступ по Кохе-



ру-Лангенбеку, длиной 8-10 см. После обнажения места перелома производят ревизию тазобедренного сустава, определяют наличие осколков, осколки мобилизируют и репонируют, временно фиксируют спицами, пластину адаптируют к поврежденному заднему краю вертлужной впадины. Пластины, параметры которой рассчитаны по рентгенограмме пациента, исходя из диаметра головки бедренной кости, накладывают так, чтобы продольный край малой дуги пластины был расположен на расстоянии 5 мм от плоскости входа в вертлужную впадину, а концы пластины - ушкообразные изгибы - располагают у основания крыла подвздошной кости и на борозде, между нижним краем вертлужной впадины и нисходящей ветвью седалищной кости. Сверлят несколько отверстий, одно из них должно проходить через костный отломок. Расположение винтов ориентируют, как правило, по направлению наибольшего костного массива. Пластины винтами крепят к костям таза. Рану послойно ушивают наглухо до дренажа. В послеоперационном периоде применяют гемостатики, дренаж удаляют через 1 сутки. Через 2-3 недели назначают дозированную лечебную физкультуру, массаж, электростимуляцию мышц бедра и голени.

Выводы. Устройство удобно в использовании, позволяет увеличить надежность и стабильность фиксации при хирургическом лечении оскольчатых переломов вертлужной впадины.

Таким образом, предлагаемое устройство обладает новизной и может быть применимо в практической медицине, при лечении переломов вертлужной впадины.

К ТАКТИКЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т., Рахмонов М.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино», Душанбе

Актуальность. Политравма является наиболее опасным и угрожающим повреждением детского возраста с высокой летальностью пострадавших и составляет от 5 до 15%. При непрерывно развивающемся техническом прогрессе, увеличении транспорта и других инфраструктур травматизм не только не имеет тенденции к снижению, но и отмечается рост числа пострадавших и степень тяжести травмы у детей. Быстрое установление точного диагноза и определение тактики лечения является первостепенной задачей при оказании помощи детям с политравмой.

Цель исследования. Оценить эффективность своевременной диагностики и лечения повреждений опорно-двигательной системы у детей с политравмой.

Материал и методы исследования. Нами проанализированы истории болезни детей с политравмой лечившихся в детском травматологическом отделении НМЦ РТ «Шифобахш» за период 2020-2023 гг. Из 946 детей с повреждениями опорно-двигательной системы различной локализацией находившихся на лечении 68 (7,18%) детей имели сочетанное и множественное повреждение. Мальчиков было 62 %, девочек-38%. Основную часть пострадавших (54,3 %) составили дети в возрасте

от 12 до 15 лет. На долю младшего школьного возраста (7-10 лет) пришлось 9,8 % пострадавших. Дети от 2 до 6 лет составили 37,2 % детей. Основной причиной возникновения политравмы у детей старшего возраста являлось дорожно-транспортное происшествие 42 (61,7%) случая. Второй по частоте причиной являлось падение с высоты - 18 (26,4 %) детей

Результаты исследования. Анализ материала показал, что 82,6 % пострадавших поступили в клинику в состоянии травматического шока, 11,4% поступили в субкомпенсированном и 6 %- в критическом состоянии. Множественные переломы костей конечностей наблюдались у 18,1% пострадавших. При множественной и сочетанной травме переломы бедра встречались у 10,1%, перелом голени у 7,3% больных. У детей с кататравмой перелом позвоночника в сочетании ЧМТ наблюдались в 19,2% случаев. Доминирующая скелетная травма было у 32 (47%) детей, черепно-мозговая травма у 26 (38,4%) абдоминальная – у 6 (8,8%), торакальная травма - у 4 (5,8%) пострадавших. По показаниям 18 детям была произведена диагностическая лапароскопия и у 6 больных выявлено повреждение органов брюшной полости. В связи с чем им была произведена лапаротомия. Больным с торакальной травмой (4) произведено было дренирование плевральной полости. У 19 больных с доминирующей черепно-мозговой травмой была выполнена трепанация черепа. Хирургическая обработка ран различной локализации выполнена в 23 случаях, из них в 16 случаях обработка была первичной, у 7 детей, доставленных из районов республики произведена была вторичная хирургическая обработка. Приоритетом в оказании неотложной реанимационной помощи данным больным являлось устранение жизнеугрожающих последствий политравмы: кровотечения, гипоксии, нарушения дыхания, недостаточность кровообращения и нарушения метаболизма.

Анализ материала показал, что при лечении повреждений ОДА у детей с политравмой прооперировано 50,5% больных. Нами применялись простые и малоинвазивные способы фиксации повреждений костной системы. Большая часть остеосинтеза длинных трубчатых костей была проведена в отсроченном периоде, в сроки позднее 1-х суток. Накостный остеосинтез проведен у 9,1% детей с переломами бедра и у 7,2% переломом голени, интрамедуллярный остеосинтез бедра выполнен у 14,7% больных. Остеосинтез аппаратом Илизарова выполнен у 17,6% детей с открытым множественным сегментарным повреждением костей голени. Средний срок нахождения больных в отделении реанимации и интенсивной терапии составлял 3–5 суток, в травматологическом отделении 18 – 28 дней

Выводы. 1. При оказании помощи детям с политравмой совместное участие анестезиологов-реаниматологов, травматологов, нейрохирургов и хирургов улучшает качество диагностики и сокращает сроки выполнения экстренных оперативных вмешательств и позволяет получить благоприятный исход.

2. Ранняя диагностика и своевременное, щадящее оперативное вмешательство больным с повреждением ОДА при политравме и применение простых и малоинвазивных методов фиксации повреждения костной системы способствуют получению положительного результата и уменьшают продолжительность нахождения пострадавших в стационаре.



КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА Д.НАСС ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Мирдадаев Ж.Ф., Мирнаёзов О.А., Садиков А.А.

Республика болалар ортопедия маркази, Тошкент

Кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси (КҚГД) нафақат косметик, балки ички аъзолар функциясини бузилишига олиб келувчи касаллик хисобланади. КҚГДси билан оғриган беморларни илк бор жаррохлик усулда даволаш 1911-йилдан бошланган ва hozirgi кунга келиб 100 дан ортиқ жаррохлик усули ва унинг модификациялари мавжуд. Охириги 15 йилликда КҚГДни жаррохлик усулида даволаш тубдан ўзгарган. Буларнинг барчаси ички аъзолар функциясини тиклаш, кам инвазив ва косметик нуқсонни бартараф қилишга қаратилган. КҚГД билан оғриган беморларда жаррохлик тактикасини танлаш ва амалиётдан кейинги реабилитацияни тўғри олиб катта аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади: КҚГД билан касалланган болалар ва ўсмирларда Дональд Насс усулидаги жаррохлик амалиётдан кейинги реабилитацияни тўғри танлаш ва натижаларни таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар: Республика болалар ортопедия марказида 2019-2023 йилларда 227 та беморда кам инвазив Дональд Насс ва унинг модификацияланган услубида жаррохлик амалиёти ўтказилди. Улардан 182 (80,1%) таси ўғил 45 (19,8%) таси қиз бола. Беморлар ёши 5 ёшдан 17 ёшгачани ташкил қилади. Беморларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясини тури ва шаклига қараб ажратишда Н.И Кондрашин классификациясидан фойдаланилди.

Классификацияга кўра кўкрак қафасини гирдобсимон деформацияси босқичига кўра компенсацияланган, субкомпенсацияланган, декомпенсацияланган. Форма-сига қараб симметрик, асимметрик (ўнг томонлама чап томонлама) яссигирдобсимон (симметрик асимметрик). Даражасига қараб I-II-III-га ажратилди.

Бизнинг кузатувимизда КҚГД II-даража симметрик субкомпенсацияланган беморлар 14та, КҚГД II-даража ўнг томонлама асимметрик субкомпенсацияланган беморлар 9та, КҚГД II-даража чап томонлама асимметрик субкомпенсацияланган беморлар 10та ва КҚГД III-даража ўнг томонлама декомпенсацияланган беморлар 3та булди. Барча беморлар жаррохлик амалиётдан олдинги ва амалиётдан кейинги натижаларини таҳлил қилиш мақсадида клиник (Антропометрия) ва инструментал (ЭхоКГ, МСКТ, Рентгенография ва бошқа) текширувлардан ўтказилди.

Жаррохлик амалётига қуйдагилар кўрсатма булди; деформациянинг чуқурлиги 2см ва ундан юқори бўлиши, нафас ва юрак қон томир системасини турли хилдаги бузилишлари. Инструментал текширув натижаларга асосланиб, барча беморларда Дональд Насс усулида жаррохлик амалёти ва унинг модификацияси индивидуал тарзда танланди.

Натижалар: Беморларнинг 46 тасида кўкрак қафасидаги деформация чуқурлиги ва чуқурлик узунлиги (Grand canyon тип) сабабли 2 сатҳда Д.Насс пластинаси торакоскопик видеокузатув орқали ўтказилди. 104 та беморда кўкрак қафасидаги деформация асимметрик бўлгани сабабли асимметрик шаклда эгилган Д.Насс пластинаси ўнгдан III-IV-қовурғалар оралиғидан кириб, чап томон IV-V қовурға ора-

лиғидан чиқарилиб ўрнатилди. 77 та беморда кўкрак қафасидаги деформация симметрик бўлгани сабабли одатий яримойсимон шаклда эгилган Д.Насс пластинаси ўрнатилиб жаррохлик амалиёти бажарилди. (Пластиналар сони ва шакли КҚГДни турли типларига қараб хар бир беморга алохида танланди).

Жаррохлик амалётдан сўнг барча беморлар кузатувимиз остига олинди ва реабилитация чора тадбирлари кўрилди. Беморларни барчаси жаррохлик амалиётдан сўнг реанимация бўлимида қолдирилди ва интенсив даво муолажалари ўтказилди. бемор ҳолатига қараб реанимация бўлимида 1-3кунгача беморлар қолиб наркўтик аналгетик препаратлари қўлланилди. Барча беморларга амалётдан сўнг нафас машқи, ётган ҳолда оёқ қўлларни ҳаракатлантириш ва 10-15 градус ёнбошла-тиб ётоқ ҳолатини ўзгартириш буюрилди. 126 та беморда амалётдан сўнг кўкрак қафасига босиб турувчи боғлам 1суткага қўйилди, бунга сабаб кўкрак қафасида 3та прокол бўлиши ва металл мослама ўтиши бир мунча қийинчилик туғдириши бўлди. 23та беморда наркўздан уйғониш даврда ён томонга айланиш натижасида оғрик кучайди ва безовталанди. 4та беморда бўлимга ўтказиш даврида кескин ҳаракатланганда кучли оғрик кўкрак қафасида кузатилди. 46та беморда ўз хохиши билан эркин туриш натижасида кўкрак қафасидаги оғрик кучли бўлди. 4 та беморда жаррохлик амалиётдан сўнг металл пластина айланиши кузатилиб, қайта жаррохлик амалиёти ўтказилди ва металл мослама жойига қайтарилиб фиксация қилинди. Беморни вертикал ҳолатга келтириш 2 суткадан бошланди ва бемор яқинлари ёки тиббиёт ходимлари томондан бажарилди 7-10кунгача. Бунга сабаб беморда бош айланиши ва эркин ўзи туриши кўкрак қафасида оғрик кучайшга олиб келади.

Хулоса. КҚГД билан оғриган беморларда бажарилган кам инвазив Д.Насс усулидаги жаррохлик амалиётимиздан кейинги реабилитация натижалари шуни кўрсатадики: беморни тўғри реабилитация қилиш беморда амалётдан кейинги бўладиган оғриқлар безовталиқ ҳамада кузатилиши мумкин бўлган асоратларни бир мунча олдини олади ва беморни актив ҳаётга эрта мослашиш ҳамда умумий ахволини яхшилашга олиб келади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

*Мирзаев Ш.Х., Кахрамонов С.К., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У.,
Рахимов А.М., Сайдирахматхонов С.С., Гаипов З.А.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

За период 2021–2023 г.г. в отделении последствий травм ГУ "Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии" прооперировано 210 пациентов с АНГБК. Причиной АНГБК патогенеза развития асептического некроза после перенесенной инфекции COVID-19, то в настоящее время обсуждаются два вероятных механизма: повреждение вирусом сосудов костной ткани и негативное влияние на костную ткань глюкокортикоидов, используемых при лечении инфекции. Возраст прооперированных пациентов варьировал от 30 до 70 лет (в среднем 45–50). Из них пациентов мужского пола - 141



(67%), женского - 69 (33%).

Исследуемыми критериями при проведении анализа являлись демографические показатели пациентов (количество, возрастной состав), срок, прошедший от АНГБК до проведения тотального эндопротезирования, тип дефекта костной ткани вертлужной впадины, характеристики оперативного вмешательства (операционный доступ, тип фиксации имплантатов, наличие остеопластики, длительность операции, кровопотеря), клинические и функциональные результаты лечения. При оценке отдаленных результатов учитывались сроки, количество, характеристики и причины развития осложнений, а также процент и сроки ревизионных вмешательств, выживаемость имплантатов.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты в сроки от 3 месяцев до 3 лет после операции изучены у 176 (84%) пациентов. Для оценки состояния сустава при посттравматическом коксартрозе вертлужной впадины использовали шкалу, разработанную W.H.Harris, отражающую четыре основных аспекта: боль, физическое функционирование, анатомические нарушения и амплитуда движений. Отличные результаты по шкале Харриса получены у 163 (78%) больных, хорошие – у 29 (14%) и удовлетворительные – у 16 (8%). При сравнительном анализе результатов лечения, в зависимости от хирургической тактики, отличные и хорошие результаты получены в течение первых двух недель с момента травмы у больных АНГБК с применением тотального эндопротезирования.

Выводы. Эндопротезирование при АНГБК является продолжительным и сложным оперативным вмешательством, сопровождающимся большой кровопотерей и высоким риском развития осложнений. Использование костной пластики вертлужной впадины трансплантатом из головки бедренной кости позволяет обеспечить достаточное покрытие, первичную стабильность тазового компонента и благоприятные отдалённые результаты лечения.

РАЗРАБОТАННЫЙ НОВЫЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ МОДЕЛИРОВАНИЮ ПСЕВДОАРТРОЗА

***Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У.,
Сайдияхматхонов С.С., Гаипов З.А., Қахрамонов С.К.***

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Целью исследования явилось изучение клинико-морфологических признаков формирования ложного сустава бедренной кости крыс в условиях разработанных нами экспериментальных моделей.

Для достижения поставленной цели был использован комплексный методический подход, включающий оперативные вмешательства, рентгенографию и гистологические методы исследования для оценки воспроизведенных моделей псевдоартроза.

Эксперименты выполнены на 78 белых лабораторных крысах, содержащихся на стандартном рационе питания.

После погружения животного в наркоз и обработки области оперативного вме-

шатательства по латеральной поверхности бедра осуществляли продольный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки. Разъединяли глубже лежащие слои мышц, обнажая среднюю треть диафиза. Далее, с помощью пилы Джигли, проводили поперечную остеотомию в середине диафиза бедренной кости.

Затем животные были разделены на две группы. В первой группе дополнительной фиксации после остеотомии не использовали. Опора на конечность у животных была ограничена, имела место «болтающаяся» конечность. Во второй группе в течение 14 дней использовали дополнительную фиксацию костных отломков при помощи полихлорвиниловой трубки от системы для внутривенных инфузий длиной 2–3 см, укрепленной медной проволокой. Данный вид иммобилизации обеспечивал фиксацию костных отломков на ранний срок и позволял животным передвигаться по клетке, нагружая конечность. Однако на 14 сутки на этапе формирования тканеспецифических структур регенерата (мягкотканного регенерата) иммобилизация была снята. Животные опирались на функционально неполноценную конечность. В этих случаях ложные суставы возникают при нарушении процесса регенерации костной ткани и при условиях, замедляющих стимулирование и образование костного регенерата.

Нами получены две модели ложного сустава, приближающегося по патологоанатомической характеристике к истинному ложному суставу. При сравнении этих видов моделей преимущество отдается моделированию псевдоартроза по типу, представленному во второй серии эксперимента, так как в этой серии воспроизводимость псевдоартроза составляла 100 %. Кроме того, псевдоартроз у животных уже развивался на 49 сутки, тогда как при использовании других моделей на 56, 90 и 120.

Разработанные модели псевдоартроза могут быть использованы для преclinical исследований – отработки методов биологической и фармакологической терапии, хирургической тактики лечения с использованием новых биоматериалов и др.

СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕГО МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ

Мирзаев А.Г., Арифджанов К.С., Султонов Р.Р.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Актуальность. Инъекционное повреждение седалищного нерва остается актуальной проблемой из-за широкого распространения внутримышечных инъекций в клинической практике. Седалищный нерв состоит из двух ветвей, формирующих малоберцовый и большеберцовый нервы, покрытых общим эпиневрием на протяжении от таза до места их разделения. Наличие двух пучков в составе седалищного нерва вызывает специфическую картину компрессионного поражения, которое характеризуется иногда избирательным поражением латерального пучка, представленного волокнами малоберцового нерва. При инъекционном поражении выделяют три основных механизма поражения: 1. Механическое повреждение нервных волокон иглой 2. Компрессия нерва гематомой. 3. Токсическое воздействие инъекцион-



ного раствора. В приведенном клиническом наблюдении имело место механическое повреждение иглой седалищного нерва с большим повреждением волокон малоберцового нерва, который в силу анатомических особенностей ограничен в отклонении при соприкосновении с иглой (Richardson DR, Gause LN. 2011).

Основной причиной нарушения функции конечности при этом является нейроргенная деформация, которая формируется в поздние сроки повреждения нервов. Степень поражения мышц, иннервируемых малоберцового нерва (МБН), может быть различной — от полного выпадения функции или слабости одних до повышения тонуса других. Анализ показывает, что процесс лечения пациентов с патологией стопы сопровождается большим количеством осложнений, а доля неудовлетворительных результатов составляет от 6 до 50% (Jeffrey E. Johnson 2015). Лечение последствий повреждения малоберцового нерва всегда было одним из трудных и актуальных вопросов ортопедии детского возраста.

Цель работы — изучение результатов методов ортопедической коррекции нейроргенных деформаций стоп, вызванных повреждением общего малоберцового нерва у детей.

Материалы и методы. В отделении нейроортопедии РЦДО в период с 2020 по 2023 г. находилось 25 пациентов с застарелым повреждением общего МБН и развившейся эквиновальгусной деформацией стоп, степаж, отсутствие тыльной флексии стопы; из них девочек — 11 (44%), мальчиков 14 (56%). Возраст пациентов варьировал от 3 до 15 лет. Срок от момента инъекции от 2 до 8 лет (среднем 3,5 года). По нашим данным основными препаратами поражающий нерв были: диклофенак, но шпа, супрастин, анальгин и их смеси.

При осмотре наблюдали затруднённую походку из-за свисающей стопы (степаж), гипергидроз кожи стопы и нижней трети голени, затруднена тыльная флексия в голеностопном суставе, снижена сила разгибателей пальцев, невозможно стояние на пятке, снижение чувствительности передней области голени и тыльной поверхности стопы, гипотрофия мышц голени.

Больным проведена сухожильно-мышечная пластика по технике Bridle procedure. Сущность Bridle procedure транспозиция сухожилия задней большеберцовой мышцы на короткую малоберцовую мышцу, на вторую клиновидную кость и на переднюю большеберцовую мышцу. Операция заключается в замене парализованных мышц и создание баланса.

Для сохранения достигнутой коррекции обязательной являлась гипсовая иммобилизация под углом 85—90° в голеностопном суставе сроком до 6 нед. С 3-й недели в гипсе начинают переучивание пересаженных мышц. После снятия иммобилизации приступают к дозированной нагрузке и активной реабилитации, которая заключается в лечебной гимнастике, электростимуляции мышц голени, физиотерапии и ношение AFO ортезов на 20 мес. Ортопедическая обувь с фиксацией голеностопного сустава нецелесообразна.

Результаты и обсуждение Анализ результатов лечения проводился с применением клинического и биомеханического методов исследования. Клинически функциональность стоп оценивали по шкале Американского ортопедического общества стопы и голеностопного сустава AOFAS. У 24 больных появилось активное тыльное сгибание, исчез степаж и хромота. Транспозиция сухожилий по технике Bridle procedure позволило устранить мышечный дисбаланс и восстановить активное разгибание стопы. При этом выявлено улучшение функционального состояния стоп:

средний балл, до операции составлявший 68, в отдаленные сроки после лечения увеличился до 92,5.

Выводы. Сухожильно-мышечная пластика по технике Bridle procedure является эффективным хирургическим вмешательством при застарелых повреждениях общего малоберцового нерва и рекомендуется для широкого применения.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ

*Мирзаев Ш.Х., Бегалиев Р.М., Рахимов А.М., Садуллаев О.И.,
Абдиров А.Б., Зуфаров Ф.Р.*

*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий
тиббиёт маркази*

*Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий
тиббиёт маркази Нукус филиали*

Хозирги кунга келиб чаноқ-сон ва тизза бўғимларини тотал эндопротезлаш ортопедиянинг энг жадал ривожланаётган жавхаларидан бири ҳисобланади. Бу турдаги юқори технологик операцияларга мухтож беморлар сонининг кўплиги бу мавзунинг нақадар муҳимлиги яна бир бор ўз исботини топиб турипти. Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Нукус филиалида ҳам бу турдаги юқори технология операциялар бир неча йилдан бери жадал суратларда риволаниб бораётган юқори технологик операциялар қаторига киради.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Нукус филиалида 2020-2022 йиллар давомида 480 нафар беморларда йирик бўғимларни тотал эндопротезлаш жаррохлик амалиёти бажарилди. Шулардан 370 нафар беморда чаноқ-сон бўғими, 110 нафар беморларда тизза бўғимларини тотал эндопротезлаш жаррохлик амалиёти бажарилди.

Чаноқ-сон бўғимини тотал эндопротезланган беморлардан идеопатик коксартроз, диспластик коксартроз, посттравматик коксартроз, сон суяги бўйинчасининг синиши, сон суяги бошчасининг асептик некрози (Постковид синдроми), ревматоидли полиартрит ташхислари билан беморларда жаррохлик амалиёти бажарилди. Тизза бўғимини тотал эндопротезланган беморлар орасида деформацияловчи гонартроз, посттравматик гонартроз, тизза бўғими дистал охири ва катта болдир суяги проксимал охири асептик некрози (Постковид синдроми), ревматоидли полиартрит ташхислари билан беморларда бу турдаги юқори технологик операция бажарилди.

Бизнинг марказимизда мазкур ташхислар билан оператив даволанган беморларни яқин ва узоқ муддатли даволаш натижаларини таҳлил қилганимизда, қуйдаги мезонларни олдик. Беморларнинг тўлиқ хаёт ва иш фаолиятига қайтиши, бўғим ҳаракатининг тўлиқлиги, бўғимдаги оғриқлар, инфекция асоратлар.

Яхши натижалар 88%, қониқарли натижалар 11%, қониқарсиз натижа 1% беморларда кузатилди.



Бу турдаги юқори технологик йўл билан оператив даволанган беморларимиздан 5 нафарида қониқарсиз натижалар олинди. Бу беморларимиз ортопедик режимга амал қилмаганлиги оқибатида мазкур натижа олинган. Бу беморларимизда қайта оператив муолажаар ўтказиб мазкур натижалар бартараф этилди.

Шундай қилиб Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Нукус филиалида йирик бўғимларни тотал эндопротезлаш юқори технологик жаррохлик амалиёти кенг йўлга қўйилди ва бу билан Қорақалпоғистон Республикаси аҳолиси учун жуда катта қулайликлар яратилди.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Мурадов У.Б., Кучаров Б.И.

*Главный военный клинический госпиталь Вооруженных сил Республики Узбекистан,
Отделение травматологии и ортопедии город, Ташкент*

Актуальность. Травмы коленного сустава относятся к группе часто встречающейся патологии опорно-двигательного аппарата человека. Среди всех травм опорно-двигательной системы их доля составляет 18,3%. Частота повреждений коленного сустава объясняется тем, что он является одним из самых больших суставов у человека, который претерпевает значительные физические нагрузки и имеет сложную конфигурацию, так как движения в нем происходят в трех взаимно перпендикулярных осях и плоскостях (Albrecht-Olsen P., Kristensen G., 1999; Bernard J., Lemon M., 2004).

Разрывы менисков составляют 44,8%, передней крестообразной связки – 4,9% и внутрисуставные переломы 3,3% (Иванов Д., 2012). Одной из основных и сложных проблем травматологии и ортопедии является диагностика и лечение внутрисуставных повреждений коленного сустава.

Артроскопия на сегодняшний день является методом выбора при диагностике и лечении повреждений коленного сустава.

Материалы и методы. С августа 2022 года по сентябрь 2023 года в отделении травматологии и ортопедии проводилось хирургическое лечение 180 пациентам с повреждениями коленного сустава. Из них мужчин-155, женщин-25. С повреждениями менисков-145, с повреждениями передней крестообразной связки-35 пациентов.

Всем пациентам до оперативного вмешательства проводилась магнитно-резонансная томография коленного сустава. В зависимости от типа повреждения выполняли диагностическую артроскопию коленного сустава, ревизию, порциальную резекцию мениска или аутопластику передней крестообразной связки сухожилием полусухожильной мышцы.

В послеоперационном периоде производили пункцию сустава с последующим введением гормональных препаратов. Все пациенты придерживались ортопедического режима. В первый день после операции пациентам разрешали ходить при помощи костылей, на четвертый день пациентам разрешалось свободно передвигаться. При этом все пациенты отмечали незначительную болезненность или толь-

ко неприятные ощущения в оперированном суставе. После выписки всем пациентам рекомендовали придерживание от физических нагрузок в течение 3 месяцев.

После артроскопии коленного сустава были получены следующие результаты: хорошо-85%, удовлетворительно-14%, неудовлетворительно-1%. Причинами неудовлетворительного результата явились ранняя нагрузка на оперированный сустав и нарушение ортопедического режима и проявлялись в виде постнагрузочных синдромов.

Выводы:

Артроскопия коленного сустава является стандартом выбора при повреждении коленного сустава в качестве диагностического и лечебного метода.

Артроскопия сустава является менее травматичным и миниинвазивным методом хирургического лечения.

Артроскопия позволяет давать раннюю умеренную нагрузку на оперированную конечность.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ АРТРОЗАМИ С ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ РОЖДАЕМОСТЬЮ

Мухамедова И.Г., Курбанов С.Х, Аскарлов А.Т.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино», Душанбе

Актуальность. Метаболическая патология костной ткани представляет собой актуальную проблему для многих областей медицины. С годами метаболизм в тканях замедляется. Изменения в хрящах и костях происходят практически у всех людей, у многих развивается артроз или остеопороз, у некоторых – одновременно две болезни. При этом в мире, особенно драматическая ситуация создаётся с когортой больных с поражением коленных суставов (ОА), преимущественно у женщин, и характеризуется не только выраженными местными проявлениями, но и социальными последствиями: снижение объёма передвижений и возрастание степени социальной изоляции. Аналогичная ситуация с неуклонным ростом числа больных с остеоартрозами крупных суставов складывается и в Таджикистане. Более того, опыт показывает, что течение артрозов крупных суставов тесно связано с проявлениями остеопороза (ОП), обуславливая не своевременную его диагностику и способного приводить к высокой инвалидности. Не вызывает сомнений, тот факт, что сочетание этих патологий, с учетом отличия образа жизни, алиментарных факторов, факторов риска нашего региона (жаркий климат), ухудшает течение заболеваний и порой не учитывается при обследовании и выборе комплекса лечебно-профилактических мероприятий. По этому в регионе с высокой рождаемостью обосновывается необходимость поиска оптимизированных подходов профилактики и лечения данной патологии у женщин.

Цель исследования. Ознакомить с опытом ведения больных с артрозами крупных суставов, осложнённых остеопоротическими изменениями в регионе с высокой рождаемостью.



Материал и методы исследования. Исследование проведено на базе ортопедического отделения НМИЦ-РТ «Шифобахш» 89 женщин, в возрасте ($M \pm \sigma$) $57,8 \pm 7,6$ лет (от 32 до 65 лет) с диагнозом остеоартроза различной степени тяжести, продолжительности заболевания. У всех женщин зарегистрированы выраженные артралгии ($p < 0,01$), как один из диагностических критериев. Чаще всего боли были моно- и олигоартикулярными и, как правило, локализовались в 68 (76,4%) случаях в коленном суставе. У 22 (24,7%) женщин отмечено поражение тазобедренного с нарушениями функции сустава ($p < 0,001$). Женщины не различались по величине индекса массы тела и длительности постменопаузы.

Клиническое обследование включало визуальную оценку общепринятых рентгенограмм скелета, забор крови натощак для исследования содержания в сыворотке транспортной формы витамина D – 25(OH)D, кальция, магния и щелочной фосфатазы. Для оценки возможной потери костной ткани применялся метод двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии по T-критерию, с использованием остеоденситометра Lunar Prodigy (GE HealthCare, USA). Исследования выполнялись в трёх стандартных участках опорно-двигательного аппарата: поясничном отделе позвоночника, проксимальной части бедренной кости, дистальных отделах костей предплечья. При детализации степени снижения минеральной костной плотности по отношению к пиковой костной массе 88,3% имели остеопенический синдром, в структуре которого у 31,1% женщин с остеоартрозом коленного сустава T-критерий оказался менее $-2,0$ SD. У 57,2% женщин с остеоартрозом 1-2 стадии отмечено значительное снижение МПКТ: ниже $-2,5$ SD, наиболее выраженные в поясничном отделе позвоночника ($p < 0,05$). В подавляющем большинстве случаев в анамнезе отмечались частые беременности (заканчивающиеся родами -5 и больше), продолжительное грудное вскармливание (более 12–15 месяцев), йоддефицитные заболевания, патология почек, и анемии.

Всем больным проведена оптимизированная комплексная терапия с учётом выявленных клинических синдромов.

Результаты исследования и их обсуждение. В динамике ведения больных придерживались условий – купирование болевого синдрома, улучшение функциональной активности (увеличение объёма движений в суставах), подавление увеличенной костной резорбции и стимуляции сниженного костеобразования. Для выполнения этих задач проводилась работа, направленная на модификацию образа жизни и подбор адекватной медикаментозной терапии.

По показаниям, с учётом патогенетических свойств остеотропных препаратов, приверженности и финансовых возможностей больных были назначены антиостеопоротические препараты, с одной стороны, для ограничения или полного прекращения усиленной резорбции костной ткани, с другой – на создание условий для восстановления нарушенного ремоделирования костной ткани и ее микроархитектоники: Лондромакс, золендроновая кислота (Аккласта); в течение 6 - 12 месяцев Кальций D3 Никомед форте, Остеогенон, комплексная биологически активная добавка к пище Остеомед форте (ОФ), содержащая в суточной дозировке кальция цитрат 1000 мг (210 мг Ca^{2+}) (у женщин с патологией почек), под контролем маркеров ремоделирования кости.

Согласно полученным результатам лабораторных исследований показатели кальция составили: общий - $1,66$ ммоль/л ($2,15-2,55$); ионизированный - $0,83$ ммоль/л ($1,03-1,29$); так как у половины обследованных был выявлен дефицит ви-

тамина D различной глубины и низкие показатели магния, в схему терапии были включены – активные метаболиты витамина D3800–1000 МЕ ежедневно (в диапазоне 3-18,2 нг/мл), препараты магния 300-500 мг/сутки (<0,69ммоль/л) (Магне В6, Дуомаг).

Через 3 недели на фоне лечения динамическое наблюдение показало стабильное снижение продолжительности и интенсивности боли более чем в 2 раза ($p=0,030$), которая была определена в баллах и соответствовала $2,3\pm 0,25$ балла, что положительно сказалось на функциональных возможностях сустава. По мере приёма препаратов больные отметили улучшение общего состояния, уменьшение потребления анальгетических и противовоспалительных средств, увеличение объёма движений и восстановление походки.

Анализ минеральной плотности кости в динамике показал достоверно значимый прирост минеральной плотности костной ткани во всех областях измерения, но особенно, в поясничном отделе позвоночника на $+2,4\%$ ($p<0,001$) с постепенным нарастанием эффекта. В свою очередь, на фоне лечения одновременно отмеченная тенденция к повышению концентрации общего кальция, магния в сыворотке крови и снижению показателей щелочной фосфатазы по сравнению с исходными данными рассматривалась как результат стимулирования обменных процессов ионами микроэлементов. В тоже время, увеличение уровня 25(OH) D в сыворотке крови отмечалось в пределах нижней границы нормальной обеспеченности (30 нг/мл).

Анализ отдаленных результатов, оцененных клинически и субъективно спустя 6 месяцев от начала лечения позволил рассматривать результаты у 89% женщин как регресс клинических проявлений остеоартроза и остеопороза.

Выводы. Проведенное исследование показало, что в регионе с высокой рождаемостью остеоартрозы сопровождаются снижением минеральной плотности костной ткани (МПКТ), что усугубляет тяжесть клинических проявлений этой патологии. Этот факт диктует необходимость особого внимания к этой группе пациентов, обязательного и более раннего лечения сразу двух дополняющих друг друга заболеваний.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ

Назарова Н.З.¹, Шамукимов Ш.А.²

¹Ташкентская медицинская академия, Ташкент

²Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Актуальность. Рука является важным органом познания окружающей действительности, особенно в дошкольном возрасте. Активное манипулирование предметами на первом году жизни способствует формированию у ребенка пространственных восприятий и представлений, развитию мыслительных операций.

Цель работы: улучшение результатов хирургического лечения врожденной синдактилии кисти.

Материал и методы: В Республиканском центре детской ортопедии с 2012 по 2023 г. находилось на лечении 125 больных в возрасте от 1 до 18 года с врожденной



синдактилией кисти (656 пальца на 167 кистей), которым выполнены оперативные вмешательства. Число пациентов мужского и женского пола было - 66:59. Дети до 7 лет составили преимущественное большинство - 81 (65%). Среди 110 обследованных больных у 31 (28%), помимо синдактилии, имели место и другие пороки развития кисти. В большинстве случаев (65) наблюдалось двустороннее сращение пальцев кистей, что составило 52%, сращение пальцев только правой кисти имело место у 38 (30%) пациентов, только левой кисти - у 22 (18%). Больные были распределены на 3 клинические группы: 1. Простая форма синдактилии -45 (36%); 2. Сложная форма синдактилии -62 (49%); 3. Рецидивная синдактилия -18 (15%).

Всем больным производилось оперативное лечение строго по нижеследующим принципам: обязательная маркировка кожных доступов; под контролем турникета; все кожные разрезы вдоль синдактилированных пальцев должны быть зигзагообразными; релиз синдактилии начинают дистально; межпальцевая спайка формируется только за счёт местных тканей; выделяется общая пальцевая артерия и собственный пальцевый нерв; пересекается ладонная и тыльная межпальцевые связки; кожные швы накладываются без натяжения; шовный материал: монофиламентная нить №5,0 (пролен, монокрил, PDS); дефект укрывают свободным расщеплённым кожным лоскутом.

Результаты и обсуждение. При хирургическом лечении детей со сращением пальцев кисти мы провели три вида операций: основные, направленные на разделение пальцев; лечение осложнений, возникших в ходе операций или в послеоперационном периоде; устранение вторичных деформаций, возникших в результате хирургических вмешательств. Рациональное ведение больных в послеоперационном периоде, своевременное ортезирование и диспансерное наблюдение позволяют улучшить функциональный и косметический результат операции. В отдаленные сроки после оперативного лечения отмечаются: увеличение амплитудно-частотных показателей ЭМГ в мышцах предплечья и кисти; отсутствие значимых нарушений чувствительности и изменений показателей периферического кровотока. Адекватный выбор метода операции у детей с синдактилией кисти, использование современных технологий лечения и рациональное ведение периода реабилитации позволили получить в отдаленные сроки отличные и хорошие результаты.

Вывод.

Выбор адекватного способа операции и технически правильное его выполнение с использованием микрохирургической техники и оптического увеличения позволяют достичь желаемых функциональных и эстетических отдалённых результатов. Оптимизированная тактика оперативного лечения врожденной синдактилии кисти позволяют избежать повторных и многоэтапных оперативных вмешательств, что имеет большое социальное и экономическое значение.

COVID-19 ДАН КЕЙИНГИ СОН СУЯГИ БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИДА ТАШҲИСЛАШНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ТАВСИФИ

Назаров И.Р.¹, Маҳкамов Н.Ж.²

¹Андижон вилоят ортопедия-травматология шифохонаси, Андижон

²Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Муаммонинг долзарблиги. Дунёни эпидемия саналган SARS-CoV-2 қўзғатган коронавирус инфекцияси 2019 йил октябр ойидан қамраб олди. 2021 йили кузида Бутун Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти таклифи бўйича “постковид синдроми” номланиши, ҳавfli омиллари, патогенези ва клиник-морфологик кечиши муҳокамадан ўтди. COVID-19 оқибатида тос - сон суяк тўқимасининг асептик некрозининг морфогенези ва патогистологик ўзгаришлари ҳақидаги маълумотлар илмий адабиётларда йўқлиги, унинг ривожланиш патогенези, морфогенези ва суяк тўқимасида ривожланган асептик некрознинг патогистологик ўзгаришларини ўрганиш долзарб муаммо ҳисобланади. Илмий тадқиқотнинг мақсади сифатида COVID-19 билан касалланиб ривожланган сон суяги бошчаси асептик некрозининг морфогенези ва хос патоморфологик ўзгаришларини аниқлаш қўйилди.

Материал ва усуллар. Материал сифатида 2021 йил давомида Андижон вилоят ортопедия ва травматология шифохонасида сон суяги бошчаси дистрофик-дегенератив касалликлари билан даволанишдан ўтган 28 та беморларнинг клиник-анамнестик ва жарроҳликда олинган тўқима материаллари ўрганилди. Сон бошчаси асептик некрозга учраган соҳаси, суякнинг ташқи пардаси, тоғай пардаси ва сон суяги бўйин қисми биргаликда олиб ташланган. Тўқима бўлакчалари макроскопик жиҳатдан ўрганилиб, ҳар биридан 1,5 – 1,5 см катталиқдаги бўлакчалар кесилиб олинди ва 10% формалиннинг фосфат буферли эритмасида 72 соат қотирилиб, 5-7 мкм гистологик кесмалар олиниб, депарафинизациядан ўтказилиб, гематоксилин ва эозин билан бўялди. Гистологик препаратлар ёруғлик микроскопида ўрганилди. Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси. Морфологик текширув натижалари кўрсатишича, асептик некроз жараёнининг сон проксимал суяклари атрофидаги юмшоқ тўқималар ва суяк пардасидаги тўқимаси кучли шишга учраганлиги, ҳужайра ва толали тузилмаларининг титилиб, бетартиб жойлашганлиги, оралиқ моддада вакуоллашган бўшлиқлар пайдо бўлганлиги аниқланади. Айниқса охириги босқичларида сон бошча суякларида ривожланган асептик некрознинг, яъни асептик некроз ўчоқларининг пайдо бўлиш даврида ушбу ҳолат кузатиладики, суяк тўқимасининг қаттиқ ва зич ҳолдаги устунлари ҳам некробиотик ўзгаришлар оқибатида парчаланиб, фрагментацияланиб, ҳар хил катталиқдаги секвестрлар пайдо бўлганлиги аниқланади. Ушбу секвестр кўринишидаги қаттиқ суяк тўқимаси таркибидаги остеоцит ҳужайраларнинг нобуд бўлганлиги, бўлакчалар периферик қисмида кучли даражада кальциноз ривожланганлиги кузатилади. Секвестр бўлакчалари орасидаги суякнинг асосий моддаси тўлиқ ҳолда некрозланиб, структурасиз ҳолатга кирганлиги аниқланади. Бунинг таркибида ҳам шиш ўчоқлари ва кальцинозлар ривожланганлиги топилади.

Хулосалар Сон бошча суяги асептик некрози ривожланишининг дастлабки даврида суяк атрофидаги ташқи парда ва юмшоқ тўқималарда қон томирларининг торайиши ва тромбози оқибатида некробиотик ўзгаришлар ривожланади. Сон бошча суяги таркибида дастлаб оралиқ остеоид модда некробиозланиб, деструкцияланган остеобласт, остеокласт ва фибробластлар жойлашган бўшлиқлар пайдо қилади, кейин суякнинг қаттиқ устунларида дистрофик ва деструктив ўзгаришлар ривожланиши оқибатида некробиотик ўзгаришлар пайдо бўлади. Асептик некрозланиш жараёнининг чин некроз ўчоқларининг пайдо бўлиш даврида қаттиқ суяк устунларидан секвестрлар, оралиқ остеоид тузилмалардан структурасиз дендрит пайдо бўлиши аниқланади. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, албатта касалликларни тўлиқ патоморфологик тавсифлаш, ташхислаш даволаш самарасини оширишади,



бу эса далилларга асосланган тиббиётда ва ҳалқимиз ижтимоий, иқтисодий ривожланишида ўз ўрнига эгадир.

ПУТИ СНИЖЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

Наимов А.М., Раззоков А.А., Парпиев Ф.М.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ Таджикиского государственного медицинского университета им. Абу Али ибни Сино», Душанбе

Цель исследования. Снижение госпитальной летальности при сочетанной травме путем реализации комплексной оптимизированной системы диагностики и лечения острого периода обсуждаемых повреждений.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на основе анализа данных 3186 больных с сочетанной травмой, находившихся на лечении в отделениях сочетанной травмы и экстренной хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан за 2013–2022 годы. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет, в том числе в возрасте 18–44 лет – 71,9%, 45–59 лет – 20,0% и свыше 60 лет – 8,1%. Мужчин было 2432 (76,3%), женщин – 754 (23,4%). В зависимости от локализации доминирующей травмы структуре анализируемого материала доминировали взаимоисключающие повреждения (47,3%). Критериями включения больных в настоящую работу являлись: наличие повреждений в двух и более общепринятых локализациях; возраст больных от 18 и более лет; тяжесть состояния больных по шкале Гуманенко более 20 баллов; тяжесть повреждений по шкале Назаренко более 13 баллов.

В зависимости от предпринятой лечебной тактики лечения и профилактики летальности больные распределялись на две группы:

- контрольная группа - 1669 (52,4%) больных, пролеченных общеизвестными подходами;

- основная группа - 1517 (47,8%) пациентов, пролеченных с применением разработанных и реализованных комплекса организационных и лечебно-профилактических мер.

При сравнительном анализе рассматриваемые клинические группы по ключевым параметрам были почти идентичными, что свидетельствует об их сопоставимости.

Результаты и их обсуждение. Анализ клинического материала проведен нами клинический материал был проведен в два периода. На первом этапе (2013–2017 годы) в комплексном лечении больных с сочетанной травмой предпринимались традиционные подходы (контрольная группа). На втором этапе (2018–2022 годы), с целью реализации вышеупомянутой концепции предотвратимых летальных исходов, предложена и реализована комплексная оптимизированная лечебно-диагностическая система, ключевыми звеньями которой являлись:

- объективная оценка тяжести состояния больных по шкале Гуманенко и тяжести повреждений по шкале Назаренко и построение лечебно-диагностической тактики по их результатам;

- целенаправленное прогнозирование, диагностика и профилактика синдрома жировой эмболии и построение тактики лечения сочетанной травмы с учетом профилактики и лечения данного осложнения;

- дифференцированное применение современных методов стабильно-функционального и малоинвазивного остеосинтеза в комплексном лечении нестабильных переломов по результатам вышеназванных объективных шкал;

- акцент на применение тактики «damage control surgery»;

- комплексный клиничко-инструментальный и лабораторный круглосуточный мониторинг за интегральными показателями, которые применяются в остром периоде сочетанной травмы;

- дифференцированная профилактика и лечение шока, тромбоэмболических и других осложнений острого периода травматической болезни;

- дифференцированное применение ранних реабилитационных мероприятий, синхронизированное с тактикой ранней стабилизации нестабильных переломов.

В организационном плане созданы профильные отделения для больных с сочетанной травмой, реанимационное отделение оснащено современной аппаратурой, организовано круглосуточное функционирование вспомогательных кабинетов и лабораторного сектора, проводится круглосуточное дежурство всех специалистов хирургического профиля. Важное значение придается обучению персонала навыкам оказания специализированной помощи больным с сочетанной травмой, а также рациональному использованию лечебно-диагностического оборудования.

В целом при сравнительном анализе относительных величин госпитальной летальности наблюдается достоверное снижение этого показателя в основной группе (13,5%) по сравнению с контрольной группой (18,5%), $p < 0,05$, что свидетельствует об эффективности предложенных комплексных лечебно-профилактических и организационных мер при сочетанной травме.

Заключение. Реализация предложенных комплексных мер в основной группе позволила снизить удельный вес летальных исходов за счет увеличения доли предотвратимых смертельных случаев путем оптимизации тактики диагностики лечения острого периода сочетанной травмы.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СПИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Наркулов М.С., Пардаев С.Н., Бобонов Ш.Ф.

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии

Актуальность. Прогресс в хирургии позвоночника в течение второй половины XX века стал возможен благодаря более глубокому осознанию трехмерной природы нормальной и патологической архитектуры позвоночника. Проблема деформаций позвоночника является одной из важнейших в клинической вертебродологии. Средняя распространенность сколиоза среди подростков 16–19 лет составляет 2–3 %, причем деформации величиной свыше 20° находятся на уровне 0,3–0,5 %, в то же



время искривления позвоночника более 40° составляют около 0,1 %. При отсутствии адекватного консервативного лечения сколиотические деформации позвоночника достигают значительной величины, что кроме грубого косметического дефекта приводит к тяжелым нарушениям функции внутренних органов и ранней инвалидизации пациентов. Последнее в свою очередь укорачивает продолжительность и снижает качество жизни больных.

Применение наиболее современных методик консервативного лечения сколиоза далеко не всегда позволяет остановить прогрессирование сколиотической деформации позвоночника, поэтому своевременное выполнение хирургической коррекции и стабилизации позвоночника является методом выбора, который позволяет осуществить коррекцию и стабилизацию искривления позвоночника.

Цель исследования. Изучить результаты применения разработанных технологий хирургического лечения сколиотических деформаций позвоночника.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты оперативного лечения у 31 больного, из которых (8 мальчиков, 23 девочек) возраст пациентов базировался от 13 до 18 лет с идиопатическим сколиозом тяжелых степеней грудопоясничной локализации. У 19 (64%) подростка грудопоясничная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, у 12 (36%) левостороннюю. Величина основной грудопоясничной дуги искривления составила от 42 до 1220 по Cobb.

Результаты исследования. В ходе оперативного лечения у пациентов при клиническом осмотре наблюдалось улучшения и полностью восстановлен фронтальный и сагитальный баланс туловища. У пациентов при хирургическом вмешательстве остаточная деформация сколиотической дуги деформации составила от 10 до 120, процент коррекции колебался от 86 до 88%. Кифотическая деформация составила от 31 до 330, лордоз составил от 29 до 310. Остаточный угол ротации апикального позвонка составил от 14 до 250.

Для оценки корректности положения транспедикулярных опорных систем всем больным после хирургического лечения выполняли КТ грудопоясничного отдела позвоночника. Во всех наблюдениях отмечено корректное состояние опорных элементов металлоконструкции без признаков перелома основания дуг позвонков и стеноза позвоночного канала.

Выводы. Выбор тактики оперативного вмешательства при деформациях позвоночника у детей с идиопатическим сколиозом грудопоясничной локализации зависит от величины основной дуги деформации, ее мобильности и возраста больного. У пациентов с подобными деформациями отмечено, что чем больше величина сколиотической дуги, тем больше угол ротации апикального позвонка. Исправления деформации позвоночника у пациентов с идиопатическим сколиозом грудопоясничной локализации многоопорными спинальными системами с транспедикулярными опорными элементами, позволяет добиться эффективной коррекции основной дуги, обеспечить достижения истинной деротации позвонков на ее вершине и в ходе хирургического вмешательства и сохранить достигнутый результат в отдаленный период после операции.

РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ХАГЛУНДА И АХИЛЛОБУРСИТА

Ни Г.В., Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Кадыров С.С., Салиев С.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения «боль в пяточной области является распространенной патологией среди населения в целом, от 17% до 24% среди взрослых в возрасте старше 18 лет и до 42% среди взрослых в возрасте старше 65 лет». Наиболее распространенной причиной возникновения пяточной боли является деформация Хаглунда и ахиллобурсит – патология пяточного бугра, которая может приводить к развитию воспалительных изменений в мягких тканях пяточной области, хроническому болевому синдрому и, как следствие, разрывам ахиллова сухожилия.

Цель исследования – сравнить ранние результаты эндоскопического лечения деформации Хаглунда и ахиллобурсита.

Материалы и методы. Представлены 126 пациентами с деформацией Хаглунда и ахиллобурситом, пролеченные в ГУ РСНПМЦТиО. В основной группе 62 пациентам проведена эндоскопическая кальканеопластика, в сравнительной группе 64 пациентам произведена открытая кальканеопластика. Пациентам проводилась стандартная боковая рентгенография обеих пяточных костей и МРТ исследование.

Критериями включения составили пациенты с не эффективным консервативным лечением в анамнезе, видимая косметическая деформация, заднепяточная боль, наличие деформации на боковой рентгенограмме и ахиллобурсит на МРТ картине.

Результаты и обсуждения. Клинические и функциональные результаты были собраны у всех 126 больных как до операции, так и в раннем периоде после операции. В группе сравнения средний балл по ВАШ снизился с $7,06 \pm 1,45$ до $4,81 \pm 1,10$. Пациенты отмечали болезненность в пятки от 3 до 6 баллов, что было статистически значимо ниже, чем до операции. В основной группе отмечена более благоприятная динамика снижения болевых ощущений, связанных с деформацией Хаглунда и ахиллобурситом, что подтверждено статистическим анализом, при сопоставлении данных с группой сравнения ($t=2,09$, $p=0,0351$). Анализ результатов оценки функционального состояния стопы и голеностопного сустава в раннем периоде после оперативного лечения деформации Хаглунда и ахиллобурсита показал, что в каждой из исследуемых групп отмечена положительная динамика со значимой разницей между дооперационными и послеоперационными показателями AOFAS.

Выводы. Совершенствование тактических подходов к ведению пациентов с деформацией Хаглунда и ахиллобурситом позволило уменьшить частоту ранних послеоперационных осложнений с 18,8% до 3,28% ($p=0,025$), сократить длительность операции с $42,4 \pm 9,6$ до $36,4 \pm 10,3$ минут ($p=0,00044$), сроков госпитализации с $4,6 \pm 1,0$ до $3,90 \pm 1,0$ суток ($p=0,000056$), сроков реабилитации с $5,9 \pm 0,8$ до $3,9 \pm 0,8$ недель ($p<0,0001$), что в целом обеспечило повышение показателей функционального статуса стопы и голеностопного сустава с увеличением доли хороших и отличных результатов с 90,6% до 95,2% ($p=0,033$).



ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОПЛАСТИКИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Ниматов Ф.С, Ходжанов И.Ю, Ступина Н.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Ревматоидный артрит (РА) – хроническое аутоиммунное воспалительное заболевание суставов, представляющее серьезные социальную и экономическую проблемы во всех странах мира. Его распространенность составляет 0,5–1,5% среди взрослого населения, а экономические потери приближаются к таковым при ишемической болезни сердца. Развитие вторичного остеоартроза коленных и тазобедренных суставов с нарушением функции нижних конечностей значительно ограничивает физическую активность больных, определяя необходимость тотального эндопротезирования суставов. Даже самые современные консервативные методы лечения, в том числе с применением генно-инженерных биологических препаратов, не всегда могут прервать или затормозить прогрессирование изменений коленного сустава, особенно на поздних стадиях их развития.

В целом более 25% пациентов с поражением крупных суставов в итоге нуждаются в их замене на искусственные. Артропластика прочно вошла в клиническую практику в качестве высокотехнологичного метода лечения, позволяющего не только купировать боль, но и существенно улучшить функциональные возможности больных, повышая качество их жизни. Несмотря на то, что эндопротезирование крупных суставов при РА является важным достижением в ревмоортопедии, до сих пор операции на крупных суставах при наличии высокой активности заболевания представляют сложную задачу как для хирургов-ортопедов, так и для ревматологов, осуществляющих дальнейшее ведение этих больных. Существует много вопросов относительно периоперационного ведения и особенностей проведения вмешательств таким пациентам. До сих пор остается спорным вопрос об изменении активности ревматических заболеваний после замены сустава, нет единодушия в тактике ведения больных, получающих базисные противовоспалительные препараты и глюкокортикостероиды в периоперационном периоде. В литературе данные по этой проблеме малочисленны и часто противоречивы. Отдаленные результаты оцениваются в основном по параметрам, принятым в хирургии, и лишь в отдельных наблюдениях обсуждаются показатели активности РА и качества жизни пациентов. Необходимо отметить, что глюкокортикоидная терапия при РА повышает риск пери- и послеоперационных инфекционных осложнений. Подобный результат может быть связан с тем, что ГКС в качестве монотерапии без БПВП в подавляющем большинстве случаев не замедляют и даже ускоряют прогрессирование деструкции суставов при РА. Кроме того, длительный прием ГКС имеет ряд осложнений: остеопороз, асептический некроз головок бедренных костей, нарушение микроциркуляции, потенцирование развития атеросклероза, увеличение массы тела, что затрудняет реабилитационный период после эндопротезирования.

Эндопротезирование суставов является эффективным методом улучшения функционального состояния пациентов, купирования боли и способствует снижению активности ревматоидного артрита; положительная динамика в отношении

функциональной способности после операции артропластики крупных суставов выше у пациентов, принимающих базисные противовоспалительные препараты (метотрексат, лефлуномид, сульфасалазин), по сравнению с группой больных, получающих только ГКС; поскольку существует повышенный риск развития осложнений при монотерапии ГКС, следует снизить их дозы до разумного минимума на время оперативного лечения.

ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОНЕОГЕНЕЗА ПРИ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Новиков К.И.^{1,2,4}, Клинцов Е.В.^{1,3}, Климов О.В.¹, Новикова О.С.^{1,4}, Дьячков К.А.¹, Сергеев К.С.²

¹ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

²ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

³Жлобинская ЦРБ, Гомель

⁴Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Актуальность. Ежегодно в РФ выполняется большое количество оперативных вмешательств по поводу укорочения сегмента конечности. Как правило, это пациенты с системными заболеваниями соединительной ткани либо нарушениями пролиферации. По данным литературы частота случаев ахондроплазии 1/15000–40000, гипохондроплазии 1/30000, псевдоахондроплазии 1/100000, метафизарной дисплазии всех типов 1/23000–40000.

Ввиду особенностей клеточного состава и межклеточного матрикса элементов опорно-двигательного аппарата дистракционный регенерат при различных системных заболеваниях также обладает особенными рентгенологическими признаками, а множество показателей дистракционного режима отличаются от такового у здоровых людей. Данные сведения необходимы для того, чтобы избежать такого осложнения дистракционного остеосинтеза как перелом регенерата. Это осложнение, по данным систематического литературного обзора, встречается, в среднем, у 11% пациентов, перенесших удлинение сегмента. Качество дистракционного регенерата и его форма в данном случае являются определяющими факторами риска перелома.

Цель работы: продемонстрировать и описать случаи удлинения сегментов у пациентов с ахондроплазией, гипохондроплазией, псевдоахондроплазией и метафизарной дисплазиями и сравнить их по ряду признаков и показателей.

Методы: работа является демонстрацией клинических случаев и носит описательный характер. Используются карты стационарных больных Центра Илизарова, рентгенограммы анализируются на программном обеспечении Ni-Scene. Проведенная работа: описано и проанализировано 3 случая псевдоахондроплазии, 3 случая ахондроплазии, 1 случай гипохондроплазии, 1 случай метафизарной дисплазии

Выводы: 1-проведён сравнительный анализ течения дистракционного остеонегенеза у пациентов с нормальным белковым составом межклеточного матрикса (а-/гипо-хондроплазия) и патологическим (псевдоахондроплазия и метафизарная



дисплазия МакКусика); 2-сделаны рекомендации по ведению пациентов с подобными заболеваниями.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПО ИЛИЗАРОВУ: ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ

Новиков К.И.^{1,2,4}, Клинцов Е.В.^{1,3}, Климов О.В.¹, Новикова О.С.^{1,4}

¹ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

²ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, Тюмень

³Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Актуальность. Как любой метод лечения метод Илизарова сопровождается ошибками и осложнениями, и многие хирурги несправедливо считают его достаточно рискованным методом с высокими цифрами осложнений. В настоящее время предложено множество различных классификаций ошибок и осложнений при использовании метода аппаратов внешней фиксации, но они не отражают причины возникновения осложнений и нет единого мнения или четких критериев относительно того, что представляет собой осложнение. Использование аппарата Илизарова при различных состояниях и в различных условиях также влияет на частоту встречаемости осложнений, которые могут варьировать от 2 до 200%. В настоящее время не существует идеальной классификации осложнений.

Цель работы. Показать соотношения объективных и субъективных причин возникновения осложнений и место ошибки, как неизбежного фактора лечебного процесса при остеосинтезе аппаратом внешней фиксации по Илизарову.

Материалы и методы. В своей работе мы оценили одни и те же данные по критериям классификации ошибок и осложнений SOFCOT и по D. Paley classification (1990), добавив в них раздел объективных и субъективных факторов. К объективным факторам влияния на лечебный процесс были отнесены события, не зависящие от врача и степени его профессиональной квалификации, в то время как субъективные факторы находятся полной в зависимости от знаний и умений врача, от его опыта. Мы также отнесли к субъективным факторам возникновения осложнений влияние пациента, как непосредственного «участника» лечебного события. Осложнением мы считали только те события, которые негативно повлияли на конечный результат лечения, при этом те негативные события, которые во время лечения без последствий были купированы, мы к осложнениям не относили. Ошибки и осложнения были разделены по причине их происхождения на объективные и субъективные.

Выводы. По нашему мнению - все ошибки субъективны, но при этом не все ошибки приводят к осложнениям. Ошибки являются предвестники осложнений, но главное - ошибка обратима, осложнение же имеет негативные последствия и всегда отрицательно влияет на конечный результат лечения. Метод Илизарова позволяет врачу исправить ошибку и предотвратить осложнение.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛОКАЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОСТЕОГЕНЕЗА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Овчинников Е.Н., Стогов М.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А.Илизарова» Минздрава Российской Федерации, Курган

Проведенный анализ данных литературы позволяет заключить, что к настоящему времени фундаментально обоснованы и разработаны различные подходы и технические решения для электростимуляции остеогенеза. Однако широкое внедрение этих технологий в практику затруднено из-за отсутствия четких показаний и режимов применения технологий электрического воздействия и отсутствия для них доказательных клинических данных об эффективности и приемлемой безопасности.

Использование электрического тока для стимуляции остеогенеза выглядит перспективным методом, требующим, однако, уточнения в части показаний и безопасных режимов применения. Цель исследования: определить влияние длительного электрического воздействия на локальные процессы остеогенеза.

Исследование выполнено на 13 беспородных собаках обоего пола в возрасте от 2,5 до 4 лет, массой тела от 14 до 19 кг. Электростимуляцию выполняли разработанным устройством БПМ-2М, позволяющим как осуществлять электровоздействие, так и регистрировать параметры электрического тока и импеданса. Животным осуществляли остеотомию большеберцовой кости в средней трети, остеосинтез аппаратом Илизарова. Динамику регенерации кости изучали рентгенологическим, лабораторным методами.

В первой опытной группе (n=7) электростимуляцию начинали в первый день после операции, затем - через два дня в течение преддистракционного, дистракционного и фиксационного периодов, но не более 90 сеансов. Собак выводили из опыта в конце дистракции (n=2), в периодах фиксации 30 суток (n=2) и 180 суток (n=3).

Во второй опытной группе (n=3) проводили ежедневную электростимуляцию в преддистракционном и раннем дистракционном периодах (с первого дня после операции - до 13 суток дистракции). Собак выводили из опыта в конце дистракции (n=1), в периодах фиксации 30 суток (n=1) и 60 суток (n=1).

В контрольной группе (n=3) животным электростимуляцию не выполняли. Собак выводили из опыта в конце дистракции (n=1), в периодах фиксации 30 суток (n=1) и 180 суток (n=1).

Выявлено, что у животных первой и второй опытных групп репарация кости была нарушена уже в преддистракционном периоде. Причиной явилось воздействие на оперированный сегмент электрического тока, как дополнительного травмирующего фактора. Выделены два основных эффекта:

- 1) нарушение острофазовой реакции на остеотомию (определялся статистически значимый низкий уровень С-РБ в сыворотке крови животных двух опытных групп),
- 2) дополнительная травматизация скелетных мышц (констатирован значимый рост активности КК у собак обеих опытных групп).



Постоянное воздействие электрического тока (первая опытная группа) не вызвало развития системных нарушений, о чем свидетельствовала динамика биохимических и гематологических показателей, т.е. реакция на воздействие электрического тока была локальной. Однако отмеченный эффект роста уровня тромбоцитов при прекращении воздействия электрического тока у животных второй опытной группы является фактором риска, который нужно учитывать при окончании процедур стимуляции данным видом воздействия.

Прекращение воздействия тока на оперированный сегмент вызвало изменения показателей костного обмена. Так, если в контрольной группе с увеличением срока distraction, остеогенез обеспечивался за счет снижения процессов остеолиза (оцениваемый по снижению активности ТрКФ), то при постоянном воздействии тока в первой опытной группе такого ингибирования не наблюдалось, остеогенез приостанавливался. Во второй опытной группе прекращение воздействия электрического тока в середине distraction вызывал ответную реакцию в виде роста остеогенной и остеолитической активности. Отмечалась активация ремоделирования кости.

Таким образом, проведенное исследование показало, что длительное электрическое воздействие оказывало влияние на локальные процессы остеогенеза, при этом системных нарушений (клинические и лабораторные данные) не отмечалось. Однако стоит отметить реакцию скелетных мышц на стимуляцию током и реакцию системы свертывания на её прекращение, что может внести ограничения в показания к стимуляции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Поздеева А.А.¹, Коробейников А. А.²

*¹Государственное бюджетное учреждение «Курганская областная детская
клиническая больница имени Красного Креста», Курган*

*²Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А.
Илизарова» Минздрава Российской Федерации, Курган*

Цель исследования – анализ результатов оперативного лечения детей с переломами головки мышцелка плечевой кости (далее – ГМПК).

Материал и методы: в наше исследование включено 41 последовательный непрерывный случай внутрисуставных переломов дистального эпифиза плечевой кости у детей в возрасте от 3 до 15 лет, которым проведено оперативное лечение с 2017 по 2023 годы. Период наблюдения за каждым пациентом составил от 6 до 18 месяцев. Были исследованы: возраст, пол, механизм травмы, тип перелома согласно классификации РССФ, особенности оперативной техники, срок стационарного лечения, сроки анатомо-функционального восстановления, данные лучевых методов исследования и осложнения.

Результаты: 41 ребёнку с переломами ГМПК было проведено оперативное вмешательство путём различных методик: остеосинтез спицами проводился 33 паци-

ентам, остеосинтез компрессирующими винтами - 5 пациентам и остеосинтез винтами Герберта - 3 пациентам. Ранних послеоперационных осложнений не наблюдалось. Поздние осложнения наблюдались у 11 пациентов, среди них: бурситы, контрактуры, замедленная консолидация и несращение. Отдалённые результаты проанализированы у 32 пациентов. После консолидации перелома и полного восстановления функции локтевого сустава 38 пациентов были госпитализированы повторно для удаления металлоконструкций.

Обсуждение: При лечении детей с переломами ГМПК в настоящее время используются различные методы, включая консервативный. По мнению различных авторов хирургическое лечение показано при смещении отломков на 2 мм и более. Мы придерживаемся того же мнения. Преимуществами метода является анатомическая репозиция, стабильная фиксация на весь период консолидации и раннее функциональное восстановление поврежденного сегмента. Из недостатков метода остеосинтеза металлическими фиксаторами мы хотели бы отметить необходимость повторного хирургического вмешательства для удаления металлоконструкций. По нашим наблюдениям в результате оперативного пособия достигнуто полное анатомо-функциональное восстановление в 85% случаев.

Выводы: Метод хирургического лечения детей с переломами ГМПК показал свою эффективность, и мы рекомендуем его в качестве метода выбора при лечении детей с указанным повреждением. Встретившиеся осложнения не повлияли на конечный результат лечения и были купированы в процессе лечения в нашей серии случаев.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗОВ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ МЕТОДОМ АРТРОДЕЗИРОВАНИЯ

*Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р., Эргашов М.М.,
Толочко К.П., Хасанбоев С.Х.*

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Несмотря на активную разработку новых способов лечения посттравматического деформирующего артроза голеностопного сустава, артродез в ряде случаев является единственным возможным вмешательством, позволяющим устранить боль, патологическую установку конечности и восстановить ее опороспособность. Поэтому артродез многие авторы считают «золотым стандартом» ортопедии.

Материалы и методы. В период с 2020-2022гг 22 пациентов были прооперированы в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО МЗ РУз. Из них 15 были пациенты женского пола, 7 мужского. Средний возраст пациентов составлял 32 лет (17–65). У всех пациентов состояние до и после операции была оценена опросником AOFAS. В качестве стандартных методов диагностики были проведены МРТ, МСКТ и стандартная рентгенография голеностопного сустава. В качестве основного доступа был использован трансфибулярный доступ. У 9 пациентов произведен артро-



дез голеностопного и подтаранного суставов. У остальных 13 артродез голеностопного сустава. Для фиксации были использованы спонгиозные титановые винты диаметра 6,5 мм (в 18 случаях), и аппарат Илизарова (4 случая).

Результаты. Клинические результаты были оценены по шкале AOFAS. Согласно опроснику 67% довольны, 88% хотели бы пройти процедуру повторно, 92% порекомендовали бы другому пациенту. 77% пациентов полностью удовлетворены, 19% не заметили аномалий походки после операции. Средняя оценка по AOFAS составляла 75.6 баллов. В 1 случае развилось осложнение инфицирование одного винта, была произведена удаление винта. В 1 случае артродез не состоялся и планируется ревизионное артродезирование.

Заключение. Оценки AOFAS демонстрируют приемлемые результаты после артродезирования голеностопного сустава. При артродезировании голеностопного сустава важно соблюдать следующие принципы: максимально возможное удаление суставного хряща и кист выведение стопы в функционально выгодное положение увеличение площади между анкилозируемыми поверхностями костей при помощи костной пластики прочное удержание их в таком положении до полного сращения. В сращенном голеностопном суставе наблюдается развивается компенсаторная гипермобильность, в частности в Шопаровом суставе, что способствует улучшению походки.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК

***Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Эргашов М.М., Толочко К.П.,
Худоёров Ф.Р., Нематжонов Б.О., Хасанбоев С.Х.***

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Переломы лодыжки являются наиболее распространенными переломами, наблюдаемыми в травматологических центрах, среди травм стопы и голеностопного сустава. Кроме того, на их долю приходится 10% всех переломов (второе место по частоте после переломов проксимального отдела бедренных костей). Целью данного исследования было оценить функциональные и связанные со здоровьем результаты качества жизни после хирургически леченных переломов лодыжек.

Материалы и методы. 66 пациентов были прооперированы в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО в период с января 2021 по декабрь 2022 по поводу переломов лодыжек. Из них 29 пациентки были женского пола и 37 мужского. Средний возраст пациентов составлял 31 года (от 18 до 50). Переломы были изолированными в 26 случаях, двухлодыжечными в 30 случаях и в трехлодыжечными в 10 случаях (с переломом заднего края большеберцовой кости). Повреждение ДМБС было зарегистрировано в 60 случаях. Среднее время ожидания операции был 15 дней с момента травмы (от 3 до 25 дней). Для диагностики были использованы: стандартные рентгенографии в двух проекциях, МРТ и МСКТ. Для оперативного лечения был применен открытый остеосинтез с помощью блокируемой компрессионной пластины. Все пациенты были обследованы через один, три, шесть и 12

месяцев после операции с помощью клинического и рентгенологического обследования. Показатели результатов включали боль, удовлетворенность пациента, функциональное состояние (оценка голеностопного сустава и заднего отдела стопы Американского общества ортопедов стопы и голеностопного сустава (AOFAS) и качество жизни (краткая форма (SF) 36 баллов).

Результаты. Оценка удовлетворенности пациентов составила 8,4 из 10, средний балл по визуально-аналоговой шкале — 2,3, частота осложнений — 36,5%, а средний балл по шкале лодыжки-заднего отдела стопы AOFAS — 87,3. Функциональный результат в значительной степени зависел от рода занятий, механизма травмы, характера переломов лодыжек и задержки хирургического вмешательства. Основными предикторами качества жизни были возраст, профессия, причина травмы, количество переломов лодыжек и время ожидания операции.

Выводы. Переломы лодыжки оказывают существенное влияние на функциональное и качество жизни пациентов. Профессия, наличие повреждения ДМБС, классификация Потта и отсрочка операции должны рассматриваться как предикторы окончательного результата.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФРАЙБЕРГА

Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р., Хасанбоев С.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность: Фрайберга занимает четвертое место по распространенности среди всех остеохондропатий. Это заболевание обычно возникает в головке 2-й плюсневой кости и относительно в головках 3-й и 4-й плюсневой кости.

Цель: целью данного исследования было оценить результаты хирургического лечения дорсальной закрывающей клиновидной остеотомии болезни Фрайберга.

Методы: 34 пациента женского пола, средний возраст 16,3 года; (от 14 до 24 лет) лечился по вышеуказанной методике в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМ-ЦТО МЗ РУз. Основным симптомом была боль при ходьбе или занятиях спортом; повлияло на их повседневную жизнь и деятельность и не было улучшено нехирургическим лечением. Головка второй плюсневой кости была поражена у всех пациентов. У 9 пациентов для фиксации использованы спицы Киршнера, у 25 пациентов были использованы спонгиозные винты диаметра 2,0 мм. Половина пациентов имели в анамнезе травму. Согласно классификации Смилли, 22 пациента относились к типу V и 12 пациентов к типу IV. Средний период наблюдения составил 12,2 месяца (от 6 до 24 месяцев).

Результаты. Были оценены по шкале малых плюснефаланговых и межфаланговых суставов (LMPI) Kitaoka et al. При финальном наблюдении оценка была изменена с (44–76) при среднем 57 до (66–100) при среднем 80. Не было случаев инфекции, аваскулярного некроза, артрита или ложного сустава.

Заключение. Установлено, что тыльная закрытоугольная остеотомия головки плюсневой кости представляется логичной процедурой, простой, надежной, неде-



структивной и способной дать хорошие результаты независимо от стадии заболевания.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ

Равшанов Ш.Н.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Актуальность проблемы. Обширные травматические разрушения мягких тканей дистальных отделов конечностей, в частности кисти и стоп, представляют собой трудно решаемую проблему адекватной реконструкции ввиду обширности патологического процесса. Решение данной проблемы затруднено в силу наличия ряда причин: неуклонным увеличением частоты и тяжести подобных повреждений, расположением и тесным взаимоотношением друг с другом в ограниченном пространстве относительно большого количества различных по функции анатомических структур; специфической особенности кровоснабжения, анатомической архитектоники мягкотканых структур; относительного дефицита и минимальной подвижности кожных покровов, ограничивающих полноценное выполнение полноценной и своевременной хирургической обработки раны, увеличивающее риск возникновения инфекционных осложнений. Лоскуты на перфорантных сосудах, или перфорантные лоскуты, отвечают большинству требований, предъявляемых к современным микрохирургическим аутоотрансплантатам, а именно таким, как: закрытие дефекта в реципиентной области наиболее подходящими по текстуре, толщине и цвету донорскими тканями при наименьшей травматичности донорской зоны и ускоренных сроках заживления ран и периода реабилитации. Удовлетворенность пациента не только функциональными, но и эстетическими результатами операции, является одним из критериев качества жизни пациента после операции, а также оказанной ему медицинской помощи.

Цель исследования – поделиться нашим опытом применения лоскутов на сосудистой ножке при замещении дефектов кисти и стопы.

Материалы и методы. В отделении хирургии кисти и стопы с 2021 по 2023 годы прооперированы 16 больных с мягкоткаными дефектами кисти и стопы в возрасте от 10 до 61 года. У 2 больных диагностирован дефект кончика пальца, которым произведена замещение дефекта гомодигитальным реверсивным лоскутом. У 4 больных с тыльным дефектом основных фаланг или ампутациях произведена замещение дефекта пропеллерным перфорантным лоскутом по Quaba. У 2 больных с обширным дефектом тыла кисти произведена замещение кожно-фасциальным лучевым реверсивным лоскутом. При мягкотканых дефектах области голеностопного сустава и стопы у 8 больных использовался суральный лоскут. Во всех случаях использовалась классическая методика без модификаций.

Результаты. Все лоскуты прижились и обеспечили хорошие отдаленные функциональные результаты восстановленного кожного покрова. В одном случае имелись признаки венозной недостаточности лоскута с развитием фликтен. В двух

случаях развился краевой некроз лоскута, не потребовавший дополнительного оперативного вмешательства. У всех пациентов отмечено временное нарушение чувствительности в автономной зоне n. suralis на тыльно-боковой поверхности стопы, что не причиняло особенных неудобств для пациентов. При наблюдении в отдаленном периоде все лоскуты проходили определенные стадии «созревания»: послеоперационный отек сменялся на местную лимфедему, которая проходила к 3–5 месяцу. К 6 месяцу кожа лоскута становилась мягче, выравнивалась с окружающими тканями и не отличалась по цвету.

Заключение. Таким образом, применение кожных лоскутов на сосудистой ножке является общедоступной методикой в лечении пациентов с посттравматическими дефектами мягких тканей кисти и стопы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДТАРАННОГО АРТРОДЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОДТАРАННЫМ АРТРОЗОМ

Равшанов Ш.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Лечение последствий переломов и заболеваний костей заднего отдела стопы представляет собой один из трудных и актуальных вопросов современной травматологии и ортопедии. На долю переломов пяточной кости приходится до 5,7% от общего числа повреждений костей опорно-двигательной системы и до 60% повреждений костей стопы. Из них от 17 до 92,8% составляют тяжёлые внутрисуставные переломы. Вследствие этого последствия переломов и заболеваний костей заднего отдела стопы приводят к тяжёлым последствиям. Современные авторы отмечают значительное количество неудовлетворительных результатов как консервативного, так и оперативного методов лечения - от 25 до 93. От 23,5% до 78% пострадавших становятся инвалидами III и даже II группы, при этом 70,3–90% данной категории больных являются молодыми трудоспособными людьми в возрасте от 20 до 50 лет. В настоящее время наиболее распространенным и эффективным методом лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами таранной и пяточной костей, деформирующим артрозом подтаранного сочленения, деформацией заднего отдела стопы признан артродез подтаранного сустава

Целью исследования является изучение результатов хирургического лечения посттравматического подтаранного артроза

Материалы и методы. Работа основана на проведении клинико-рентгенологического обследования 72 пациентов, которым в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО с 2019 по 2023 г. было выполнено 75 операций артродезирования подтаранного сустава по поводу посттравматического подтаранного артроза. Срок выполнения артродезирования от 6 месяцев после перелома пяточной кости. 20 женщин и 52 мужчин. У 60 пациентов проведено анкетирование по международной шкале AOFAS. На рентгенографии и МСКТ изучали таранно-пяточный угол, угол наклона пяточной кости и высоту костного дефекта пяточной кости. На МСКТ определяли объем излишней костной ткани, который образуется при всех переломах со



смещением пяточной кости при кататравмах. Средний таранно-пяточный угол $20,5^\circ$ градусов, угол наклона пяточной кости $4,9^\circ$ градусов. Из 75 артрорезов 52 были выполнены с использованием канюлированных винтов АО без восстановления референтных углов пяточной кости с наружным линейным доступом к подтаранному суставу. У 23 больным подтаранный артрорез был выполнен наружным L-образным доступом с восстановлением референтных углов пяточной кости с замещением костного дефекта костной пластикой. Ни у одного пациента была выполнена костная пластика из отдаленных участков. Так же эти больным была произведена удлинение ахиллово сухожилия.

Результаты исследования и обсуждение. Результаты оценены в срок от 6 месяцев до 3 лет. У 2 пациентов, у которых использовался расширенный L-ный доступ наблюдалось вторичное заживление раны вследствие натяжения кожи после восстановления высоты пяточной кости. При использовании наружного линейного доступа никаких осложнений со стороны раны не наблюдалось. У 60 больных клинико-рентгенологически отмечается костный анкилоз, у 10 фиброзный анкилоз. У 2 больных отмечалось несращение. Таранно-пяточный угол повысился до $25,9^\circ$ градусов, угол наклона пяточной кости $8,3^\circ$ градусов. Средний балл AOFAS заднего отдела стопы для этих стоп составил 21,1 балла (от 8 до 46) до операции и 68,9 балла (от 14 до 82) при заключительном наблюдении. 2 больных не были удовлетворены результатом лечения.

Заключение. Наиболее оптимальным имплантатом для артрореза является фиксация винтами АО, обеспечивающая наибольшую прочность и хорошую первичную компрессию. При артрорезировании с восстановлением референтных углов всегда надо учитывать натяжение кожи. Ни в одном случае не понадобился костный трансплантат из отдаленного участка тела.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ВИНТАМИ И СПИЦАМИ

Равшанов Ш.Н., Худоёров Ф.Р., Иботов Б.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Чрескожная интрамедуллярная фиксация спицами являются разумными вариантом лечения нестабильных переломов пястных костей, поскольку они обеспечивают анатомическую репозицию, малую инвазивность, однако обеспечивает недостаточно стабильную фиксацию для ранней мобилизации. В то время как фиксация интрамедуллярными компрессионными винтами позволяет проводить раннюю реабилитацию без необходимости послеоперационной иммобилизации

Цель данного исследования состоит в том, чтобы сравнить результатов лечения нестабильных переломов диафиза пястной кости у взрослых путем фиксации спицами и интрамедуллярными винтами.

Пациенты и методы. С января 2022 по март 2023гг в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО 30 пациентов были прооперированы с переломами пястных

костей. 26 из них были пациенты мужского пола и 4 женского. Все пациенты находились под наблюдением в течение 6 месяцев после операции. Средняя возраст пациентов составлял 24,5 лет. 22 пациентов обратились к нам в течение первой недели после получения травмы. У 10 пациентов были неправильно срастающиеся переломы (средняя давность 5 недель). У 12 пациентов была произведена закрытая репозиция с последующей чрескожной фиксацией двумя спицами Киршнера. У 8 пациентов ввиду застарелого характера перелома была произведена открытая репозиция и фиксация интрамедуллярными винтами. У 10 пациентов мы выполняли закрытую репозицию и остеосинтез интрамедуллярными винтами.

Результаты: у всех пациентов было полное сращение между 4–8 неделями. У группы пациентов, у которых произведена фиксация спицами послеоперационная реабилитация занимала 10–12 недель, (включая период иммобилизации гипсовой повязкой 4 нед.), в то время как у пациентов с фиксацией винтами средний срок реабилитации составлял 6–8 недель).

Заключение: Обе методики высокоэффективны при фиксации диафизарных переломов пястных костей. Фиксация спицами обеспечивает минимальную инвазивность, однако требуют дополнительную фиксацию в гипсовой повязке, что вызывает тугоподвижность суставов кисти. Фиксация интрамедуллярными винтами обеспечивает быстрое восстановление функции кисти за счет короткого периода реабилитации и отсутствии необходимости в гипсовой фиксации. У пациентов с застарелыми переломами послеоперационная иммобилизация усугубляет уже имеющуюся туго подвижность суставов, из-за чего интрамедуллярная фиксация винтами является вариантом выбора.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОБИЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

***Равшанов Ш.Н., Эргашов М.М., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р,
Толочко К.П., Нематжонов Б.О. Хасанбоев С.Х.***

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Мобильное плоскостопие очень распространено у пациентов в активном возрасте и нередко вызывает боль или инвалидность. Хирургическое вмешательство показано только в тяжелых симптоматических случаях, устойчивых к консервативному лечению, и было предложено множество хирургических процедур.

Материалы и методы. Удлинение наружной колонны, описанное Эвансом, является широко используемым хирургическим методом для коррекции тяжелого симптоматического мобильного плоскостопия. В настоящем исследовании мы сообщаем об краткосрочных клинических и рентгенографических результатах у 46 пациентов-подростков (средний возраст: 12,8 лет), страдающих тяжелым симптоматическим мобильным плоскостопием, хирургически пролеченных с помощью модифицированной процедуры Эванса-Киднера в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО в период с 2021-2023, (в общей сложности на 46 оперированных



стопах (20 случаев двусторонних и 6 односторонние). Во всех случаях хирургическое вмешательство было показано при наличии выраженных симптомов, резистентных к консервативному лечению. Все пациенты до обращения к нам проходили неоднократно консервативное лечение. Клиническая оценка проводилась в соответствии с шкалой AOFAS. Рентгенографическая оценка проводилась с использованием переднезадних и боковых рентгенограмм стоп с нагрузкой, а также для оценки возможных остеоартритных изменений в суставах стопы.

Результаты. При наблюдении (в 16 месяцев) мы наблюдали удовлетворительный результат у всех пациентов. *средний балл по шкале AOFAS улучшился с 60,03 балла до 95,26, средний балл клинического результата составил 10,96. При рентгенологическом исследовании несращения остеотомии пяточной кости ни разу не наблюдалось. Угол Мири улучшился со среднего предоперационного значения 25° до 1,38° при последующем наблюдении. Ни в одном случае значимых рентгенологических признаков артрита суставов среднего отдела стопы не наблюдалось.

Выводы. По нашим результатам мы считаем, что модифицированная методика Эванса-Киднера является допустимым вариантом хирургического лечения тяжелого идиопатического мобильного плоскостопия и позволяет удовлетворительно исправить деформацию с низкой частотой осложнений.

ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Раззоков А.А., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Душанбе

Цель исследования. Выявление основных факторов риска развития летальности в остром периоде при сочетанной травмы.

Материал и методы исследования. Работа выполнена на основе анализа данных 3186 больных с сочетанной травмой, находившихся на лечении в отделениях сочетанной травмы и экстренной хирургии Национального медицинского центра Республики Таджикистан за 2013–2022 годы. Возраст больных колебался от 18 до 74 лет, в том числе в возрасте 18–44 лет – 71,9%, 45–59 лет – 20,0% и свыше 60 лет – 8,1%. Мужчин было 2432 (76,3%), женщин – 754 (23,4%). Летальные исходы отмечены у 514 (16,1%) больных. Под понятием тяжелой сочетанной травмы» подразумеваем, если тяжесть повреждений по шкале Назаренко составляет более 12 баллов. Выявление факторов риска развития летальности проводилась путем сравнения показателя летальности среди умерших и неумерших больных. Различия считались достоверными, если $P < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В зависимости от возраста статистические различия показателя летальности определяется только у пожилых (60–74 года) больных (соответственно 10,9% и 7,6%). Различные соматические заболевания в различных комбинациях были установлены у 354 (11,1%) пациентов. Компенсированные формы выявлялись у 225 (7,0%) больных, субкомпенсированные - у 104 (3,3%) и де-

компенсированные – у 25 (0,8%) больных. Статистически значимое преобладание показателя летальности наблюдается у пациентов с субкомпенсированными и декомпенсированными соматическими заболеваниями. Установлено достоверное увеличение этого показателя при дорожно-транспортных происшествиях (соответственно 61,1% и 51,6%). При других видах травматизма удельный вес летальности и не смертельных исходов в общей структуре травматизма был приблизительно одинаковым за исключением бытовых травм, где, напротив, наблюдается уменьшение частоты летальных исходов по сравнению с не летальными исходами (соответственно 8,4% и 13,6%). Наибольшее количество наблюдений, как в общей выборке, так и среди умерших и не умерших пациентов приходится у больных с тяжестью повреждений 21–22 и 23–25 баллов по шкале Назаренко. По мере увеличения тяжести повреждений среди умерших наблюдается тенденция к увеличению удельного веса летальных исходов, в то время как среди не умерших эта тенденция носит обратно пропорциональный характер. В целом тяжесть состояния больных по шкале Гуманенко у 1985 (34,1%) пациентов оценена как средней тяжести (13–20 баллов), у 1569 (49,2%) – как тяжелое (21–31 баллов), у 358 (11,2%) – как крайне тяжелое (32–45 баллов) и у 174 (5,5%) – как критическое (>45 баллов). При сравнительном анализе в вышеприведенных выборках удельный вес умерших возрос с 14,4% до 28,8%, в то время как среди не умерших этот показатель снизился с 37,9% до 1,3%. При сравнительном анализе частоты летальных и не летальных исходов в зависимости от тяжести состояния больных также по мере увеличения этого показателя, оцененного балльной объективной шкалой Гуманенко, среди умерших наблюдается тенденция к увеличению удельного веса летальных исходов по мере нарастания тяжести состояния больных, в то время как среди не умерших эта тенденция носит обратно пропорциональный характер. У 1507 (47,3%) пациентов определяются взаимо konkurрующие повреждения, при которых на первый план, как при диагностике, так и при выборе оптимальной тактики и их исходов выступает синдром «взаимного отягощения». Из-за вышеизложенных причин при взаимо konkurрующих повреждениях наблюдается статистически значимое увеличение удельного веса умерших по сравнению с не умершими пациентами, что свидетельствует о весомой их значимости в развитии летальных исходов. Наконец, по результатам проведенного исследования установлено статистически значимое значение классической и клинической форм синдрома жировой эмболии (СЖЭ) в развитии летальных исходов при тяжелой форме сочетанной травмы. Необходимо отметить, что в связи с более целенаправленной диагностикой этого синдрома в основной группе данные по СЖЭ приведены у 1517 больных). В целом развитие различных клинических проявлений СЖЭ установлено у 608 (40,1%) больных, в 85 (5,6%) установлена жировая глобуллемия без клинических проявлений и у 824 (54,3%) пациентов признаки СЖЭ не выявлены. Статистически значимое отрицательное влияние СЖЭ на развитие летальных исходов при тяжелых сочетанных травмах наблюдается только при классической и клинической формах данного осложнения.

На основе вышеизложенных результатов работы нами разработана шкала для прогнозирования летальных исходов в остром периоде тяжелых сочетанных травм, которая также использовалась при оптимизации тактики лечения обсуждаемых повреждений у больных основной группы. В основу данной шкалы положен принцип статистической значимости используемых прогностических критериев на развитие летальных исходов, а также присвоение данному признаку определенных бал-



лов с учетом ее статистической значимости методом экспертных оценок. Эффективность разработанной шкалы в целом составила 1424 (93,9%) положительных результатов, что превосходить рекомендуемые показатели для подобных шкал (более 80%). Отрицательные результаты установлены в 93 (6,1%) случаи.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенной работы установлены интегральные факторы риска развития летальности при сочетанной травме. Проведение комплексного лечения с учетом выявленных факторов способствовало достоверному снижению летальности (13,5%) по сравнению с контрольной группой (18,5%), $p < 0,05$, что свидетельствует об эффективности предложенных комплексных лечебно-профилактических и организационных мер при сочетанной травме.

ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Разыков Б.Б., Мирзаев О.И., Мирвафоев Р.Д.

Карманинский РМО Навоийской области

Частота инфекционных осложнений после экстренных и плановых травматологических операций по данным разных авторов составляет от 2 до 10%. Достаточно хорошо изучены так называемые «факторы риска» развития инфекционных осложнений (ИО). Важно, что эти факторы не только по-разному проявляются в разных госпиталях, но и находятся в противоречиях. Например, внедрение микрохирургической техники в травматологии, с одной стороны, существенно снизили риск таких факторов как травматичность хирургической операции, объем кровопотери, но продолжительность вмешательства существенно увеличилась, и фактор времени начинает играть первостепенную роль. Анализ данных литературы об эффективности предоперационной профилактики инфекционных осложнений с помощью антибиотиков показывает неоднозначность результатов, порой до противоречивых мнений.

Мы проанализировали истории болезни 108 травматологических пациентов, оперированных в Кармининском РМО на протяжении 2 лет (2021–2022 гг.). Из них у 81 проводилась интраоперационная профилактика цефалоспоридами III поколения и производное левофлаксацин, а у 27 пациентов получили только цефалоспорины III поколения. Полученные данные указывают на то, что инфекционные осложнения развились у 1 (1,2%) из 81 пациентов в группе получивших антибиотикопрофилактику, в то время как в группе не получивших антибиотикопрофилактику инфекционные осложнения встречались достоверно чаще и были отмечены у 4 (14,8%) больных из 27.

Таким образом, антибиотикопрофилактика достоверно снижает количество гнойно-воспалительных осложнений на 11,9%, при этом наиболее эффективны цефалоспорины III поколения и производное Левофлаксацин.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ

Разыков Б.Б., Мирзаев О.И., Мирвафоев Р.Д.

Карманинский РМО Навоийской области

Плечелопаточный периартрит - это наиболее распространенная форма периартритов, а также поражений плечевого сустава в целом, так и результате особенностей строения и функции плеча и его ткани. Сухожилия в местах прикрепления к костям постоянно находятся в состоянии большого функционального напряжения, ведущего к раннему развитию дегенеративных изменений.

Большинство современных исследователей отмечают профессиональный характер и связывают развитие плечелопаточного периартрита с выполнением определенной работы (вязальщицы, столяры, машинистки, операторы ЭВМ, портные, ткачихи, шоферы и т. п.).

В большинстве случаев для купирования болевого синдрома применяют нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Применение глюкокортикоидов в болевые зоны может способствовать усилению дегенеративных изменений, длительное лечение - к развитию НПВС гастропатий.

Целесообразным является трансдермальное введение препаратов местного противовоспалительного, анальгезирующего действия. Благодаря фармакокинетическим исследованиям установлено, что НПВС (гель, мазь, спрей) при наружном применении проникают в область воспаления в капсулу и синовиальную жидкость, при этом уровень препарата в плазме, в десятки раз ниже, чем после приема внутрь.

На лечении находилось 35 (20 мужчин и 15 женщин, в возрасте 24 и, до 65 лет) больных с плечелопаточным периартритом на фоне периартроза, длительностью от 1 до 3 лет. Лечение проводилось от 7 до 10 дней. Больные получали метаболики, антибиотики, витаминотерапия, хондропротекторы, препараты, улучшающие микроциркуляцию, НПВС с ними проводились занятия лечебной физкультурой.

В первой группе (22 человек) больных гели содержащий компоненты: кетопрофен и карбоме, этиловый спирт, нелора масло (искусственное), лавандовое масло, триэтанолламин, вода; обезболивающего действия с выраженным, но кратковременным ощущением прохлады. Гель наносился на кожу в области плечевого сустава, и втирался до 5 минуты с последующим электрических и звуковых волн совместное воздействием с помощью аппарат "электрофарез", непрерывным режимом.

Контрольную группу составили 13 человек, принимающих стандартный курс лечения, которым Фастум гель не назначался.

Клиническая картина заболевания проявлялась умеренно выраженными болями при движениях в плече и пальпации области плечевого сустава, ограничением движения в нем, а также возникновение и усиление болей при отведении руки и поднятии её вверх.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: -уменьшение боли в покое;

-уменьшение боли при движении; -увеличение объема движений в плечевом суставе; -переносимость препарата.



Использование кетопрофен гель в комплексном лечении плечелопаточного периартрита позволило больным первой группы существенно уменьшить болевые ощущения на 3-й день в то время, как контрольной группе заметного изменения за этот период времени не отмечалось. К окончанию лечения в 1-й группе больных уменьшение боли в покое отмечалось у 18 (81,8%) больных. У 13 (59,0%) больных объем движений в плечевом суставе восстановился. В контрольной группе положительных результатов к 10-му дню лечения удалось достигнуть у 5 (38,4%) больных.

За время лечения гелем кетопрофена никто из больных местных неприятных ощущений не отмечал, аллергических реакций не зарегистрировано. Отклонений от нормы в анализах крови, мочи за время лечения не выявлено.

Выводы. Плечелопаточный периартрит - распространенное воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, требующее длительного применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) что сопряжено с риском развития осложнений. У 22 больных плечелопаточным периартритом изучена эффективность использования кетопрофен гелем в комплексном лечении заболевания. Он оценен, как эффективный препарат для локальной терапии плечелопаточного периартрита, оказывающий выраженное местное анальгетическое и противовоспалительное действие. Локальное применение препарата не сопровождается развитием побочных реакций.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Разыков Б.Б., Мирзаев О.И., Мирзафоев Р.Д., Бахронов Д.Г.

Карманинский РМО Навоийской области

Актуальность диагностики врожденного вывиха бедренной кости обусловлена высокой частотой врожденной патологии тазобедренных суставов у детей от 2 до 6 случаев на 1000 новорожденных, сложностью ранней диагностики и запоздалым началом лечения. Несмотря на проведение широких профилактических осмотров новорожденных и грудных детей, появление дополнительных методов исследования, существует контингент больных, поступающих на лечение в поздние сроки, что затрудняет восстановление нормальных взаимоотношений в тазобедренном суставе, увеличивает продолжительность лечения, ухудшает его результаты и приводит к инвалидизации больных.

Наши клинические исследования проведены в Карманинской центральной поликлинике в период 2021–2022 года и охватывает 48 больных детей первых 6 месяцев жизни. Из них 39 девочек (81,2%) и 9 мальчиков (18,8%). Односторонний вывих составляет 41 случаев (85,4%) и двухсторонний вывих наблюдается в 7 случаях (14,6%). Эти показатели в основном совпадают с литературными данными.

Всем больным, проведены нижеперечисленные клинико-инструментальные исследования, определение клинических симптомов, рентгенография (после 3-х месяцев) и УЗИ исследования тазобедренного сустава. Динамические УЗИ исследования проведены у 22 детей (45,8%). С помощью, УЗИ исследования можно получить важные информации не только о состоянии костей, но и о состоянии и степени не-

достаточности хрящевой ткани.

С вышеизложенного можно сделать вывод, что комплексное применение методов исследований, широкое внедрение УЗИ тазобедренных суставов приводят к ранней диагностике, лечению и уменьшению осложнений.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА

Расулов Г.М., Хамдамов Б.З., Хамроев Ф.Ш

¹Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент

²Республиканская детская психоневрологическая больница, Ташкент

Введение. Гонартроз во многих литературных источниках описывается как «хроническое прогрессирующее невоспалительное заболевание суставов неизвестной этиологии, характеризующееся дегенерацией суставного хряща и структурными изменениями субхондральной кости, а также явно или скрыто протекающим умеренно выраженным синовитом».

По прогнозам, гонартроз в последующие десятилетия войдет в пятерку по причинам инвалидности в мире. В связи с этим, вопросы поиска эффективных методов лечения пациентов с гонартрозом имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Материал и методы. На клинической базе Национального центра реабилитации инвалидов и протезирования проведено обследование и лечение 43 больных с диагнозом «гонартроз II–III стадии». Больные разделены на две группы. Пациенты первой группы (21 б-х) получали «стандартную терапию», согласно рекомендациям ESCEO (The European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis). Вторая группа (22 б-х) получала лечение по стандарту с добавлением инъекций в полость коленного сустава обогащенной тромбоцитами плазмы по схеме 1 процедура в неделю, всего 5 инъекций на курс лечения. Общая продолжительность курса лечения в группах составила 5 недель. Результаты лечения оценивали через 16 и 24 недели после окончания курса лечения.

Результаты. Для оценки результатов лечения использовали следующие основные критерии: боль, скованность, подвижность.

Установлено, что больший положительный эффект в устранении боли в покое и при движении достигнут при использовании схемы лечения 2 группы. В 1 группе выраженность боли с использованием индекса WOMAC по параметру «боль» была на 12,54 мм больше, чем показателей 2 группы.

Для второй группы был характерен стойкий эффект лечения в отношении разрешения скованности на протяжении всего периода наблюдения.

Наибольшее увеличение объема движений в коленных суставах выявлено во 2 группе пациентов, где была использована обогащенная тромбоцитами плазма по схеме: если вероятность достичь увеличения объема движений в коленном суставе у больных 1 группы была до 25% случаев, то во 2 группе такого шанса могли иметь более 50% пациентов.



Таким образом, при сравнительном анализе клинических результатов стандартной терапии и её комбинации с введением обогащенной тромбоцитами плазмы при дегенеративно-воспалительных проявлениях в коленном суставе отмечено, что применение схемы лечения 2 группы обеспечивает более стойкую и пролонгированную положительную эффективность до 24 недели наблюдения.

НАШ ОПЫТ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО САКРОИЛЕИТА

Рахимов Н.Н., Ахроров Ш.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Боль в спине с преимущественной локализацией пояснично-крестцовой области, которая может ограничивать движения в поясничном отделе позвоночника, иррадиировать в ягодицу и по задней поверхности ноги, чаще всего связывают с неврологическими проявлениями дегенеративных изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Тем более что эти изменения, как правило, обнаруживаются при магнитно-резонансной томографии и нередко сочетаются с протрузиями дисков данного отдела. Или врачи часто затрудняются в клинической и инструментальной дифференциации при заболеваниях тазобедренного сустава. Однако подобные жалобы могут быть проявлением поражения крестцово-подвздошного сочленения — сакроилеита (СИ), а дегенеративные изменения позвоночника и тазобедренного сустава могут сопровождать его, но не являться истинной причиной боли. По этой причине многие практикующие врачи затрудняются или порой пропускают и проводят лечение этим пациентов, точно не уточнив диагноз. В последствии этого у больных боли не купируются.

Так что же надо знать ортопеду о не специфическом сакроилеите, который способен маскироваться под дегенеративные заболевания позвоночника (ДЗП), имеет сходство с миофасциальными синдромами и радикулитом, заболеваниями ТБС чтобы вовремя начать правильное лечение?

Не специфический сакроилеит — это воспалительный процесс в крестцово-подвздошном суставе, имеет неинфекционную природу, когда поражение обусловлено дегенеративно-дистрофическими процессами в области сустава или воспалением крестцово-поясничной связки. Обычно СИ развивается, с одной стороны, но поражение может иметь и двусторонний характер.

Такие патологические изменения могут быть обусловлены предшествующими травмами, постоянной перегрузкой сустава вследствие беременности, занятий спортом, ношения тяжестей или сидячей работы. Риск развития данной патологии возрастает при нарушении осанки, увеличении угла пояснично-крестцового перехода, не зарощении дуги пятого поясничного позвонка. Пациенты предъявляют жалобы на приступообразную или спонтанную боль в области крестца, обычно усиливающуюся при движениях, длительном стоянии, сидении или наклонах кпереди. Возможна иррадиация в поясницу, бедро или ягодицу. При осмотре выявляется слабая или умеренная болезненность в области поражения и некоторая

скованность. В отдельных случаях развивается утиная походка (расшатывание из стороны в сторону при ходьбе). Патогномичным является симптом Фергюсона: пациент встает на стул сначала здоровой, а затем больной ногой, после чего сходит со стула, опуская сначала здоровую, а потом больную ногу. При этом возникает боль в области крестцово-подвздошного сочленения.

Наиболее информативные тесты для диагностики поражения крестцово-подвздошного сустава: Признак FABER (Flexion, ABduction, External Rotation), или тест Патрика; Тест давления на подвздошную кость; Тест Генслена (Gaenslen's).

Радиологическое исследование позволяет выявить следующие признаки сакроилеита:

— сужение суставной щели крестцово-подвздошного сустава вплоть до полного ее отсутствия;

— неровность, размытость контуров суставных поверхностей костей;

— уплотнение костной ткани;

— наличие эрозий и субхондрального склероза (замещение нормальной ткани соединительной в области под суставным хрящом) в обеих сочленяющихся костях (II–III рентгенологические стадии по классификации Kellgren);

Эрозии замыкательных костных пластинок при компьютерной томографии выглядят как локальные краевые дефекты кортикальной кости

В нашей практике наблюдались 55 больных с диагнозом СИ, из них у 90% наблюдалось одностороннее течение и у 10% пациентов двухстороннее течение. У 5 больных выявили инфекционный характер течения и у 50 пациентов НСИ.

Успешность лечения специфического СИ напрямую зависит от назначения этиотропной терапии. В то же время, независимо от причины, выраженный и стойкий болевой синдром вследствие поражения крестцово-подвздошного сочленения требует быстрых мероприятий по купированию воспаления, являющегося причиной боли.

В нашем опыте проводили этим пациентам комплексное лечение сочетающий в себе как физиотерапевтические процедуры, так и медикаментозную терапию включающие в себе блокады с СПВС в илеосакральное сочленение. У 50 пациентов получавших блокады с СПВС хороший результат получен у 30 больных, удовлетворительно у 18 больных, и у 2 пациентов было не удовлетворительный результат в виде вторичной инфицирование сустава.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Рахимов А.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Лечение больных с несросшимся переломами и ложными суставами диафиза костей предплечья является одной из актуальных и в тоже время не решенных проблем современной травматологии и ортопедии. Несмотря на достигнутые успехи в



этой области, процент неудовлетворительных исходов данной патологии остается значительным и по данным различных авторов составляют 20-25% по отношению ко всем псевдоартрозом длинных трубчатых костей.

Целью данного сообщения является ознакомление результатами хирургического лечения несросшихся переломов и ложных суставов диафиза костей предплечья.

Наше сообщение основано на изучении результатов лечения 40 больных с несросшимися переломами и ложными суставами диафиза костей предплечья, получивших лечение за период 2020 по 2022 гг в отделении последствий травм РСНПМЦТО МЗ РУз. Из них мужчины составили-26, женщины-14. Абсолютное большинство больных были в возрасте от 18 до 52 лет. У 15-больных несросшийся переломы и ложные суставы локализовались в обеих костях предплечья, из них: 5-в верхней трети, 7-в средней трети, 3-в нижней трети. Изолированная локализация несросшихся переломов и ложных суставов в лучевой кости отмечалась в 12 случаях: 4-в верхней трети, 5-в средней трети, 3-в нижней трети. Несросшийся переломы и ложные суставы локтевой кости встречались у 13-больных: из них 5-в верхней трети, 6-в средней трети, 2 –в нижней трети. Все наблюдаемые нами больные были нетрудоспособными.

В нашей клинике 36- больным произведен остеосинтез аппаратом Илизарова, 4-м больным произведен накостный остеосинтез пластиной с применением костной пластики. В процессе работы мы убедились, что стабилизация костных отломков достигается аппаратом, состоящим минимум из 3 колец. По мере необходимости использовались спицы с упорными площадками, облегчающие репозицию и стабилизацию отломков в правильном положении. Всем больным за сутки до операции остеосинтеза аппаратом Илизарова в область несросшихся переломов и ложных суставов вводился 50 ПЕ КУКУМАЗИМА, растворенного в 10 мл 0,5% растворе новокаина. Во всех случаях после наложения аппарата Илизарова произведена дистракция через несколько дней после операции. Дистракцию проводили непрерывно до устранения деформацию (около 1мм в сутки) 3-4 раза в сутки. После образования диастаза между отломками давали компрессию до полной стыковки отломков.

Отдаленные результаты изучили у всех наблюдаемых нами 40 больных в сроки от 1 года до 3 лет. Хороший исход отмечен в 75% случаях, удовлетворительный у 22,5%, неудовлетворительный у 2.5% больных (у больного, которому произведен остеосинтез пластиной в сочетании с костной пластикой, не достигнуто сращение).

Таким образом, наши наблюдения показывают эффективности чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза с применением протеолитического фермента кукумазима растительного происхождения при лечении несросшихся переломов и ложных суставов диафиза костей предплечья.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКУРТАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ЭПИДУРИТА ПРИ ДИСКЭКТОМИИ

Рахматов А.М., Саттаров А.Р., Ахроров Э.А., Саидов С.С.

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с Инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Эпидуральный фиброз является частой причиной синдрома неудачно оперированного позвоночника. В современных научных источниках предложено множество методов профилактики рубцово-спаечного эпидурита, однако универсальных способов, позволяющих полноценно решить проблему, не найдено. К задачам профилактики в предоперационном периоде относят выявление факторов риска развития рубцово-спаечного эпидурита с коррекцией выявленных нарушений. Интраоперационная профилактика включает в себя разработку барьеров в виде природных и синтетических полимерных материалов, препятствующих формированию эпидурального фиброза после ламинэктомии. В комплексе мероприятий по предотвращению развития эпидурального фиброза в послеоперационном периоде предлагается перечень манипуляций, состоящий из эпидуральных блокад с общей комплексной медикаментозной противовоспалительной терапией.

Цель работы - улучшить результаты хирургического лечения остаточного послеоперационного болевого синдрома путем профилактики рубцово-спаечного эпидурита с применением Медикуртана после дискэктомии.

Материалы и методы: За период 2021-2022гг. у 22 больных было выполнено удаление грыжи диска из заднего интерламинарного доступа поясничного отдела позвоночника в Хозрасчетном отделении НЦРиПЛСИ. В общей сложности было прооперировано 25 дисков, удаление грыжи диска на одном уровне у 19 больных и у 3х больных на двух уровнях.

Все 22 больные получили стационарное лечение, в ходе лечения были проведены: неврологический осмотр больных, МРТ исследование (до и после операции с контрастом усилением), ЭНМГ (до и после операции). Оценка результатов оперативного лечения проводилась при помощи опросников ВАШ. До операции болевой синдром колебался среди больных на 8,8 (1,1+0,4) баллов. Всем больным было проведено микрохирургическое удаление грыжи диска с бинокулярным (KarlZeiss 3.5x500мм увеличением) ассистированием из заднего интерламинарного доступа с максимальным сохранением анатомических структур задней колонны оперируемого сегмента позвоночника, перед завершением операции производился тщательный гемостаз и последующим эпидуральным пространством заполнялось Медикуртаном (Медикуртан (натрий гиалуронат 50мг + гидроксиптилкрахмал 25мг SHIN POONG PHARM со ltd-Korea). В нашей работе были исключены повторные операции по поводу рецидива грыжи диска.

Результаты. У больных выявлены статодинамические нарушения из-за анталгической позы. Неврологическими симптомами среди оперированных больных были корешковые болевые синдромы с рефлекторным компонентом. Среди 18 случаев в клинической картине ведущим был выраженный корешковый синдром и в остальных случаях рефлекторный болевой синдром в результате разрыва фиброз-



ного кольца, анталгической позы, мышечно-дистонических нарушений. У 18 больных в клинической картине преобладающим клиническим синдромом была монорадикулярная компрессия и у 3 больных бирадикулярная и у 1 больных полирадикулярная симптоматика. Сочетание рефлекторных болевых синдромов с компрессионными синдромами отмечены в 4 случаях. Главной причиной рефлекторных болевых синдромов являлись болевая импульсация из пораженного межпозвоночного диска, статодинамические нарушения вследствие анталгической позы, развития мышечно-дистонических нарушений. Через 3–6 месяцев после оперативного лечения результаты определены как удовлетворительные и хорошие, все пациенты ведут активный образ жизни. У 2 больных в после операции были – удовлетворительный результат, у всех остальных 20 больных – хороший. В послеоперационном периоде ВАШ равен в среднем $2,3(0,6+0,2)$ балл через 3 месяцев и через 6 месяцев $1,9(0,4+0,3)$ баллам.

Выводы: профилактика эпидурального фиброза с применением Медикуртан гель в эпидуральное пространство и микрохирургическое удаление грыж поясничного межпозвоночного диска с бинокулярным ассистированием дает возможность нам получить отличные результаты.

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕДРЕССАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ СПОНДИЛОПТОЗА

Рахматов А.М., Саттаров А.Р., Шодмонов Б.Р., Рахмонов Х.М., Саидов С.С.

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с Инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Костно-связочный аппарат позвоночного столба устроен так, что бы создавать стабильность позвоночника. Повреждение или дефект в пределах структур поясничного отдела позвоночника могут быть источником боли в пояснице. Щелевидный дефект межсуставной части дуги позвонка называют спондилолизом. Если трещина встречается с обеих сторон дуги позвонка, позвоночник способен соскользнуть вперед, это состояние называется спондилолистезом. Эти заболевания встречается приблизительно у 5-6% людей.

Цель - провести одномоментная стабилизация спондилоптоза путем хирургической редрессации.

Материалы и методы: Пациентка Х.Х, 27 лет, госпитализирована в НЦРПИ в сентябре 2022 г. При поступлении предъявляла жалобы на постоянную сильную боль в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающуюся при физической активности, на невозможность длительно находиться в вертикальном положении, слабость в мышцах голеней, чувство онемения в голенях и стопах. Указанные жалобы появились в 2018 г. Больная неоднократно обращалась в медицинские учреждения по месту жительства, однако рекомендуемое консервативное лечение не давало положительных результатов. После чего было рекомендовано МРТ поясничного отдела позвоночника, где выявлена тяжелая степень спондилолистеза. При осмотре выявлена грубая деформация пояснично-крестцовой области с нарушением пропорций тела, с анталгической позой (наклоном туловища вперед), вертикали-



В., Corley C. L., Morcuende J. A. et al., 2003).

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Травматология ва ортопедия илмий-тадқиқот институти маълумотларига кўра, туғма маймоқлик таянч-ҳаракат тизими барча туғма деформацияларининг 8,25% ни (Миразимов Б. М., Аблакулов А. К. 1988) ташкил етади.

Ҳозирги вақтда бутун дунё бўйлаб туғма маймоқликни даволашнинг "олтин стандарти" Понсети усули бўлиб, 3 босқичдан иборат (Ponseti I. V., 1996): 1 - туғма маймоқлик деформацияларини И. Понсети томонидан ишлаб чиқилган принципларга мувофиқ (кавус, аддукция, варусни тўлиқ йўқ қилиш ва 60-70 градус аддукцияга эришиш); 2 - перкутан кўндаланг ахиллотомия; 3 - эришилган натижани беш ёшгача Брейслар билан мустаҳкамлаш.; Динамик супинация мавжуд, 3 ёшдан катта болаларда катта болдир олдинги мушакнинг пайи ташқи понасимон суякка кўчириб ўтказиш операцияси амалга оширилади. Ушбу усулдан фойдаланиш туғма маймоқлик билан касалланган беморларнинг 98 фоизда катта жарроҳлик аралашувларини олдини олади (Farsetti P., Dragoni M., Ippolito E., 2012). Бироқ, бу усул болаларда туғма маймоқликнинг қайталанган шаклларида самарали эканлиги тўлиқ ўрганилмаган.

Тадқиқот мақсади. Болаларда қайталанган туғма маймоқликда Понсети усулининг самарадорлигини ўрганиш.

Материаллар ва усуллар. 2021 йилдан 2023 йилгача самарадорликни баҳолаш учун И. Понсети усули ёрдамида марказимизда 3 ойликдан 5 ёшгача бўлган 149 бемор (225 та оёқ) қайталанган туғма маймоқлик билан даволанди. Барча беморларда қайталаниш консерватив даво фонида содир бўлди. Масалани ўрганиш учун беморларни уч гуруҳга ажратдик: I ёшгача бўлган болалар 108та; II-1 ёшдан 3 ёшгача бўлган 31та беморлар; III- 3 ёшдан катта бўлган 10 бемор. Беморларнинг ўртача ёши 1,9 ни, даволашнинг давомийлиги ўртача 2,6 ойни ташкил етди. Натижалар ҳар ҳафта Димеглио (DiMeglio) ва Пирани (Pirani) шкаллари ёрдамида клиник баҳоланди. Тўлиқ тузатишга эришиш учун ишлатилган боғламларнинг ўртача сони 5,8 ни ташкил етди. 3 ёшдан ошган болаларда ташқи понасимон суякни идентификация қилиш учун оёқ рентгенографияси ўтказилди

Тадқиқот натижалари. Понсети усулини классик версияда қўллаш орқали I ва II гуруҳлардаги (209 оёқ) барча беморларда оёқ деформациясини тўлиқ тузатишга эришилди. Учинчи гуруҳдан етти беморда катта болдир олдинги мушакнинг пайи ташқи понасимон суякка кўчириб ўтказиш операцияси бажарилиб, динамик супинация бартираф этилди. Даволанишдан олдин ўртача Димеглио баллари 15,9, даволанишдан кейин еса 0,52 ни ташкил етди. Даволанишдан олдин ўртача Пирани баллари 4,21, даволанишдан кейин еса 0,03 ни ташкил етди. Даволаш пайтида 2 (9,5%) беморда асоратлар кузатилди (гипс остидаги терининг мацерацияси ва эзилиши).

Хулосалар. Методологик тамойилларга қатъий риоя қилиш яхши натижага эришиш учун ёрдам беради. Биз юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулосаларга келдик 1 Понсети усули қайталанган туғма маймоқликда жуда самарали (I-II гуруҳ беморлари 85,6% аъло натижа) 2. катта болдир олдинги мушакнинг пайи ташқи понасимон суякка транспозицияси инвентор ва эверсион мушак гуруҳлари ўртасидаги кучлар мувозанатни тиклайди. 3. Юмшоқ тўқималарда ўтказиладиган постериомедиал релизлар ёрдамида турғун контрактуралар (аддукция, эквинус) йўқ қилиниши мумкин

НАРУШЕНИЕ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Рустамова У.М.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

В пожилом возрасте из-за снижения минеральной плотности костей и частоты остеопороза тяжесть остеоартрозов, а также длительность лечения возрастают. Деградируют разные структуры суставов, особенно костная структура, связочный аппарат, хрящевые суставные поверхности.

Нами обследованы 269 женщин менопаузального периода с менопаузальной давностью не менее 1 года, с наличием остеоартроза крупных суставов, с превалированием изменений в области коленного и тазобедренного суставов (основная группа), контрольную группу составила больные без болевого синдрома крупных суставов. Возраст женщин колебался от 36 до 69. Средний возраст – 53,47±0,28 лет.

Проведены клинические, рентгенологические, ультрасонографические, рентгеновские денситометрические и лабораторные исследования.

Рентгеновские цифровые исследования проведены для уточнения диагноза – остеоартроза у больных с болевым синдромом. Остальным больным контрольной группы проведена ультрасонография для определения состояния суставов.

При диагностике минеральной плотности костей применена рентгеновская денситометрия – двухэнергетическая абсорбциометрия (DXA). Состояние «остеопороз» или «остеопения» основывалось на денситометрических данных: T-score. Применена стандартная программа исследования поясничного отдела позвоночника, проксимального отдела бедренных костей.

Общее соотношение женщин с остеоартрозом и снижением минеральной плотности костей = 78:47 = 1,7:1,0. У женщин без остеоартроза снижение минеральной плотности костей отмечалось несколько меньше. Соотношение женщин и остеопоротических изменений было следующим образом: 42:16 = 2,6:1,0. DXA показала уменьшение T-критерия (от -1,0 до -3,5) у 64% женщин. Наибольшая частота снижения минеральной плотности костных тканей отмечена у женщин с остеоартрозом старше 60 лет.

Сравнение данных количественной DXA и показателей цифровой рентгенографии и ультразвуковой диагностики позволили убедиться в высокой степени корреляции показателей минеральной костной плотности по DXA в зависимости от развития дегенеративного процесса - при выраженных стадиях остеоартроза сочетание снижения минеральной плотности чаще встречается, что больше отмечается у женщин в постменопаузе с первичным остеоартрозом и без остеоартроза. Результаты исследований подтверждают прямую зависимость изменений мягких тканей и внутренних структур тазобедренного и коленного суставов в зависимости от стадии остеоартроза.

С помощью биохимического иммунолюминесцентного аппарата проведены исследования по определению биохимических маркеров остеопороза в крови - витамин D, bettacrossLaps, остеокальцин, паратгормон, и элементов - кальций, щелоч-



ная фосфатаза и фосфор).

Исследования показали, что у женщин постменопаузального периода и особенно в основной группе чаще отмечалось состояние дефицита, выраженного дефицита и недостаточности витамина Д, умеренное повышение bettacrossLaps, незначительное повышение паратгормона, умеренное снижение кальция. Между показателями маркеров костного метаболизма и снижением плотности костей женщин в постменопаузе с первичным остеоартрозом коленного сустава установлена взаимосвязь, которая выражается склонностью к снижению витамина Д (RPOР=0,5419), повышением резорбции (RPOР=0,9345), умеренным изменением ОС (RPOР=0,1377), частым снижением Са (RPOР=0,4998), что подтверждается коэффициентом корреляции.

Установлена отрицательная связь с повышением индекса массы тела (средний = 33,79) и уровнем витамина Д в крови у женщин Узбекистана с дегенеративными изменениями суставов, по мере нарастания веса количество витамина Д уменьшается (среднее 11,16 нг/мл, в норме 30–100 нг/мл).

СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ И РАХИТИЧЕСКОЙ ГИПОПЛАЗИИ КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Рустамова У.М., Валиева К.Н., Салиева Н.И., Кан В.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность. Дисплазия тазобедренного сустава составляет до 15% в структуре ортопедической патологии, приводящей к статикодинамическим нарушениям и ранней инвалидизации. Лучевая диагностика дисплазий тазобедренного сустава у детей основана на ультразвуковом и рентгенологическом методах, имеющих важное значение в диагностике и контроле правильного формирования элементов тазобедренного сустава, а также в процессе лечения и оценки его результатов.

Цель исследования. Усовершенствовать диагностику рахитической и врожденной дисплазии тазобедренного сустава у детей путем анализа клинических и сонографических показателей.

Материал и методы исследования. Проведен проспективный анализ клинических, ультрасонографических и лабораторных данных у детей в возрасте до 2 лет. Всего исследование включало 110 детей, в 51 случае проводилась цифровая рентгенография, в 110 случаях ультрасонография и в 21 случаях лабораторные исследования крови. При сонографии тазобедренных суставов использована методика Графа. Изучены угловые значения развития крыши впадины, состояние лимбуса и капсулы, а также развитие костного ядра бедренной кости.

Результаты. В результате исследований наблюдаемые дети разделены на 3 группы: основная группа 1 включала детей с рахитическими изменениями (n=34); основная группа 2 включала детей с врожденной дисплазией тазобедренного сустава в сочетании с рахитическими изменениями (n=56), и контрольная группа включала детей с врожденной дисплазией тазобедренного сустава (n=20).

В ходе анализа клинических данных было выявлено, что для врожденной дисплазии характерны следующие признаки: ограничение отведения ног (иногда повышенная подвижность суставов), согнутых под прямым углом в тазобедренных и коленных суставах, асимметричное расположение ягодичных и бедренных складок, укорочение нижних конечностей, симптомы "соскальзывания" или "щелчка" в тазобедренном суставе и наружная ротация стоп. Для рахитических изменений характерно: нормальное отведение ног или повышенная подвижность тазобедренных суставов, задержка развития ребенка, мышечная слабость, возможная деформация грудной клетки и нижних конечностей и возможное утолщение запястий и лодыжек.

В ходе анализа сонографических данных было выявлено, что для рахитических изменений характерны следующие признаки: количественные показатели вертлужной впадины не изменены; выявлено отсутствие/недоразвитие головки бедра; средние показатели составили: $\alpha \approx 60^\circ$; $\beta \approx 55^\circ$.

В ходе анализа сонографических данных было выявлено, что для сочетания врожденной дисплазии характерны следующие признаки: изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины, при этом показатели угла α соответствовали рентгенологическим показателям, но β -угол показал различные диапазоны показателей, что было связано с разнообразием состояния лимбуса, отсутствием/недоразвитием и смещением головки бедра, средние показатели составили: $\alpha \approx 43^\circ$; $\beta \approx 77^\circ$.

В ходе анализа сонографических данных было выявлено, что для сочетания врожденной дисплазии и рахитических изменений характерны следующие признаки: изменения со стороны количественных показателей вертлужной впадины, при этом показатели угла α соответствовали рентгенологическим показателям, но β -угол показал различные диапазоны показателей, что было связано с разнообразием состояния лимбуса, отсутствием/недоразвитием и смещением головки бедра, средние показатели составили: $\alpha \approx 43^\circ$; $\beta \approx 70^\circ$.

Вывод. При ультрасонографии тазобедренного сустава показатель угла α является основным критерием для определения дисплазии, в то время как угол β варьирует в зависимости от степени изменений лимбуса. Ультрасонография позволяет дифференцировать рахитическую гипоплазию с врожденной патологией тазобедренного сустава у детей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОИДНОЙ ОСТЕОМЫ

Рустамова У.М., Валиева К.Н., Исматуллаева М.Н., Умарова Г.Ш., Кан.В.В.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Остеоидная остеома – это доброкачественная опухоль костной ткани, формирующая из центрального аваскулярного узла и окружающего его реактивного ободка плотной кости. Данное заболевание более распространено у молодых пациентов, чаще в возрасте от 10 до 35 лет. У мужчин встречается в 4 раза



чаще, чем у женщин. Клинически (классически) проявляется ночными болями, облегчающимися приемом салицилатов. Остеоид-остеомы являются очень медленно растущими доброкачественными опухолями, которые в течение многих месяцев практически не изменяются по своим размерам и свойствам.

Цель исследования: Усовершенствование диагностики остеоидной остеомы путем описания детальной лучевой характеристики в зависимости от локализации поражения.

Материалы и методы: Нами исследован 31 пациент с наличием длительного болевого синдрома в конечностях, усиливающегося ночью, в некоторых случаях имеет место подозрением на артрит и синовит. Средний возраст больных составило 21+0,7 лет. Всем больным проведена цифровая рентгенография в двух проекциях и при необходимости мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), в зависимости от области поражения.

Результаты исследования и обсуждение их. Остеоидная остеома рентгенологически характеризуется зоной просветления (гнездом или нидусом) <2 см, которая окружена муфтообразной зоной периостальной реакции. Остеоид-остеома может возникать как в кортикальной, так и в губчатой кости.

По результатам наших рентгенологических исследований из 31 пациента у 21 пациентов клинические симптомы наблюдались на протяжении нескольких месяцев к моменту постановки диагноза, и почти у всех была поздняя верификация диагноза остеоид-остеомы, в 18 случаях наблюдались участки локального линейного или частично очагового остеосклероза неясной этиологии. При этом рентгенологическая картина была неясной, неотчетливой. У 7 пациентов рентгенологическая симптоматика была неспецифичной, при наличии достаточно выраженного болевого синдрома. Такое обстоятельство заставило дополнить исследование компьютерной томографией.

Когда рентгенопрозрачный очаг четко не определяется, остеоид-остеому можно принять за другое заболевание, например, стресс – перелом, особенно при ее интракортикальной локализации. Кроме того, очаг может четко не определяться, особенно при внутрисуставных повреждениях, затрудняя при этом дальнейшую диагностику. В сомнительных случаях этапами лучевого диагностического алгоритма должны быть КТ исследования для лучшей визуализации очагов

У 3 пациентов, принимавших участие в нашем исследовании, симптомы наблюдались уже на протяжении нескольких месяцев к моменту постановки диагноза, и почти всех позднее была верифицирована остеоидная остеома, включая те очаги, размер которых не превышал 1см в диаметре на момент постановки диагноза. 3 пациентам с неспецифичной клинической симптоматикой было назначено МСКТ исследование, при котором выявление остеоид-остеомы оказалось неожиданной находкой.

Заключение: таким образом, при исследовании пациентов, в особенности молодого возраста, с жалобами на неспецифический болевой синдром, в частности без предшествующей травмы в анамнезе, необходимо иметь настороженность и учитывать высокую вероятность возможности выявления остеоид-остеомы. В спорных случаях при невозможности достоверно поставить диагноз на основании результатов рентгенографии рекомендуется проведение дополнительного исследования КТ с особым вниманием на выполнение тонких срезов при максимально высоком качестве изображения.

ПРИМЕНЕНИЕ ПОЛИАКСИАЛЬНЫХ ВИНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Саидов С.С., Гофуров А.З., Эргашев Ф.Ф. Эргашев Т.Ш.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Целью исследования является улучшение тактики хирургического лечения спондилолистезов с применением полиаксиальных винтовых металлоконструкций

Материалы и методы. Клинический анализ составили 28 больных, -оперированных в НЦРПИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в 2012-2015гг по поводу спондилолистеза поясничного отдела. В материале было 61% мужчин и 39% женщин. Средний возраст больных составил 41+1.06 год. Показаниями к применению транспедикулярной фиксации позвоночника являлись нестабильности и спондилолистезы и дегенеративные стенозы после операции. Хирургическая операция в послеоперационных нестабильностях и спондилолистезах I-II степеней заключалась в декомпрессии задних структур позвоночного канала путем ламинэктомии со стабилизацией ТПФ системой, при спондилолистезах III – IV степеней и гипертрофии суставных отростков со стенозом позвоночного канала заключалась в широкой декомпрессии задних структур позвоночного канала путем ламинэктомии с частичной, или полной двусторонней фасетэктомией и задней межтеловой стабилизацией ТПФ системами. В неврологии имело место корешковая боль у 11 больных, боль в нижне-поясничной области, передающаяся в ногу у 20 больных, боль в нижней части спины у 22 больных и нейрогенная перемежающаяся хромота у 14 больных. Стабилизация проведена в двух уровнях 20 больным и 8 больным в трех уровнях. Клинические проявления представлены в табл. 1.

Результаты и их обсуждение-у всех больных получена хорошая стабильность непосредственно в послеоперационный период, что позволило провести раннюю их активизацию. При проведении контрольных рентгенографических исследований через 6 мес. положение полиаксиальных транспедикулярных систем являлось стабильным. Системы обеспечивали надежную иммобилизацию стабилизированных сегментов позвоночника. Повреждение ТПФ системы встречалось в одном наблюдении (перелом головки винта, который больной мотивировал с поднятием тяжести), смещения винтов с тел позвонков мы ни разу не выявили.

Результаты в послеоперационном периоде: у 20(71,4%) больных хорошие результаты, у 7(25%) больных удовлетворительные и у 1(3,6%) больного неудовлетворительные (отмечались рефлекторные боли).

Учитывая, то что система «Medyssey» (Корея) содержит все особенности требований современной системы и дешевизны на нашем рынке, мы используем данные системы.

Полиаксиальные винты были разработаны с целью преодоления некоторых из ограничений стандартных винтов (винтов с фиксированным углом). В частности, многоосевые винты предназначены для того, чтобы достигать оптимального анатомического и биомеханического положения винта в теле позвонка, минимизировать потребность в контурировании стержня, уменьшить продолжительность



операции и сделать процесс установки стержня проще в случаях, где винты устанавливаются под острыми углами (L5–S1 соединение).

Заключение. Использование полиаксиальных винтов в транспедикулярной системе фиксации позволяет разнообразить положение винтов. Эта особенность минимизирует потребность в контурировании стержня, уменьшает усталость металла, сокращает операционное время. Прочность фиксации пояснично-крестцового отдела при этом сопоставима с таковой системой с фиксированным положением винтов.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Саидов С.С., Кобилов А.О., Фармонкулов В.Х., Кузиев Н.Б., Шодмонов Б.Р.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Диагностика смещений поясничных позвонков является одним из наименее изученных вопросов в рентгенологии. Нестабильность смещение позвонков как одна из форм дисфункции позвоночно-двигательного сегмента становится причиной болевого синдрома и последующих неврологических нарушений. Проведенное исследование у 60 больных с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника позволило уточнить степень и критерии нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, обосновать ее математическими расчетами на основе предложенного метода рентгенологической диагностики нестабильности позвоночно-двигательного сегмента.

Цель исследования: выяснить, этиологию болевого синдрома у больных, оперированных по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков, нестабильность в оперированных сегментах и ее значение в генезе остаточных болевых синдромов.

Материалы и методы: работа проводилась среди 22 больных, оперированных в НЦРПИ в 2017-2021гг. по поводу грыж поясничных межпозвонковых дисков. Важным этапом в нашей работе было выявление нестабильности после операции в одном или двух оперированных сегментах в отдаленном периоде, была проведена функциональная рентгенография позвоночника. При этом среди больных сохранявшиеся неврологические нарушения и болевой синдром оценивались при наличии выявления нестабильности оперированного сегмента или на смежном сегменте. Изучали следующие признаки: наличие или отсутствие болевого синдрома, ортопедические и неврологические нарушения (поясничный лордоз, сколиоз, подвижность в поясничном отделе позвоночника, движение в ногах, нарушения чувствительности, симптом Лассега, нарушение функции тазовых органов), инвалидность и трудовой статус больных. Итоговая оценка отдаленных результатов лечения проводилась путем суммирования баллов.

Результаты и обсуждение: Болевой синдром в пояснице и остаточные ортопедические нарушения наблюдались у 17 больных. Из них у 6 отмечались умеренные боли в пояснице, возникавшие при физических и статодинамических нагрузках, в состоянии покоя в горизонтальном положении эти боли проходили. У 6 больных

боли носили корешковый характер, у одного сохранялся положительный симптом Лассега. Чувствительные нарушения в виде гипестезии в зоне иннервации одного спинномозгового корешка отмечались у 9, сохраняющаяся слабость в стопах – у 6 больных. У одной больной остались нарушения функции тазовых органов по типу задержки мочи и стула. В течение первых 6 месяцев больные, соблюдавшие охранительный-ортопедический режим для позвоночника, остаточные боли не наблюдали.

Выводы. Нестабильность визуально определяемая у больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков во время операции в отдаленном периоде проявляется рентгенологически. Также в отдаленном послеоперационном периоде нестабильность в генезе остаточных болей играет значительную роль.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНТРАДУРАЛЬНО-ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА

Саидов С.С., Саттаров А.Р., Латипов У.Ш., Ахроров Э.А., Сапаров Б.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Опухоли спинного мозга могут возникать в его паренхиме, непосредственно разрушая ткань, или вне паренхимы, сдавливая спинной мозг или нервные корешки. Симптомы могут проявляться нарастающей болью в спине и неврологическим дефицитом, связанным с поражением спинного мозга или нервных корешков. Диагноз ставится на основании МРТ. Назначают кортикостероиды, проводят оперативное лечение и лучевую терапию.

Опухоли спинного мозга подразделяются на интрамедуллярные (в паренхиме спинного мозга) и экстрамедуллярные (вне паренхимы).

Интрамедуллярные опухоли наиболее распространенными интрамедуллярными опухолями являются глиомы, в частности, эпендимомы и астроцитомы низкой степени злокачественности. Интрамедуллярные опухоли проникают в спинной мозг, разрастаются и разрушают паренхиму. Они могут распространяться на несколько участков спинного мозга и препятствовать потоку спинномозговой жидкости, что приводит к образованию свища

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения интрадуральных опухолей путем ассистирования налобных бинокулярных.

Материалы и методы: представляем из нашей практики 26 клинических случая с шванномой исходящей из спинномозгового корешка. Жалобы больных при поступлении на сильные боли в шейной области с иррадиацией в верхних конечностях, в области шеи и плеча, онемения и покалывания, мурашковых по задней поверхности плеча, слабости в руках и ногах, периодические вздутия живота. Анамнез больных варьировал от 6 месяцев до 3 лет. По мере нарастания неврологического дефицита больным было рекомендовано МРТ обследования шейного отдела позвоночника, где выявлены интрадурально-экстрамедуллярно растущие новообразования с оттеснением и сдавливанием спинного мозга в ту или другую сторону.



Состояние больных при поступлении было оценено в 22 случаях средней тяжести и в 4 случаях стабильно тяжелым за счет тетрапареза в конечностях и проводниковыми нарушениями в виде пареза кишечника, частичных нарушений функции тазовых органов. Симптом Раздольского положительный над остистыми отростками шейных позвонков. Выявлена корешковая боль в 18 случаях и в 8 случаях синдрома Броуна-Секара (клиника соответствовала корешковой стадии и сдавления половины спинного мозга), периферический парез верхних конечностей и сегментарная гипестезия в соответствующих дерматомах в 16 случаях и в остальных случаях были обнаружены проводниковые нарушения в виде вздутия живота, спастического парапареза нижних конечностей, проводниковых чувствительных нарушений. После подготовки в плановом порядке под общим интубационным наркозом для удаления новообразования и дальнейшей верификации диагноза больным была проведена операция: «Удаление интрадурально-экстремедулярно расположенного новообразования спинного мозга» с бинокулярным ассистированием (Karl-Zeiss-Germany) 3.5x500 в 24 случаях опухоль была удалена тотально, из гемиламинэктомического окна удалены в 8 случаях, в 16 случаях из ламинэктомического доступа и в 2х последних случаях проведена пластика дужки шейных позвонков.

Результаты: Во всех случаях использовалось ассистирование бинокулярной лупой с налобным осветителем. В динамике в послеоперационном периоде проведена интенсивная противоотечная терапия и симптоматическая терапия. Неврологического дефицита не наблюдалось ни в одном случае. Для верификации окончательного диагноза биоптат был направлен для гистологического исследования. На 5–6 сутки после нефункционирования дренажа, последний был удален и на следующий день больные активизированы.

Выводы. 1) Клиническая картина неврологических расстройств при интрадурально-экстремедулярно растущей опухоли соответствовала в первой и второй стадии роста опухоли (корешковая стадия и стадия сдавления половины спинного мозга); 2) Для уточнения расположения новообразований и для решения дальнейшей тактики хирургического лечения диагностический комплекс должен включать в себе клиничко-лабораторные и нейровизуализационные методы исследования; 3) Удаление опухолей целесообразно выполнять из заднего срединного доступа с латеральным расширением в сторону расположения опухоли и с экономической точки зрения объема ламинэктомического окна по возможности с пластикой резецированных дужек и вооружённым глазом.

О РОЛИ МРТ-ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ

Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Кобиров А.О., Саидов С.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Цель работы – оценить роли МРТ исследовании в диагностике неспецифических спондилитов позвоночника.

Материалы и методы- материал составили 28 больных, получившие стационарное лечение в НЦРиПЛСИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в 2018-2021гг по пово-

ду неспецифического спондилита позвоночника. В до операционного периода больным применяли МРТ диагностику. В материале было 12(42,85%) женщин и 16(57,14%) мужчин. Средний возраст больных составил 36,1±1,8 лет. Для оценки состояния позвоночника, пораженного неспецифическим спондилитом всем больным, применяли МРТ диагностику так как его информативность играл большой рол и чувствительность в очаге было очень высок. Неспецифических спондилитов позвоночника поясничного отдела имели место у всех 23 больных. Показатели МРТ исследование были следующими:

Межтеловое пространство: гипоинтенсивность T1-сигнала, переменная интенсивность, чаще гиперинтенсивность T2-сигнала, диффузное или периферическое усиление сигнала при контрастировании гадолинием; снижение высоты межтелового пространства, Патологическое изменение сигнала костного мозга: в областях, смежных с межпозвонковым диском: гипоинтенсивность T1 –сигнала, гиперинтенсивность сигнала в режимах T2 и STIR с насыщением жировой ткани, выраженное усиление сигнала при контрастировании гадолинием;

Паравертебральные и эпидуральные флегмона или абсцесс: интенсивность T1 -сигнала идентична мышечной ткани, гиперинтенсивность T2-сигнала, диффузное или периферическое контрастное усиление сигнала, сдавление спинного мозга, диффузионно-взвешенные изображения;

Результаты и их обсуждение.

У 11 больных выявлено изменение в межтеловое пространство, гипоинтенсивность T1-сигнала, переменная интенсивность, чаще гиперинтенсивность T2-сигнала, у 12 больных патологическое изменение сигнала костного мозга в областях, смежных с межпозвонковым диском, гипоинтенсивность T1 –сигнала, гиперинтенсивность сигнала в режимах T2 и STIR с насыщением жировой ткани.

Контрастное усиление сигнала тел позвонков и межпозвонковых дисков проводили у 6 больных, при этом диффузное или периферическое усиление сигнала при контрастировании гадолинием; снижение высоты межтелового пространства аналогичный или более выраженный отек костного мозга в сравнении с первичным исследованием.

Наиболее оптимальный метод диагностики: сагиттальные и аксиальные T2-ВИ и T1-ВИ, чувствительность (96%), специфичность (92%), точность (94%), Хорошей альтернативой МРТ является ОФЭКТ с ^{67}Ga : Чувствительность и специфичность не ниже 90%

Выводы. МРТ исследование является самым оптимальным и высокоинформативным методом диагностики неспецифических спондилитов. Чувствительность МРТ диагностики составляет 96%, специфичность 92%, точность 94%. Хорошей альтернативой МРТ является ОФЭКТ с ^{67}Ga , чувствительность и специфичность не ниже 90%.



ЗАДНИЙ МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПОЯСНИЧНО КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА КЕЙДЖАМИ

Саттаров А.Р., Рахмонов Х.М., Ахроров Э.А., Шодмонов Б.Р., Саидов С.С.

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с Инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Заболевания поясничного отдела позвоночника, в первую очередь деформации и дегенеративные поражения, представляют собой важную медицинскую проблему. Спондилодез – один из методов хирургического лечения данной патологии. Задний межтеловой спондилодез в сочетании с транспедикулярной фиксацией является альтернативным методом переднему и чаще всего используемому заднему спондилодезу. Быстро растет популярность применения межтеловых имплантатов. Статья посвящена методам заднего межтелового спондилодеза поясничного отдела позвоночника и техническим аспектам использования титановых кейджей. В работе также рассматриваются различные группы имплантатов и особенности их применения. Данные последних исследований указывают на преимущества межтелового спондилодеза перед задним, поэтому рассматриваемая методика имеет хорошие перспективы в хирургии позвоночника.

Цель работы – оценка надежности метода задней стабилизации межтеловыми титановыми кейджами при дегенеративных заболеваниях нижне-поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. В 2018-2020 гг было прооперировано 36 больных (20 женщин и 16 мужчин) в возрасте от 32 до 71 года (средний возраст 44,9 лет). Период наблюдения составил от 6 до 12 месяцев. Хирургическая операция при до и послеоперационных спондилолистезах I-II степеней и стенозах заключалась в широкой декомпрессии задних структур позвоночного канала путем ламинэктомии с частичной, или полной двусторонней фасетэктомией и задней межтеловой стабилизацией титановыми кейджами. При нестабильности, рецидивных и первичных грыж диска операция ограничивалась частичной резекцией смежных дужек с удалением нижних суставных отростков вышележащего позвонка и задней межтеловой стабилизацией кейджами.

Показания к хирургическому лечению установлены на основе тщательно собранного анамнеза, основанного на начале проявления болей, их интенсивности в покое и при движении, неврологического обследования и анализа результатов рентгенографии позвоночника

Результаты и Обсуждение. Техника заднего межтелового спондилодеза поясничного отдела позвоночника (PLIF) делает возможной полную декомпрессию нервных образований внутри позвоночного канала, обеспечивая одновременно достаточную стабильность позвоночника. Нервные корешки освобождаются благодаря декомпрессии (ламинэктомия, фенестрация, фасетэктомия). Межтеловой имплант удерживает и сохраняет первоначальную высоту межтелового промежутка, а также нормальные анатомические соотношения между нервными и костными структурами (корешковое межпозвонковое отверстие), создавая хорошие условия для артродеза.

Выводы. 1) На основе полученных нами результатов можно утверждать: тита-

новый имплант является безопасным материалом (ни у кого из оперированных больных не было реакции на установленный материал);

2) Задняя межтеловая стабилизация позволяет раннюю активизацию больных – уже в первые сутки после операции; 3) Задняя межтеловая стабилизация не ограничивает активности больных. Предварительный анализ первоначально полученных результатов лечения у 33 (73,3%) больных с полученным отличным и хорошим результатом требует признать технику PLIF необходимой и безопасной в лечении болевых синдромов пояснично-крестцового отдела позвоночника.

НАШ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Фармонкулов В.Х., Сапаров Б.С., Саидов С.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Во всем мире и в нашей клинике используются следующие методики удаления грыж дисков: Микрохирургическая дискэктомия, Эндоскопическая дискэктомия, Удаление грыж дисков из вентрального передне – бокового доступа с последующей фиксацией позвонков имплантатом.

Микрохирургическая дискэктомия – операция проводится со спины через небольшой разрез. Под операционным микроскопом удаляется грыжа диска и освобождается сдавленный корешок. Затем производится ушивание раны.

Цель исследования – улучшить результаты микрохирургического лечения пациентов с грыжей диска с бинокулярным ассистированием.

Материал и методы. Прооперированы 42 пациента (18 мужчин и 24 женщин) в возрасте 23–63 лет (средний возраст $42,3 \pm 2,31$) за период 2018-2021гг. Всем больным проведены неврологические, нейровизуализационные обследования. Оценка результатов оперативного лечения проводилась при помощи опросников ВАШ. До операции болевой синдром колеблется среди больных на 8,9 (1,2+0,6) баллов. Всем больным проведено микрохирургическое удаление грыжи диска с бинокулярным (KarlZeiss 3.5x500мм увеличением) ассистированием из заднего интерламинарного доступа с максимальным сохранением анатомических структур задней колонны оперируемого сегмента позвоночника.

Результаты. Неврологическими симптомами среди оперированных больных были корешковые болевые синдромы с рефлекторным компонентом. У больных выявлены статодинамические нарушения из-за анталгической позы. В 8 случаях в клинической картине ведущим был выраженный рефлекторный болевой синдром в результате разрыва фиброзного кольца, анталгической позы, мышечно-дистонических нарушений. У 28 больных в клинической картине преобладающим клиническим синдромом была монорадикулярная компрессия. Сочетание рефлекторных болевых синдромов с компрессионными синдромами отмечены в 6 случаях. Главной причиной рефлекторных болевых синдромов являлись болевая импульсация из пораженного межпозвонкового диска, статодинамические нарушения вследствие анталгической позы, развития мышечно-дистонических нарушений. Кратко-



срочный результат операции у всех пациентов был оценен как хороший и отличный. Через 6 месяцев после оперативного лечения результаты определены как удовлетворительные и хорошие, все пациенты ведут активный образ жизни. У 1 пациента плохой (в дальнейшем потребовалось повторное хирургическое вмешательство), у 2 – удовлетворительный, у остальных – хороший. В послеоперационном периоде ВАШ равен в среднем 2,3(0,6+0,2) баллам.

Выводы: Микрохирургическое лечение грыж поясничного межпозвонкового диска с бинокулярным ассистированием и максимальным сохранением анатомических структур задней колонны позвоночника приводит к отличному результату, который характеризуется полным регрессом болевого синдрома, раннему возврату пациентов к обычному образу жизни с дальнейшим продолжением трудоспособности.

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

Солдатов Ю.П.¹, Ходжанов И.Ю.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А.Илизарова» Минздрава России, Курган

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Современными методами лечения суставного хряща при остеоартритах являются стимуляция костного мозга (туннелизация, абразивная артропластика, спонгиозация, микрофрактурирование), восстановление хрящевого покрова (пересадка костно-хрящевых аллотрансплантатов и аутоотрансплантатов, надкостницы, аутологичных хондроцитов, операция по индуцированию матрицей аутогенного хондрогенеза). Альтернативным методом лечения остеоартритов является остеоперфорация костей сустава. Ранее в эксперименте исследователями (Т.А.Ступина, В.Д.Макушин, М.А.Степанов, 2012) было выявлено, что субхондральная туннелизация и введение в туннели аутологичного костного мозга оказывают стимулирующее воздействие на репаративную регенерацию хряща, замедляя разрушение суставов.

Цель исследования: изучить результаты применения гидравлической мобилизации локтевого сустава и субхондральной туннелизации метадиафизов его костей (дистального метадиафиза плечевой кости, проксимального метадиафиза локтевой) у больных посттравматическим остеоартритом, сопровождающимся выраженным болевым синдромом.

Материал и методы. У 40 больных остеоартритом локтевого сустава I-III стадии с выраженным болевым синдромом с целью восстановления дренажной функции кости, купирования венозного стаза, разгрузки суставных поверхностей, восстановления движений в локтевом суставе выполнены субхондральная туннелизация метадиафизов костей (дистального метадиафиза плечевой кости, проксимального метадиафиза локтевой), гидравлический лаваж и гидравлическая мобилизация локтевого сустава.

Каналы формировали гладкой спицей с заточкой, применяемой для чрескостного остеосинтеза, диаметром 1,8 мм в дистальном метадиафазе плечевой и в проксимальном метадиафазе локтевой костей. Формировали по 3-4 канала во фронтальной плоскости в метадиафазах плечевой и локтевой костей.

Гидравлический лаваж и гидравлическую мобилизацию локтевого сустава применяли для расправления капсулы сустава, расслоения внутрисуставно расположенной соединительной ткани (рубцов), для обновления синовиальной жидкости сустава. Его выполняли через переднемедиальный и заднелатеральный доступы посредством введения в полость сустава пункционных игл (диаметром до 2 мм), через которые под умеренным давлением поршня шприца производили постепенное промывание (лаваж) сустава физиологическим раствором в количестве 60 - 100 мл. Затем, после удаления игл, выполняли плавные умеренные сгибательно-разгибательные движения.

Гидравлическую мобилизацию локтевого сустава осуществляли до тугого его наполнения физиологическим раствором через один из пункционных доступов. Затем производили умеренную постепенную редрессацию локтевого сустава.

После операции больным назначали консервативное лечение, направленное на улучшение кровоснабжения субхондральной кости, улучшение трофики синовиальной среды сустава, физических, физиологических и биохимических свойств хрящевой ткани, снижение отека внутрисуставных структур (хондропротекторы, поливитамины направленного действия, нестероидные противовоспалительные препараты с защитой хондроцитов, магнитотерапия, электромагнитные волны терагерцевого диапазона, гимнастика сустава).

Результаты и обсуждения. С помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) определяли динамику болевого синдрома и объема движений в локтевом суставе.

Проанализированы ближайшие результаты лечения (до одного года) у 40 больных и отдаленные – в сроках от одного года до пяти лет – у 27 пациентов. У всех больных в указанные сроки лечения отмечалась положительная динамика: болевой синдром был купирован или значительно снижен по интенсивности, «ночные» боли не отмечались, амплитуда движений в суставе увеличилась на 5–20 градусов у больных остеоартритом II стадии.

В отдаленные сроки наблюдений прогрессирование явлений остеоартрита не установлено.

Таким образом, выполнение у пациентов с посттравматическим остеоартритом локтевого сустава I-III стадией гидравлической мобилизации локтевого сустава и субхондральной веерной туннелизации в дистальном метадиафазе плечевой кости и в проксимальном метадиафазе локтевой обусловило у всех наблюдаемых больных в ближайшие сроки после лечения положительные результаты. Применение у больных остеоартритом комплексного лечения приводило к стойкому положительному результату.

Выводы. Гидравлическая мобилизация локтевого сустава и субхондральная туннелизация мета диафизов его костей является альтернативным малоинвазивным методом лечения остеоартритов. Они позволяют в комплексе улучшить качество жизни пациентов, отсрочить выполнение реконструктивных операций.



ПАРАМЕТРЫ АНАЛИЗА ТРЕХМЕРНОЙ МОДЕЛИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С КОНТРАКТУРАМИ

Солдатов Ю.П.¹, Кычев А.С.¹, Гордеев А.В.¹, Ходжанов И.Ю.²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

В современной травматологии и ортопедии актуальным является разработка алгоритма диагностики и лечения, основанного на математическом моделировании заболевания, схем рационального предоперационного планирования, компьютерного программного его обеспечения. Перспективным является 3D моделирование патологии суставов. С помощью трехмерной визуализации возможен всесторонний анализ зоны хирургического интереса, а отработка хирургических доступов и приемов позволяет сократить время операции и длительность наркоза, уменьшить травматичность и кровопотерю (Г.О. Багатурия, 2016).

Цель исследования: определить необходимые параметры анализа трехмерной модели локтевого сустава у больных с контрактурами.

Проведены КТ исследования у 22 пациентов с различной патологией локтевого сустава, у которых отмечалось резкое нарушение его функции. По рентгенограммам у 6 пациентов с тяжелыми контрактурами костной патологии не было выявлено, у 16 - имелись различные деформации костей, образующих локтевой сустав.

На основе КТ с помощью бесплатно распространяемого программного обеспечения InVesalius 3 смоделированы 3D модели суставов. Далее данные модели были отредактированы в ПО MeshMixer и подготовлены под будущее изготовление на 3D принтерах Ultimaker2Go и Picasso DisignerXL PRO методом аддитивных технологий с применением пластика PLA. Все модели использованы для отработки выполнения операции (остеотомии, чрескостный остеосинтез).

На 3D моделях изучали конфигурацию мыщелка, блока плечевой кости, локтевого венечного отростка, состояние апофизов, наличие «плюс» ткани, костных конфликтов. На основании визуализации делали заключение о причине нарушения функции локтевого сустава. Затем моделировали оперативное вмешательство (уровни остеотомии, формирование нормальной анатомических форм костей локтевого сустава, устранение костных препятствий движениям в локтевом суставе).

В результате работы были определены необходимые параметры протокола исследования для анализа трехмерной модели локтевого сустава у больных с контрактурами:

1. Визуализация переднего отдела сустава:

1.1. конфигурация 1.1.А. - головки лучевой кости, 1.1.Б. - головчатого возвышения мыщелка плечевой кости, 1.1.В. - блока плечевой кости, 1.1.Г. - венечного отростка локтевой кости, 1.1.Д. - ямки венечного отростка, 1.1.Е. - мыщелка плечевой кости;

1.2. размеры (гипертрофия) 1.2.А. - головки лучевой кости, 1.2.Б. - головчатого возвышения мыщелка плечевой кости, 1.2.В. - блока плечевой кости, 1.2.Г. - венечного отростка локтевой кости, 1.2.Д. - ямки венечного отростка, 1.2.Е. - мыщелка

плечевой кости;

1.3. наличие и локализация остеофитов, оссификатов.

2. Визуализация заднего отдела локтевой кости:

2.1. конфигурация 2.1.В. - блока плечевой кости, 2.1.Ж. - локтевого отростка локтевой кости, 2.1.З. - ямки локтевого отростка, 2.1.Е. - мышелка плечевой кости;

2.2. размеры (гипертрофия) 2.2.В. - блока плечевой кости, 2.2.Ж. – локтевого отростка локтевой кости, 2.2.З. - ямки локтевого отростка, 2.2.Е. - мышелка плечевой кости;

2.3. наличие и локализация остеофитов, оссификатов.

3. Визуализация медиального отдела локтевой кости:

3.1. конфигурация;

3.2. форма апофиза;

3.3. наличие и локализация остеофитов, оссификатов.

4. Визуализация латерального отдела локтевой кости:

4.1. конфигурация;

4.2. форма апофиза;

4.3. наличие и локализация остеофитов, оссификатов.

5. Костные конфликты:

5.1. переднего отдела;

5.2. заднего отдела;

5.3. медиального отдела;

5.4. латерального отдела.

Костным конфликтами при движении в локтевом суставе явились: деформация и изменение размеров ямки локтевого отростка мышелка плечевой кости, деформация блока плечевой кости в результате неправильного его сращения, оссификаты локтевого, венечного отростков локтевой кости.

Таким образом, трехмерная визуализация и 3Д модели локтевого сустава у больных с нарушением функции улучшает качество диагностики контрактур и деформаций. Применение последовательного анализа трехмерной модели локтевого сустава у больных с контрактурами является целесообразным.

ЙИРИК БЎҒИМЛАР ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ АМАЛИЁТИНИ МАРКАЗИЙ ҲАРБИЙ ГОСПИТАЛ ШАРОИТИДА ТАДБИҚ ЭТИШ.

Талипов Х.Р.¹, Ибрагимов С.Х.², Исаков Р.Р.¹, Масалбеков Н.М.¹

¹Марказий ҳарбий госпитил, Тошкент

²“Эзгу Ният” кўп тармоқли тиббиёт маркази, Тошкент

Мавзунинг долзарблиги: 2020 йилдан кейинги даврда COVID 19 инфекцияси билан оғриб ўтганлар орасида асоратлардан бири сифатида сон суяги ва катта болдир суяклари проксимал, дистал эпифиз, эпиметафиз соҳаларида остеонекрози ривожланиши ва шу билан боғлиқ равишда суякларда импрессион синиклар пайдо бўлишига олиб келди. Бу эса ўз навбатида шу суяклар ҳосила қилган бўғим юзалаарида дегенератив-дистрофик ўзгаришларни келтириб чиқариб, бўғим фаолиятини бузилишига сабаб бўлаётганлиги.



Мақсад: Чаноқ-сон ва тизза бўғимлари дегенератив-дистрофик касалликлари оқибатида, пайдо бўлган таянч-харакат фаолият бузилишларини замонавий эндопротезлаш жаррохлик усулида тиклашни Марказий ҳарбий госпитал шароитида тадбиқ этиш.

Материал ва усуллар: Бизнинг назоратимизда бўлган 150 дан ортиқ “Суяклар остеонекрози” ташхиси билан беморлар орасида госпитал шароитида 24 нафарига чаноқ-сон, 9 нафарига тизза бўғимини тотал эндопротезлаш жаррохлик амалиёти ўтказилди. Уларнинг 12 нафарини аёллар, 21 нафарини эркаклар ташкил этди. Беморларни ўртача ёши 35-72 ёшни ташкил этди. Аксарият беморлар чаноқ-сон ва тизза бўғимларидаги оғриққа, оғриқни жисмоний юклама вақтида кучайишига, оғриқ қолдириш мақсадида мунтазам равишда дори воситаларини қабул қилишга тўғри келаётганлигига шикоят билдирган. Барча беморларга рақамли рентген, МСКТ, МРТ, остеоденситометрия, ультратовуш, клиник ва лаборатор текширув ўтказилган ҳолда ташхис қўйилди. Тана суякларида пайдо бўлган остеонекроз ўчоқларини эрта аниқлаш имкониятини, COVID 19 касаллигини оғир шаклларини ўтказган беморларни диспансер кўрик вақтида бажарилган МРТ текшируви ва қондаги витамин “Д” миқдорини лаборатор таҳлил натижалари кўрсатиб берди. Бу беморлар таянч-харакат аъзолари томонидан шикоят билдирмаган ва уларнинг жисмоний ривожланишида кўзга кўринарли ўзгаришлар кузатилмаган. Тана суякларидаги пайдо бўлган остеонекрознинг бошланғич босқичларида ташхис қўйилиб, даволанган беморларнинг 90-95% ўтказилган комплекс даво, ҳамда реабилитацион муолажалардан сўнг меҳнат лаёқати қисқа муддат ичида тикланди. Суякларда остеонекрозни III-IV босқичи аниқланган беморларнинг аксарият қисмида эса, бўғимларида иккиламчи остеоартрознинг шакланганлиги, бўғимда сурункали яллиғланиш белгилари вужудга келиши аниқланди. Кўрсатиб ўтилган ўзгаришлар ўз навбатида бўғимда оғриқни келтириб чиқариб, уни фаолиятини бузилишига олиб келган. Ушбу тоифадаги беморларга ўтказилган консерватив даво муолажалари аксарият ҳолда самарасиз бўлганлиги сабабли, эндопротезлаш жаррохлик амалиёти ўтказилган. Эндопротезни танлашда беморнинг ёши, тана вазни, суяк-мушак тўқималарининг анатомик ривожланиш ҳолати ва аниқланган ёндош касалликларни борлигига эътибор қаратилди. Жаррохлик амалиётини ўтказиш вақтида Zimmer (АҚШ), Bioimpianti (Италия), De Puy (Франция) ва IRENE (Хитой) тиббий жихозлар ишлаб чиқарувчи компаниялар томонидан тақдим этилган ҳар хил турдаги эндопротезлардан фойдаланилди. Жаррохлик амалиёти кейин қисқа вақт ичида беморлар фаоллаштирилди. Уларнинг барчасида амалиётдан кейинги яралар бирламчи битди. Кейинги даврда эндопротезлаш жаррохлик амалиёти билан билан боғлиқ бўлган асоратлар кузатилмади.

Хулоса: Эндопротезлаш жаррохлик амалиётини ўтказган беморлар йиллар давомида мунтазам равишда стационар, амбулатор даволаниш ва дори воситаларини узоқ вақт давомида қабул қилишдан ҳалос бўлди. Бу эса ўз навбатида касаллик юзасидан меҳнатга лаёқатсизлик кунларини қисқаришига олиб келди.

Юқорида келтириб ўтилганлардан хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, эндопротезлаш жаррохлик амалиётини ўтказган беморларда таянч-харакат ва бўғим фаолиятини тўлиқ тикланишига, шу билан бирга ҳаёт сифатини яхшилашга, иш фаолиятини давом эттиришга имкон яратди.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Тияков А.Б., Рузиев Н.Т., Юлдашев А.Ж.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

«Хрустальные дети» – нежное и сказочное название. Но реальная жизнь таких малышей совсем не сказка. У них редкое «хрупкое» заболевание, которое звучит на медицинском языке как «несовершенный остеогенез».

На 20 тысяч новорожденных рождается один «хрустальный ребенок». Несовершенный остеогенез (НО) – редкое врожденное заболевание, характеризующееся множественными переломами костей из-за крайней хрупкости. Описано до одиннадцати различных клинических форм, характеризующихся более чем 280 генными мутациями. Частота возникновения составляет 1 на 20000 живорождение. Деформации верхней и преимущественно нижней конечности у больных с несовершенным остеогенезом возникают вследствие множественных переломов длинных трубчатых костей и вызывают ограничение объема движений в суставах.

Ограничение движений и страх перед множественными переломами у детей с несовершенным остеогенезом приводят к снижению комфорта в обычной повседневной жизни. Коррекция деформации и правильное медикаментозное лечение способствуют достижению лучших функциональных результатов. В большинстве случаев переломы лечат гипсованием пораженной конечности в деформированном положении. Также мышечный дисбаланс играет роль в заживлении костей в наклонном положении.

Материалы и методы: В данном исследовании представлен наш опыт комплексного лечения больных с НО в Республиканском центре детской ортопедии Республики Узбекистан в период 2020-2023гг. Исследование основано на результатах лечения 64 пациентов у которых клинически диагностирован НО. Больные разделены по половому признаку 42 мальчиков и 22 девочек. В диагностике заболевания применялись клинические, рентген-радиологические, МСКТ и лабораторные методы исследования. На основе клинических проявлений тяжести болезни больные были разделены на следующие типы НО I-28, III-14, IV-22

Всем больным с целью предоперационной подготовки проводилась бисфосфонатная терапия золендроновой кислотой в дозировке 0,25 мг. на 1 кг. массы тела каждые 3-6 мес. В зависимости от улучшения структуры костей и появления характерных полос на метафизах костей «полосы зебры». На сегодняшний день из 64 больных с НО у 25 выполнены современные методы хирургической коррекции, а у 41 больного проводится бисфосфонатная терапия.

У 25 больных выполнено 36 операций на костях бедра и голени с внутренним армированием и устранением деформацией нижних конечностей по методике Sofield и Millar. Все операции проводились с целью коррекции деформации костей нижних конечностей и создания опороспособности. Для фиксации костей бедра и голени после устранения деформации применялись методом интрамедуллярного остеосинтеза. Телескопические штифты Fassier Duval (FD) применили у 19 пациентов (бедренная кость - 11, большеберцовая кость - 13). У 3 пациентов более старшего



возраста (15, 16 и 18 лет) фиксация выполнена «Слим» стержнями (бедренная кость – 3, большеберцовая кость – 5). Спицы Илизарова использовались при фиксации 4 большеберцовых костей у 3 пациентов в связи с отсутствием костномозгового канала и чрезмерной хрупкостью костей, что создавало технические трудности использования стержня FD. У всех последних 3 пациента после формирования костного канала и утолщение диаметра трубчатых костей, спицы Илизарова были заменены на телескопические штифты FD.

Результаты: Наш опыт показывает, что при проведении бисфосонатной терапии в предоперационном периоде клинически у больных отмечается значительное снижения болевого синдрома в костях, уменьшается ломкость костей, рентгенологически отмечается улучшение плотности костной ткани.

Ранних послеоперационных осложнений у больных не отмечено, кроме длительного отека мягких тканей в области послеоперационной раны у 4 пациентов подросткового возраста. Отеки сошли после применения реологических препаратов. В 3 случаях отмечались переломы в сегментах не оперированных нижних конечностей.

Активизированы и обучены ходьбе в послеоперационном периоде 6 больных, 1 передвигается самостоятельно, 2 на костылях и 3 больных при помощи ходунков.

Выводы: Комплексное ортопедо-хирургическое лечение пациентов с НО является сложной задачей, и основной целью является поддержание высокой плотности костей и устранение деформации конечностей. Комплексный подход с широким спектром методов реабилитационной терапии позволяет улучшить самообслуживание и самостоятельное передвижение детей с НО, что значительно повышает качество жизни данного контингента больных.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Тияков А.Б., Мирзаев А.Г., Арифджанов К.С., Султонов Р.Р.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Актуальность. Детский церебральный паралич (ДЦП) — заболевание с прогрессирующим течением, однако в процессе роста и развития пациентов, могут образоваться контрактуры суставов, деформации, подвывихи и вывихи в суставах конечностей, которые существенно утяжеляют двигательный статус пациента и снижают реабилитационный потенциал.

У пациентов с тяжелыми спастическими формами детского церебрального паралича, по выраженности двигательных нарушений соответствующими III-V уровням GMFCS, развивается вывих бедра, являющийся одним из наиболее частых, зависимости от тяжести заболевания от 2,6 до 75% случаев, и значительно ухудшающих качество жизни, с ранним развитием коксартроза и болевым синдромом, порочным положением бедра, затруднением принятия комфортной позы и ухода за больными.

Цель исследования. Изучение результатов хирургических операций по коррек-

ции патологии тазобедренных суставов у больных детским церебральным параличом, проведенных в Республиканском центре детской ортопедии МЗ РУз.

Материалы и методы. В отделении нейроортопедии Республиканского центра детской ортопедии в период с 2019–2022 гг. прооперировано 60 пациента с диагнозом ДЦП в возрасте от 4 года до 16 лет (32 мальчика, 28 девочки).

По форме ДЦП пациенты распределились следующим образом: спастическая диплегия — 48 (80%) больных, спастический церебральный паралич (двойная гемиплегия) — 12 (20%). Согласно классификации больших моторных функций GMFCS III — у 8 (13,3%), IV — у 28 (46,7%), V — у 24 (40%).

Всем пациентам проводилось рентгеновское исследование с учетом возрастных особенностей в двух проекциях: прямой и в отведении с внутренней ротацией. Индексирование ТБС производилось с определением показателей ШДУ, степень костного покрытия, угла антеторсии и процента миграции головки тазобедренного сустава (индекс Реймерса). При оценке функции ТБС определяли амплитуду движений и наличие контрактур.

По степени поражения ТБС вальгусная деформация проксимального отдела бедра и патологическая антеторсия в разной степени выраженности отмечены у всех пациентов. По степени нарушения анатомических соотношений головки бедренной кости и вертлужной впадины патология суставов распределилась следующим образом: подвывих бедра односторонний — 9, подвывих бедра двусторонний — 12, вывих бедра односторонний — 13, вывих бедра двусторонний — 26 больных.

Пациентам выполнялись следующие операции: внесуставная межвертельная медиализирующая деторсионно варизирующая остеотомия бедра (ДВО) — 42 операции, открытое вправление вывиха бедра — 52 операции, ацетобулопластика по Пембертону — 26, резекция проксимального отдела бедра и подвертельная вальгизирующая остеотомия по Mc Hale — 4, миотомия аддукторов — 8 операций.

При открытом вправлении вывиха бедра межвертельную деторсионно варизирующую остеотомию (ДВО) бедра, дополняли всегда миотомией подвздошно-поясничной мышцы. Величина деторсии определялась суммарным углом антеторсии и внутренне ротационной установки бедра, для этого производили (при необходимости) теномиотомию наружных ротаторов и лишь после этого фиксировали фрагменты, оставляя антеторсию в пределах 15-30°, варизацию проводили до 110° учитывая естественную вальгизацию шейки бедра. Удаленный из подвертельной области костный фрагмент клиновидной формы планировали с учетом коррекции и необходимостью декомпрессии, далее эти отломки использовали для фиксации таза после остеотомии.

В случае соха valga и подвывихе головки бедренной кости при хорошо развитой крыше выполнялась внесуставная межвертельная ДВО бедра. Показания к внесуставной межвертельной ДВО бедра были следующими: антеторсия проксимального отдела бедра более 40°, вальгусная деформация шейки бедра более 140°, процент миграции головки составил 30-80%. При необходимости межвертельная ДВО бедра дополнялась ацетобулопластикой по Пембертону. Операции на ТБС ограничивают вертикализацию пациента на срок от 2 до 5 месяцев (в зависимости от объема операции, необходимости одно или двустороннего хирургического лечения, консолидации области остеотомии).

Результаты и обсуждение. Мы наблюдали за развитием начальных признаков нестабильности сустава потому, что динамика данных показателей с возрастом яв-



ляется важнейшим фактором, определяющим показания к хирургической коррекции больных с ДЦП.

Показатели ШДУ на всех уровнях превышали возрастные нормативы. Начиная с GMFCS III уровня GMFCS происходит значительное увеличение ШДУ- $150\pm 6^\circ$, IV-V уровня $155\pm 10^\circ$.

Во всех случаях после операции отмечали амплитуду отведения бедра более 30° , сгибание – более 80° . Ацетопластика по Пембертону позволяла обеспечить полное покрытие головки бедра вертлужной впадиной даже при значениях ацетабулярного угла более 35° . При выполнении ДВО бедра во всех случаях нам удалось устранить патологическую вальгизацию, децентрацию шеек бедра и антеторсию.

Из 60 ранее не ходивших больных, 32 получили возможность ходить с помощью вспомогательных средств (ходунки, трость). У всех детей с подвывихом бедра достигнута стабильная центрация на уровне костных компонентов тазобедренного сустава, улучшилась походка. У больных с GMFCS IV-V уровня отмечен положительный клинический эффект: избавление пациентов от болей, отсутствие грубых порочных положений конечностей, уменьшился перекос таза, облегчен уход за пациентом.

К концу года наблюдения у 7 пациентов мы отметили развитие контрактур в других суставах, в связи повышением мышечного тонуса. Релюксация – у 1 больного, миграция металлоконструкции – у 2, иммобилизационный остеопороз и перелом дистального отдела бедра – у 2, контрактуры суставов нижних конечностей – у 2 больных, связанные с нарушением ортопедического режима и малоподвижностью ребенка. Все больные были GMFCS IV-V уровня тяжести.

ВЫВОДЫ: Анализируя клинические материалы, мы пришли к выводу, что наилучшие результаты лечения получены при операции у пациентов с coxa valga дошкольного, младшего школьного возраста, II–III уровня GMFCS. Худшие результаты получены при хирургическом лечении вывихов у детей старшего возраста, IV–V уровня GMFCS. Как отмечалось выше, само по себе хирургическое лечение патологии ТБС у детей с ДЦП не гарантирует ходьбу пациента, а только создает предпосылки для возможности поставить пациента на ноги.

У детей раннего возраста процесс реабилитации должен быть непрерывным. Операция, длительный послеоперационный период, измененный двигательный стереотип на неопределенное время ограничивают реабилитационный процесс. Наблюдения показывают, что запрет вертикализации и ходьбы, при выявлении подвывиха у больных младшего возраста, является заблуждением. Обездвиживание такого пациента резко ослабляет стабилизирующие сустав ягодичные мышцы, что не способствует его правильному развитию.

КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ Д.НАСС ОПЕРЕАЦИЯСИ, ПИЛЕГААРД МОДИФИКАЦИЯСИ УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ

Тияков А.Б., Мирдадаев Ж.Ф.

Республика болалар ортопедия маркази, Тошкент

Кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси (КҚГД) кўкрак қафасида уч-райдиган деформациялари орасида энг кенг тарқалган нуқсон хисобланади. (КҚГД) Нафақат косметик, балки ички аъзолар функциясини бузилишига олиб келувчи касаллик хисобланади. Ички аъзолар функциясини бузилишига олиб келган деформацияларни жаррохлик ёрдамида даволаш, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайти ва кўп ҳолларда юрак ва шунга мос равишда, жисмоний иш фаолиятини яхшилайти. КҚГДси билан оғриган беморларни илк бор жаррохлик усулида даволаш 1911-йилдан бошланган ва ҳозирги кунга келиб 100 дан ортиқ жаррохлик усули ва унинг модификациялари мавжуд. Бироқ 1998-йилдан бошлаб Дональд Насс кам инвазив жаррохлик амалиётини жорий қилди ва ҳозирга қадар дунёда КҚГД ни бартараф этишда кенг қўланилаётган жаррохлик амалиёти усулига айланиб қолган. КҚГД билан оғриган беморларда жаррохлик тактикасини танлаш, яхши натижаларга эришиш ва асоратларни олдини олиш катта аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади: Болалар ва ўсмирларда (КҚГД) сининг Дональд Насс усули, Пилегаард модификациясини қўллаган ҳолда, жаррохлик амалиёти вақтини қисқартириш, амалиётдан кейинги реабилитацияни бир мунча осонлаштириш ва натижаларни таҳлил қилиш.

Материал ва метод: Республика болалар ортопедия марказида 2021-2023 йилларда кам инвазив Дональд Насс амалиёти, Пилегаард модификация услубида 19 та беморда жаррохлик амалиёти ўтказилди.

Улардан 17 (89,4%) таси ўғил 2 (10,6%) таси қиз бола. Беморлар ёши 5 ёшдан 12 ёшгача ташкил қилади. Беморларда кўкрак қафаси гирдобсимон деформациясини туғри ва шаклига қараб ажратишда, Н.И Кондрашин класификациясидан фойдаланилди.

Классификацияга кўра, кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси босқичига кўра компенсацияланган, субкомпенсацияланган, декомпенсацияланган.

Формасига қараб симметрик, асимметрик (ўнг томонлама чап томонлама) ясигирдобсимон (симметрик асимметрик). Даражасига қараб I-II-III-га ажратилди.

(КҚГД) II-даража симметрик субкомпенсацияланган беморлар 14 та. (КҚГД) II-даража ўнг томонлама асимметрик субкомпенсацияланган беморлар 9 та. (КҚГД) II-даража чап томонлама асимметрик субкомпенсацияланган беморлар 10та. (КҚГД) III-даража ўнг томонлама декомпенсацияланган беморлар 3та.

Барча беморларнинг жаррохлик амалиётидан олдинги ва амалиётдан кейинги натижаларини таҳлил қилиш мақсадида, клиник (Антропометрия) ва инструментал (ЭхоКГ, МСКТ, Рентгенография ва бошқа) текширувлардан ўтказилди.

Жаррохлик амалётига кўрсатма деформация чуқурлиги 2см ва ундан юқори бўлиши, нафас ва юрак қон томир системасини турли хилдаги бузилишлари.Инструментал текширув натижаларга асосланиб,барча беморларда Дональд Насс усули, Пилегаард модификацияси жаррохлик амалёти танланди.



Жаррохлик техникаси: Бемор эндотрахеал наркоз остида чалқанча ётқизилади ва жаррохлик майдони стерил алохидаланиб олинади. Асосий жаррох бемор ўнг томонида, ёрдамчи жаррох беморнинг чап томонида, операцион хамшира эса чап томондаги ёрдамчи жаррохга параллел жойлашади.

Бемор кўкрак қафаси остига жойлаштирилиши керак бўлган металл пластина деформацияга мосланиб, ярим ойсимон шаклда махсус мослама ёрдамида эгиб олинади.

Ўмров латерал чизиғи икки томонида, металл пластина жойлаштирилиши режа қилинган сохада, кўкрак қафасида 2см катталиқда иккита кесма қилинади. Ўнг томондаги кесмадан, интрадюсер ёрдамида белгиланган қовурғалар орасидан кўкрак қафаси бўшлиғига тешиб киргазилади ва чап томонда қилинган кесмага қараб аста секинлик билан ретростернал манёвр қилиниб, белгиланган қовурғалар орасидан чиқазилади. Сўнг интрадюсер учига қалин ипак (шелк) ип боғланиб интрадюсер орқага қайтарилади, ип эса интрадюсер хосил қилган туннелда қолдирилади. Таёрланган металл мослама ипга бириктирилади ва туннел орқали қавариқ томони перикардга қараган холда тортилади, ип эса олиб ташланади. Кўкрак қафаси остига жойлаштирилган металл пластина ротатор ёрдамида 180 градусга айлантрилади ва беморда деформация бартараф этилади. Металл пластина стабил бўлиши мақсадида белгиланган томонга оёқча махкамланади ва ўша оёқчаси қовурғаларга фиксация қилинади. Оёқча имкон борича медиал жойлаштирилиши мақсадга мувофиқ хисобланади, бу эса ўз навбатида металл пластинанинг барқарорлигини таъминлайди. Сўнг кесмалар қаватма қават чокланади ва асептик боғлам қўйилади.

Натижалар Беморларнинг 2 тасида кўкрак қафасидаги деформация чуқурлиги ва чуқурлик узунлиги (Grand canyon тип) сабабли 2 сатхда металл пластина ўтказилди. 6 та беморда кўкрак қафасидаги деформация асимметрик бўлгани сабабли, металл пластина стабилизатор оёқчаси, кўкрак қафасидаги деформация ўнг томонлама асимметрик бўлса чап томонга, чап томонлама асимметрик деформация бўлса ўнг томонга жойлаштрилиб, қовурғаларга фиксация қилинди.

11 та беморда кўкрак қафасидаги деформация симметрик бўлгани сабабли, одатий ярим ойсимон шаклда эгилган металл пластинаси ўрнатилиб, жаррохлик амалиёти бажарилди. (Пластиналар сони ва шакли КҚГДни турли типларига қараб хар бир беморга алохида танланди).

Жаррохлик амалётидан сўнг, 1 та беморда тери ости эмфиземаси кузатилди, 1 та беморда металл пластина аллергия реакция берди, аллергияга қарши даво тактикаси наф бермагач, 3 ойдан сўнг металл пластина олиб ташланди. Барча беморларда жаррохлик амалиётидан сўнг клиник ва функционал текширувлар ўтказилиб, беморларда операциядан кейинги яқин ва узоқ натижалар қайд қилиш мақсадида, мониторинг кузатувиغا олинди. Яқин натижаларда беморларнинг барчасида косметик нуқсон йўқлиги, функционал текширув натижалари ижобийлиги кўринди.

Хулоса. Хулоса ўрнида шуни такидлаш жоизки, (КҚГД) билан оғриган беморларда кам инвазив Д.Насс жаррохлик амалиёти, ушбу касалликка чалинган беморларни хирургик даволашда тубдан бурилиш ясади. Аммо шунга қарамасдан, кузатилаётган асоратлар тахминан 14% ни ташкил этади. Д.Насс асл техникасини модификация қилиб ўзгартирилиши натижасида, юқоридаги асоратлар кўрсаткичини бирмунча камайтирди.

Д.Насс усулидаги жаррохлик амалиёти Пилегаард модификацияси афзаллиги шундаки, Интрадюсерни киритиш бирмунча осон чунки тери кесмалари, кўкрак

деворидаги кириш ва чиқиш жойидаги масофа бирмунча қисқа. Жаррохлик амалиёти вақтини қисқартиради.

Стабилизатор оёқча қўлтиқ олдинги чизиқ проекциясида эмас балки, ўмров ўрта чизиғи соҳасида жойлашади бу эса металл пластинани барқарорлигини таъминлайди ва қўшимча оёқчалар ҳамда чокларга эҳтиёж қолдирмайди.

COMPLEX MANAGING THE PATIENT WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Tilyakov A.B., Ulukhbek M.Sh.

Uzbekistan Tashkent Republic children orthopedic center, Tashkent

Multidisciplinary team (MDT) management of complex, chronic diseases is an accepted part of clinical practice. In respect of the Metabolic Bone Disease Service at All republic Children's Hospital, the MDT approach began with the appointment of the UZB's first consultant in pediatric metabolic bone disease in October 1996, with the MDT commencing its work early in 2010. The original team comprised the consultant, a full-time clinical nurse specialist (CNS), a half-time physical therapist and a full-time occupational therapist. The original expectation was that the service would grow from its original caseload of 10 patients to 15 patients by the end of 10 years and then plateau. In 2021, 2023 years after the team's inception, the caseload is 25 patients, more than half of whom have osteogenesis imperfect (OI). In 2022, children orthopedic center was one center designated by NHS Uzbekistan to deliver a highly specialized service (HSS) for severe, complex, and atypical pediatric OI. Republic children's orthopedic center sees 8 of the 10 patients within this designated service. The size and scope of the MDT have increased steadily, adding psychology, social work, dentistry, and dietetics to the core services. The extended MDT meetings include orthopedic, spine, and neurosurgery as well as specialized skeletal radiology and genetics consultant input. This review provides information on the assessment and management of children and young adults with OI. It aims to demonstrate how a specialist and an MDT are integral to providing a high-quality service that focuses not only on the patient's condition but also on the broader determinants of health and the priorities of care as directed by the children and their family.

Osteogenesis imperfecta (OI).

OI, often referred to as brittle bone disease, is a rare bone disorder characterized by bone fragility (fracturing with little-to-no trauma), short stature, long bone deformities, bone pain, low muscle mass, persistently blue sclera (in some), and hypermobility. The prevalence of OI is estimated at 1 in 10,000 new births. OI is described as a collagen disorder with most causative genetic mutations disrupting collagen biosynthesis. It can be inherited (autosomal dominant/autosomal recessive) or occur spontaneously (de novo/mosaic mutation) and is a condition with wide variability in phenotypic expression. Classification of OI follows on from the seminal work of Silience et al in 1979 in which they classified OI into the following four distinct types: type 1 (mild), type 2 (lethal), type 3 (severe with progressive deformity), and type 4 (moderately severe). These four types are most often described in the literature and are attributed to the involvement of the



pro-alpha-1 and pro-alpha-2 polypeptide chains of type one collagen.

The physician is often the first point of contact for referrals of patients with OI. The initial role of the physician is to correctly identify OI and exclude other metabolic bone diseases resulting in bone fragility (the commonest reason for referral) such as idiopathic juvenile osteoporosis, and other rare conditions. Assessment in the clinic should ideally be multidisciplinary with the nurse, physical therapist, and occupational therapist in attendance, allowing each team member to make an appropriate contribution. The physician should then ensure that the correct baseline investigations are undertaken and a management plan put in place. The predominant pharmacological interventions are analgesics and bone-targeting treatments such as bisphosphonates. Other medical problems consequent on immobility, such as constipation, will also require appropriate management.

Decisions on bisphosphonate initiation take into account the severity of the patients' condition, their age, and ability to manage either oral or intravenous administration. The decision regarding the type of bisphosphonate is made with parents, and dose frequency is initially 3 months for intravenous therapy (either pamidronate or zoledronic acid) and weekly for risedronate, given orally; children receiving oral bisphosphonates are seen every 6 months. Modification of dose is made on an individual basis, according to the response to treatment. Where patients prefer, some or all of the infusions can be given closer to home, but monitoring is undertaken in UZBRCHO center. New treatments using agents already in clinical use in postmenopausal and glucocorticoid-induced osteoporosis are finding their way into clinical trials of OI. A trial of denosumab in children started in center 2015, and a trial of parathyroid hormone (essentially ineffective) in adults with OI has also been reported. Other treatments are in development, and it is likely that further research will be needed to assess the impact and cost-effectiveness of these treatments compared to the existing approaches. Orthopedic surgeon Fracture management is the mainstay of orthopedic intervention in children and young adults with OI. Fracture management includes the stabilization of acute fractures (generally managed by local teams, although more complex fractures may warrant transfer to Sheffield Children's NHS Foundation Trust (SCH) for specialist care) and/or the prophylactic correction of deformity to reduce fracture risk. In our experience corrective surgery can support ambulation by improving range of movement (eg, in the correction of coxa vara) and establishing better joint congruence through lower limb alignment. Similar outcomes are reported by the literature. Intramedullary rodding, using either non-telescopic rods (Rush rods, Kirschner wires) or telescopic rods (Sheffield rods, Fassier-Duval rods), is used for procedure. The benefit of one over another is subject to much debate. However, there is general consensus that telescopic rods are preferable for rodding the lower limbs of a growing child; a telescopic rod has greater longevity, thus reducing the number of surgeries required. Orthopedic intervention is also required in the management of leg length discrepancy. Leg length discrepancies associated with recurrent fractures and/or lower limb deformity, can impair function, increase back pain, and influence scoliosis progression. It is best practice to correct any leg length discrepancy as a preventative measure, be this with orthotics or orthopedic intervention (epiphysiodesis), to guide growth. Occasionally, the application of an Ilizarov frame is required to correct deformities and/or stabilize fractures.

Summary. Management of children and young adults with OI is complex and challenging due to the heterogeneity both across and within the different types. There is

no single intervention or plan that can meet the needs of all. Best practice requires the input of an MDT delivered within a setting of a pediatric bone unit. The focus of interventions should be not only on the condition but on the broader determinants of health as well. By working collaboratively, children and young adults with OI are supported to improve health and quality of life, family and social participation, and academic achievement. Within the MDT, mutual respect, communication and specialist skills are required to deliver a gold standard of care. With joint working patterns, the MDT shares knowledge and expertise, delivering holistic treatment plans. Feedback from patients indicates that the MDT approach facilitates and enhances a sense of partnership, friendship, and support for OI families.

ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Тухтаев Ж.Т., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Актуальность темы. Повреждения голеностопного сустава (ГСС) относятся к числу наиболее частых травм опорно-двигательного аппарата и составляют 12–24% по отношению ко всем повреждениям костей, а в структуре переломов костей голени достигают 40–60%. Количество травм этой области растет и в 60–70% встречается у лиц трудоспособного возраста. Несмотря на совершенствование методов консервативного и хирургического лечения этих повреждений количество неудовлетворительных результатов составляет от 5 до 30%, инвалидность достигает 28%.

Цель исследования - определить и обосновать методологию диагностики и лечения повреждений голеностопного сустава для улучшения функциональных результатов и снижения сроков нетрудоспособности.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 60 пострадавших с травмами голеностопного сустава, лечившихся в АФ РНЦЭМП. Проводилось комплексное обследование, включавшее рентгенологическое, ультразвуковое, термометрическое исследование.

Больные условно поделены на 2 группы:

1 группа (30 человек) – стандартный диагностико-лечебный подход.

2 группа (30 человек) – помимо стандартного подхода в диагностике применялось УЗИ и контактная термометрия, объем и метод лечения определялся в соответствии с классификацией АО.

Результаты исследования. Определенная нами методология диагностики и лечения больных с закрытыми повреждениями голеностопного сустава позволяет снизить сроки стационарного лечения на 3,5 дня, временной нетрудоспособности - на 10,6 дня, уменьшить количество посттравматических сосудистых расстройств и хронической нестабильности ГСС на 72%, остеоартрозов - на 43%.

Вывод. Комплексное применение рентгенографии и УЗИ позволяет в 2,2 раза увеличить информативность диагностики острых повреждений капсульно-связочного аппарата. Использование термометрии в остром периоде объективизирует тяжесть травмы, дает возможность определить оптимальные сроки для хирургического вмешательства при каждом типе повреждения.



БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИНИ ЖАРОХАТДАН КЕЙИНГИ ВАЛЬГУСЛИ ҚЙШИҚЛИГИНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ

Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю., Касымов Х.А., Эдилов У.А.

*Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия Илмий-Амалий
Тиббиёт Маркази, Тошкент*

Турли тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, болаларда тирсак бўғими суякларини синишлари [1; 2; 3; 4; 5], умумий суяк синишларининг ўртача 16 дан 40% гача ташкил этади. Елка суягининг бўғим юзи бошчаси елка суягининг дистал қисмининг асосий элементларидан бири бўлиб, у латерал мос нуқтаси бўлиб хизмат қилади ва тирсак бўғимида бириктирувчи юкни тўғри тақсимлашда ва билак суякларининг айланишида иштирок этади. [4; 5; 8]. Елка суягининг бўғим юзи бошчасини ўз вақтида битмаслиги, елка суяги бўғимюзи бошчасини сохта бўғимига ёки асептик некрозига олиб келади. Кўпинча елка суяги ғалтагининг бир қисми резорбция бўлади. Бу ҳолат кейинчалик тирсак бўғимининг вальгусли деформациясининг кучайишига олиб келади [6; 7; 8; 9; 10]. Бугунги кунда бу патология ижтимоий ва иқтисодий муаммога айланиб бормоқда, шунинг учун бу патологияси бўлган болалар доимий ногирон бўлиб қоладилар.

Мақсад: Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини клиникада ишлаб чиқилган янги жаррохлик йўли билан даволаш орқали олинадиган натижаларни яхшилаш.

Текширишнинг предмети ва усули: РИТОИАТМ Умумий Ортопедия бўлимида 2021-2023 йиллар давомида Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини ташхиси билан 16 та бемор даволанди. Кузатувда бўлган беморлар ёши 7 ёшдан 14 ёшгача. Кузатувдаги беморлар жароҳатдан кейин 2-7 йиллардан сўнг мурожат қилиб келишган. Беморларга асосан яшаш жойида биринчи ёрдам кўрсатилган ва гипс боғламда даволанган. Ўғил болалар 7 та, киз болалар 9 тани ташкил қилади. Ўнг томонлама жароҳат асорати 10 та, чап томонлама жароҳат асорати 6 та беморда кузатилган. Бу беморларнинг барчаси Рентген, МСКТ, ЭНМГ текширувларидан ўтказилди. Бўлимда даволанган 16 та бемордан 16 тасида оператив муолажа ўтказилди. Оператив даволанган 16 та бемордан 10 тасида икки этапли операция қилинди, 6 та беморда бир этапли оператив муолажа бажарилди. Операциядан сўнг 12-14 суткаларда жароҳатдаги чоклар олинди. Икки этапда қилинган операцияларда елка суягини бўғим юзи бошчаси винтлар ёки сихлар ёрдамида остеосинтез қилинди. Винтлар ёрдамида остеосинтез бажарилган беморларда гипсли боғлам уч хафтага қуйилди. Уч хафтадан сўнг гипсли боғлам ечилиб тирсак бўғимини ишлатишга рухсат берилди. Илизаров аппаратида остеосинтез қилинганда бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлгандан сўнг (6-8 хафтада) Илизаров аппарати ечилиб тирсак бўғимида ҳаракатлар бажаришга рухсат берилди. Бир этапда бажарилган операцияларда эса елка суягини бўғим юзи бошчаси винтлар ёрдамида остеосинтез қилиниб елка суяги дўнғлар устидан коррексияловчи остеотомия қилиниб Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтез қилинган. Бу беморларда елка суягида бирламчи суяк қадоғи ҳосил бўлгандан сўнг (6-8 хафтада) Илизаров аппарати ечилиб тирсак бўғимида актив ҳаракатлар бажаришга рухсат

берилди.

Натижалар: Яқин ва узоқ натижалар 6 ойдан 2 йилгача бўлган вақт оралиғида ўрганиб чиқилди. Олинган натижалар беш баллик шкалада бахоланди. Яхши натижалар 80%ни ташкил қилди, қониқарли натижалар 20% ни, қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Хулоса: хулоса қилиб айтганда болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини даволаш хозирги кунда долзарблигича қолмоқда. Асоратли ҳолатларнинг келиб чиқиши асосан беморларнинг кеч мурожати, ўз вақтида тўғри ташхис қўйилмаганлиги, ўз вақтида оператив даво бажарилмаганлиги билан боғлиқ. Болалар ва ўсмирларда тирсак бўғимини жароҳатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини замонавий усулда ишлаб чиқилган даволаш усули ўз оптималлигини кўрсатмоқда. Бу усулни юқоридаги жароҳатларда қўллаш, Иммобилизация вақтини қисқаришига, беморни тирсак бўғимида контрактура келиб чиқишини олдини олишга, бўғими функционал ҳолатини тўлиқ тиклаш имконини беради.

К ПРИЧИНАМ НЕСРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Уринбаев П., Эранов Ш.Н., Уринбаев И.П.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Самаркандский государственный медицинский университет и Самаркандский Филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии. г.Самарканд, Узбекистан.

Введение. Дистальные метаэпифизарные переломы плечевой кости у детей составляют 70-90% всех переломов, локализующихся в области локтевого сустава. Часто встречающимся тяжелым повреждением внутрисуставного повреждения являются переломы головки мышцелка плечевой кости. Этот перелом по частоте ряда авторов, составляют от 4 до 26% всех повреждений локализирующего в области локтевого сустава детского возраста. До настоящего времени нет единого научного мнения по вопросам лечения свежих переломах наружного мышцелка и их последствий. Также нет единой точки зрения у специалистов к вопросу лечения в зависимости от типа повреждений. Учеными предлагаются разные подходы к лечению однотипных переломах. В связи чего из-за разнообразного лечения повреждений неизбежно ведет к трудностям выбора метода лечения.

Цель исследования. Определить причины несращения переломов наружного мышцелка плечевой кости у детей.

Материал и методы: Наше сообщение основано на изучение результатов хирургического лечения несращений наружного мышцелка плечевой кости (НМПК) у 56 больных по методике: костная пластика ауто трансплантатами из диафиза малоберцовой кости больного с применением аппарата Илизарова. Лечение проводилось за период 2009-2022 гг. Представители мужского пола были – 36, женского – 20. Возраст больных: до 5 лет – 10, от 6 до 8 лет – 23, от 9 до 14 лет – 16, 15 лет и старше – 7. По давности после травмы больные поступили в сроки: от 3 месяцев до 6 мес. – 25



больные, от 7 мес. до 1 года – 18, от 2 г. до 12 лет -13 детей.

Анализ предшествовавшего лечения по причине несращения выяснял что у больных было характерно типичное смещение отломков: латеральное+проксимальное на 4-5 мм, в результате чего между отломками образовался зазор-диастаз на 2-3-4 мм и более. В предыдущем этапе у 6 больных была предпринята закрытая репозиция, которая у 2 была удачной, но с повторным вторичным смещением отломка в гипсовой повязке; у 4 неудачная, остальных лечили гипсовой повязкой. Срок длительности иммобилизации составил 2-3 недели. Тогда как в современном периоде считается принятым установление показания к открытой репозиции и фиксации переломов НМПК со смещением >2мм, нестабильного (склонного к смещению) переломов.

Надо отметить, что в связи с особенностями локализации перелома, хода линии излома, небольшое (до 3-5 мм) смещение отломка кнаружи, даже без его поворота, создает диастаз по всей поверхности излома. Это приводит к полициклическому течению процесса репаративной регенерации, что требует более длительной иммобилизации. Более того, из-за особенностей направления линии излома наблюдается характерное смещение кнаружи+проксимальное, отломок соскальзывает по плоскости излома кнаружи и по ходу излома поднимается кверху. При этом можно полагать, что хрящевая поверхность излома в области эпифиза относительно, частично противостоит костной поверхности излома в области метафиза.

Происходит соприкосновение разнородных тканей, что, по-видимому, замедляет образование регенерата, и за обычный срок иммобилизации сустава он оказывается непрочным. В этих случаях при ранних занятиях лечебной гимнастикой может наблюдаться несращение. Отломок латерального кондилуса состоит больше из хрящевой, меньше из костной ткани. Поверхность излома тоже. Поверхность излома на метафизарной части состоит из костной ткани, на эпифизарной части из хрящевой ткани. Процессы регенерации на них протекают по разной интенсивности. Это убедительно было подтверждено в опытах Г.И. Лаврищевой (1996). Несмотря на то, что в ее экспериментах создавались наиболее благоприятные условия для заживления костно-хрящевой раны в ряде опытов отмечало «неравномерное» сращение ран. Так на 14-16 -й день у 25%, на 19-21-й день у 33%, через месяц у 50% кроликов при наличии сращения в области костной раны не наблюдалось сращение в области хрящевой раны.

Выводы. Причины несращения. К причинам несращения данных переломов наряду с другими факторами относятся : локализация, внутрисуставной характер, костно-хрящевая поверхность излома, наиболее склонность отломка к смещению – нестабильный отломок, консервативный подход врачей к лечению больных с наличием смещение отломка латеральное+проксимальное, с диастазом между отломками и от отсутствия качественной наружной иммобилизации на достаточный срок.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТРОЗАМИ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Уринбаев П.У., Эранов Ш. Н. Уринбаев И.П.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Введение. На современном периоде предложены различные методы оперативных вмешательств для лечения псевдоартрозов наружного мыщелка плечевой кости (НМПК). Отличительными чертами методики Н.А. Овсянкин, Н.Н. Маленков, И.Е. Никитюк (2000) является то, что фрагмент головки мыщелка фиксируется металлическим винтом к своему анатомическому костному ложу, плоскость ложного сустава перекрывается костным аутоотрансплантатом, выкроенным из дистального отдела плечевой кости с прикрепляющейся к нему плечелучевой мышцей с сосудами и нервами. В методике операции псевдоартрозов НМПК В.Н. Меркулова, Г.Г. Багомедова, А.И. Крупаткиных (2010) предусмотрены резекция ложного сустава, адаптация костных отломков, щадящий остеосинтез винтом, введения трансплантата и корригирующая надмыщелковая остеотомия, наружная иммобилизации аппаратом Илизарова. В способе “реконструктивного оперативного лечения ложных суставов головки мыщелка плечевой кости аппаратом Илизарова” (М.Ж. Азизов, И.Ю. Ходжанов, Ф.Х. Умаров 2016) предусмотрено проведение компрессирующих спиц через отломка и метафиза, надмыщелковая остеотомия плечевой кости, фиксация, компрессия в аппарате, без использования трансплантата.

Цель исследования. Стимуляция репарации, заполнение костного дефекта, достижение сращения ложного сустава, исправление оси руки, создание анатомических условий для восстановления функции сустава и устранение признаков позднего посттравматического неврита.

Материал и методы. Наше сообщение основано на изучение результатов хирургического лечения псевдоартрозов наружного мыщелка плечевой кости (НМПК) у 56 больных по методике: костная пластика аутоотрансплантатами из диафиза малоберцовой кости больного с применением аппарата Илизарова. Представители мужского пола были – 36, женского – 20. Возраст больных: до 5 лет–10, от 6 до 8 лет–23, от 9 до 14 лет – 16, 15 лет и старше – 7. По давности после травмы больные поступили в сроки: от 3 месяцев до 6 мес. – 25 больные, от 7 мес. до 1 года – 18, от 2 г. до 12 лет -13 детей. Согласно по нашим наблюдениям, с прохождением нескольких лет при псевдоартрозах, развившихся после несросшихся переломов, с небольшим смещением, без нарушения артикуляции с головкой лучевой кости, центральная часть блока и наружная часть мыщелка отстают в развитии, подвергаются рассасыванию, образуется дефект костной ткани эпифиза, метафиза, в мыщелке исчезает локтевая ямка, предплечья устанавливается в положении наружного отклонения под углом 20-40°, развивается посттравматический поздний неврит локтевого нерва вследствие перерастяжения и сдавление его к внутреннему надмыщелку, развивается вторичная контрактура сустава. У части больных рентгенологически выявляется остеопороз несросшегося отломка.

Предлагается “Способ хирургического лечения псевдоартрозов наружного мыщелка плечевой кости” (nonunion of fracture of the lateral humeral condyle), отличающейся после иссечения рубцовой ткани области ложного сустава, обнажения



(обновления) костной поверхности до кровоточивости, укладывание 2 диафизарного костного трансплантатов взятого из диафиза малоберцовой кости больного, между метафизам и отломком, которые замещают образованный костный дефект области ложного сустава, способствующие к стимуляции реперации остеопоротического отломка, к сращению ложного сустава, приводящей к восстановливанию разрушенной локтевой ямки, к устранению вальгусного искривления руки, исключаящее надмыщелковой остеотомии для этой цели, создающей анатомические условия для функции локтевого сустава. После костного замещения костного дефекта condylus humeri, фиксации трансплантатов и несросшего отломка осуществляли спицами с последующей иммобилизацией руки гипсовой повязкой, или для достижения сращения, надежной фиксации применяли аппарат Илизарова. Эта операция устраняет дефект костной ткани мыщелка, приводит к сращению ложного сустава, восстанавливается ось руки, создается анатомическое условия для помещения локтевого отростка во время разгибательного движения.

Результаты. По предложенным способом оперированы 56 больные. Из 56 больных у 49 (87,5 %) изучены отдалённые результаты лечения в сроках от 6 месяцев до 10 лет. Хорошие результаты получены – у 39 (79,6 %) больных, удовлетворительные – у 9 (18,36%), неудовлетворительных результатов было – 1 (2,04 %).

ТИЗЗА БЎҒИМИ АРТРОСКОПИЯСИ: МЕНИСКЛАР РЕЗЕКЦИЯСИДАН ЧОКЛАР БИЛАН ФИКСАЦИЯ ҚИЛИШГАЧА

**Уринов Ш.К., Шакиров Х.Х., Черенков П.А., Максудов Ж.И.,
Юнусов Ш.У., Қаландаров И.Ш., Тожибоев Д.К.**

“GAVHAR” Ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникаси, Тошкент

Кириш. Тизза бўғими касалликларини даволаш травматология ва ортопедиянинг энг кўп вақт талаб қиладиган вазифаларидан бири хисобланади. Бўғимнинг шикастланган элементларини артроскопик – кам инвазив йул билан тиклаш операцияси, касалланган оёқ физиологик фаолиятини тиклашга имкон берадиган юқори самарали даволаш усули хисобланади. Тизза бўғими менисклар жарохатлари, минтақамизда асосан 14-15 ёшдан ва ундан катта ёшдаги фаол тарзда хаёт кечирадиган ва спорт билан шугулланувчи одамларда учрайди. Ушбу ёшда бу касаллик беморларни оғриқдан мустақил юраолмай қолишига, оғриқ қолдирувчи дориларни доимий истеъмол қилишга ва қаровга мухтожликни кучайтиради. Артроскопик усулда бажариладиган жаррохлик амалиётлари беморларни одатий хаёт тарзига ертарок қайтишга ва ўзига ўзи хизмат қилишга имкон беради.

Максад ва вазифалар. Ўтказилган жаррохлик амалиёти натижаларини ўрганиш, янги замоний усуллар афзалликларини аниқлаш ва клиникага тадбиқ қилиш.

Асосий қисм. Гавхар ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникасида 2021 йилдан 2023 йилгача 145 та беморларда тизза бўғимини мениск жарохатларини артроскопик операциялари ўтказилди. Шундан 115 (79,3%)та беморда мениск жарохати артроскопик резекцияси (97 та беморда медиал мениск, 18 та беморда латерал мениск), 30 та (20,6%) беморда мениск жарохатларини артроскопик усулда чоклар билан фиксация қилиш амалиёти ўтказилган. Мениск жарохати чоклар би-

лан фиксация килинган 30 та бемордан 9 (хаммаси аёллар)тасида медиал мениск илдиз кисми рефиксацияси амалга оширилган, 14 беморда медиал мениск ва 7 беморда латерал мениск чоклар билан тикилган.

Хулоса. Тизза бўғими менисклар жароҳатларида куп холларда артроскопик порциал резекция қилиш амалиёти кулланилади. Бу усул нисбатан оддий, махсус жаррохлик асбоб ускуналари ва имплантлар талаб қилинмайдиган усул. Беморга узок муддатли реабилитацион чора тадбирлар талаб қилинмайди. Беморлар эрта-рок одатий ҳаёт тарзига қайтиш имконига эга булади. Мениск жароҳатини тикиш хамма холларда хам кулланилмайди. Жароҳат мениск кизил зонасида яъни кон билан бой таминланган кисмида булганда бу амалиёт кулланган. Бемор ёши, касби ва жароҳат муддати даволаш тактикасига тасир этмаган. Жароҳат тури ва локализацияси даволаш тактикасига тасир етиши мумкин.

Беморлар у жаррохлик амалиётидан сунг даволанишни реабилитолог назоратида давом эттиришган. Барча беморларда тизза бугими функцияси тулик тикланган ва улар соғлом ҳаёт тарзи қайтишган.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Умарова Г.Ш., Валиева К.Н., Асилова С.У., Назарова Н.З.

*Республиканский специализированный научно-практический центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Целью нашего исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения доброкачественных опухолевых и опухолеподобных заболеваний костей конечностей.

Материалы и методы: Основой исследований явились 112 больных с опухолями и опухолеподобными заболеваниями костей конечностей проходивших лечение с 2015 по 2022 гг. Больные были распределены на 2 группы, основная группа исследуемых была про предложенной нами методом лечения и включала 57 больных, 30 – мужчин и 27 – женщин. Контрольная группа, пролечена по традиционным методам лечения и включала 55 больных, из них 30 – мужчин и 25 – женщин.

Результаты исследования: Нами изучены ближайшие результаты лечения у всех больных, отдаленные у 90 (80%) больных. Критерии оценки результатов лечения оценивались по предложенной нами 5 бальной шкале (DGU 09454 от 23.10.2020 г.), кроме того, в сравнительном аспекте проводили оценку по системе Musculoskeletal Tumor Society Scoring.

Анализ результатов исследования путем применения таблицы изучения клинических характеристик как боль, нарушение функции, деформация на уровне кости, рентгенологические данные с присвоенными им оценке по 5 бальной шкале в зависимости от степени тяжести течения, суммирование которых может позволить объективной оценке состояния больного. Использование данного метода позволило выявить достоверное улучшение результатов через месяц после лечения больных в основной группе удовлетворительный результат, по сравнению с контрольной



группой больных оценка соответствовала удовлетворительной ($p < 0,05$).

Кроме того, для достоверной оценки критерий эффективности применялось 23 балла и более по критериям балльной оценки по шкале Musculo Skeletal Tumor Society (MSTS) (Uehara K. et al., 2017). По которым в основной и контрольной группе к 3 месяцу наблюдений после операции отмечались хорошие результаты в 38% случаев, и в 21% случаев соответственно, к 6 месяцу наблюдений отмечались хорошие результаты в 100 % случаях в основной, в 83 % случаях в контрольной группе ($p < 0,05$).

Выводы: Анализ данных больных в послеоперационном периоде через и до 9 месяцев показал улучшение состояния до хорошего как в основной, так и в контрольных группах. С 12 месяцев после лечения динамика оценки выявила отличное состояние больных. В отдаленном периоде признаков рецидива заболевания у больных не отмечали.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Умарходжаев Ф.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Цель исследования оценить эффективность метода этапной сегментарной реконструкции и хирургической коррекции, тяжёлых не фиксированных деформаций позвоночника с углом сколиоза по Коббу 95-186°.

Материал и методы. С 2001 по 2023 на территории Узбекистана оперированы 64 больных, страдающих тяжёлой формой сколиотической болезни. Средний угол сколиоза в группе составил 124,5° (95-186°) по Коббу, в основном груднопоясничной [у 34 (53,12%)] и грудной [у 24 (37,5%)] локализации. Средний возраст пациентов 16,4 года (14–33 лет), тест Риссера-3,1. Патологический кифоз выявлен у 37 (57,81%) со средней величиной центрального угла проекционного гиперкифоза 91,6° (42-181°), нарушение баланса туловища над крестцом выявлено у 48 (75%). Средний угол кифоза Т1-ТХII был равен 45° (-6-106°), лордоза L1-L5 был (-) 51,3° (-108-36°). По этиологии преобладали идиопатические [у 26 (40,6%)] и диспластические [у 16 (25%)] сколиозы. Врождённые аномалии и системная патология отмечены соответственно у 12 (18,75%) и 10 (15,6%). Средний срок наблюдения после операции составил 3,8 года (0,5–7). Осложнения, сопутствующая патология и отягощённый анамнез выявлены у 22 (34,75%) (пиелонефрит, холециститы, остеопороз, сирингомиелия, гипотиреоз, гипосомия, миелопатия, миокардит, сепсис и пр.). Ранее оперированы двое. На первом этапе осуществляли коррекцию деформации позвоночника на величину функционального компонента мобильности деформации. Второй этап включал трансплевральную мобилизирующую дискэктомию в среднем 5,2 дисков (от 3 до 7), с сегментарной реконструкцией тел позвонков и межтеловым спондилодезом аутотрансплантатами. Завершали коррекцию посредством дополнительного исправления деформации с поднадкостничной резекцией 3–7 рёберного горба, сегментарной резекцией задних отделов позвоночника на протяжении дуги и задним спондилодезом костными аутотранс-

плантатами. Для коррекции деформации применяли оригинальные одностержневые эндокорректоры авторов, со средним количеством имплантируемых элементов 20,5. После каждого этапа больных поднимали в вертикальное положение на 3-6-е сутки, внешнюю иммобилизацию не применяли.

Результаты и обсуждение. Степень мобильности деформации определяли по средствам спондилографии при свободном зависании больного на гравитационной раме, она составляла в среднем 39,9% (25,5–63%). Хирургическую коррекцию осуществляли в два или три этапа, всего 85 операций, в среднем 2,9 этапной операции на одного больного по 19,6 дня (14–29) на этап. Средний койко-день составил 56,8 продолжительность этапных операций- 225,4 минуты на этап, общая кровопотеря – 41,9 мл/кг. Средняя распространённость инструментального воздействия – 15,4 позвонка. Средний показатель коррекции сколиоза после первого этапа – 46,7 (31,2–58,6%) и 64,1 (64,1–79%) по завершении коррекции. Средний остаточный угол дуги сколиоза 45,1о (21-93°). Средняя величина потери коррекции в финале наблюдения были также зарегистрированы следующие показатели: средний объём коррекции патологического кифоза – 41,1° (16-98о); средний угол кифоза ТI-ТХII -32,6° (12-56°); лордоза LI-LV -35,1° (7-79о); баланс во фронтальной плоскости восстановлен у 42 (87,5%). Деротация вершинного позвонка дуги после коррекции в среднем составила 29,1%, в финале 25,3 (от 4,5 до 55,1%). Зарегистрировано увеличение роста в среднем 12,5 см (от 4 до 29 см) за счёт увеличения длины туловища. Отмечено 8 (13,6%) осложнений: приходящие пирамидные нарушения – у 1; свищи мягких тканей (St.aureus, Ps.aeruginosae) – у 3; ликворея – у 1; гепатит В – у 1; обострения хронических заболеваний у 2. Все осложнения купированы, для чего потребовалось 5 дополнительных операций и увеличения госпитализации в среднем на 4,3 дня.

Выводы. Таким образом, этапная сегментарная реконструкция и хирургическая инструментальная коррекция не уступает современным мировые аналоги, являясь методом выбора, в комплексе радикального лечения тяжёлых (по Коббу 95-186°) нефиксированных форм сколиотических деформаций позвоночника.

ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕТЫ-ОПРОСНИКА У БОЛЬНЫХ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Умарходжаев Ф.Р., Умаров Д.Т.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Помимо клинико-рентгенологического исследования в последнее время становится все более популярным использование различных анкет опросников для изучения состояния и результатов лечения с позиций самооценки пациента. Требования, предъявляемые к анкетам опросникам: анкета должна быть проста в заполнении и написано доступным языком, анкета должна быть надежной, не требовать дополнительных финансовых затрат, быть удобной для интерпретации. В данной работе мы представляем опыт использования в клинике Ташкентского Педиатрического Института анкеты-опросника для оценки и сравнения состояние пациентов после хирургической коррекции сколиотических деформаций позвоночника.



Анкета включает в себя 10 вопросов объединенных 3 группы: внешний вид, функциональная активность, болевой синдром, психоэмоциональный статус, удовлетворенность результатами и качеством проведенного лечения, доступность лечения, отношение пациентов к консервативному и оперативному лечению. Каждый вопрос оценивается по 5-балльной системе (1-низкий показатель, 5-высший показатель)

Материал и методы. В исследовании приняли участие 264 пациентов (из оперированных 81) обязательными критериями для участие в исследовании были следующие: сколиоз V степени, по этиологии: идиопатический и диспластический; оперативное лечение в клиниках РЦДО и ТашПМИ в периоде с 2001 по 2023 годы, инструментарий используемый для коррекции - эндокорректор Умарходжаева Ф.Р (патент № IAP 03203. от 22.09.2006). Срок наблюдения после операции составил 17.3 года (1–10), из них наблюдения более 10 лет 49,1%. Каждый паецт в ходе контрольного клинико-рентгенологического послеоперационного обследовании дополнительно заполнял анкету-опросник. Всего изучено 206 анкеты. Из оперированных 128 пациентов распределение по полу составило: 18 (14%) мальчиков и 110(86%) девочек соотношение 1:6. Распределение деформаций по этиологии было следующим. идиопатический-73, диспластический-56. Средний возраст пациентов составил 16,6 лет, тест Риссера - 3,4. Патологический кифоз выявлен у92 (72,4%), нарушения баланса туловища над крестцом выявлено у 58 (45,3%). Осложнения, сопутствующая патология и стягощенный анамнез выявлен у 96 (75%).

Результаты В наших исследованиях мы не получили существенных различий в зависимости от этиологии заболевание. Внешний вид после операций высоко оценивают лица женского пола, который составляет 4,71 баллов. Функциональная активность (учеба в школе, институте, работа) так же дает высокие показатели, которая составляет 4.1. Болевой синдром- отмечен более низкий уровень (боли в спине) 1,9 баллов. В психосоциальном статусе показатели составили 3,8 баллов, удовлетворенность результатами и качество проведенного лечение составил 4,3 балла. При сравнении результатов оценки лечения в динамике отмечается постепенное нарастание показателей всех разделов и снижение выраженности болевого синдрома при увеличении числа пациентов, согласных на операцию при тех же условиях при увеличении срока после операции.

Заключение. Анкета - опросник удобна для оценки и сравнения состояние пациентов после хирургической коррекции сколиотических деформаций позвоночника. Анкета проста в заполнении, не требует дополнительных затрат, удобна для интерпретации и помогает внести коррективы в психологическую подготовку больного к операции.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Усаров Х.Р., Кодиров Р.С., Раджапов Н.А., Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р., Исмоилов А.К.

Ташкентский областной филиал Республиканского научно-практического медицинского центра экстренной медицинской помощи, Ташкент

Актуальность: Каждый год в Европе от дорожно – транспортных травм умирают 1640 детей и молодых людей в возрасте 20 лет. Летальность составляет 38% всей смертности от непреднамеренных травм в этой возрастной группе. Это определяет поиск методов оказания оперативного лечения переломов длинных трубчатых костей.

Цель исследования: Оптимизация хирургического лечения переломов длинных трубчатых костей у детей с политравмой с применением малоинвазивных технологий остеосинтеза.

Материал и методы исследования: Были проанализированы ближайшие и отдалённые результаты хирургического лечения 41 детей с переломами длинных трубчатых костей в возрасте от 7 до 18 лет.

По тяжести травмы больные были разделены на две группы:

Первая группа средней степени тяжести: переломы длинных трубчатых костей и закрытая черепно-мозговая травма сотресе́ние головного мозг, ушиб головного мозга лёгкой степени. Шок 1 степени 24 больных.

Вторая группа тяжёлой тяжести травмы: множественные переломы длинных трубчатых костей две и более сегмента длинных трубчатых костей, закрытая тяжёлая черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга средней и тяжёлой степени. Шок 2-3 степени.

Все больные при поступлении в приёмно-диагностическое отделение были осмотрены травматологом, нейрохирургом, реаниматологом, хирургом, педиатром. Где наряду с интенсивной терапией продолжали комплексное обследование.

Хирургическое лечение пострадавших первой группы включало в себя лечение шока, стабилизацию витальных функций. После чего произведен малоинвазивный остеосинтез – гибкий интрамедуллярный остеосинтез по методике ESIN / elastic stable intramedullary nailing переломов длинных трубчатых костей на 2-6 е сутки.

Больные второй группы у которых кроме переломов костей конечностей на МСКТ выявлены вдавленные переломы черепа, внутричерепные гематомы и гидромы, сразу же после установления клинического диагноза, произведена трепанация черепа с удалением компримирующих агентов.

Малоинвазивный остеосинтез - гибкий интрамедуллярный остеосинтез по методике ESIN по поводу переломов длинных трубчатых костей произведены на 10-12 сутки после травмы.

Отдалённые результаты изучены в сроки от 1 до 5 лет. Во всех случаях отмечено сращение переломов с хорошими и отличными результатами лечения.

Выводы: 1. Применение оперативных методов лечения при переломах длинных трубчатых костей у детей способствует быстрому восстановлению быстрых функциональных возможностей повреждённого сегмента.

2. Гибкий интрамедуллярный остеосинтез переломов длинных трубчатых костей, обеспечивая малоинвазивную стабилизацию, может являться методом выбора лечения детей с политравмой.



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Усмонов Ф.М., Салиев С.М., Кадыров С.С., Ни Г.В., Ахроров Ш.К.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. Из-за повторяющихся, напряженных движений в плечевом суставе чувствительные мягкие ткани часто страдают от износа – повторяющегося трения друг о друга или о твердые ткани, такие как кости. Примерами такого типа травм являются разрывы сухожилий вращательной манжеты плеча и повреждение капсулы сустава.

По данным литературного обзора, от 30 до 50 % пациентов с разрывами вращательной манжеты испытывают боль, в то время как другие разрывы исчезают бессимптомно. Из этих больных 20% посещают поликлиники, где проходят обследование. А другие пациенты посещают мануальных терапевтов, хиропрактиков или принимают лекарства. Следовательно, из этих пациентов 6% посещают медицинские учреждения для диагностики и лечения разрывов вращательной манжеты плеча.

Артроскопия плечевого сустава проводится при невозможности справиться с проблемой консервативными методами. Данная манипуляция является «золотым стандартом» ортопедии в лечении болей в суставах, вызванных травмами или дегенеративными изменениями. В то же время до конца не решены вопросы тактики хирургического лечения, выбора методов операций. Требуют разработки методики пластики вращательной манжеты плеча и костных структур плечевого сустава.

Цель и задачи. Улучшить результаты лечения больных с патологией вращательной манжеты плеча плечевого сустава путем разработки новых методов хирургического лечения. **Задачи исследования:** изучить отдаленные результаты разработанного хирургического метода лечения на контрольной группе артроскопической субакромиальной декомпрессии при патологиях вращательной манжеты плеча.

Методы и материалы. Исследование проводилось в Республиканском специализированном научно-практическом центре травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан в г.Ташкенте с 01.01.2015 по 30.12.2022. Отобранные 72 пациента с диагнозом полнослойный разрыв вращательной манжеты плеча. Пациентам основной группы выполнена (n=34) субакромиальная декомпрессия, ушивание мышц манжеты и аутопластика m.tensor fascia latae. Больным сравнительной группы выполнена артроскопическая субакромиальная декомпрессия и дебридемент плечевого сустава. Для оценки эффективности и мониторинга лечения использовались следующие субъективные методы: шкала Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (UCLA). Проанализированы результаты шкал оценки до операции и после оперативного лечения через 18 месяцев.

Результаты: При сравнении результатов лечения больных обеих групп до 18 ± 5 , 19 ± 4 и после операции по шкале UCLA через 18 месяцев в основной группе 27 ± 3 ($p > 0.05$) и 24 ± 3 ($p > 0.05$) в группе сравнения; получена статистически значимая

разница.

Выводы: В сравнительном аспекте по всем показателям результаты оперативного лечения субакромиальной декомпрессии, ушиванием мышц манжеты и аутопластикой *m.tensor fascia latae* показали улучшение данных по сравнению с дебридементом плечевого сустава.

ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

***Фарманкулов В.Х., Саттаров А.Р., Кобиров А.О., Саидов С.С.,
Эргашев Т.Ш.***

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с Инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Количество операций на поясничном отделе позвоночника постоянно растет в связи с появлением новых методов хирургического лечения дегенеративной патологии позвоночника и большим количеством пациентов с болевым синдромом в пояснице. Часто хирургическое вмешательство оказывается недостаточно эффективным, и болевой синдром сохраняется, что приводит к необходимости повторных ревизионных операций с применением стабилизирующих систем. В обзоре представлены данные научных исследований о причинах рецидивирующего течения дегенеративного процесса, описаны проблемы рубцовоспаечного эпидурита как одного из предикторов болевого синдрома, результаты использования различных систем стабилизации и доступов для их имплантации, обобщены недостатки и преимущества вентрального доступа с использованием межтелового эндопротезирования в сравнении с дорсальным доступом для установки транспедикулярной системы и межтелового корпородеза. К положительным сторонам межтелового протезирования из переднего забрюшинного доступа относятся возможность быстрого и полного удаления всего диска, декомпрессии дурального мешка без вхождения в позвоночный канал, оптимальный подбор импланта, соответствующего размеру замыкательных пластинок позвонков, создание оптимального угла лордоза, обеспечение кратчайшего подхода к оперируемому диску и точке компрессии невральных структур. Преимуществом дорсального доступа с имплантацией транспедикулярной системы и межтелового корпородеза являются лучшая визуализация невральных структур в сравнении с дискэктомией при вентральном доступе, возможность широкой декомпрессии, расширения объема операции и абляции фасеточных суставов диатермокоагуляцией на этапе доступа, надежность задней фиксации. Этот доступ привычен для нейрохирурга и требует меньшей длительности обучения.

Цель исследования – обоснование показаний и выбор технических приемов для выполнения повторных хирургических вмешательств, сравнительная оценка открытых и минимально-инвазивных декомпрессивно-стабилизирующих операций у пациентов с рецидивом болевого синдрома после хирургического вмешательства на поясничном отделе позвоночника.



Материал и методы. В рандомизированное, проспективное, контролируемое исследование включена клиническая информация, полученная в процессе хирургического лечения 138 пациентов в возрасте 27–69 лет за период 2018–2022гг, оперированных в связи с рецидивом болевого синдрома после ранее выполненного хирургического вмешательства по поводу дегенеративно-дистрофических поражений поясничного отдела позвоночника. Пациенты разделены на две группы методом случайной выборки. В группу I ($n = 67$) включены пациенты, которым выполнялись минимально-инвазивные хирургические вмешательства. В группу II ($n = 71$) – пациенты после декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств из традиционно выполняемого открытого заднесрединного доступа со скелетированием задних отделов позвоночного столба. Оценку результатов хирургического вмешательства проводили в раннем послеоперационном периоде (до 3 мес.).

Результаты. Средний объем интраоперационной кровопотери в группе I составил 332,8 мл, в группе II – 702,8 мл. При выполнении операций в группе I не потребовалось проведения заместительной гемо- и плазмотрансфузии, в группе II 7 пациентам потребовалась заместительная гемотрансфузия. Средние размеры операционной раны при открытых методах хирургических вмешательств более чем в десять раз превосходили таковые при минимально-инвазивной хирургии: 484 ± 56 и 36 ± 12 см² соответственно. При оценке в динамике выраженности болевого синдрома в области послеоперационной раны посуточно (по шкале ВАШ) отмечен более низкий уровень интенсивности раневых болей в группе I, по сравнению с баллами, зарегистрированными в группе II. Хорошие результаты в группе I составили 28,9 %, в группе II – 19,5 % ($p = 0,032$; $p < 0,05$); неудовлетворительные результаты в группе I – 15,8 %, в группе II – 24,4 % ($p = 0,007$; $p < 0,05$). В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов, которым выполнялись минимально-инвазивные хирургические вмешательства, не зарегистрировано осложнений в области хирургического вмешательства, в группе II у 3 пациентов развился некроз краев послеоперационной раны, что потребовало иссечения некротизированных краев с наложением вторичных швов, еще в группе II отмечено 2 случая ликвореи и 1 случай глубокого нагноения.

Заключение. Эффективность применения минимально-инвазивных декомпрессивно-стабилизирующих операций при рецидивах болевого синдрома на поясничном отделе позвоночника превосходит результаты, достигнутые при открытых декомпрессивно-стабилизирующих вмешательствах. Это достигается за счет ряда преимуществ: более раннее формирование послеоперационного рубца за счет доступа через неизмененные мягкие ткани; снижение риска инфекционных осложнений; интраканальное вмешательство производится в стороне от фиброзно-измененных тканей позвоночного канала; уменьшение тракции дуральных структур, что способствует более быстрому регрессу неврологической симптоматики, купированию интенсивности болевого синдрома и положительной динамике качества жизни.

УМУРТҚА ПОҒОНА ДЕГЕНЕРАТИВ -ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ТУРИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШҲИСЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Хайруллаев А.А., Маҳкамов Н.Ж.

*Андижон давлат тиббиёт институти, Патологик анатомия ва суд тиббиёти
кафедраси, Андижон*

Муаммонинг долзарблиги.Замонавий тиббиётни ривожланишида авалломбор касалликларга тўғри қўйилган ташҳис ва уни даволаш ҳисобланади.Ҳозирги кунда тоғайли диск чуррасини даволашда оператив ва консерватив йўлни тўғри танланиши инсонлар соғлиги учун муҳим самарадир.Бунинг учун тоғайли диск структураси ва топографик жихатдан гистологик тузилиши тўғрисида маълумотларни ўрганиш зарур.Ҳозирги замонавий шароитларда инсонлар ҳаётида етарли даражадаги ҳаракатланиш камайиб бормоқда.Бу эса умуртқа поғонасига оғирлик тушиши кучайиб унинг чидамлилиги сусаймоқда. Умуртқа поғонасининг бундай зўриқишлари фиброзли халқани жарохатланишига ва диск эластиклигини бузилишига олиб келади.

Материал ва усуллар. Ушбу илмий тадқиқотнинг материали сифатида Республика ССВ Патологик анатомия маркази катталар патологияси бўлими ва травматология-ортопедия клиникаларида 2020-2022 йиллар давомида ўтказилган жарроҳлик муолажалари, яъни умуртқа дискэктомия, ламинэктомия пайтида олинган материаллардан фойдаландик.Чурра касаллигида умуртқалар оралиғи дискнинг дирилдоқ ядроси таркибида ҳам ўзига хос патоморфологик ўзгаришлар ривожланиши кузатилади.Коллаген толаларнинг бетартиб жойланиши, айрим толали тутамлар сақланиб, улар эгри-бугри кўринишдалиги ва кучли парчаланиш ва деструкцияга учраганлиги кузатилади.

Қолган толали тузилмалар деярлик тўлиқ парчаланиб, лизисланиб, деструкцияланиб, майда донатор кўринишдаги моддага айланганлиги кузатилади.Секвестрланган дирилдоқ ядро тўқимаси полиморф тузилишга эгаллиги, таркибида деструкцияланган, некрозланган, баъзида яллиғланиш инфилтрати ва фиброз тўқима билан қопланган бўлакчалардан иборатлиги аниқланди. Аксарият ҳолларда секвестрацияланган пульпоз ядро таркиби некрозланганлиги, структурасиз дағал детритга айланганлиги, унинг таркибида ҳам кальциноз ривожланганлиги аниқланди.

Мақсад ва вазифалар. Умуртқа поғонаси дистрофик -дегенератив жараёни ривожланганда умуртқалар оралиғи тоғайли диск таркибидаги дистрофик ва дегенератив ўзгаришларнинг бошланғич даврида патологик жараёнлар бир вақтнинг ўзида дискнинг барча морфофункционал қисмларида ривожланиши кузатилади. Бу патоморфологик ўзгаришларнинг асл моҳияти диск таркиби оралиқ моддасидаги протеингликан каби мукополисахаридларнинг оқсилли ва углеводли дистрофияга учрашидан, атрофидаги толали тузилмаларнинг иккиламчи ҳолда деструкцияланиши юз беради.

Хулоса: умуртқалар оралиғи тоғайли диск таркибидаги дистрофик ва дегенератив ўзгаришларнинг бошланғич даврида патологик жараёнлар бир вақтнинг ўзида дискнинг барча морфофункционал қисмларида ривожланиши кузатилади ва таркибидаги эластик толалар миқдори камайиши тасдиқланди.



Биз юқорида келтирилган патоморфологик таҳлилларга асосланган ташҳислашни оптималлаштириш, беморларни даволашда иқтисодий ва ижтимоий самардорлиги юқорилигини кўрсатади. Бу устувор йўналиш тиббиётнинг соҳа шифокорлари учун муҳим қўлланма бўлиб хизмат қилади.

ЗНАЧЕНИЕ МСКТ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Хакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э., Махмудов.А.А.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Актуальность. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава - одна из наиболее часто встречаемых патологий опорно-двигательного аппарата. Социальная значимость проблемы – инвалидность больных, вследствие прогрессирования деформирующего артроза, возникающего в результате наложения остаточных деформаций, изменений глубины и краев вертлужной впадины, смещения головки бедра и дегенеративно-дистрофических изменений в суставе. Из всех дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов 40-50% приходится на тазобедренный. Неуклонно прогрессирующий характер процесса при этой патологии у 60-65% больных приводит к стойкому снижению трудоспособности, и в 11,5% случаев вызывает инвалидность. По данным литературы, диспластический коксартроз занимает в структуре дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава от 25% до 77%. В среднем дисплазия составляет 16,5% всей патологии органов опоры и движения.

Суставная впадина (вертлужная) тазобедренного сустава, внутри которой находится головка бедренной кости, образуется тазовой костью, и представляется местом слияния трех сочленений: крестцово-подвздошной, седалищно-лобковой костей и парного тазобедренного сустава. Вертлужная впадина в норме имеет определенную пространственную ориентацию, наклонена кнаружи и вниз на 45°, повернута кпереди на 15°.

Цель исследования. Оценка МСКТ при диспластическом коксартрозе.

Материалы и методы исследования: в основу работы положены данные обследования 52 пациентов с ДК III-IV стадии, находившихся на обследовании и оперативном лечении и РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2017 по 2023 г.г. Диагноз устанавливался на основании клинико-рентгенологических и МСКТ критериев. Основными признаками, характеризующими диспластический сустав, являлись: антеверсия шейки бедренной кости; отклонение вертлужной впадины кпереди от сагиттальной плоскости; нарушение центрации головки в горизонтальной плоскости; изменение шеечно-диафизарного угла и угла вертикального наклона впадины (более 60°). Вертлужная впадина при этом становится неглубокой, и погружение в нее головки составляет менее 1/3 (норма 1/2).

Классификация дисплазии на основе МСКТ-параметров.

Отличительные признаки	II-III	III-IV	IV	норма
1. Угол фронтальной инклинации вертлужной впадины				
А. передний вход вертлужной впадины	61-69°	56-60°	55-0°	Передний вход-70°
Б. задний вход вертлужной впадины	109°	86-108°	86-0°	Задний вход-110°
2. Угол антеверзии	16-20°	21-25°	26-30°	15°
3. Угол ретроверзии		0-20°		0°
4. Шеечно-диафизарный угол	125-140°	111-124°	110°	127-135°
4. Длина шейки головки бедренной кости	21-25мм	10-20мм	1-9мм	20мм-30мм
5. Укорочение конечности бедренной кости	нет	1-20мм	21-50мм	нет
6. Денситометрическое исследование	нет	(-1.0)-0.9	(-0.2)-(-5)	T-score(1.0) Z-score(2.5)
7. Центр ротации для установки чашки протеза	45°	46°	47°	45°-47°

Результаты и обсуждение. Анализ полученных результатов проведенного исследования показал, что у 10 (19%) больных основной группы была выявлена дисплазия ТБС II-III степени тяжести, при этом у 9 - она была двухсторонней а у 1 - односторонней. А в контрольной группе сравнения данная степень тяжести выявлена у 10 (11,1%) больных. При этом у больных с II-III степенью тяжести передний угол фронтальной инклинации вертлужной впадины (ПУФИВВ) по данным МСКТ-исследования в среднем равнялся 69,2°, задний угол фронтальной инклинации вертлужной впадины (ЗУФИВВ) - 100,7°, угол антеверзии в (УА) - 15 о, угол ретроверзии (УР) - 0о , длина шейки головки бедренной кости (ДШГБК) - 17 мм (%), ШДУ - 135°.

У 23 (44%) больных основной группы была выявлена дисплазия ТБС III-IV степени тяжести, при этом у 18 - она была двухсторонней а у 5 - односторонней. А в контрольной группе сравнения данная степень тяжести выявлена у 60 (66,6%) больных. При этом у больных с III-IV степенью тяжести передний угол фронтальной инклинации вертлужной впадины (ПУФИВВ) по данным МСКТ-исследования в среднем равнялся 65,6°, задний угол фронтальной инклинации вертлужной впадины (ЗУФИВВ) - 85,6°, угол антеверзии в (УА) - 20 о, угол ретроверзии (УР) - 0о , длина шейки головки бедренной кости (ДШГБК) - 20 мм(%), ШДУ - 130°.

У 19 (36%) больных основной группы была выявлена дисплазия ТБС при IV степени тяжести, при этом у 17 - она была двухсторонней а у 2 - односторонней. А в контрольной группе сравнения данная степень тяжести выявлена у 20 (22,2%) больных. У больных с IV степенью тяжести передний угол фронтальной инклинации вертлужной впадины (ПУФИВВ) по данным МСКТ-исследования в среднем равнялся 55,6°, задний угол фронтальной инклинации вертлужной впадины (ЗУФИВВ) - 72,3°, угол антеверзии в (УА) - 29 о, угол ретроверзии (УР) - 0о , длина шейки головки бедренной кости (ДШГБК) - 5 мм(%), ШДУ - 115°. У 90 больных контрольной группы сравнения было выполнено рентген-исследование, определение углов отклонения



от нормы положения ТБС по обзорной рентгенограмме невозможно.

Вывод. Проведение МСКТ у больных с диспластическим коксартрозом позволило получить объективную информацию и точно определить угол между плоскостными образованиями и центр ротации для планирования обработки вертлужной впадины. Что создаёт условия для качественной установки компонентов эндопротеза.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ

Халимов Р.Ж. Тилавов Р.Х.

*Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Актуальность. Плоскостопия — самая распространенная деформация стоп. Непосредственно, стопа осуществляет функцию опоры человека, движения и амортизации за счет сложного строения. При нормальном физиологическом строении стопы имеет два свода - поперечный (между основаниями пальцев) и продольный (по внутреннему краю стопы). Своды несут функцию амортизаторов и смягчают тряску при ходьбе. Костно-связочный аппарат стопы работает хорошо тогда, когда нагрузка, которая приходится на стопу, полностью уравнивается. При ослаблении мышц и связок, которые соединяют 26 костей стопы, происходит проседание сводов, и уплощение что ведет к потере рессорной функции. При плоскостопии эта функция переходит на позвоночник, коленный, голеностопный и на тазобедренный сустав. Данные суставы не предназначены выполнять эту функцию и справляются с ней плохо, вследствие чего быстро выходят из строя.

Существует несколько способов диагностики, которые помогут определить степень выраженности данной патологии. К ним относятся плантография, анализ линии Фейса, подометрия, клинические и рентгенологические методы исследования.

Цель. Сравнение достоверности рентгенологической, магнитно-резонансной томографией (МРТ) и подометрией стоп при диагностике плоскостопии у детей.

Материалы и методы исследования. Исследования проводились в поликлинике ГУ РСНПМЦТО. Нами обследованы 125 детей от 4 до 7 лет с предварительным диагнозом: плоскостопия. Всем детям проводили рентгенологическое, подометрические и МРТ исследование обеих стоп, с целью определения относительной толщины под сводной жировой тканью. Подометрические исследования проводили у детей для первичной диагностики плоскостопии, чтобы определить степени и вида плоскостопии. Больные в основном жаловались на усталость в пальцах ног после минимальной физической нагрузки и при различных заболеваниях голеностопного сустава.

Результаты. В ходе исследования на рентгенограмме и МРТ срезах обеих стоп в боковой проекции проводили три линии: 1-я линия - горизонтальная, касательная к подошвенной поверхности пяточного бугра и головке 1-ой плюсневой кости; 2-я линия проводится от точки касания 1-ой линии с пяточным бугром к нижней точке ладьевидно-клиновидного сочленения; 3-я линия проводится от точки касания 1-ой линии с головкой 1 плюсневой кости к нижней точке ладьевидно-

го сочленения. В продольном своде стопы различали угол и высоту. Угол продольного свода стопы образован 2-й и 3-ей линиями, которые пересекаются в нижней точке ладьевидно-клиновидного сочленения. Высота продольного свода стопы — это длина перпендикуляра, опущенного из нижней точки ладьевидно-клиновидного сочленения (точки пересечения 2-ой и 3-ей линий) на 1-ю (горизонтальную) линию. В норме угол продольного свода стопы был равен 125–130°, высота свода >35 мм. В зависимости от угла свода различили 3 степени продольного плоскостопия. 1 степень - угол свода равен 131–140°, высота свода 35–25 мм, деформации костей стопы нет. 2 степень - угол свода равен 141–155°, высота свода 24–17 мм, могут быть признаки деформирующего артроза таранно-ладьевидного сустава. 3 степень - угол свода равен >155°, высота <17 мм; имеются признаки деформирующего артроза таранно-ладьевидного и других суставов стопы. На МРТ срезах стопы за счёт более точного определение границ костей и мягких тканей можно определить истинный свод стопы по медиальному и латеральному краю. Как показали наши предварительные исследования на МРТ срезах продольная свода были более выраженными.

Вывод. МРТ и подометрические исследование является более достоверным методом исследования, так как данное исследование даёт возможность выявить ложное плоскостопие, которое образуется за счёт утолщения под сводной жировой ткани у детей.

ПАТОЛОГИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И СОЦИАЛЬНАЯ СТОРОНА ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ

*Хамраев А.Ш., Тугузов Б.Э., Исмаилов Н.У., Кобиров Н.Р.,
Абдуалиев Ш.У.*

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Тазобедренный сустав, являясь основным опорным сочленением человеческого организма, чаще других подвержен самым различным патологическим процессам. Так, коксартрозы по данным литературы составляют от 12% до 37,5% всех ортопедических заболеваний.

Причинами дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава могут быть травма в 21,1%, дисплазия – в 37,6%, полиартрит – 13,14%, открытые вправление по поводу врожденного вывиха бедра 45,6%. Первичные артрозы с неизвестной этиологией составляют 26,5%.

Особую актуальность приобретают вопросы патологии тазобедренного сустава и потому, что среди пострадавших, в основном, люди работоспособного возраста. По нашим данным 78% больных с указанной патологией составили лица от 20 до 60 лет, причем отмечено постоянное прогрессирование процесса.

Хроническое прогрессирующее течение артроза ведет к потере функции тазобедренного сустава, а двустороннее поражение превращает человека в тяжелого инвалида. Так, экспертиза трудоспособности при коксартрозе показала, что у 41,7%–67% больных наступает полная инвалидизация. Причем инвалиды первой группы составляют около 20%, второй – от 13,9 до 81,9% и третьей – 18,1–45,1%



Изменение демографической структуры населения имеет отчетливую тенденцию к увеличению удельного веса лиц пожилого возраста по всему миру, следствием чего является устойчивый, прогрессирующий рост частоты коксартрозов в общей структуре патологии опорно-двигательной системы. Так, переломы шейки бедренной кости составляют до 80% повреждений проксимального конца бедра и до 68% от общего числа переломов у лиц вышеотмеченной возрастной категории, причем с увеличением возраста, рост данных переломов возрастает в логарифмической прогрессии.

A. Swanson и G. Murdoch отметили, что риск перелома проксимального конца бедренной кости в возрасте 80-84 года превышает 25000 на 100000 жителей, а общий показатель летальности для лиц всех возрастов при этом виде травм составляет 11,9%.

Среди женщин переломы шейки бедренной кости регистрируются в 2-4 раза чаще, чем среди мужчин. Причины высокой частоты данных переломов ряд исследователей связывают с атрофией и слабостью мышц, окружающих тазобедренный сустав, с тяжелым остеопорозом, изменениями трабекулярной архитектоники кости и уменьшением прочности ее коркового слоя. Характерной особенностью большинства больных с переломами проксимального отдела бедренной кости является высокий процент сопутствующий соматической патологии, которая выявляется от 86,1 до 91% случаев.

Таким образом, удельный вес тяжелой патологии тазобедренного сустава среди других ортопедических заболеваний в настоящее время еще достаточно велик. Основную массу пострадавших составляют лица наиболее работоспособного возраста, а число инвалидов первой и второй группы преобладает, так как трудно, а порой и невозможно мобилизовать сустав (при болезни Бехтерева, двухсторонних анкилозах различной этиологии и т.п.), не прибегнув к эндопротезированию. Все это ясно показывает, насколько важна и социально значима эта проблема.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК СПОСОБ РАСШИРЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕБЁНКА С ДЦП

Хамроев Ф.Ш.¹, Эшматов М.М.², Ахмедов А.Э.¹

¹Республиканская детская психоневрологическая больница, Ташкент

²Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Введение. Современное послеоперационное лечение ДЦП направлено на оказание помощи детям в развитии двигательной функции и избежание формирования вторичных деформаций. Значительную часть лечения охватывает физиотерапия (ФТ), которая в основном направлена на приобретение двигательных навыков, на уменьшении спастичности, увеличение мышечной силы, а также для поддержания диапазона движения во избежание развития вторичных деформаций. Потому, послеоперационная реабилитация является очень ответственным этапом, закрепляющим результаты хирургической коррекции контрактур и деформаций коленных суставов.

Цель исследования: оценить эффективность методов реабилитации в послеоперационном периоде у больных ДЦП.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 63 пациентов со спастическими формами ДЦП, оперированных в период с 2018 по 2022 годы на базе РДПНБ. По формам ДЦП: со спастической диплегией – 38 (60,3%), с гемиплегией – 25 (39,7 %) пациентов.

Проведен комплекс мероприятий, направленных на решение следующих задач:

- профилактика образования келоидных стягивающих рубцов;
- улучшение подвижности в оперированных суставах;
- коррекция порочных установок в других сегментах опорно-двигательного аппарата;
- нормализация мышечного тонуса;
- улучшение связи мышц с суставами (кинестезии);

Послеоперационная реабилитация проведена в два этапа:

I этап, иммобилизационный, процедуры были направлены на решение первых двух задач.

II этап, восстановительный, который начинался непосредственно после снятия гипсовой повязки и замены её съёмными ортопедическими изделиями.

Количество и последовательность способов лечения определялись характером оперативного вмешательства, индивидуально.

Результаты и обсуждение

У большинства прооперированных больных отмечались улучшение показателей общей двигательной активности, уменьшение тугоподвижности суставов, увеличение доли активного участия в самостоятельной статико-локомоции, уменьшение спастичности мышц, увеличение мышечной силы и объема движений суставов конечностей.

После окончания первого курса лечения проведены исследования моторной функции детей по Gross Motor Function Classification System (GMFCS) в динамике и получены положительные результаты у 61 (96,8%) больных

Мышечный тонус по шкале Ashworth снизился на 1 позицию у 19 (30,2%) больных, на 2 позиции - у 14 (22,2%), на 3 позиции – у 17 (27,0%), нормализовался – у 13 (20,6%).

Наблюдение за пациентами, получавших комплексную реабилитацию в послеоперационном периоде, позволило сделать выводы об эффективности данных лечебных мероприятий.

Заключение. Целенаправленная послеоперационная реабилитация больных ДЦП сокращает сроки реабилитации, способствует расширению двигательных возможностей ребёнка, что в свою очередь открывает перспективы для дальнейшей социальной адаптации и интеграции ребёнка-инвалида в общество.



КОРСЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕГРУДНОЙ И ПОЯСНИЧНОЙ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ

Хасанов А.Б., Пардаев С.Н., Наркулов М.С.

Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

Актуальность. Проблема лечения пострадавших с компрессионными переломами грудных и поясничных позвонков на протяжении последних десятилетий сохраняет свою актуальность.

По данным литературных источников компрессионные переломы позвоночника у детей составляют от 0,65% до 9,47% от всех повреждений позвоночного столба (Виссарионов С.В., 2010).

В настоящее время при лечении больных с компрессионными переломами позвоночника применяют функциональный метод лечения по Гориневской – Древинг. Он предусматривает длительное (от 60 до 80 дней) пребывание ребенка на строгом постельном режиме, который дети плохо переносят и нередко его нарушают. При этом большинство авторов рекомендуют назначение средств ортезирования только по завершении данного длительного периода лечения. В то же время в литературе встречаются единичные сообщения о случаях более раннего применения корсетов – в первые дни после травмы. Однако четкие сроки начала использования корсетов, показания к назначению конкретных конструкций ортезов и методы ведения пациентов в них на сегодняшний момент отсутствуют.

Цель исследования. Изучить результаты применения консервативного лечения компрессионных неосложненных переломов нижнегрудных и поясничных позвонков у детей при помощи корсета с пневмокамерой.

Материалы и методы исследования. В качестве материала исследования были проанализированы данные 32 больных находившиеся на лечении в Самаркандской областной травматологической больнице за 2021 гг. с неосложненными стабильными переломами нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Мальчиков было 20, девочек - 12. Возраст варьировал от 11 до 18 лет. Больные поступили в стационар с различной давностью травмы: 1 день поступило 20 больных, 2–5 день - 10 больных, 6–10 день – 2 больных.

Результаты исследования. Для выявления эффективности метода рентгенометрические исследования проводились следующим образом.

Измеряли высоту передней колонки тел выше и ниже лежащих от поврежденного позвонка и со средней величиной сопоставляли восстановленную высоту тела поврежденного позвонка. Анализ показал, что у 4(12,3%) больных компрессия тела позвонка устранена полностью, еще у 4(12,3%) получено значительное восстановление высоты, у 2(7,7%) - незначительное восстановление высоты тела позвонка. У остальных 22(67,7%), у которых степень компрессии составила от 5 до 18%, удалось при помощи устройства стабилизировать компрессию тела, предотвратить увеличение кифотической деформации.

Выводы. При переломах грудных и поясничных позвонков, не осложнённых компрессией структур спинного мозга, методика коррекции с использованием

этапной реклинации корсетом с пневмокамерой может быть эффективно использована для устранения локальной кифотической деформации и восстановления высоты тела сломанного позвонка.

КОНВЕРСИОННОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ

Ходжанов И.Ю.¹, Амонов Л.А.², Махсудов Ф.М.², Сувонов Н.О.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

²Навоийский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра экстренной медицинской помощи, Навои

Несмотря на совершенствование методов диагностики и лечения показатели смертности и инвалидности от сочетанных травм остаются высокими. Среди множеств повреждений переломы трубчатых костей занимают одно из ведущее место в структуре травматизма в наши дни. По данным разных авторов, их удельный вес колеблется от 16,7% до 49,8% среди всех травм опорно-двигательного аппарата. При этом открытые переломы верифицируются в 10–18% наблюдений переломов длинных костей конечностей. Традиционная тактика немедленного ушивания поврежденных паренхиматозных органов (печени, селезенки и т.д.), восстановления целостности полых органов (мочевого пузыря, кишечника и т.д.) с одномоментным окончательным остеосинтезом костных фрагментов переломанных костей соответствует анатомии, но это может привести к фатальному исходу из-за чрезмерности первичной «лечебной» помощи пострадавшему (ETC – early total care), может завершиться тяжелейшим травматическим шоком и серьезными послеоперационными гемодинамическими и регенеративными нарушениями.

Поэтому многие коллеги придерживаются тактики постепенного оказания помощи – Damage control, при котором последующие этапы хирургического лечения, в частности демонтаж аппарата и внутренний остеосинтез, осуществляют по мере стабилизации общего состояния пострадавшего.

Для получения хороших результатов и профилактики риска осложнений при лечении пациентов с политравмой значимым для временного остеосинтеза является выбор конфигурации и характера компоновки аппарата.

Логично предположить преимущества жесткой фиксации отломков двух кольцевой аппаратом по сравнению с много кольцевым, однако значение выбора конфигурации аппарата и его влияние на риск возникновения осложнений недостаточно изучены, что требует более детального внимания к этой проблеме.

Цель – изучить качества стабилизации двух кольцевых конфигураций аппарата для первичной стабилизации костей голени, пациентов с политравмой до перехода к многокольцевым.

Материал и методы. Анализе результатов лечения 27 пациентов с переломами костей голени при политравме, которые в Навоийском филиале РНЦЭМП, пролеченных в период с 2017 по 2022 года. По половому признаку было 6 (22,2 %) женщин и 21 (77,8 %) мужчины. Возраст пациентов варьировал от 18 до 65 лет. У всех больных фиксация отломков осуществлен аппарат наружной фиксации Илизарова



(двух кольцевой) до 2-часов для противошоковой мероприятия, после стабилизации общее состояние больных от 3-х до 28-ми суток демонтировали аппарат дополнительными кольцами и репонировали кость окончательный.

Результаты. Состоятельность временной фиксации изучены в период нахождения больных в остеосинтезе, где определено репозиционное качество системы и стабильность отломков. Состояние макроорганизма при переходе к постоянному остеосинтезу, мобилизационные качества пострадавшего, сроки начала мазол-образовательного процесса и конечно же вопросы сращения. У всех 27 пациентов наблюдалось сращение костей, при димелических переломах это составили в сроке 84,4 дня, при тримелических переломах-92,7 дней.

Заключение. Проведенное исследование подтвердило, использование на первом этапе лечения аппарата Илизарова для стабильной фиксации в временном остеосинтезе и после перемонтажа у части больных для окончательного остеосинтеза получить достоверно положительные результаты.

ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОКОЛОСУСТАВНЫХ И ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

***Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А.², Муминов А.Ш.², Хакимов Ш.К.³,
Жабборов Ж.Ю.², Юсупов С.Ю.³***

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
Травматологии и ортопедии, Ташкент

²Бухарский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра
экстренной медицинской помощи, Бухара

³Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара

Актуальность. Околосуставные и внутрисуставные переломы дистального отдела плечевой кости представляют собой сложные повреждения, которые в конце могут значительно ограничить функцию локтевого сустава. Хирургическое лечение показано в большинстве случаев с целью восстановления диапазона движений и функции верхней конечности. Открытая репозиция и внутренняя фиксация (ORIF) пластинами и винтами является предпочтительным вариантом лечения больных. Однако не всегда удается выполнить полноценное и окончательное оперативное пособие в первые сутки после травмы в связи с организационными, техническими и лечебными причинами (Козлов Е.С., Салимов Э.Р., Солдатов Ю.П., Лукин С.Ю., Столбиков С.А 2021 г.)

Цель. Изучить клиническую эффективность метода двухэтапного лечения при околосуставных и внутрисуставных переломах дистального отдела плечевой кости и изучить его осуществимость, безопасность, преимущества и недостатки.

Материалы и методы. В ретроспективное исследование было включено 36 пациента с околосуставными и внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости (по классификации АО: 13 – C2 – C3).

Нами предложено двухэтапное лечение околосуставных и внутрисуставных переломов плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступле-

нии больного экстренном порядке) проводится закрытая репозиция костных отломков для восстановления оси, длины сегмента конечности, устранения грубых смещений и стабилизация поврежденного сегмента с использованием аппарата Илизарова в рациональной компоновке. Далее, после соответствующей подготовки пациента, выполняется второй этап хирургического лечения – открытая репозиция и внутренняя фиксация костных фрагментов.

Пациенты разделены на две группы:

- у пациентов первой группы (группа сравнения, 24 случаев) осуществляли одномоментный открытый остеосинтез погружными фиксаторами в течение 2–12 суток после травмы.

- у больных второй группы (основная группа, 12 случаев) выполняли двухэтапное лечение переломов дистального отдела плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступлении больного в стационар) для репозиции костных фрагментов дистального отдела плечевой кости, последующего выполнения операционного доступа к дистальному отделу плечевой кости для его остеосинтеза и дальнейшей временной фиксации костей локтевого сустава применяли аппарат Илизарова. Далее, после соответствующей подготовки пациента, на 3–7 сутки после травмы, выполняется второй этап хирургического лечения – открытая репозиция и внутренняя фиксация костных фрагментов. Все пациенты наблюдались спустя 6 недель, на 6 и 12 месяцы после операции с обязательным рентгенологическим контролем. Клинические результаты подверглись статистическому анализу. Были исследованы диапазон движений, оценка руки, плеча и кисти (шкала DASH), сроки сращения переломов и осложнения.

Результаты. Сращение переломов наблюдалось во всех случаях. У больных первой группы средние сроки консолидации перелома составили 25-26 недели, у больных второй группы – 22-23 недели. Среди осложнений наблюдали гетеротопическую оссификацию, сгибательно-разгибательную контрактуру, миграцию фиксаторов после окончательного остеосинтеза и стойкий дефицит проводимости локтевого нерва. Диапазон движений локтевого сустава при последнем контрольном наблюдении составил 75° в первой группе по сравнению с 96° во второй группе. Гетеротопическая оссификация наблюдалась в 2 случаях в первой группе пациентов. Инфекционных осложнений не отмечено.

Выводы. Посредством устройства для остеосинтеза переломов плечевой кости возможно осуществить лигаментотаксис в области перелома мышечка плечевой кости, реализовать транслекранонный доступ к мышечку плечевой кости, произвести временную фиксацию перелома и последующую разработку локтевого сустава. Предложенная методика не имеет практически значимых минусов и позволяет улучшить результаты лечения. К преимуществам можно отнести уменьшение времени окончательной операции, снижение агрессивности воздействия на ткани сустава и их меньшую травматизацию.



ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

**Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А.², Муминов А.Ш.², Хакимов Ш.К.³,
Жабборов Ж.Ю.², Юсупов С.Ю.³**

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
Травматологии и ортопедии, Ташкент

²Бухарский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра
экстренной медицинской помощи, Бухара

³Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара

Актуальность: Осложнения и неудовлетворительные результаты лечения при переломах дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) развиваются у 18–85% больных, а у 29,9% пострадавших имеются признаки стойкой инвалидности, что создает данным переломам репутацию повреждений с плохим прогнозом для восстановления функции локтевого сустава (ЛС). Важную роль в утрате трудоспособности играют недостатки и недооценка роли функционального восстановительного лечения. Возникновение функциональных нарушений нередко обусловлено поздним, несистематическим применением средств функционального лечения и неправильной методикой лечебного использования физических упражнений.

Цель работы — улучшить результаты лечения больных с околосуставными и внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости путем усовершенствования программы физической реабилитации.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находилось 94 больных с переломами ДМПК. Средний возраст больных составил 50,2 года (от 19 до 70 лет), мужчин было 38(40,4%), женщин — 56 (59,6%). Консервативное лечение применено у 8 (8,5%) пациентов, а хирургическое у 86 (91,5%). Переломы ДМПК в 86(91,5%) случаях носили бытовой характер, в 2 (2,1%) — производственный, и в 6 (6,4%) — дорожно-транспортное происшествие. В 51(54,2%) случае была повреждена левая верхняя конечность и в 43 (45,8%) — правая. Предметом исследований явились материалы наблюдений больных с переломами 13-А2, 13-А3, 13-В1, 13-В2, 13-В3, 13-С1, 13-С2 и 13-С3 типов по классификации АО/ASIF. Больных с переломами 13-А было 7 (7,4%), с переломами 13-В — 18(19,2%), с переломами 13-С — 69 (73,4%) по классификации АО/ASIF. С целью оптимизации восстановительного лечения выделено 4 периода реабилитации: первый — предоперационный (до 3 сут после травмы) или иммобилизационный (до 4 недель с момента травмы); второй — период ранней мобилизации ЛС; третий — период поздней мобилизации ЛС; четвертый — период амбулаторного восстановительного лечения. В каждом периоде реабилитации на основании общеизвестных методик разработан модифицированный комплекс ЛФК, состоящий из самостоятельных упражнений (пассивных и активных), выполняемых пациентом, и упражнений, выполняемых с инструктором ЛФК. Типичное тренировочное занятие предусматривало выполнение в течение 10–45 мин упражнений для увеличения амплитуды движений в ЛС, упражнений на растягивание мышечно-связочного аппарата верхней конечности и упражнений для укрепления мышц верхней конечности, которые повторялись пациентом самостоятельно 4–8 раз в день, а занятия с инструктором ЛФК проводились 2–3 раза в день. Для закрепления эффекта, достигнутого применением физических упражнений, и заверша-

ющим этапом занятий была т.н. «корректирующая укладка конечности»: конечности придавали определенное фиксированное положение растягивающим воздействием умеренной интенсивности, сопровождающееся натяжением капсульно-связочного аппарата в течение 10–15 мин. В перерывах между занятиями ЛС фиксировали ортезом или косыночной повязкой.

Первые занятия продолжались 10–20 мин с ежедневным увеличением к концу курса до 20–30 мин. К концу периода реабилитации пациент возобновлял трудовую деятельность.

Результаты и их обсуждение. Средняя длительность диспансерного наблюдения составила 11 месяцев (от 7 месяцев до 2 лет с момента травмы). В конце срока диспансерного наблюдения средняя амплитуда активных сгибательно-разгибательных движений в ЛС составила 1300 (от 700 до 1500), пронации/супинации — 850 (от 800 до 900). При оценке результатов лечения по модифицированной шкале. Средний балл составил 75 (от 65 до 80 баллов), а по шкале клиники Мейо — 85 (от 75 до 100 баллов). Осложнения отмечены у 4 (4,3%) пациентов с переломами типа 13-С3.3 и были связаны с развитием сгибательно-разгибательных контрактур (амплитуда движений в ЛС в конце срока диспансерного наблюдения составила менее 1000 (от 700 до 1000)).

Выводы: Физическая реабилитация больных с переломами ДМПК, основанная на особенностях перелома и способе лечения пострадавших, позволяет обоснованно реализовывать и применять достижения современной медицины, способствует снижению количества неблагоприятных результатов лечения и показателей первичной инвалидности данного контингента пациентов. Этапное и дозированное увеличение нагрузки в процессе физической реабилитации больных с переломами ДМПК позволяет восстановить физиологическую амплитуду движений в ЛС и предотвратить формирование контрактур и вегетодистрофических осложнений. Усовершенствованная программа физической реабилитации больных с переломами ДМПК и рациональная тактика восстановительного лечения позволили оптимизировать эффективность лечения и достигнуть отличных и хороших функциональных результатов у 90 (95,7%) больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

*Ходжанов И.Ю.¹, Орипов А.А.², Муминов А.Ш.², Хакимов Ш.К.³,
Жабборов Ж.Ю.², Юсупов С.Ю.³*

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
Травматологии и ортопедии, Ташкент

²Бухарский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра
экстренной медицинской помощи, Бухара

³Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара

Актуальность. Восстановление физиологического объема движений в локтевом суставе (ЛС) и профилактика контрактур является важным вопросом в реабилитации пациентов с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК). На сегодняшний день для восстановления утраченной вследствие травмы функции



ЛС широко используются хирургические способы лечения. Однако взгляды на выбор способа фиксации переломов ДМПК различны. Так, при открытой репозиции создаются благоприятные условия для анатомической реконструкции суставной поверхности, окружающих структур, мягкотканых образований и ревизии сосудисто-нервного пучка. В то же время, причиной поздней мобилизации ЛС является нестабильность фиксации фрагментов перелома вследствие тяжести травмы, погрешностей технического характера или нестабильного остеосинтеза. При внеочаговом остеосинтезе мягкотканые структуры повреждаются минимально, имеется возможность манипулирования фрагментами перелома в процессе лечения и возможна мобилизация ЛС в аппарате внешней фиксации (АВФ). Однако возникают сложности восстановления конгруэнтности суставной поверхности с помощью спиц и стержней оскольчатых внутрисуставных переломов. Таким образом, с нашей точки зрения, возникает необходимость в исследовании преимуществ и недостатков различных способов фиксации фрагментов перелома.

Цель – улучшить результаты лечения больных с надмыщелковыми переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) путем обоснования оптимального способа оперативного лечения и методики восстановления функции.

Материал и методы. Работа основана на анализе результатов лечения 44 больных с надмыщелковыми переломами ДМПК средним возрастом 48,4 года (от 19 до 70 лет), мужчин – 16 (36,4%), женщин – 28 (63,6%). Способами лечения были: остеосинтез спицами – 8 (18,0%), остеосинтез винтами и спицами – 4 (9,0%), остеосинтез пластинами – 18 (41,0%) и ЧКДО – 14 (32,0%). Средняя длительность диспансерного наблюдения составила 24,7 мес. (от 6 мес. до 2,5 лет с момента травмы) в течение которого проводилась комплексная оценка проводимого лечения по модифицированной шкале с учетом 17 параметров клинического, рентгенологического и электрофизиологического профиля. В соответствии с предложенными периодами реабилитации проводилось индивидуальное физио-функциональное лечение и ЛФК.

Результаты и их обсуждение. В конце срока диспансерного наблюдения средняя амплитуда активных сгибательно-разгибательных движений в локтевом суставе (ЛС) составила 1100 (от 900 до 1400), просупинационных – 1700 (от 1600 до 1800). Средний балл по шкале Мейо – 90 (от 80 до 100 баллов) и средний балл по модифицированной шкале – 72 (от 64 до 80 баллов).

Выводы. Применение ЧКДО приводит к ограничению сгибательно-разгибательных и невозможности просупинационных движений в ЛС на этапе лечения аппаратом внешней фиксации. Предложенная программа реабилитации способствовала восстановлению физиологической амплитуды движений в ЛС, мышечного тонуса и профилактике возникновения контрактур за счет ранней пассивной мобилизации ЛС и дозированного увеличения нагрузок на этапах физической реабилитации при помощи специальных упражнений. Методом выбора при надмыщелковых переломах ДМПК является накостный остеосинтез вследствие возможности анатомической репозиции, стабильной фиксации и ранней мобилизации ЛС в послеоперационном периоде.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю.¹, Салдатов Ю.П.², Эдилов У.А.²

¹Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр
Травматологии и Ортопедии, Ташкент,

²Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени Илизарова, Курган

Ведение: Застарелые вывихи головки лучевой костей у детей являются одним из тяжелых повреждений локтевого сустава, нередко заканчивающиеся инвалидностью ребенка. Частота встречаемости застарелых переломовывихов и вывихов составляет около 27% всех застарелых повреждений локтевого сустава. Основной причиной давности данных повреждений является трудность своевременной диагностики в остром периоде. Физиологическая разболтанность суставов, наличие нескольких ядер окостенения в области локтевого сустава, рентген негативность большинства структур, изменение сроков появления ядра окостенения, вследствие сопутствующих патологий детского возраста, низкий уровень информативности рентгенологического исследования при данных повреждениях в детском возрасте.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения застарелых вывихов головки лучевой кости у детей путём разработки перспективных способов фиксации.

Материал и методы: В клинике детской травматологии РСНПЦТО РУз за 2021–2022 г. пролечено 45 больных с застарелыми вывихами головки лучевой кости. Мальчиков 23, девочек 22. Возраст больных от 3 до 15 лет. Преобладают правосторонние повреждения, составляя 31 случаев. Всем больным проведена рентгенография, МСКТ и УЗД локтевого сустава. Периферические неврологические нарушения наблюдались у – 1 пациентов. У пациентов с неврологическими нарушениями проводилось ЭНМГ исследование и консультация невропатолога. Всем пациентам проведены оперативные вмешательства исходя из костно-мягко тканых изменений. Для изучения результатов лечения пациентов, исходя из объема проведенных оперативных вмешательств разделили на три группы: Пациентам первой группы проведены: корригирующая остеотомия проксимального конца локтевой кости и остеосинтез перекрестными спицами и устранение вывиха головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки, конечность иммобилизовали гипсовой лонгетой. Срок иммобилизаций от одного до полутора месяца, затем нарастающим темпом реабилитационные мероприятия. Пациентам второй группы проведены: артролиз и устранение вывиха головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки и дополнительная трансартикулярная фиксация головки спицей, конечность иммобилизовали гипсовой лонгетой. Пациентам третьей группы, где вправления головки не представляется возможным из-за выраженной деформации, провели резекцию головки лучевой кости.

Отдаленные результаты изучены у всех больных, и результаты оценены по трехбальной шкале. Хорошие результаты составили 86%, удовлетворительные - 14%, не удовлетворительные – 0%.

Выводы. Основной причиной застарелого вывиха головки лучевой кости является не диагностированный вывих головки лучевой кости в остром периоде



травмы.

Развившиеся анатомо-морфологические изменения требуют не только коррекции костей предплечья и анатомической целостности локтевого сустава, но и создание элементов стабилизации вправленной головки лучевой кости.

На сегодняшний день в нашей клинике широко используются наша разработанная методика «Пластика кольцевидной связки» при повреждениях кольцевидной связки у детей и подростков во всех случаях застарелых вывихов головки лучевой кости.

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДЎНГЛАРАРО СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Ходжанов И.Ю., Эдилов У.А., Шаматов Х.Ш.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Мавзунинг долзарблиги: Болаларда елка суяги дўнглари синушларини даволаш бугунги кунда замонавий травматология ва ортопедиянинг долзарб муаммолардин бири бўлиб келмоқда. Елка суяги дўнглари синушлари тирсак бўғимининг анатомик ва биомеханик функцияси бузилишига олиб келади ва бу ўз навбатида тирсак бўғимида ҳаракат хажмининг камайишига, тирсак бўғимида варусли ва вальгусли деформацияларига, ҳаракат вақтидаги оғрикларга ва нейротрофик ўзгаришларга олиб келади. Бу эса беморларда узоқ вақт давомида меҳнат қобилиятининг йўқолишига олиб келади. Болаларда елка суяги дўнглари синушлари адабиётларда келтирилишича барча тирсак бўғими жароҳатларининг 57,5% ни ва қўл жароҳатларининг 48,2% ни ташкил қилади.

Беморларнинг кеч мурожаат қилиши ёки табибларда даволаниши ва бирламчи тиббий ёрдам бериш вақтидаги хатоликлар бу синушларнинг асоратлари келиб чиқишига сабаб бўлади. Ҳозирги кунда елка суяги дўнглари синушларини оператив даволашда турли мамлакатларда ҳар хил усуллардан фойдаланиб келинмоқда. Бу усулларнинг ўзига яраша камчиликлари бўлиб, тирсак бўғимида анатомик ва биомеханик функциясининг тўлиқ бузилишига ва тирсак бўғимида деформациялар кўпайишига олиб келмоқда. Елка суяги дўнглари синушларида оператив даволашда оптимал усулнинг йўқлиги, ҳозирги кунгагча бу мавзунинг долзарблигини кўрсатмоқда.

Мақсад: Ишлаб чиқилган жаррохлик усулини қўллаш орқали болаларда елка суяги дўнглари синушларини даволаш натижаларини яхшилаш.

Текширишнинг предмети ва усули: РИТОИАТМ болалар травматологияси бўлимида 2022 йиллар давомида елка суяги дўнглари синуши ташхиси билан 24та бемор оператив даволанди. Кузатувда бўлган беморлар ёши 3 ёшдан 12 ёшгача. Ўғил болалар 15та, қиз болалар 9 тани ташкил қилади. Ўнг томонлама 15 та, чап томонлама 9 та бемор мурожаат қилиб келишган. Бу беморларни барчаси рентген, МСКТтекшируларидан ўтказилди.

Кузатувимизда бўлган барча 24 та беморлар клиникамизда ишлаб чиқилган усул ёпиқ репозиция ва Илизаров аппаратида остеосинтез қилш амалиёти бажа-

рилди. 13 та беморимизда яшаш жойида гипс боғламда даволанган. 11 та бемор клиникамиз тез ёрдам бўлими орқали бўлимга ётқизилган. Беморларда тирсак бўғимидаги шишлар қайтгандан сўнг кнтрол рентген қилинганда ва контрол рентгенда иккиламчи силжиш бўлганлиги сабабли ёпиқ репозиция ва Илизаров аппаратида остеосинтез қилиш амалиёти бажарилди. Кузатувимиздаги беморларнинг барчасида Илизаров аппарати 21кундан 30 кунгача бўлган муддатда ечилди. Илизаров аппарати ечлигандан сўнг беморлар тирсак бўғими функциясини 2-3 хафтада тўлиқ тиклашга эришилди.

Олинган натижалар: Олинган натижаларни баҳолашда Bromberg-Morrey шкаласидан фойдаланилди. Бу тирсак бўғимидаги ҳаракат ҳажми, ратоцион ҳаракатлар ҳажми, тирсак бўғимидаги оғрикларинг йуқолиши ва билак мушакларининг кучига аниқлаш орқали баҳоланди. Олинган яхши натижалар 89%. Қониқарли натижа 11 % ва коникарсиз натижа кузатилмади.

Хулоса: Хулоса қилиб айтганда болаларда елка суяги дўнглари синошларини даволаш хозирги кунда долзарблигича колмокда.

Кузатувимизда бўлган беморларнинг барчасида тирсак бўғимида шиш қайтгандан сўнг иккиламчи силжишлар кузатилган.

Клиникамизда ишлаб чиқилган учсулини кўллаш орқали олинган натижалар яхшоиланди ва бу усулни кенг қўллаш тавсия қилинди.

УДЛИНЕНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕМИМЕЛИЕЙ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ

Холматов Б.У., Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К.

Центр развития профессиональных медицинских работников Кафедра травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. По данным различных авторов, частота врожденных аномалий развития нижних конечностей находится в пределах от 1,7 до 12,5% (Штурм В.А., 1960; Волков М.В. 1972; Межинина Е.П., 1974).

Врождённые аномалией развития берцовых костей состоят из спектра аномалий, наименее серьезным из которых является легкое укорочение малоберцовой кости, а наиболее тяжелым - полное отсутствие малоберцовой кости, связанная с дефектами стопы, голени и бедра. Но одним из основной и наиболее заметной проблемой является неравенства конечностей, при которой неравенство может достичь до 65% относительно к здоровой стороне.

При хирургическом лечении детей с врождёнными аномалиями развития костей голени основной целью является устранение неравенства конечностей и в современной реконструктивной ортопедии существует множество различных методов удлинения конечностей.

Цель исследования. Целью данной работы является анализ результатов устранения неравенства нижних конечностей у детей с врождёнными аномалиями развития костей голени.

Материал и методы. В период с 2016–2022 годы под нашим наблюдением были 53 детей с врождёнными аномалиями развития костей голени, которыми в РСНПМ-



ЦТиО были проведены хирургические лечения по устранению неравенства конечностей. Дети были в возрасте от 2,5 года до 14 лет.

Всем детям были проведены клинические и инструментальные (рентген и старшем МСКТ) методы исследования.

При анализе разницы длины между нормальной конечности и аномальной конечности у пациентов с врожденной аномалией развития костей голени было установлено: диапазон укорочения от 5% до 65%. Неравенство конечностей до 10 % было у 12% детей, с 10–20% у 29,4%, 20–35% у 32,7% и укорочения более 35% от здоровой конечности было у 25,9% пациентов.

Для устранения неравенства конечностей были применены следующие хирургические методы: остеотомия сегмента с использованием спицевого или стержневого компрессионного дистракционного аппарата (аппаратный хирургический метод) – у 11 детей, метод дистракционного эпифизеолиза – у 39, метод временного блока зона роста (эпифизеодез) – у 3 детей.

Результаты. При применения аппаратно-хирургического метода нам удалось удлинить сегмент в среднем до 6–10 см, с помощью метода дистракционного эпифизеолиза мы смогли удлинить сегмент до 6–15 см, а с методом эпифизеодеза нам удалось устранить неравенство до 4 см.

Выводы. По данным результатам удлинения методом дистракционного эпифизеолиза оказался наиболее эффективным чем другие методы, но недостатком является возрастное ограничение ребенка (до 8–10 лет) для применения этого аппарата. Некоторые авторы считают, что манипуляция с ростковыми пластинами особенно в раннем возрасте могут привести к осложнению, таким как замедление или остановки роста сегмента. Однако в наших наблюдениях не было случая остановки роста сегмента, при том, что определить замедления в большинстве случаев невозможно, так как у большинства детей с врожденными аномалиями развития берцовых костей рост аномального сегмента замедлен.

Аппаратно-хирургический метод является незаменимым у детей старшего возраста (12–16 лет). А метод эпифизеодез является наиболее щадящим, но потенциал удлинения оказался низким.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКОВ

Холов З.С., Холбоев Г.Т.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Введение. Проблема деформаций позвоночника является одной из важнейших в детском возрасте. ПИС с использованием 36 исследований из 17 стран, в которых оценивался скрининг на сколиоз. Общая распространенность искривлений позвоночника $\geq 10^\circ$ составила 1,34% (95% ДИ: 0,98–1,70%). Однако распространенность могла различаться в разных исследованиях и странах. Например, в Испании был обнаружен диапазон распространенности 0,7–7,5%, в Северной Америке этот диапазон составлял 0,4–3,9%, в Азии диапазон составлял 0,4–2,5%, в Израиле распро-

страненность оценивалась в 0,1%, в Средней Азии. На Востоке этот показатель составил 1,9%, а зарегистрированная распространенность в Австралии составила 1,9%. Кроме того, общая распространенность искривления позвоночника $\geq 20^\circ$, определяющая пациентов, нуждающихся в последующем клиническом наблюдении, составила 0,22% (95% ДИ: 0,15–0,30%), а распространенность лиц, лечившихся от сколиоза с помощью либо корсет для спины, либо хирургическое вмешательство (95% ДИ: 0–0,13%). Наш опыт является применением транспедикулярной спинальной системы при хирургическом лечении идиопатического сколиоза у подростков.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения у 31 больного, из которых (9 мальчиков, 22 девочек), возраст пациентов базировался от 13 до 18 лет с идиопатическим сколиозом тяжелых степеней грудопоясничной локализацией. У 20 (66%) подростка грудопоясничная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, у 11 (34%) левостороннюю. Величина грудопоясничной дуги искривления составила от 50° до 130° по Cobb.

Результаты. В ходе оперативного лечения у пациентов при клиническом осмотре наблюдалось улучшения и полностью восстановлен фронтальный и сагитальный баланс туловища. У пациентов при хирургическом вмешательстве остаточной деформация сколиотической дуги деформации составила $10-12^\circ$, процент коррекции колебался от 86 до 90%. Кифотическая деформация составила от 30 до 32° , лордоз составил от 29 до 31° . Остаточный угол апикального позвонка составил от 12 до 23° .

Заключение. Выбор тактики оперативного вмешательства при деформациях позвоночника у подростков с идиопатическим сколиозом грудопоясничной локализации зависит от величины основной дуги деформации, ее мобильности и возраста больного. У пациентов подобными деформациями отмечено, что чем больше величина сколиотической дуги, тем больше угол ротации апикального позвонка. Исправление деформации позвоночника у пациентов с идиопатическим сколиозом грудопоясничной локализации многоопорными спинальными системами с транспедикулярными опорными элементами, позволяет добиться эффективной коррекции основной дуги, обеспечить достижения истинной деротации позвонков на ее вершине и в ходе хирургического вмешательства и сохранить достигнутый результат в отдаленный период после периода операции.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫХ ВИНТОВ

Холов З.С., Холбоев Г.Т.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Введение. Среди врожденных аномалий развития грудного отдела позвоночника, приводящих к появлению деформации, чаще всего встречаются пороки на фоне нарушения формирования тел позвонков. Характер течения врожденной деформации позвоночника обусловлен локализацией порока, первоначальной степенью искривления и темпами ее прогрессирования в процессе развития ребенка. В данном



исследовании проанализированы способ хирургического лечения врожденного сколиоза у детей. Всем пациентам была проведена операция коррекция врожденного сколиоза с применением транспедикулярных винтов и частичное удаление полу позвонка.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения у 20 больного, из которых (9 мальчиков, 11 девочек), возраст пациентов базировался от 6 до 12 лет с врожденным сколиозом тяжелых степеней грудопоясничной локализацией. У 12(60%) детей грудопоясничная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, у 8(40%) левостороннюю. Величина грудопоясничной дуги искривления составила от 40 °до 100° по Cobb.

Результаты. У всех пациентов получены хорошие и удовлетворительные результаты. У пациентов при хирургическом вмешательстве остаточной деформация сколиотической дуги деформации составила 10-12°, процент коррекции колебался от 86 до 90%. Кифотическая деформация составила от 30 до 32°, лордоз составил от 29 до 31°. Остаточный угол апикального позвонка составил от 12 до 23°.

Заключение. Выбор тактики оперативного вмешательства при деформациях позвоночника у детей с врожденным сколиозом грудопоясничной локализации при наличии полу позвонков зависит от величины основной дуги деформации, ее мобильности и возраста больного. У пациентов подобными деформациями отмечено, что чем больше величина сколиотической дуги, тем больше угол ротации апикального позвонка. Исправление деформации позвоночника у пациентов с врожденным сколиозом грудопоясничной локализации многоопорными спинальными системами с транспедикулярными опорными элементами и частичное удаление полу позвонка с транспедикулярном путем, позволяет добиться эффективной коррекции основной дуги, обеспечить достижения истинной деротации позвонков на ее вершине и в ходе хирургического вмешательства и сохранить достигнутый результат в отдаленный период после период операции.

ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА СОСТОЯНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем является вертебральная травма, распространенность которой вследствие возрастания механизации, скоростей средств передвижения, темпов и ритмов жизни в последнее время неуклонно увеличивается. Закрытые повреждения шейного отдела позвоночника и спинного мозга составляют 25% по отношению ко всем травмам позвоночника, в 92—96% случаев они сопровождаются поражением спинного мозга или его корешков. Отсутствие в настоящее время адекватных методов лечения последствий тяжелых повреждений спинного мозга приводит к тяжелой инвалидизации пациентов, неспособности данной категории больных адаптироваться в обществе, что влечет огромные социальные и экономические потери. Тяжесть травмы шейного отдела позвоночника обусловлена особенностями его анатомического

строения и функций. Необходимо учитывать, что травма шейного отдела спинного мозга не ограничивается областью воздействия разрушающей силы, а захватывает первично интактные участки, приводит к образованию более обширного повреждения, при этом вовлекаются структуры головного мозга, образования шейно-затылочной области: позвоночные артерии, симпатические сплетения, мышечно-суставной аппарат шеи.

Цель исследования — изучение воздействия указанного вида травм на головной мозг. Оно позволит разработать новые подходы в диагностике и лечении данного вида повреждений с целью улучшения исходов, снижения частоты посттравматических осложнений.

Материал и методы. Обследованы 54 пациента (из них 48 мужчин, 6 женщин), возраст больных составил 15—50 лет. Закрытая вертебральная травма с повреждением спинного мозга, корешков подтверждалась результатами магнитно-резонансной томографии (МРТ) шейного отдела позвоночника. У 42 пациентов была проведена операция — передний или задний спондилодез со стабилизацией металлоконструкцией — в отделениях нейрохирургии, вертебродологии, у 12 проводилось консервативное лечение. Изучались данные жалоб, анамнеза, неврологического осмотра, нейрофизиологического обследования (электроэнцефалографическая (ЭЭГ) оценка биопотенциалов головного мозга), ультразвуковой (ТСДГ с оценкой церебральной гемодинамики) и рентгенологической диагностики (МРТ головного мозга).

Выводы. При осложненной травме шейного отдела позвоночника имеет место вторичное поражение головного мозга за счет восходящего механизма повреждения по длиннику спинного мозга в момент травмы, нарушения ликвородинамики и кровообращения как в момент травмы в результате рефлекторного и компрессионного воздействия, так и впоследствии, если не проведена стабилизация позвоночника и декомпрессия спинного мозга. А также отмечено, что у лиц молодого возраста выявляется меньше изменений со стороны головного мозга после перенесенной закрытой осложненной травмы шейного отдела позвоночника.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА ТОЧНОСТЬ ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Актуальность темы. Повышение эффективности диагностики и лечения неврологических осложнений остеохондроза шейного отдела позвоночника в настоящее время является одной из наиболее актуальных проблем травматологии, ортопедии и неврологии. Дегенеративные изменения в этом отделе позвоночника встречаются у 49,2% взрослого населения, что свидетельствует не только о медицинской, но и социальной значимости данной проблемы.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения и качества жизни больных



с радикулярными и миелопатическими синдромами остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Задачей исследования явилась оценка влияния психологических особенностей личности и качества жизни больных с радикулярными и миелопатическими синдромами остеохондроза шейного отдела позвоночника на точность топической диагностики поражения спинномозговых нервов.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на основании проведенного многофакторного анализа клинических проявлений и данных нейровизуализации позвоночника у 157 больных шейным остеохондрозом, наблюдавшихся в отделениях нейрохирургии клиники АндГосМИ и АФ РНЦЭМП за период с 2021 по 2023 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Особенности психологического профиля личности больных остеохондрозом шейного отдела позвоночника в виде повышенной тревожности, истерии и психастении приводят к снижению точности топической диагностики поражения спинномозговых нервов по неврологической симптоматике на 25,6%.

Вывод – у данной группы пациентов при постановке диагноза в большей мере необходимо ориентироваться на инструментальные методы, чем на данные, полученные при клинико-неврологическом обследовании.

ГАВХАР КЛИНИКАСИДА ЎТКАЗИЛГАН РЕВИЗИОН ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ НАТИЖАЛАРИ, СТАТИСТИК ХУЛОСАЛАР

Шакиров Х.Х., Юнусов Ш.У., Максудов Ж.И., Қаландаров И.Ш., Тожибоев Д.К

GAVHAR Ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникаси

Кириш. Чанок сон бугими тотал эндопротезлаш XX аср тиббиётининг юксак ютуқларидан бири хисобланади. Ўзбекистонда бу турдаги жаррохлик амалиётлари сони сўнги 5 йил ичида 10 баробарга ошди. 80 йилларда дунё бўйлаб бу турда операциялар 100-150 минг беморда ўтказилган бўлса, хозирги кунга келиб факатгина АКШнинг ўзида 700 мингдан ортиқ амалиёт бажарилган. ЖССТ маълумотларига кура бир йилда бутун дунёда 3 миллиондан ортиқ тотал эндопротезлаш амалга оширилади. Чанок-сон бугимини тотал эндопротезлаш мувафаккиятли амалиёт бўлишига карамасдан, йиллар давомида, турли факторлар тасирида эндопротез қисмларида пайдо бўладиган ностабилик катта муаммолардан бири бўлмоқда. Статистик маълумотларга кура АКШ клиникаларида ревизион амалиётлар умумий эндопротезлаш операцияларининг 15-30% қисмини ташкил қилади. Европа давлатларида эса бу курсаткич 20% ни ташкил қилади.

Мақсад ва вазифалар. Ўтказилган жаррохлик амалиёти натижаларини ўрганиш, янги замонвий усуллар афзалликларини аниқлаш ва клиникага тадбиқ қилиш.

Асосий қисм

Ревизион эндопротезларга олиб келувчи сабаблар

- Йирингли жараёнлар
- Эндопротез қисимларининг асептик ностабиллиги
- Эндопротез бошчасининг кайталанувчи чиқиши

- Перипротез суяк синишлари.
- Эндопротез кисмларининг механик «емирилиши»

Бизнинг клиникада 2 йиллик вақт мобайнида 1500 мингдан ортик операциялар утказилди. Шулардан 20 таси ревизион эндопротезлаш операцияларига тугри келади. Утказилган ревизион эндопротезлаш операцияларидан 1 таси перипротез суяк синишларига, 14 таси Эндопротез кисимларининг асептик ностабиллигига, 5 таси Эндопротез бошчасининг кайталанувчи чикишига тугри келди. Амалга оширилган 20 та ревизион эндопротезлаш операцияларининг 19 таси чанок сон бугимига, 1 та эса тизза бугими сохасига тугри келди. Беморлардан 14 таси аёллар, 6 таси эса эркаклардир. Ревизион эндопротезлаш операция ностабил эндопротез компонентлари жойлашувига кура ҳам фаркланади, яъни факат косача ёки оёкча компонентининг узи ностабил холатга келган ёки эндопротезнинг барча компонентлари ностабил холатга келаган булиши мумкин. Бизнинг клиникада утказилган ревизион эндопротезлардан жами 13та бемордан 8таси субтотал реэндопротезлаш бўлса, 5 таси тотал реэндопротезлаш операцияси тўғри келади. Виляти кесимида курадиган булсак, Тошкент шаҳри узидан 10 та бемор, Андижон вилоятидан 3 та, Бухоро вилоятидан 1 та, Фаргона вилоятидан 3та, Сурхондарё вилоятидан 2 та ва Киргизистон Республикасидан 1 та бемор бизнинг клиникамизда Ревизион эндопротезлаш операциялари утказдилар. Хозирда барча беморлар холати коникарли, харакатлари актив, огриклар безовта килмайди ва доимий шифокорлар назоратида бўлмоқдалар.

Хулоса. Ревизион эндопротезлаш операциялари хар бир бемор учун ностандарт ва индивидуал операция хисобланади. Тайёргарлик жараёнида операцияни хар хил вариантларини режалаштириш, операция жараёнида бир вариантдан бошқасига ўтиш, хар хил металл конструкцияларини ишлатиш ва интраоперацион асоратлар хавфига тайёр булиш керак булади.

Ревизион эндопротезлаш операцияларни юкори технологик асбоб ускуналари ва барча тиббий имкониятлари бор махсус ихтисослашган ортопедик марказларда амалга оширилиши керак.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Шакиров Х.Х., Черенков П.А., Максудов Д.И.

Клиника «Гавхар», Ташкент

По данным Konnus в мире в 1990 году было зарегистрировано 1,66 млн переломов проксимального отдела бедренной кости, а к 2050 году их количество предположительно возрастет до 6,26 млн случаев в год.

Вертельные переломы являются крайне распространённым видом травмы у пациентов пожилого и старческого возраста. Они сопровождаются крайне высоким риском смерти в течение первого года после травмы, если не производится оперативное вмешательство (до 50–60 %), причём даже в случае своевременного и грамотного оперативного пособия риск остаётся высоким (до 20 %). Также не стоит забывать о том, что после вертельных переломов большинство пациентов так никогда и не возвращаются к прежнему уровню активности из-за стойкого ограниче-



ния функции опоры и ходьбы.

Цель исследования. Оценить оптимальные подходы к хирургическому лечению пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости у лиц всех возрастов.

Материалы и методы. В частной клинике травматологии и ортопедии «Гавхар» на 30 коек имеется также отделение реанимации и интенсивной терапии, кабинет ЛФК и реабилитации, кабинет рентгенодиагностического исследования.

Оперативное лечение переломов шейки бедренной кости применяется в отделении с момента основания клиники с 2020 года. В клинике применяется тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого и старческого возраста при переломах шейки бедренной кости эндопротезами фирм Escular, De Puy, Zimmer, Cnun Li

Оперативное лечение переломов вертельной области выполняется с 2022 года методом интрамедуллярного остеосинтеза с использованием проксимальных бедренных штифтов.

В период 2020–2023 в отделении пролечено 76 больных с переломами шейки бедренной кости в возрасте от 57 до 93 лет. Время поступления колебалось от одних суток до 20 суток.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава было выполнено в 74 случаях (97 процентов случаев), остеосинтез шейки бедренной кости канюлированными винтами в 2 случаях (3 процента случаев)

Остеосинтез переломов вертельной области проводился проксимальными бедренными штифтами у пациентов в 100 процентах случаев. В предоперационном периоде всем больным проведено комплексное обследование, консультации узких специалистов, симптоматическая терапия, профилактика тромбоэмболических осложнений, ранняя активизация. Среднее пребывание в стационаре 5 к/д, случаев летальности не было.

Результаты и обсуждение. Активная хирургическая тактика лечения пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости, выбор метода лечения, остеосинтез или эндопротезирование позволяет добиться максимально быстрой активизации пациентов, втрое увеличивает их выживаемость в течение первого года после травмы; дает возможность быстро и эффективно провести реабилитацию пациентов и восстановить им качество жизни, сопоставимое с таковым до травмы.

Выводы. Первичное экстренное эндопротезирование тазобедренного сустава является эффективным современным методом лечения при субкапитальных переломах шейки бедренной кости у всех возрастов, особенно показано эндопротезирование у лиц пожилого и старческого возраста.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Шамукимов Ш.А., Турсунова С.А., Садилов С.А., Жалолов Х.А.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Введение. В настоящее время в структуре врожденных заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей первых лет жизни на долю дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра приходится 73,24% случаев. По сведениям ряда авторов у 10% детей 1 го года жизни, и у 20-30% детей от 1 года до 3х лет с врожденным вывихом бедра, лечившихся функциональным методом остаются дефекты тазобедренного сустава, требующих оперативной коррекции. Однако выполнение оперативных вмешательств часто производится запоздало, когда нарушения соотношений тазового и бедренного компонента сильно выражены. К этому приводит отсутствие жалоб и клинических симптомов нестабильности тазобедренного сустава, особенно у детей младшего возраста.

Цель работы - изучить ближайшие результаты остеотомии таза по Salter с транспозицией вертлужной впадины у детей 2 года до 4х лет.

Материалы и методы. На клинической базе отделения патологии тазобедренного сустава Республиканского центра детской ортопедии МЗРУз с 2016г по 2023г. оперативному лечению подверглись 46 больных (78 суставов).

Больные были разделены на две группы. В 1ю группу вошли 24 больных (42 суставов) которым было применено открытое вправление с укорачивающей и корригирующей остеотомией бедра или внесуставная корригирующая остеотомия бедра без коррекции тазового компонента. Во 2ю группу вошли 22 больных (36 суставов) которым было применено открытое вправление с укорачивающей, корригирующей остеотомией бедра или внесуставная корригирующая остеотомия бедра в сочетании с остеотомией таза по Salter и транспозицией вертлужной впадины.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения прослежены и изучены в течение 4х лет после операции. Оценивались стандартные рентгенологические показатели, которые характеризуют формирование вертлужной впадины, головки, проксимального конца бедренной кости и соотношения суставных концов.

Из представленной таблицы видно, что у детей 1й группы сохраняется дефект развития вертлужной впадины и соответственно дефицит покрытия головки бедра. На это указывают углы Шарпа, Виберга и переднего покрытия, которые ниже нормы (400–550, 80-150, 50-80).

У детей 2й группы, как видно из таблицы, оперативное вмешательство носило радикальный характер и все рентгенологические показатели, после хирургического лечения, перетерпели значительные изменения в лучшую сторону. Углы Шарпа и Виберга, через 3 года после операции соответствовали нормальным величинам и даже превышали норму. Существенно изменился угол переднего покрытия: от отрицательных величин он увеличился до 200–400. Наглядным является изменение степени костного покрытия во фронтальной плоскости, причем в большинстве случаев она была выше 100%.

Выводы. Транспозиция вертлужной впадины, выполненная в детском возрасте, обеспечивает стабильность тазобедренного сустава, улучшает биомеханику и тем



самым отдаляет сроки развития дегенеративных изменений.

Остеотомия таза по Salter является методом выбора при коррекции тазового компонента тазобедренного сустава у детей до 8 лет.

Результаты исследования позволяют рекомендовать ротационную остеотомию таза по Salter для применения в деятельности ортопедических стационаров.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

***Шатурсунов Ш.Ш.(мл.), Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А.,
Эшкуллов Д.И.***

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Введение. По данным современных литературных источников, около 80 % людей в течение жизни переносили по крайней мере один эпизод боли в пояснице с наличием или отсутствием боли в нижних конечностях. До 70 % людей хотя бы раз в жизни испытывали такую боль в спине, которая заставила их обратиться к невропатологу, а 19 % из обратившихся были вынуждены прибегнуть к операции из-за отсутствия ощутимого эффекта от консервативной терапии. У 5—10 % пациентов боль в пояснице обусловлена грыжами межпозвонковых дисков и в 43 % случаев сопровождается радикулопатией и ишиасом. Число пациентов, имеющих грыжу межпозвонкового диска, увеличивается во всем мире, в том числе за счет лиц молодого возраста.

Цель настоящего исследования – проведение сравнительного анализа клинической эффективности стандартной микродискэктомии и эндоскопической микродискэктомии при хирургическом лечении пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков.

Материал и методы. Проведено проспективное нерандомизированное исследование 156 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков, оперированных в клинике вертебрыологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии МЗ РУз на период с 2020 по 2023 год. В исследование вошли пациенты в возрасте от 20 до 76 лет имевшие люмбоишиалгию вследствие грыжи поясничной межпозвонковой грыжи. Всем пациентам проводилось комплексное неврологическое и инструментальное обследование, включающее традиционную и функциональную рентгенографию пояснично-крестцового отдела позвоночника, МСКТ (КТ) и МРТ, а также электронейромиографию (ЭНМГ).

Результаты и их обсуждения. Неврологический статус пациентов до операции варьировал по интенсивности корешкового болевого синдрома и давности заболевания. Сразу после операции у большинства пациентов наступил полный регресс корешкового болевого синдрома, ко всем пациентам были применены одинаковые ограничения активности — ограничение осевых нагрузок и строго обязательное ношение ортопедического поясничного корсета в течение 1 месяца после вмеша-

тельства.

Из 92 пациентов эндоскопической группы у 5 (5,4%) отмечен рецидив, что потребовало повторной операции. У 4 (3,4%) пациентов наблюдались длительные боли в течение 1 месяц после выписки, что соответствовало неудовлетворительному результату по шкале Macnub. У 7 (7,6%) пациентов наблюдалась непродолжительная боль тянущего характера в течение не более 1 недели после операции. Еще у 6 (6,5%) пациентов были непродолжительные ощущения, квалифицируемые пациентами как ноющая боль по тому же dermatому, что и до операции, однако регрессировавшие в 1–2-е сутки после операции.

Заключение. На основании проведенного исследования можно сказать, что по эффективности эндоскопическая дискэктомия сравнима с микрохирургической техникой. Учитывая, что этот метод по своим техническим характеристикам и возможностям сопоставим с микродискэктомией, эта технология может быть использована для удаления грыж межпозвонковых дисков. В ряде случаев технические возможности метода позволяют проводить декомпрессию нервных структур, что может быть использовано при лечении недискогенных стенозов позвоночного канала.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ И ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Из всего многообразия фиксирующих устройств в современной вертебрологии наиболее востребованными считаются различные виды кейджей. Для устранения различных состояний, которые могут быть обусловлены дегенеративными изменениями позвоночника, нередко необходимы стабилизирующие операции, поэтому с позиции патогенеза заболевания хирургическое лечение дегенеративных поражений позвоночника должно быть направлено не только на декомпрессию нервно-сосудистых образований позвоночного канала, но и на стабилизацию пораженного позвоночного сегмента.

Проанализированы результаты хирургического лечения 102 больных с поясничным спондилолистезом. Дегенеративный спондилолистез диагностирован у 84 (85,7%) больных, спондилолистез диспластический у 36 (36,7%) и травматический – у 2 (2,4%). По степени смещения позвонка (по Мейердингу) пациенты распределялись следующим образом: I степень смещения – 58 (59,1%), II степень – 34 (34,6%), III степень – 6 (11,2%) и 3 (3,6%) IV степень. В большинстве случаев наблюдался смещение VL5 позвонка у 59 (59%), у 39 (39%) смещение VL4 и у 4 (4%) сочетанием VL4 и VL5. При клиническом обследовании во всех случаях оценивали как ортопедический, так и неврологический статус больного.

Передний интеркорпоральный спондилодез титановыми кейджами с применением аутокости было произведено 84 больным при I-II степени дегенератив-



ного спондилолистеза. Доступ к телам поясничных позвонков подходили со стороны забрюшинного пространства, применяя левосторонний реберно-паховый доступ.

В 18 случаях произведена операция заднего спондилодеза кейджим и транспедикулярной фиксацией. Данная методика позволяет провести полноценную ревизию позвоночного канала и стабильную фиксацию с восстановлением высоты межтелового пространства и межпозвонковых отверстий.

Результаты хирургического лечения в сроки от 3 месяцев до 10 лет изучены у всех больных. Оценивали динамику болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, заполняемой самим пациентом, а также по индексу Освестри. О формировании межтелового блока после выполнения спондилодеза судили на основании рентгенологических данных.

Через 10 лет после операции клинический результат лечения у 92 (93%) больных расценен как хороший, у 10 (7%) -удовлетворительный. В группу с удовлетворительным результатом лечения попали двое больных с IV ст. смещения дегенеративного спондилолистеза. Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы. 1) При хирургическом лечении дегенеративного спондилолистеза поясничного отдела позвоночника I–II степени применение способа интеркорпоральной стабилизации титановыми кейджами является высокоэффективным и патогенетический обоснованным методом. Использование этой операции при более выраженных степенях смещения позвонков нецелесообразно. 2) При спондилолистезе III–IV степени транспедикулярная фиксация во всех случаях должна сочетаться задним межтеловым спондилодезом.

ПЕРКУТАННАЯ БАЛОННАЯ КИФОПЛАСТИКА КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ ПРИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Бозоров О.Р.

*Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии, Ташкент*

Лечение нестабильных неосложненных переломов грудопоясничного отдела позвоночника у пациентов старшей возрастной группы имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенности данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящих в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Чрескожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом переломов грудопоясничного отдела позвоночника, которая в отличие от более распространенной вертебропластики позволяет частично восстановить высоту тела сломанного позвонка и уменьшить угол локального посттравматического кифоза. Восстановление этих анатомических параметров важно и в прогностическом плане, и в прочной опороспособности позвоночно-двигательного сегмента.

Цель: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах груднопоясничного отдела позвоночника у пациентов старших возрастных групп.

Материал и методы. В период с 2017 по 2020 г. нами выполнено 56 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами тел груднопоясничных позвонков. Возраст больных составлял от 48 до 69 года. Средний возраст составил 58,5 лет, женщин было 35 мужчин 21. У 45 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 11 пациентов была выполнена на двух позвонках, у 3 пациентов баллонная кифопластика произведена на трёх уровнях. В 33 случаях (58,9%) остеопоротические переломы были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5(8,9%) больных в груднопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Операцию осуществляли с помощью набора инструментов для баллонной кифопластики iVAS компании Stryker (США). Использовали рентген позитивный костный цемент Spine Plex Stryker (США).

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром по визуальной аналоговой шкале (ВАШ). Выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентген-морфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата. Контрольная КТ и МРТ исследования в послеоперационном периоде проведено у 48 больных (85,7%).

Анализ результатов лечения показал сохранения коррекции кифотической деформации на более 30% у 74% больных в отдаленных сроках лечения (через год). Полное устранение болевого синдрома достигнуто у 67,7% пациентов, у 12,2% пациентов наблюдалось сохранение незначительного болевого синдрома. Восстановление двигательной активности отмечено в 83,5% случаях. У 3 пациентов наблюдалось истечение костного цемента за пределы сломанного позвонка (в межпозвонковый диск) с бессимптомным течением.

Заключение. Перкутанная баллонная кифопластика остеопоротических переломов тел груднопоясничного отдела позвоночника в настоящее время является высокоэффективным и безопасным методом хирургического лечения поврежденных тел позвонков, устраняющим болевой синдром и восстанавливающим их утраченную биомеханическую прочность и опороспособность. Этот метод может применяться у больных вне зависимости от их возраста и сопутствующей соматической патологии с выраженным клиническим эффектом.



ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ И ДЕФЕКТАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ

Шихалева Н.Г.^{1,2}

¹ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России, Курган

²ООО Клиника «Доктор-03», Москва

Введение. В структуре повреждений опорно-двигательной системы травмы кисти составляют около 1/3 и часто приводят к инвалидности пострадавших (в 21–28 % от всех первично освидетельствованных в экспертных комиссиях). Значительную группу из этого количества пострадавших составляют пациенты с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти. Поскольку данная патология имеет многогранную картину, которая может включать повреждения не только костной ткани, но и покровных тканей кисти, сухожильного аппарата, сосудисто-нервных образований, требуется индивидуальный высокотехнологичный подход в лечении к каждому больному.

Цель: провести анализ результатов лечения больных с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти с применением чрескостного остеосинтеза по Илизарову.

Материалы и методы. За 10 лет работы отделения хирургии кисти пролечен 51 пациент с ложными суставами и посттравматическими дефектами трубчатых костей кисти. Из них мужчин было 40, женщин - 11. Большинство больных имели в анамнезе высокоэнергетическую травму. Количество поврежденных костей кисти – 77, на одного пациента в среднем приходилось 1,5 кости кисти с дефектом. Чаще повреждения локализовались на пястных костях (45), реже на уровне пальцев – 32 фаланги. Дефекты на уровне пястных костей распределялись относительно равномерно: I – 8, II – 10, III – 11, IV – 8, V – 8. На уровне фаланг пальцев преобладали повреждения на втором и четвертом пальцах: I палец – 1, II палец – 12, III – 4, IV – 10, V – 5. После полученных огнестрельных ранений у шести пациентов были выраженные дефекты покровных тканей, выражающиеся в наличии обширных грубых рубцов. Все посттравматические дефекты и ложные суставы мы разделили на три группы: 1 - дефект-псевдоартроз – 33, 2 - внутрисуставной дефект - 10, 3 - дефект-диастаз – 34. В процессе лечения были использованы методики, часть из которых выполнена с применением мини-аппарата Илизарова: - корригирующая остеотомия + компрессионный остеосинтез – 33; - остеотомия + дистракционный остеосинтез – 19; - биллокальный остеосинтез (компрессия на уровне псевдоартроза, остеотомия для удлинения) – 3; - неваскуляризованная аутокостная пластика – 7; - артродез суставов кисти – 6; - микрохирургическая трансплантация или транспозиция комплексов тканей – 5; - эндопротезирование суставов кисти – 4. У шести пациентов лечение проходило в несколько этапов. Обязательным было прохождение курса физиолечения, ЛФК в послеоперационном периоде. Результаты. Оценку результатов лечения пациентов с повреждениями верхней конечности осуществляли по опроснику DASH. Положительные результаты лечения отмечены у 49 пациентов.

Осложнения. Мы отнесли в ряд осложнений отсутствие консолидации (1 случай), замедленное сращение (4 пациента). Таких осложнений как остеомиелит, ли-

зис костных трансплантатов мы не отмечали.

Вывод. Таким образом, индивидуальный подход в лечении пациентов с ложными суставами и дефектами трубчатых костей кисти с применением чрескостного остеосинтеза по Илизарову дает положительные результаты в большинстве случаев.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

*Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Кобилов А.О., Ахроров Э.А.,
Эргашев Ф.Ф., Саидов С.С.*

*Национальный Центр Реабилитации и Протезирования лиц с Инвалидностью,
Ташкент*

Актуальность: Шейный отдел наиболее подвижная и менее защищенная часть позвоночного столба. Повреждение шейного отдела – наиболее тяжелая и опасная травма, чреватая повреждением спинного мозга и глубокой инвалидностью. Чаще всего шейный отдел позвоночника страдает от удара головой при нырянии на мелководье. Так же часто при мотоциклетной и автодорожной травме за счет «хлыстового» механизма во время резкого движения головой.

В зависимости от того, есть неврологическая симптоматика или нет, травма делится на осложненную и неосложненную. По виду повреждения позвоночника перелом может быть стабильный, когда разрушение и изменение формы позвонка, возникшее в момент травмы, является окончательным и дальнейшего смещения не происходит, и нестабильным, когда уже после травмы незначительное усилие или нагрузка вызывают дополнительное смещение отломков. Это может вызвать появление или углубление неврологических симптомов в виде двигательных и чувствительных нарушений в теле и конечностях.

Цель исследования улучшить результаты хирургического лечения нестабильной осложнённой травмы шейного отдела позвоночника путем передней стабилизации.

Материалы и методы. Клинический анализ составили 26 больных, оперированных в НЦРПИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в период 2016-2020гг с травмой шейного отдела позвоночника в подостром периоде. В материале было 81% мужчин и 19% женщин. Средний возраст больных составил 32+1,2 года. При наличии нестабильности и передней компрессии спинного мозга осуществлялись операции передним доступом - дискэктомия, корпорэктомия. Спондилодез мог быть представлен межтеловым артродезом титановым имплантом. Как только имплант установлен, требовалось решение, касающееся потребности в дополнительной передней фиксации. Для травм с повреждением трех опорных столбов шейного отдела позвоночника, передняя фиксация была необходимой, чтобы избежать в последующем сопутствующего заднего артродеза. Для этой цели использовались передние пластины. Пластина стабилизировалась винтами, введенными в верхние и нижние полюса пластины.

При наличии перелома-вывиха и задней компрессии осуществлялись операции задним доступом - резекция дугоотростчатых суставов и открытое вправление



переломо-вывиха. Выполнялась декомпрессивная ламинэктомия, резекция дугоотростчатых суставов, открытое вправление позвонков, ревизия дурального мешка, реконструктивные манипуляции с последующим стабилизацией трансартикулярными винтами.

Результаты. В результате нашего исследования определен четкий объективный диагностический и хирургический алгоритм при поступлении в стационар пациента с травмой шейного отдела позвоночника. Он включал клиническое обследование, определение неврологической симптоматики по шкале ASIA, рентгенографию, КТ и МРТ. По результатам обследования нами производился выбор вида оперативного вмешательства для оптимальной декомпрессии спинного мозга и создания условий для реконструкции позвоночника, декомпрессии дурального мешка, корешков. Улучшены результаты хирургического лечения: хороший и удовлетворительный результат получен в исследуемой группе у 70,9% пациентов.

Выводы. Перспективы улучшения исходов хирургического лечения видятся нам в уточнении показаний и тщательной оценке всех возможных противопоказаний в выборе вида хирургического вмешательства и улучшении качества проводимой предоперационной подготовки и хирургической техники как таковой. Считаем обоснованным для этой цели унификацию принятия решений хирургической бригадой в остром периоде травмы с учетом фазности течения травмы спинного мозга позвоночника.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО КЕЙДЖА ПРИ ГРЫЖАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Рахмонов Х.М., Саидов С.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Цель работы — улучшить результаты хирургического лечения больных с грыжами диска шейного отдела позвоночника с применением усовершенствованного цилиндрического кейджа из переднего парафаренгеального доступа слева.

Материал и методы: Проанализированы результаты лечения 22 пациентов (16 женщин, 6 мужчин) в возрасте от 18 до 66 лет (средний возраст 34,6 года) с компрессией спинного мозга и/или его корешков мягкими и/или твёрдыми (остеофиты) грыжами диска, которым установлено 26 (у 22 больных одно уровневая грыжи диска и у остальных 4 больных двух уровневая) усовершенствованных цилиндрических титан кейджей. Все пациенты оперированы в 2021 г. в «Хозрасчетном отделении» НЦРиПЛСИ. Степень выраженности болевого синдрома в до- и послеоперационном периодах оценивалась по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ). Для верификации пораженного позвоночно-двигательного сегмента проводилась стандартная спондилография, дополненная функциональными пробами у 9 пациентов; магнитно-резонансная томография (МРТ) — у всех 22 больных; мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) — у 12; электронейромиография (ЭНМГ) верхних конечностей — у 18 больных.

Результаты и их обсуждение: Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом из левостороннего парафарингеального доступа по Кловарду. Выполняли прямоугольное иссечение скальпелем передней части фиброзного кольца с удалением дегенерированного диска с помощью кюреток и кусачек до замыкательных пластин и микрохирургическую декомпрессию дурального мешка и корешков путем удаления грыжи диска или резекции задних остеофитов из центрального и латеральных каналов. Вторым этапом определяли высоту кейджа, держателем устанавливали имплант необходимого диаметра и фиксировали с помощью вкручивания в тела смежных позвонков. После чего вкручены самонарезающие винты для прочной стабилизации установленных усовершенствованный цилиндрических кейджей в теле смежных позвонков. Все этапы стабилизации выполняли под рентгенологическим контролем при помощи ЭОП (Philips-Нидерландия). Всем пациентам наружную иммобилизацию полужестким воротником осуществляли в течение 1 месяца со дня операции. Из 18 (81.8%) пациентов, которым выполнено контрольное МРТ- или МСКТ-исследование в отдаленном периоде. Результаты свидетельствуют о полноте и адекватности выбора оперативного вмешательства. Преимуществом использования усовершенствованный цилиндрического титан кейджа, по нашему мнению, является простота конструкции с минимальным количеством используемого для имплантации хирургического инструментария, возможность моментальной надежной ригидной межтеловой стабилизации оперированного позвоночно-двигательного сегмента (нет необходимости длительное время носить воротник после операции), возможность стабилизации на двух и более пораженных уровнях.

Вывод: 1) Хирургическое лечение с имплантацией усовершенствованными цилиндрическими титан кейджами пациентам с дискорадикулярным и диско-медулярным конфликтом на шейном уровне позволило получить хорошие клинические и функциональные результаты в ближайшем и отдаленном периодах; 2) Метод переднего шейного корпородеза усовершенствованными цилиндрическими титан кейджами является простым, эффективным и минимальным количеством осложнений при правильном его выполнении.

ОДНОМОМЕНТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО НЕСТАБИЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С УСТРАНЕНИЕМ ИНТРАКАНАЛЬНОГО КОСТНОГО ФРАГМЕНТА И ЛИГАМЕНТОТАКСИСОМ

*Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Фармонкулов В.Х.,
Рахматов А.М., Саидов С.С.*

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Цель - улучшить результат одномоментного хирургического лечения осложненного нестабильного перелома поясничного отдела позвоночника с устранением интраканального костного фрагмента

Материалы и методы: представляем клинический случай из практики. Больной Х.Т.1998 г.р. Жалобы при поступлении на сильные боли в области ниже-пояснич-



ного отдела позвоночника, усиливающиеся при движении, слабость, онемения в боковой поверхности бедер, больше слева, периодические затруднения при акте мочеиспускания и невозможность самостоятельной ходьбы из-за боли. Со слов больного травму получил в результате падения с высоты около 2м за 8 дней до поступления. На 7-й сутки сделана МСКТ позвоночника, где выявлен компрессионный оскольчатый перелом тела VL4 с миграцией костного фрагмента в сторону позвоночного канала. Состояние при поступлении было стабильное, гемодинамические показатели были в пределах нормы, при движении отмечался выраженный болевой синдром.

Результаты и их обсуждение: локально при осмотре определялось напряжение паравертебральных мышц спины. При осевой нагрузке на остистые отростки болезненность усиливалась на уровне тел L3-4 позвонков. Отмечается гипестезия в дерматомах L5 больше слева, корешковые боли по ходу корешка L4-5 больше слева, нижний вялый парапарез силой мышц справа 4, слева 3 баллов, функции органов малого таза с затруднением. УЗИ внутренних органов без травматических повреждений паренхиматозных органов. Результаты обследования МСКТ поясничного отдела позвоночника: признаки компрессионного перелома тела VL4 позвонка, определяются множественные костные фрагменты со смещением в сторону позвоночного канала.

После осмотра терапевтом и анестезиологом и предварительной подготовки проведена операция «Двусторонняя расширенная декомпрессивная интерламинэктомия с удалением надорванных желтых связок с ревизией позвоночного канала на уровне VL4 с двух сторон, с устранением компримирующего костного фрагмента из позвоночного канала, с устранением клина Урбана и лигаментотаксисом со стабилизацией ТПФ системой на уровне VL3-5 с двух сторон и дренированием полости раны». Во время операции был обнаружен надрыв межкостистой, над остистые и желтые связки между VL4-5 с незначительным накоплением пластинчатой эпидуральной гематомы. При этом ТМО напряженная, пульсация последнего передаётся вяло, проведена декомпрессивная интерламинэктомия с удалением надорванных желтых связок с двух сторон с декомпрессией спинного мозга. Под ЭОП контролем проведено установление винтов на уровне VL3-5 с двух сторон и смонтированы стержни, произведен маневр «компрессия» винтов с целью устранения клина Урбана с лигаментотаксисом и последующим монтированием ТПФ системы.

Больной был активизирован на третьи сутки, начал ходить самостоятельно. На восьмые сутки выписан в удовлетворительном состоянии, с рекомендацией для дальнейшего наблюдения у травматолога по месту жительства.

Выводы: Расширенная двусторонняя интерламинэктомия приведет к декомпрессии спинного мозга. Также одномоментная редрессация костного фрагмента тела позвоночника из позвоночного канала с установлением ТПФ системы и лигаментотаксис приведет к стабилизации передней колонны позвоночника и дальнейшей ранней активизации больного.

ОСОБЕННОСТИ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Шокиров М.Х., Хасанов Р.С., Эшиев Э.Т.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

В отличие от взрослого инвалида, который стареет и становится менее подвижным, ребенок растет, становится динамичнее, поэтому конструкция протеза должна соответствовать этапу развития ребенка. Компонент протеза, который ребенок не может освоить сегодня, вполне подойдет ему через два года.

Ребенок с врожденным отсутствием нижних конечностей или после ампутации считается готовым для протезирования в возрасте начала попыток стоять т.е. в 9-12 месяцев. Независимое передвижение начинается в возрасте между 15-22 месяца. Изменяется не только рост ребенка, но и объем, и кривизна костей. Например, у новорожденного коленный сустав имеет варусную конфигурацию, в течение первого года жизни выпрямляется, а к третьему – переходит к вальгусу.

Цель работы: обратить внимание специалистов на особенности протезирования нижней конечности у детей.

Хирургические особенности ампутации у детей. Причинами ампутации у детей могут быть несчастные случаи (травма, ожог), врожденные аномалия и др. хирургические особенности ампутаций и их последствий отличаются у детей и взрослых по четырем направлениям: 1) сохранение всех возможных эпифизов для обеспечения непрерывно продолжающегося роста кости. 2) концевые костные разрастания (экзостозы), проявляющиеся в виде шипа на конце усеченной кости. Нежная кожа культи воспаляется и ношение протеза становится неудобным. 3) ускоренный процесс заживления. Хирург может сохранить большую длину конечности, закрывая раны с увеличенным натяжением тканей по сравнению со взрослыми. Это связано с пластичностью тканей ребенка, их ростом и максимальной физиологической толерантностью. 4) экзартикуляция как наиболее распространенный вид ампутации у детей в связи с травмой или врожденной аномалией конечности.

Из всех детей с культями нижних конечностей в возрасте до 15 лет 60% имеют врожденное отсутствие конечности, 10% - врожденные аномалии, которые рассматривают как отсутствие конечности с необходимостью ее ампутации, у 40% отмечено сочетание аномалий нижних и верхних конечностей. Ампутация на уровне Шапарового сустава обеспечивает нормальное функционирование и позволяет сохранить ткани для следующей реконструкции, если в ней возникает необходимость; - в случае ожогов поврежденные ткани обычно заживают лучше, чем у взрослых, а это позволяет сохранить большую длину культи, так как у детей ткани более устойчивы к сдавлению и перемещению; - повторные операции нередко необходимы после ампутации в пределах диафиза в период роста ребенка из-за образования экзостозов; - экзартикуляция у взрослых часто приводит к булавовидному расширению дистального конца культи. У детей вследствие нарушения нормального роста усеченной кости культя будет иметь все преимущества длины, сможет нести нагрузку, а также обеспечит хороший косметический результат в совершеннолетнем возрасте.



Особенности протезирования нижних конечностей у детей.

Первые протезы после экзартикуляции в коленном суставе изготавливают без сгибания в нем или с заблокированным замком. В возрасте 3-4 лет ребенок вполне может адаптироваться к открытому замку коленного сустава, а при двухсторонней ампутации требуется ручная блокировка/разблокировка до 6 летнего возраста.

В связи с физиологическими изменениями и ростом ребенка в течении первых 5 лет жизни каждый новый протез может сильно отличаться от прежнего дизайном, кривизной и комплектующими деталями. Для увеличения полезного срока службы протезов используют клинические проверенные конструктивные особенности: -легко изменяемые вкладыши обеспечивают дополнительную защиту и являются удобным способом увеличения объема культы. Гибкие вкладыши изготавливаются из полиэтилена и легко модифицируются после нагревания; - внутренний съемный слой приемной гильзы. – большое количество носков. Если первоначально устанавливаются на 5 носков, то уменьшая их количество по мере роста ребенка, можно корригировать объемный и продольный размеры культы; - опорная подушка толщиной в несколько сантиметров позволяет компенсировать длину культы. При росте культы она может быть заменена на более тонкую; - модульные системы. Взаимозаменяемость компонентов и регулируемость являются основным преимуществом протезов для растущих детей. Кроме того, необходимо вести регулярное наблюдение за пациентами (каждые 3-4 месяца) для возможных корректировок протеза из-за роста. При каждом посещении конечность пациента должна быть проверена на отсутствие признаков давления в области костных выступов, а также соответствие длины протеза и культы. Новый протез будет необходим в среднем через 12-18 мес., хотя срок службы зависит прежде всего от скорости роста детского скелета.

Ориентированные системы крепления (неопреновые рукава, силиконовые вкладыши, надмышечковые манжеты, поясные ремни) используют, когда ожидается бурный рост ребенка. Практические рекомендации для повышения клинической эффективности протезирования включают в себя: - максимальную производительность протеза. Несмотря на то, что количество комплектующих (особенно в возрасте до 10 лет) ограничено, необходимо использовать такие компоненты, которые максимизируют производительность протеза (например энергосберегающая стопа). Разработка протезов для детей должна быть направлена на активный образ жизни; - защиту от травмы. Необходимо особое внимание с целью предотвращения травмы оставшихся суставов; - усиление протеза. Дети старшего возраста часто занимаются такими видами спорта, как футбол, баскетбол, лыжи. Поэтому все части протеза, подвергающиеся значительным нагрузкам, должны быть усилены; - минимизацию веса протеза. Общий вес протеза должен быть наименьшим при сохранении необходимой прочности. Для этого важно использовать современные материалы.

По психосоматическому и социальному статусу ребенок с ампутацией сильно отличается от взрослого. В целом дети меньше ответственны и эмоционально незрелы. Протезисты должны это учитывать при изготовлении протеза и разработке плана лечения. Например, съемные компоненты протеза будут часто теряться, инструкции могут быть забыты или проигнорированы. Успех протезирования будет зависеть от хорошего дизайна, соответствующего обучения ребенка и его родителей, а также от регулярности наблюдений.

Важно отметить, что при врожденной аномалии конечности применяют нестандартные протезы. Выделяют 4 причины для назначения нестандартного протеза при врожденной аномалии конечности ниже колена. – родители и (или) пациент отказываются от ампутации, хотя протез будет способствовать улучшению ходьбы; - хирургическое вмешательство откладывают в надежде на улучшение в будущем; - в раннем периоде наблюдения при продольном дефекте большеберцовой/малоберцовой костей или хирургической коррекции этих деформаций, занимающей несколько лет. – в случае продольного отсутствия большеберцовой/малоберцовой костей при сочетании с двухсторонним дефицитом верхних конечностей.

Нестандартный протез в действительности не является заменой конечности и часто определяется как ортез или сочетание ортеза и протеза. Эти системы обеспечивают достаточную стабильность и выравнивают длину ног. Такие системы разнообразны, как и аномалии, для которых они предусмотрены. Каждый из протезов должен быть разработан для конкретного клинического случая на индивидуальной основе для удовлетворения уникальных потребностей пациента.

Пользование протезом, мониторинг толерантности кожи, ношение носка, одевание/снятие протеза – все это требует помощи взрослых, поэтому подготовка родителей чрезвычайно важна. Поскольку ребенок еще не определился с признанием, происходит физическое, социальное и эмоциональное становление, адаптация после ампутации отличается от взрослых. В отличие от них ребенок еще может выбрать профессию, которая минимизирует влияние ампутации.

Успех протезирования зависит не только от хорошей техники и протезов, но и способности специалистов помочь родителям и ребенку бороться с трудностями, возникшими после ампутации.

В заключении необходимо бы отметить, что механические травмы при протезировании детей затрудняет протезирование и надо учитывать нарушение активной зоны роста костей.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПРЕСС ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Шокиров М.Х., Хасанов Р.С.

*Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью,
Ташкент*

Реабилитация перестала быть задачей не только врачей, а преобразовалась междисциплинарную задачу. Постановкой цели реабилитации стало не устранение заболевания, а восстановление или формирования определенных элементов активности и создания соответствующей окружающей среды, состоящей не только из материальных компонентов, но и из отношенческой. Программа реабилитации не может формироваться одним лечащим врачом, необходим междисциплинарный подход, совместимое определение задач реабилитации, согласованное выполнение программы в разных реабилитационных организациях.

Программа реабилитации стала носить межведомственный характер. Именно в этом случае проявляется универсальность реабилитационного процесса, предла-



гающей разнообразные инструменты для этих действий и кроме этого позволяет проводить мониторинг реабилитации и объективно оценивать ее результаты. С целью определения экономической эффективности протезирования делим сроки пребывания больных в стационаре. Экономическую эффективность от внедрения предложенного метода протезирования рассчитывали на одного протезируемого и переводили на 100 больных. Экспертная оценка отдаленных результатов лечения производилась согласно методическим рекомендациям С.Н. Пузин (2016 г).

При оценке отдаленных результатов учитывалось: жалобы больного, наличие и отсутствие общих и местных клиничко-лабораторных признаков воспалительного процесса, рентгенологические данные, степень восстановления трудоспособности, восстановление функции смежных суставов, УЗИ исследование: все показатели экономической эффективности оценивались отдельно по больным, протезирования больных и с помощью нашего метода. Величина народнохозяйственного экономического эффекта внедрения предложенного метода лечения определяется суммой отраслевого и косвенного эффекта и рассчитывается по следующей формуле: $\text{Э} = \text{Эз} + \text{Эк}$, где Э – народнохозяйственный экономический эффект, Эз – экономически эффект в здравоохранении (из расчёта на 100 больных в год), Эк – косвенный экономический эффект.

Величина косвенной экономической эффективности (вне отрасли здравоохранения) определялось предотвращением ущерба в общественном производстве, а также предотвращенным выплатам по социальному страхованию и социальному обеспечению.

$\text{Эк} = \text{Эи} + \text{Эн}$, где Эн – эффект от снижения временной нетрудоспособности, Эи – эффект снижения инвалидности.

$\text{Эи} = (\text{Д1} + \text{Б1}) * \text{Тр}$, где Д1 новая стоимость, производственная за один рабочий день в расчете на одного работающего (500 сум, из расчета валового дохода), Б1 – средняя сумма пособия из средств социального страхования на один день временной нетрудоспособности (250 сум), Тр – уменьшение продолжительности временной нетрудоспособности по сравнению с исходным, в рабочих днях.

$\text{Тр} = \text{Тк} * 0.75$, где Тк – уменьшение продолжительности временной нетрудоспособности в календарных днях. Продолжительность стационарного лечения в результате применения метода сократилась на 7+1.5 койко-дней на одного больного. Продолжительность амбулаторного лечения сократилась на 25+-2.0 дней из расчета на 100 – 2500 дней. $\text{Эн} = (500 + 250) * 2500 * 0.75 = 24375000$ сум снижение инвалидности: $\text{Эи} = (\text{Дп} + \text{Псо}) * \text{Тн} * \text{Н1}$ где Дп – потеря национального дохода в результате одного случая инвалидности (34800 сум) Псо – средняя сумма пенсии выплачиваемой в год одному инвалиду (12000 сум). Тн – среднее число лет, потерянных в результате одного случая инвалидности (6). И1 – снижение инвалидности за счет применения метода протезирования на 100 больных (инвалидность снизилась на 18%). $\text{Эи} = (348000 + 1200) * 6 * 17 = 3752900$ сум. $\text{Эз} = \text{Эл1} + \text{Эл2}$, где Эз – экономическая эффективность от отрасли здравоохранения. Эл1 – снижение затраты непосредственно на лечение больных в связи, а применением указанной методики. Эл2 – дополнительные затраты на лечение инвалидов. Учитывая, что предлагаемый метод лечения не требует значительных затрат на внедрение, считаем, что его стоимость приблизительно равна ранее применяемым методам лечения. $\text{Эл1} = \text{Л1} * \text{Тк}$, где Л1 – средняя стоимость лечения одного больного в расчете на один день временной нетрудоспособности (2000 сум) $\text{Эл1} = 2000 * 2500 = 5000000$ сум

$Эл_2 = Лп * Ти * И_1$, где Лп = дополнительные затраты на лечение (путевка на стационарно-курортное лечение, реабилитационные мероприятия и т.п. составляет в год на одного больного 30000 сум. $Эл_2 = 30000 * 6 * 17 = 3010000$ сум.

$Э = Эи + Эз$, $Э = 375290 + 3010000 = 6762900$ сум. Суммарная экономическая эффективность на 100 больных в год составила 6762900 сум.

Таким образом, проведенные исследования доказали преимущество экспресс протезирования и его высокую экономическую эффективность.

Примечание: указанные цены индексируются.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ С СИНДРОМОМ МЕБИУСА

Юлдашев А.Ж., Рузиев Н.Т., Журабаев А.А

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Синдром Мебиуса это – редкое генетическое заболевание, проявляющийся в основном параличом лицевого нерва приводящая к отсутствию мимики, затруднение сосание и глотание, ослабление функций языка. Ортопедическим проявлением данного синдрома является эквинокавоварусная деформация стоп. Деформаций стоп отличается ригидностью и высокой склонностью к рецидивам. Нами было проведена оперативная лечения шести летнего мальчика с врожденной косолапостью, которое болел с синдромом Мебиуса.

Материалы и методы. Материалом исследование являлся 6 летний мальчик с синдромом Мебиуса. В семье второй ребенок от третьей беременности. Родственный брак исключается. Течение беременности и роды протекли без осложнения. Пациент по месту жительства лечился консервативно, поэтапным гипсованием. При попытке пассивной коррекций деформаций наблюдалось высокая ригидность.

Помимо ортопедических проявления у пациента отмечалась ограничение активных движение мимической мускулатуры. Клинически проявлялась как невнятная речь, глаза не закрывались до конца и губы не полностью раскрывались при оскаливании зубов.

Ортопедические проявления: ходить с внутренней ротацией обеих стоп (FPA -15/-25) аддукция переднего отдела стопы (25/35 градусов), кавус, пятки в положении варуса (10/10 градусов). Ограничение объема движения в голеностопных суставах, (амплитуда движений 35/35 градусов). Активная дорзальная флексия 15/15 градусов.

Рентгенологический: сплюснение суставной поверхности таранной кости, когда латеральный угол Meary варен 16/23 градусов, в переднезадней проекций составлял 13/13 соответственно.

Методом лечение являлся коррегирующая остеотомия кубовидных и медиальной клиновидных костей с целью удлинение первого луча с укорочением пятого. Техника операций выполнена по протоколы как описали McHale and Lenhart. Операия проводилась с двух сторон поэтапно с промежутком во времени на 6 мес. Наряду с остеотомией, с целью повышение мобильности дополнительно была произведена плантарная фасциотомия. Косные отломки фиксировались со спицами



Илизарова по медиальной и латеральной поверхностям. После операций стопа находилась в гипсовой иммобилизации в течении 6 недель.

Результаты. Ортопедические проявления: ходить с внутренней ротацией обеих стоп (FPA 0/0) аддукция переднего отдела стопы (0/0 градусов), кавус, пятки в положении вальгуса (5/5 градусов). Ограничение объема движения в голеностопных суставах, (амплитуда движений 35/35 градусов). Активная дорзальная флексия 15/15 градусов. Рентгенологический: сплюснение суставной поверхности таранной кости, когда латеральный угол Meary варен 9/10 градусов, в переднезадней проекции составлял 6/7 соответственно.

Вывод. Таким образом, косолапость при редко встречающийся синдроме Мебиуса отличается стойкостью и высокой ригидностью деформаций стоп. Которое имеет высокой склонности к рецидивам. Метод выбранный нами позволило коррегировать деформаций клинически так и рентгенологические.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЁННОЙ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТАРАННОЙ КОСТЬЮ МЕТОДОМ ДОББСА

Юлдашев А.Ж., Рузиев Н.Т., Журабаев А.А., Алматов К.Э.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Врожденная вертикальная таранная кость (ВВТ) (стопа-качалка, врожденная плоскостопие) диагностируется при рождении ребёнка, и клинически проявляется тяжёлой плоско-вальгусной деформацией стопы, дислокация таранно-ладьевидного сустава и эквинусное положение заднего отдела стопы. Тактика лечения меняется в зависимости от тяжести патологии и ригидности деформаций. Метод Доббса при лечении ВВТ отличается высокой эффективностью и широко применяется среди детских ортопедов. В данной публикации мы приводим результаты лечения ВВТ методом Доббса у детей, пролеченных в Республиканском центре детской ортопедии.

Цель. Лечение мобильных форм врождённой вертикальной таранной кости у детей малаивазивным методом Доббса.

Материалы и методы. Исследование включало 18 больных (26 стоп) с врождённой вертикальной таранной костью, пролеченных методом Доббса в 2018-2022 годы. Возраст пациентов составил в среднем 2.4 года (20 мес. – 3 года). Тяжесть деформаций оценивалась классификацией описанном Lichtblau. В исследование включили 7 пациента (11 стоп) из второй группы, и 11 пациентов (15 стоп) из третьей группы соответственно. Пациенты первой группы были исключены. Их составили тяжелые деформаций стоп с сопутствующими синдромами как артрогрипоз, Фриман Шелдон и другие, которые не поддающиеся постепенному пассивной коррекций. У пациентов первой группы были применены другие методы лечения, включающие в себе костно-мягкотканую пластику.

Рентгенологически у всех пациентов наблюдался вывих в таранно-ладьевидном суставе, эквинусное положение пяточной кости и латеральный угол Meary составляло в среднем -64 (-60–78) градусов.

Протокол лечения проводилась на основе методике Доббса. Первым этапом

больным было наложена коррегирующая поэтапная гипсовая повязка в срок 7 дней. Количество гипсовых повязок для каждого пациента составило в среднем 5 (от 4 до 7). После полученной коррекций больному проводилась оперативное лечение, которое включало в себе ахиллотомия, медиальная капсулография таранно-ладьевидного сустава с последующей фиксацией вправленной таранно-ладьевидного сустава спицей Киршнера. Стопа после операций находилась в гипсовой повязке в течении 1 мес. Фиксирующая спица удалена после снятия гипсовой повязки.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные результаты оценивались на основе клинических и рентгенологических признаков. У всех пациентов отмечалась появление продольного свода, инверсия стопы и признак опущение бугра пяточной кости. Угол Meary варьировал от 5 до 12 градусов, послеоперационно. Детям с ВВТ проводилось лечение обширными релизами мягких тканей с высокой частотой осложнений. Метод Доббса – обратное гипсование по типу Понсети с последующей репозицией и фиксацией по данным детских ортопедов дали хорошие результаты. Поэтапное гипсование помогает одномоментно коррегировать деформаций и растяжении мягких тканей наружного отдела стопы. Укорочение ахиллового сухожилия компенсируется чрезкожной ахиллотомией. Фиксация спицей в срок на 1 месяц помогает удержать стопу в коррегированном положений.

Таким образом, лечение мобильных форм ВВТ методом Доббса у детей имеет ряд преимуществ: метод отличается малоинвазивностью, можно применять в раннем возрасте и имеет высокий терапевтический эффект.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ВАРУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИДА ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ: КЛИНИКАМИЗДАГИ ХОЛАТЛАР ВА УЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Юнусов Ш.У Шакиров Х.Х., Черенков П.А. Максудов Ж.И., Қаландаров И.Ш., Уринов Ш.К., Тожибоев Д.К.

“GAVHAR” Ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникаси, Тошкент шаҳри

Кириш. Тизза бўғими касалликларини даволаш травматология ва ортопедиянинг энг кўп вақт талаб қиладиган вазифаларидан бири ҳисобланади. Бўғимнинг шикастланган элементларини ёки бутун тизза бўғимини сунъий эндопротез билан алмаштириш операцияси, касалланган оёқ физиологик фаолиятини тиклашга имкон берадиган юқори самарали даволаш усули ҳисобланади. Йирик бўғимларнинг касалликлари, шу жумалдан тизза бўғимининг касалликлари, минтақамизда асосан 50-60 ёш ва ундан катта ёшдаги одамларда учрайди. Ушбу ёшда бу касаллик беморларни оғриқдан мустақил юраолмай қолишига, оғриқ қолдирувчи дориларни доимий истеъмол қилишга ва қаровга муҳтожликни кучайтиради. Артропластика операцияси беморларни одатий ҳаёт тарзига қайтишга ва ўзига ўзи хизмат қилишга имкон беради.

Мақсад ва вазифалар. Ўтказилган жаррохлик амалиёти натижаларини ўрганиш, янги замонвий усуллар афзалликларини аниқлаш ва клиникага тадбиқ қилиш.

Асосий қисм. Гавхар ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникасида 2020 йилдан 2023 йилгача 700 тага яқин беморларда тизза бўғимини тотал эндопро-



тезлаш операциялари ўтказилди. Тизза бўғимини суяк дефекти бўлган варусли деформациялари билан мурожаат қилиб келган беморларда ўтказилган тотал эндопротезлаш операциялар сони: 85 та (12,1%). Шундан 60 (70,5%) таси суяк дефекти туби бўйлаб резекция қилиш усулига, 16 таси (18,8%) цементли пластика усулига, 9 таси (10,5%) цементли пластикасини винтлар ёрдамида мустахкамлаш усулига тўғри келди. Амалга оширилган 85 та тизза бўғимини варусли деформацияларида эндопротезлаш операцияларидан 15 таси (17,6%) икки томонлама, 70 таси (82,4%) эса бир томонлама тизза бўғимини тотал эндопротезлаш операциясига тўғри келди. Беморлардан 48 таси (56%) аёллар, 37 таси (44%) эса эркаклардир.

Цементли пластикадан фойдаланган беморларимиз 25 нафарда хам операциядан кейинги даврда қониқарсиз натижалар бўлмади. Ўртача KSS knee score - 82 балл, KSS function score – 78 балл.

Хулоса. Тизза бўғимини варусли деформациялари артропластикасининг суяк дефектини цементли пластикасини винтлар билан мустахкамлаш усули фиксация кучини оширади. Бунда винтлар цементга уни ушлаб туриш ва эндопротез платасига тушадиган юклamani суякка ўтказиб беришни таъминлаш орқали пластикани мустахкамлигини таъминлайди. Бу усулнинг варусли деформацияларда кулланилиши операциядан кейинги эрта даврда беморларни тўлиқ функционал реабилитация қилиш имконини беради.

Шу билан бирга хар доим ёдда тутиш керакки, тизза бўғимлари эндопротезининг механик боғланиш даражаси суяк нуқсони параметрлари билан эмас, балки коллатерал бойламлар ҳолати билан белгиланиши керак. Кўпгина ҳолларда нуқсонни етарли даражада бартараф этишдан сўнг қисман боғланган эндопротез моделларини имплантация қилиш мумкин. Тизза бўғимида яқинлаштириш/узоқлаштириш ва ротацияни чеклайдиган конструкциялардан фойдаланиш фақат коллатерал бойламлар етишмовчилиги билан амалга оширилиши керак, бу эса букиш ва ёзиш оралиғини етарли даражада мувозанатлаш имкониятига эга эмас.

БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДИСТАЛ СОХАСИ БЎҒИМ ИЧИ ВА БЎҒИМ АТРОФИ СИНИШНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Ярлақабов Ж.Т., Камолов Ё.О., Баратов Ж.А.

Республика шошилинч тез тиббий ёрдам илмий маркази, Жиззах филиали, Жиззах

Материал ва усуллар. РШТЎИМ Жиззах филиали травматология бўлимида 2020–2022 йилда стационар шароитда даволанган 86 та беморда «пилон синиши» яъни катта болдир суяги дистал метаэпифиз синишларини таҳлил қилдик. Улардан 21 та беморда катта болдир суяги дистал қисми алоҳида синиши, 65 та беморда кичик болдир суяги дистал қисми ва ташки тупик биргаликда синиши кузатилди. Ёпик синишлар- 81 та, очик синиш-5 та, юмшоқ туқима ва кон томир нерв тутами шикастланиш асоратлари билан -2 та ҳолат кузатилди. Травматизм турига кура кататравма - 62 та, спорт травма-14 та, автотравма- 10 та. Уз мурожати билан ётқизилган беморлар- 71 та, тез ёрдам билан -15та ташкил қилди.

Натижалар. Беморларни даволаш консерватив ва оператив усулда олиб борилди.

Консерватив усулда –болдир суяклари синиги репозиция килиниб, гипсли бо-
глам билан иммобилизация килинди, Юмшок тукумалар шикастланганда ва очик
синганда скелет тортув мосламаси куйилиб, маълум муддатдан кейин гипсли бо-
глам куйилиб даволанди.

Оператив усулда –ЛСП блокланувчи анатомик пластина ва Илизаров аппарати
билан остеосинтези утказилди. Кузатув мобайнида консерватив усул билан даво-
ланган 14 та бемордан 5 тасида иккиламчи силжиш окибатида пайдо булган асорат-
лар туфайли беморларни оператив даволашга тугри келди.

Оператив усулда 72 бемор даволанди. Шундан 65 та беморда ЛСП блокланувчи
пластина билан остеосинтези операцияси утказилди, 7та беморда очик синишлар
булганлиги учун Илизаров аппарати билан остеосинтези операцияси утказилди.
Беморларда деярли асоратлар кузатилмади.

Хулоса. Болдир суяги дистал кисми бугим ичи ва бугим атрофи синишларида
ЛСП блокланувчи пластина ва Илизаров аппарати билан экстремедулляр остеосин-
тези энг самарали усул эканлиги кузатилди. Бу усул бугимда харакатнинг эрта
тикланишига ва контрактуралар ривожланмаслигига олиб келди.

АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА

Ясиновский В.С.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и
ортопедии имени академика Г.А.Илизарова» Минздрава России, Курган*

Введение. Переломы проксимального отдела плечевой кости наиболее часто
наблюдаются у лиц пожилого и старческого возраста. Основным фактором роста их
частоты является сенильный остеопороз. У больных молодого возраста данные по-
вреждения являются результатом высокоэнергетической травмы. Особую группу
составляют нестабильные трех и четырехфрагментарные переломы (здесь и далее
по классификации Neer C.S.). Данные повреждения характеризуются наибольшим
удельным весом неудовлетворительных результатов лечения и осложнений. Эти
обстоятельства объясняют отличия в отдалённых функциональных результатах ле-
чения, отсутствие общепринятого алгоритма диагностики и лечения.

Цель - анализ отдалённых функциональных результатов лечения пациентов с
переломами проксимального отдела плечевой кости аппаратом Илизарова.

Материалы и методы. В исследование были включены результаты лечения 80
пациентов с переломами проксимального отдела плечевой кости, которым был вы-
полнен остеосинтез аппаратом Илизарова. Отдалённые результаты изучены у 65
пациента из 80 (81,25%). Сроки наблюдения составляли от 2 до 4 лет. Результаты
оценивались на основании данных субъективного и объективного клинического
обследования. При субъективном исследовании пациентам предлагалось пройти
опросник ASES.

Результаты. Среди пациентов с переломами проксимального отдела плечевой
кости, которым был осуществлён остеосинтез аппаратом Илизарова, у 35 пациен-



тов (53,85%) получены отличные и хорошие функциональные результаты, у 17 пациентов (26,15%) удовлетворительные, у 13 пациентов (20,0%) соответствующие неудовлетворительной функции плечевого сустава; У двух (3,08%) пациентов развилось воспаление в области проведения спиц. У одного (1,54%) пациента нейропатия локтевого нерва. У одного пациента рефрактура (1,54%). Инфекционных осложнений, влияющих на результат лечения в исследуемой группе пациентов не наблюдалось.

У пациентов с двухфрагментарными переломами (Neer 2) средний показатель по шкале ASES составил 93,0; у пациентов с трехфрагментарными переломами (Neer 3) средний показатель составил 81,9; с четырехфрагментарными переломами (Neer 4) составил 77,6;

Вывод. Остеосинтез переломов проксимального отдела плечевой кости аппаратом Илизарова возможен в любые сроки после травмы, позволяет осуществить малотравматичную закрытую репозицию костных отломков с возможностью закрытой прямой репозиции, обеспечивая изменяемый уровень жёсткости фиксации отломков, оставаясь при этом управляемым на любом этапе лечения, что позволяют достичь хороших и отличных функциональных результатов лечения и минимизирует риск послеоперационных осложнений.

ВЛИЯНИЕ САРКОПИИ И ОЖИРЕНИЯ НА ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Якупова Е.Р., Миначов Т.Б.

Башкирский государственный медицинский университет, Уфа

Введение. Остеоартрит (ОА) является распространенным заболеванием суставов среди пожилого населения. ОА часто требует хирургического лечения из-за выраженного болевого синдрома и ограничения подвижности. Поэтому важно изучение патогенеза и факторов риска ОА особенно у женщин в постменопаузе. Изменения гормонального фона у женщин в постменопаузе приводит к снижению плотности костной массы, что ведет к остеопорозу, а уменьшение мышечной массы приводит к увеличению саркопии. Все эти изменения способствуют ограничению продолжительности жизни у женщин. Таким образом, необходимо изучение взаимосвязи между саркопией, ожирением и ОА.

Цель исследования: выявить распространенность саркопии, ожирения и изучить их связь с ОА коленного сустава женщин в постменопаузе.

Материалы и методы. В анализ исследования были включены 4150 женщин в постменопаузе. Аппендикулярную мышечную массу (АММ) определяли как сумму мышечной массы четырех конечностей, измеренную с помощью DXA. Мы использовали значение, полученное путем деления АММ на массу тела, умноженную на 100, в качестве индекса АММ (%). Саркопия была определена как на два стандартных отклонения ниже среднего значения для того же пола, стандартной группы молодых, и пороговое значение составило 23,0%. Ожирение определялось с помощью индекса массы тела (ИМТ, кг /м²), превышающий или равный 25,0. Всем участницам была выполнена рентгенография коленного сустава, и результаты были проа-

нализированы на основе шкалы Келлгрена-Лоуренса (KL), которая оценивает тяжесть ОА коленного сустава. Оценка выше или равная 2 рассматривалась как рентгенологический ОА коленного сустава. Кроме того, в анкете задавался вопрос о боли в колене в течение 30 дней в течение предыдущих 3 месяцев. Все статистические анализы проводились с использованием статистического пакета Statistica 10.

Результаты и обсуждение. Пациенты были разделены на четыре группы: 1) контрольная группа: не соответствовали определению ожирения или саркопении (1231 человек); 2) соответствовали определению саркопении, но не ожирения (1379 человек); 3) страдающие ожирением: соответствовали определению ожирения, но не саркопении (203 пациента); 4) страдающие саркопеническим ожирением (1337 человек). Средний возраст участниц составил $62,41 \pm 0,25$ года. Распространенность ОА коленного сустава, боли в коленном суставе и того, и другого были самыми высокими в группе с саркопеническим ожирением и самыми низкими в контрольной группе (61,49% против 41,54%, 39,11% против 27,55%, 32,04% против 17,82%, все $p < 0,001$ соответственно). Без саркопении у женщин с ожирением наблюдался значительно более высокий процент только рентгенологического ОА коленного сустава (57,64% против 41,54%, $p < 0,001$). При саркопении и ожирении пациенты имели более высокое соотношение рентгенологического ОА коленного сустава, боли в колене и того, и другого по сравнению с саркопенией без ожирения (61,49% против 41,82%, 39,11% против 27,61%, 32,04% против 17,60%, все $p < 0,001$). Ожирение с саркопенией оказывало большее влияние на ОА коленного сустава по сравнению с ожирением без саркопении.

Менопауза, которая влечет за собой резкое изменение гормонального статуса и приводит к снижению уровня половых гормонов, оказывает большое влияние на плотность костной массы и распределение жировой ткани в организме. Снижение плотности костной массы может привести к остеопорозу, увеличение жировой массы тела - к ожирению, а уменьшение мышечной массы тела - к саркопении, которые все тесно связаны с ОА коленного сустава у женщин в постменопаузе.

Заключение. Ожирение с саркопенией оказывают большее влияние на ОА коленного сустава по сравнению с ожирением без саркопении. Следовательно, при ОА коленного сустава больше профилактических усилий должно быть направлено на уменьшение жировых отложений и увеличение мышечной массы у женщин в постменопаузе.



СОДЕРЖАНИЕ

Ирисметов М.Э., Салиев М.М., Умаров Ф.Х., Кодиров М.Ф. ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УЗБЕКИСТАНЕ	4
Абдиев Ш.Э., Саттаров А.Р., Кобилов А.О., Саидов С.С. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	6
Алимов А.П., Исмагуллаева М.Н., Тураев Ш.Х. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТКОВИДНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	7
Алимов А.П., Акбарханов Ж.Ж. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНОГО ПЕРЕЛОМА ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА	8
Алимов А.П., Абдурахимов С.Н., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Сапаев З.Э., Акбархонов Ж.Ж., Кодиров Р.Р. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ РЕТРОГРАДНОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С БЛОКИРОВАНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ, ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ И ДЕФОРМАЦИЯХ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	9
Алимов А.П., Абдурахимов С.Н. СОН СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИҚЛАРИНИ МИНИИНВАЗИВ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛ ҚИЛИШ	11
Алимов А.П., Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Акбархонов Ж.Ж. ОСОБЕННОСТИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ	12
Алимов А.П., Камалов Б.Х. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НИЗКИХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	16
Алимухамедова Ф.Ш., Джураев А.М. ГИПЕРМОБИЛЬНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ	17
Алтысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А., Алимова Ш.Г., Кушабаев А.Н. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОСКОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	18
Алтысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Алимова Ш.Г., Тапилов Э.А., Кушабаев А.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ВЫВИХЕ БЕДРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ	20
Асилова С.У., Абдуллаев М.М., Бабакулов А.Ш., Мирзаев А.Б., Турсунов В.Х., Алиев Х.Э. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТРОМАЛЬНО ВАСКУЛЯРНОЙ ФРАКЦИИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА	22
Асилова С.У., Абдуллаев М.М., Мирзаев А.Б., Убайдуллаев Б.Ш., Бабакулов А.Ш., Турсунов В.Х., Алиев Х.Э., Абдусатторов Х.А., Назаров Р.Б. РАЗВИТИЕ СОВРЕМЕННОЙ ОРТОБИОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ	23
Аскарлов А.Т., Курбонов С.Х., Мухамедова И.Г., Абдулоев М.С. ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ	27

Астанов А.И., Хакимов Ш.К., Ходжанов И.Ю. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОФИЗЕОЛИЗОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ	29
Астанов А.И., Кодиров А.М., Мирзоев Н.Ж. БОЛАЛАРДА БОШ МИЯ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ЎЗИГА ХОСЛИГИ	30
Ахмаджонов О.Н. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ И МУЛЬТИМОДАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ДЛЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА	31
Ахтамов А., Ахтамов А.А., Рахмонов Т., Мухсинов К.М. ЕЛКА СУЯГИНИНГ ДИСТАЛ ОХИРИДАН СИНИШЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК УСУЛИДА ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	33
Ахтамов А., Мухсинов К.М., Ахтамов А.А., Ахаткулов Т. БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИДА КОНТРАКТУРАЛАР ВА ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ	34
Баратов А.Б., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Камалов Ё.О., Баратов Ж.А. Юсупов Х.И. ЕЛКА СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАЖРИБАЛАРИ	36
Валиев О.Э., Хакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В., Махмудов А.А. РАННЕЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА	37
Валиев Э.Ю., Жаббаров Ж.Ю. ДВУХЭТАПНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ	39
Валиева К.Н., Рустамова У.М., Умарова Г.Ш., Кан В.В. МСКТ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	41
Гранкин Д.Ю., Голяна С.И., Тихоненко Т.И., Авдейчик Н.В., Сафонов А.В., Галкина Н.С. РОЛЬ МИКРОХИРУРГИИ В ЗАМЕЩЕНИИ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ	42
Джурраев А.М., Алимухамедова Ф.Ш. КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЯ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ	43
Джурраев А.М., Рахматуллаев Х.Р. РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНИ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ ФОРМЫ ЛОПАТОЧНОЙ КОСТИ	45
Джурраев А.М., Холматов Б.У., Каримов Х.М. ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕМИМЕЛИЕЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ	47
Джурраев А.М., Эргашев Б.Н. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ	49
Джурраев А.М., Юсупова И.А. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА	51



- Джурраев А. М., Юсупова И. А.** 52
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ
РАЗВИТИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
- Долганова Т.И., Гатамов О.И., Мамедов У.Ф., Зуева Я.В., Черепанов И. Д.,
Городцов Н.А.** 53
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ ПРИ 3-D ВИДЕОАНАЛИЗЕ
ПОХОДКИ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ
- Евреинов В.В.** 56
ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ В СТРУКТУРЕ ПЕРИОПЕРАЦИОННОГО
ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ДЕТЕЙ С ДЦП, СОПУТСТВУЮЩЕЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ И
ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ
- Жонгиров С.А., Салеев Б.В., Абдусаматов Ш.Н.** 56
КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ
ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА
- Ибрагимов Р.А., Шорустамов М.Т.** 58
МИНИ ИНВАЗИВНЫЙ СПОСОБ ДЕКОМПРЕССИИ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ
ПРИ ОСТЕОНЕКРОЗЕ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
- Ибрагимов Р.А., Шорустамов М.Т.** 60
УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ
АСЕПТИЧЕСКИХ НЕКРОЗОВ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ
- Ирисметов М.Э., Кобилов А.У.** 61
МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА
- Ирисметов М.Э., Махмудов А.А., Хакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В.,
Валиев О.Э.** 62
ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ VDR И ТРОМБИФИЛИИ В РАЗВИТИИ
АСЕСПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА, АССОЦИИРОВАННОГО С COVID-19
- Ирисметов М.Э., Ортиков О.Р.** 64
МАЛОИНВАЗИВНАЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНИКА ЛЕЧЕНИЯ КИСТ БЕЙКЕРА
КОЛЕННОГО СУСТАВА
- Ирисметов М.Э., Ортиков О.Р.** 65
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ КОЛЕННОГО СУСТАВА
- Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р.** 66
ТИЗЗА БЎҒИМИ ИЧКИ ЁН БОҒЛАМИ АУТОПЛАСТИКАСИНИНГ УЗОҚ МУДДАТЛИ
НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ
- Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М.,
Ражабов К.Н., Рустамов Ф.Р.** 67
ГИСТОМОРФОЛОГИЯ ПРИ ПАТОЛОГИИ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО
СУСТАВА
- Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Ражабов К.Н., Холиков А.М.,
Таджиназаров М.Б., Рустамов Ф.Р., Хамроев Ш.Ф.** 68
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ
КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИИ
- Ирисметов М.Э., Қодиров Р.Р.** 70
СОН СУЯГИ КЎСТЛАРИ СИНИШЛАРИДА ОСТЕОСИНТЕЗ АМАЛИЁТИНИ МАТЕМАТИК
МОДЕЛЛАШТИРИШ ОРҚАЛИ РЕЖАЛАШТИРИШ

Ирисметов М.Э., Кодиров Р.Р., Кодиров М.Ф., Кадилов Р.С. ЗНАЧЕНИЕ ВИТАМИНА D И ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	71
Кадыров С.С., Усмонов Ф.М., Салиев С.М., Ни Г.В. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА	73
Кадилов Р.С., Курбонов Ш.Р., Соипов Р.Р., Ражапов Н.А., Исмаилов А.К. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ	74
Каминский А.В., Божко В.Н. ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА	75
Каминский А.В., Ходжанов И.Ю. РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА, ЗАМЕЩЕНИЕ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ БЕДРА И ТАЗА	77
Каминский А.В. Ходжанов И.Ю. РЕВИЗИОННОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА (ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ)	78
Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К., Холматов Б.У. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ (ГЕМИМЕЛИЯ) КОСТЕЙ ГОЛЕНИ	80
Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Шоматов Х.Ш., Эдилов У.А., Ни Г.В., Убайдуллаев Ш.Ф. НАШ ОПЫТ КОРСЕТНОЙ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ	82
Каримов М. Ю., Исмоилов Н.У., Мамажонов Ш.Т., Кобилов Н.Р. ВОССТАНОВЛЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ У ПАЦИЕНТОВ С ОДНОВРЕМЕННЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА	83
Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р., Исмоилов Н.У., Эргашов А.З., Хайитов А.А., Мирзаахмедов Ф.М. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА	84
Qayumov J.Sh., Karimov M.Yu. COVID-19 BILAN BOG'LIQ SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULYAR NEKROZIDA OSTEOMETABOLIKLAR BILAN KOMPLEKS-KONSERVATIV DAVOLASH	85
Кобилов А.О. АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРКУТАННОЙ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ	86
Кобилов А.У., Маматкулов К.М., Исмаилов И. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА: МЕТОД "ALL INSIDE" С ULTRABUTTON SMITH-NEPHEW	87
Кобилов А.У., Маматкулов К.М., Курбонкулов Ж. РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА: ВЫВОДЫ НА ОСНОВЕ НАШЕГО КЛИНИЧЕСКОГО ОПЫТА	88
Kobilov A. O., Saidov S.S. VERTEBROPLASTY FOR TREATMENT OF VERTEBRAL HEMANGIOMAS	90



- Кодирова Ш.А., Ходжанова Ш.И.** 91
ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
- Кодиров Э.А., Астанов А.И.** 92
КОМПЛЕКСНОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАХИТИЧЕСКИХ ВАРУСНЫХ И ВАЛГУСНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ
- Коростелев М.Ю., Шихалева Н.Г., Новиков К.И.** 93
ОРТОПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ И МЕТОД ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ
- Кочкартаев С.С., Зияев Х.З.** 95
МОДЕЛИРОВАНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ (ОСТЕОХОНДРОЗА) У КРОЛИКОВ И ИХ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ
- Кузиев Н.Б., Саттаров А.Р., Саидов С.С.** 99
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19
- Курбонов Ф. А., Астанов А.И., Сайидов Э.И.** 100
БОЛАЛАРДА КУЙИШ ЖАРОХАТИ ОҚИБАТИДА БЕМОРЛАРНИ ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ
- Курбонов Ф. А., Ходжанов И.Ю., Астанов А. И., Рузиев З.З.** 101
БОЛАЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИ ЖАРОХАТЛАРИНИ ДОЛЗАРБЛИГИ ВА ДАВОЛАНИШ НАТИЖАЛАРИНИ ТАҲЛИЛИ
- Куттыгул Ш., Тягунов Д.Е.** 103
МОДИФИКАЦИЯ ТЕХНИКИ РЕЗЕКЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО РЯДА КОСТЕЙ ЗАПЯСТЬЯ ПРИ АДАПТИВНОМ КОЛЛАПСЕ ЗАПЯСТЬЯ
- Латинов Д.А., Тураев Ф.Т., Остонов С.Ш.** 105
ТЕРАПИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ АУТОПЛАЗМОЙ У СПОРТСМЕНОВ
- Латинов Д.А., Шерматов У.М., Жойнаров Ё.У.** 106
ПОДХОД К РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЕНИСКОВ
- Мамасолиев Б.М., Ходжанов И.Ю., Ткаченко А.Н., Мансуров Д.Ш.** 108
ВЛИЯНИЕ ОСТЕОАРТРИТА КОЛЕННОГО СУСТАВА НА РАЗВИТИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
- Мамасолиев Б.М., Ходжанов И.Ю., Ткаченко А.Н., Мансуров Д.Ш.** 109
ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЭМБОЛИЗМА НА РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ АРТРОПЛАСТИКИ СУСТАВОВ
- Мамасолиев Б.М., Ходжанов И.Ю., Ткаченко А.Н., Мансуров Д.Ш.** 110
СВЯЗЬ МЕЖДУ АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА И ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
- Mamatkhanova Ch.B., Sattarov A.R, Boymurodov G.A., Shamsiddinov A.S., Saidov S.S.** 112
APPLICATION OF NEUROPHYSIOLOGICAL DIAGNOSTIC METHODS IN PATIENTS WITH MYELOPATHY OF THE SPINE CORD
- Матанов З.М., Дорохин А.И., Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х.** 113
ОСТЕОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НИЗКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ ДЕНСИТОМЕТРИИ

Махкамов Т.Т. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИГИДНЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ФОРМ КИФОСКОЛИОТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	114
Маишарипов К., Маишарипов Ж.К. НАШ ОПЫТ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО БЛОКИРУЕМОГО ОСТЕОСИНТЕЗА БЕДРЕННОЙ КОСТИ	115
Маишарипов К., Маишарипов Ж.К., Атаджанов М.Х. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НА РАЗВИТИЕ МЕНИСКОГЕННОГО АРТРОЗА	116
Маишарипов К., Ходжаниязов А.А., Атаджанов М.Х. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАМЕДЛЕННЫМ КОСТЕОБРАЗОВАНИЕМ	117
Маишарипов Ж.К., Маишарипов К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ ОСТЕОСИНТЕЗА В НЕОТЛОЖНОМ ПОРЯДКЕ	118
Маишарипов К., Маишарипов Ж.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЛАЗМОЛИФТИНГА В ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩИХ АРТРОЗОВ	119
Маишарипов К., Маишарипов Ж.К. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ И ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	120
Мелибоев С.Т., Пардаев С.Н., Хасанов А.Б. ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯ ПРИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ СПОНДИЛОДИСЦИТЕ	121
Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А., Дурсунов А.М. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УСТРОЙСТВА КЛИНИКИ	123
Мирзоева С.М., Курбанова Р.Т., Мираков Б.Т., Рахмонов М. К ТАКТИКЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА ПРИ ПОЛИТРАВМЕ У ДЕТЕЙ	124
Мирдадаев Ж.Ф., Мирпаёзов О.А., Садилов А.А. КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИГА ЧАЛИНГАН БЕМОРЛАРДА Д. НАСС ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ	126
Мирзаев Ш.Х., Кахрамонов С.К., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Рахимов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ	127
Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К. РАЗРАБОТАННЫЙ НОВЫЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ МОДЕЛИРОВАНИЮ ПСЕВДОАРТРОЗА	128
Мирзаев А.Г., Арифджанов К.С., Султонов Р.Р. СУХОЖИЛЬНО-МЫШЕЧНАЯ ТРАНСПОЗИЦИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕГО МАЛОБЕРЦОВОГО НЕРВА У ДЕТЕЙ	129
Мирзаев Ш.Х., Бегалиев Р.М., Рахимов А.М., Садуллаев О.И., Абдиров А.Б., Зуфаров Ғ.Р. ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ ТАХЛИЛИ	131



- Мурадов У.Б., Кучаров Б.И.** 132
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ
КОЛЕННОГО СУСТАВА
- Мухамедова И.Г., Курбанов С.Х, Аскарлов А.Т.** 133
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЬНЫХ АРТРОЗАМИ С
ОСТЕОПОРТИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ В РЕГИОНЕ С ВЫСОКОЙ
РОЖДАЕМОСТЬЮ
- Назарова Н.З., Шамукимов Ш.А.** 135
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ СИНДАКТИЛИИ КИСТИ У ДЕТЕЙ
- Назаров И.Р., Маҳкамов Н.Ж.** 136
COVID-19 ДАН КЕЙИНГИ СОН СУЯГИ БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИДА
ТАШХИСЛАШНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ТАВСИФИ
- Наимов А.М., Раззоков А.А., Партиева Ф.М.** 138
ПУТИ СНИЖЕНИЯ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ
ТРАВМЕ
- Наркулов М.С., Пардаев С.Н., Бобоноров Ш.Ф.** 139
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА
ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ
ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СПИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ
- Ни Г.В., Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Кадыров С.С., Салиев С.М.** 141
РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ХАГЛУНДА И
АХИЛЛОБУРСИТА
- Ниматов Ф.С, Ходжанов И.Ю, Ступина Н.В.** 142
ВЛИЯНИЕ ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НА РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОПЛАСТИКИ
КРУПНЫХ СУСТАВОВ
- Новиков К.И., Клинцов Е.В., Климов О.В., Новикова О.С., Дьячков К.А., Сергеев К.С.** 143
ОСОБЕННОСТИ ОСТЕОНЕОГЕНЕЗА ПРИ ДИСТРАКЦИОННОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ У
ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ СИСТЕМНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
- Новиков К.И., Клинцов Е.В., Климов О.В., Новикова О.С.** 144
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗЕ АППАРАТОМ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ
ПО ИЛИЗАРОВУ: ОБЪЕКТИВНЫЕ И СУБЪЕКТИВНЫЕ ФАКТОРЫ
- Овчинников Е.Н., Стогов М.В.** 145
ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ЛОКАЛЬНЫЕ
ПРОЦЕССЫ ОСТЕОГЕНЕЗА (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)
- Поздеева А.А., Коробейников А. А.** 146
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПЕРЕЛОМАМИ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ
КОСТИ
- Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р., Эргашов М.М., Толочко К.П.,
Хасанбоев С.Х.** 147
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗОВ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА
ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ МЕТОДОМ АРТРОДЕЗИРОВАНИЯ
- Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Эргашов М.М., Толочко К.П., Худоёров Ф.Р.,
Нематжонов Б.О., Хасанбоев С.Х.** 148
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК
- Равшанов Ш.Н., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р., Хасанбоев С.Х.** 149
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФРАЙБЕРГА

Равианов Ш.Н. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОЖНЫХ ЛОСКУТОВ НА СОСУДИСТОЙ НОЖКЕ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ МЯГКОТКАННЫХ ДЕФЕКТОВ	150
Равианов Ш.Н. РЕЗУЛЬТАТЫ ПОДТАРАННОГО АРТРОДЕЗИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ ПОДТАРАННЫМ АРТРОЗОМ	151
Равианов Ш.Н., Худоёров Ф.Р., Иботов Б.И. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ВИНТАМИ И СПИЦАМИ	152
Равианов Ш.Н., Эргашов М.М., Иботов Б.И., Худоёров Ф.Р., Толочко К.П., Нематжонов Б.О. Хасанбоев С.Х. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МОБИЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА	153
Раззоков А.А., Наимов А.М., Парпиев Ф.М. ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ	154
Разыков Б.Б., Мирзаев О.И., Мирзафоев Р.Д. ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	156
Разыков Б.Б., Мирзаев О.И., Мирзафоев Р.Д. ПРИМЕНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ ПЕРИАРТРИТОМ	157
Разыков Б.Б., Мирзаев О.И., Мирзафоев Р.Д., Бахронов Д.Г. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ 6 МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ	158
Расулов Г.М., Хамдамов Б.З., Хамроев Ф.Ш РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОГЕННЫХ ФАКТОРОВ РОСТА	159
Рахимов Н.Н., Ахроров Ш.К. НАШ ОПЫТ ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО САКРОИЛЕИТА	160
Рахимов А.М. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ	161
Рахматов А.М., Саттаров А.Р., Ахроров Э.А., Саидов С.С. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИКУРТАНА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ЭПИДУРИТА ПРИ ДИСКЭКТОМИИ	163
Рахматов А.М., Саттаров А.Р., Шодмонов Б.Р., Рахмонов Х.М., Саидов С.С. ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕДРЕССАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ СПОНДИЛОПТОЗА	164
Рустамов Х.Х., Ходжанов И.Ю. КОНСЕРВАТИВ ДАВОДАН КЕЙИН ҚАЙТАЛАНГАН ТУҒМА МАЙМОҚЛИҚДА И. ПОНСЕТИ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШДАГИ БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ	165
Рустамова У.М. НАРУШЕНИЕ КОСТНОГО МЕТАБОЛИЗМА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ	167



- Рустамова У.М., Валиева К.Н., Салиева Н.И., Абзалова Г.Р., Кан В.В.** 168
СОНОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ДИСПЛАЗИИ И РАХИТИЧЕСКОЙ ГИПОПЛАЗИИ КОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ
- Рустамова У.М., Валиева К.Н., Исматуллаева М.Н., Умарова Г.Ш., Кан.В.В.** 169
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТЕОИДНОЙ ОСТЕОМЫ
- Саидов С.С., Гофуров А.З., Эргашев Ф.Ф., Эргашев Т.Ш.** 171
ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКСИАЛЬНЫХ ВИНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ
- Саидов С.С., Кобилов А.О., Фармонкулов В.Х., Кузиев Н.Б., Шодмонов Б.Р.** 172
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ
- Саидов С.С., Саттаров А.Р., Латипов У.Ш., Ахроров Э.А., Сапаров Б.С.** 173
МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИНТРАДУРАЛЬНО-ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА
- Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Кобилов А.О., Саидов С.С.** 174
О РОЛИ МРТ ДИАГНОСТИКИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ
- Саттаров А.Р., Рахмонов Х.М., Ахроров Э.А., Шодмонов Б.Р., Саидов С.С.** 176
ЗАДНИЙ МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПОЯСНИЧНО КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА КЕЙДЖАМИ
- Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Фармонкулов В.Х., Сапаров Б.С., Саидов С.С.** 177
НАШ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА
- Солдатов Ю.П., Ходжанов И.Ю.** 178
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРИТОМ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА
- Солдатов Ю.П., Кычев А.С., Гордеев А.В., Ходжанов И.Ю.** 180
ПАРАМЕТРЫ АНАЛИЗА ТРЕХМЕРНОЙ МОДЕЛИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С КОНТРАКТУРАМИ
- Талипов. Х.Р., Ибрагимов С.Х., Исаков Р.Р., Масалбеков Н.М.** 181
ЙИРИК БЎҒИМЛАР ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ АМАЛИЁТИНИ МАРКАЗИЙ ҲАРБИЙ ГОСПИТАЛ ШАРОИТИДА ТАДБИҚ ЭТИШ
- Тияков А.Б., Рузиев Н.Т., Юлдашев А.Ж.** 183
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФОРМАЦИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ
- Тияков А.Б., Мирзаев А.Г., Арифджанов К.С., Султонов Р.Р.** 184
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ
- Тияков А.Б. Мирдадаев Ж.Ф.** 187
КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ Д.НАСС ОПЕРАЦИЯСИ, ПИЛЕГААРД МОДИФИКАЦИЯСИ УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ
- Tilyakov A.B., Ulukhbek M.Sh.** 189
COMPLEX MANAGING THE PATIENT WITH OSTEOGENESIS IMPERFECTA: A MULTIDISCIPLINARY APPROACH

Тухтаев Ж.Т., Ботиров Н.Т., Джалилов Ф.Р. ЗНАЧЕНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА	191
Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю., Касымов Х.А., Эдилов У.А. БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДА ТИРСАК БЎҒИМИНИ ЖАРОХАТДАН КЕЙИНГИ ВАЛЬГУСЛИ ҚИЙШИҚЛИГИНИ ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАРИ	192
Уринбаев П., Эранов Ш.Н., Уринбаев И.П. К ПРИЧИНАМ НЕСРАЩЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	193
Уринбаев П.У., Эранов Ш. Н. Уринбаев И.П. СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСЕВДОАРТОЗАМИ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ	195
Уринов Ш.К., Шакиров Х.Х., Черенков П.А., Максудов Ж.И., Юнусов Ш.У., Қаландаров И.Ш., Тожибоев Д.К. ТИЗЗА БЎҒИМИ АРТРОСКОПИЯСИ. МЕНИСКЛАР РЕЗЕКЦИЯСИДАН ЧОКЛАР БИЛАН ФИКСАЦИЯ КИЛИШГАЧА	196
Умарова Г.Ш., Валиева К.Н., Асилова С.У., Назарова Н.З. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	197
Умарходжаев Ф.Р. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	198
Умарходжаев Ф.Р., Умаров Д.Т. ПРИМЕНЕНИЕ АНКЕТЫ-ОПРОСНИКА У БОЛЬНЫХ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	199
Усаров Х.Р. Кодиров Р.С. Раджапов Н.А. Соипов Р.Р., Курбонов Ш.Р. Исмоилов А.К. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ	200
Усмонов Ф.М., Салиев С.М., Кадыров С.С., Ни Г.В., Ахроров Ш.К. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА	202
Фарманкулов В.Х., Саттаров А.Р., Кобилов А.О., Саидов С.С., Эргашев Т.Ш. ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА	203
Хайруллаев А.А., Маҳкамов Н.Ж. УМУРТҚА ПОҒОНА ДЕГЕНЕРАТИВ -ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СТРУКТУР- ФУНКЦИОНАЛ ТУРИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШҲИСЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ	205
Ҳакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э., Махмудов.А.А. ЗНАЧЕНИЕ МСКТ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ	206
Халимов Р.Ж., Тилавов Р.Х. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ	208
Хамраев А.Ш., Тугузов Б.Э., Исмаилов Н.У., Кобилов Н.Р, Абдуалиев Ш.У. ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА И СОЦИАЛЬНАЯ СТОРОНА ДАННОЙ ПРОБЛЕМЫ	209



- Хамроев Ф.Ш., Эшматов М.М., Ахмедов А.Э.** 210
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК СПОСОБ РАСШИРЕНИЯ
ДВИГАТЕЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕБЁНКА С ДЦП
- Хасанов А.Б., Пардаев С.Н., Наркулов М.С.** 212
КОРСЕТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕГРУДНОЙ И
ПОЯСНИЧНОЙ ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА У ДЕТЕЙ
- Ходжанов И.Ю., Амонов Л.А., Махсудов Ф.М., Сувонов Н.О.** 213
КОНВЕРСИОННОЙ ОСТЕОСИНТЕЗ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА ПРИ
СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ
- Ходжанов И.Ю., Орипов А.А., Муминов А.Ш., Хакимов Ш.К., Жабборов Ж.Ю.,
Юсупов С.Ю.** 214
ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОКОЛОСУСТАВНЫХ И
ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
- Ходжанов И.Ю., Орипов А.А., Муминов А.Ш., Хакимов Ш.К., Жабборов Ж.Ю.,
Юсупов С.Ю.** 216
ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДИСТАЛЬНОГО
МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
- Ходжанов И.Ю., Орипов А.А., Муминов А.Ш., Хакимов Ш.К., Жабборов Ж.Ю.,
Юсупов С.Ю.** 217
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАДМЫШЦЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО
МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ
- Ходжанов И.Ю., Солдатов Ю.П., Эдилов У.А.** 219
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХОВ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ
- Ходжанов И.Ю., Эдилов У.А., Шаматов Х.Ш.** 220
БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИ ДЎНГЛАРАРО СИНИШЛАРИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИДА
ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ
- Холматов Б.У., Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобиллов Р.К.** 221
УДЛИНЕНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ГЕМИМЕЛИЕЙ БЕРЦОВЫХ КОСТЕЙ
- Холов З.С., Холбоев Г.Т.** 222
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА
ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ПОДРОСТКОВ
- Холов З.С., Холбоев Г.Т.** 223
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО СКОЛИОЗА У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫХ ВИНТОВ
- Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш.** 224
ВЛИЯНИЕ ОСЛОЖНЕННОЙ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА НА
СОСТОЯНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА
- Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш.** 225
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ НА ТОЧНОСТЬ
ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ СПИННОМОЗГОВЫХ НЕРВОВ ПРИ
ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА
- Шакиров Х.Х., Юнусов Ш.У., Максудов Ж.И., Қаландаров И.Ш., Тожибоев Д.К** 226
ГАВХАР КЛИНИКАСИДА ЎТКАЗИЛГАН РЕВИЗИОН ЭНДОПРОТЕЗЛАШ
ОПЕРАЦИЯЛАРИ НАТИЖАЛАРИ, СТАТИСТИК ХУЛОСАЛАР
- Шакиров Х.Х., Черенков П.А., Максудов Д.И.** 227
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Шамукимов Ш.А., Турсунова С.А., Садилов С.А., Жалолов Х.А. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА	229
Шатурсунов Ш.Ш., Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Эшкуллов Д.И. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСЭКТОМИИ	230
Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ И ТРАНСПЕДИКУЛЯРНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ	231
Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Бозоров О.Р. ПЕРКУТАННАЯ БАЛОННАЯ КИФОПЛАСТИКА КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ ПРИ ОСТЕОПОРТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМАХ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	232
Шихалева Н.Г. ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ И ДЕФЕКТАМИ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КИСТИ	234
Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Кобилов А.О., Ахроров Э.А., Эргашев Ф.Ф., Саидов С.С. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	233
Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Рахмонов Х.М., Саидов С.С. НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЦИЛИНДРИЧЕСКОГО КЕЙДЖА ПРИ ГРЫЖАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА	236
Шодмонов Б.Р., Саттаров А.Р., Фармонкулов В.Х., Рахматов А.М., Саидов С.С. ОДНОМОМЕНТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННОГО НЕСТАБИЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С УСТРАНЕНИЕМ ИНТРАКАНАЛЬНОГО КОСТНОГО ФРАГМЕНТА И ЛИГАМЕНТОТАКСИСОМ	237
Шокиров М.Х., Хасанов Р.С., Эшиев Э.Т. ОСОБЕННОСТИ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ПРОТЕЗИРОВАНИЯ У ДЕТЕЙ	239
Шокиров М.Х., Хасанов Р.С. ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСПРЕСС ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	241
Юлдашев А.Ж., Рузиев Н.Т., Журабаев А.А. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТИ С СИНДРОМОМ МЕБИУСА	243
Юлдашев А.Ж., Рузиев Н.Т., Журабаев А.А., Алматов К.Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ВРОЖДЕННОЙ ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТАРАННОЙ КОСТЬЮ МЕТОДОМ ДОББСА	244
Юнусов Ш.У Шакиров Х.Х., Черенков П.А. Максудов Ж.И., Қаландаров И.Ш., Уринов Ш.К., Тожибоев Д.К. ТИЗЗА БЎҒИМИНИ ВАРУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИДА ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ. КЛИНИКАМИЗДАГИ ХОЛАТЛАР ВА УЛАРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ	245
Ярлакабов Ж.Т., Камолов Ё.О., Баратов Ж.А. БОЛДИР СУЯКЛАРИ ДИСТАЛ СОХАСИ БЎҒИМ ИЧИ ВА БЎҒИМ АТРОФИ СИНИШИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ	246



Ясиновский В.С.

АНАЛИЗ ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ АППАРАТОМ ИЛИЗАРОВА

247

Якупова Е.Р., Тимур Б.М.

ВЛИЯНИЕ САРКОПЕНИИ И ОЖИРЕНИЯ НА ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ

248



O'zbekiston travmatolog va ortopedlarining
xalqaro ilmiy-amaliy konferensiyasi
14 oktyabr 2023 | Navoiy

Scientific and practical conference of traumatologists-
orthopedists of Uzbekistan with international participation
October 14, 2023 | Navoi

**Respublika Ixtisoslashtirilgan Travmatologiya va Ortopediya
Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi**

**Republican Specialized Scientific And Practical Medical Center
Of Traumatology And Orthopedics**