O‘zbekiston travmatolog va ortopedlarining
ilmiy-amaliy konferensiyasi
26 oktyabr 2024 | Nukus

Scientific and practical conference
of traumatologists-orthopedists of Uzbekistan
October 26, 2024 | Nukus



Respublika Ixtisoslashtirilgan
Travmatologiya va Ortopediya
Ilmiy-Amaliy Tibbiyot Markazi

Republican Specialized Scientific
And Practical Medical Center
Of Traumatology And Orthopedics

«Травматология ва ортопедияда юқори технологик ва кам инвазив усулларни қўллаш муаммолари" mavzusidagi

KONFERENSIYASI MATERIALLARI

МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИИ

«Проблемы применения высокотехнологичных и малоинвазивных способов в травматологии и ортопедии»

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СПОНСОР

纳通科技集团
NATON TECHNOLOGY GROUP
IRENE 正天

Getz pharma
A member of The Getz Group, USA

ГЛАВНЫЕ СПОНСОРЫ

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Arthrex®

XPmed
MEDICAL COMPANY

СПОНСОРЫ

Meril

ChM®

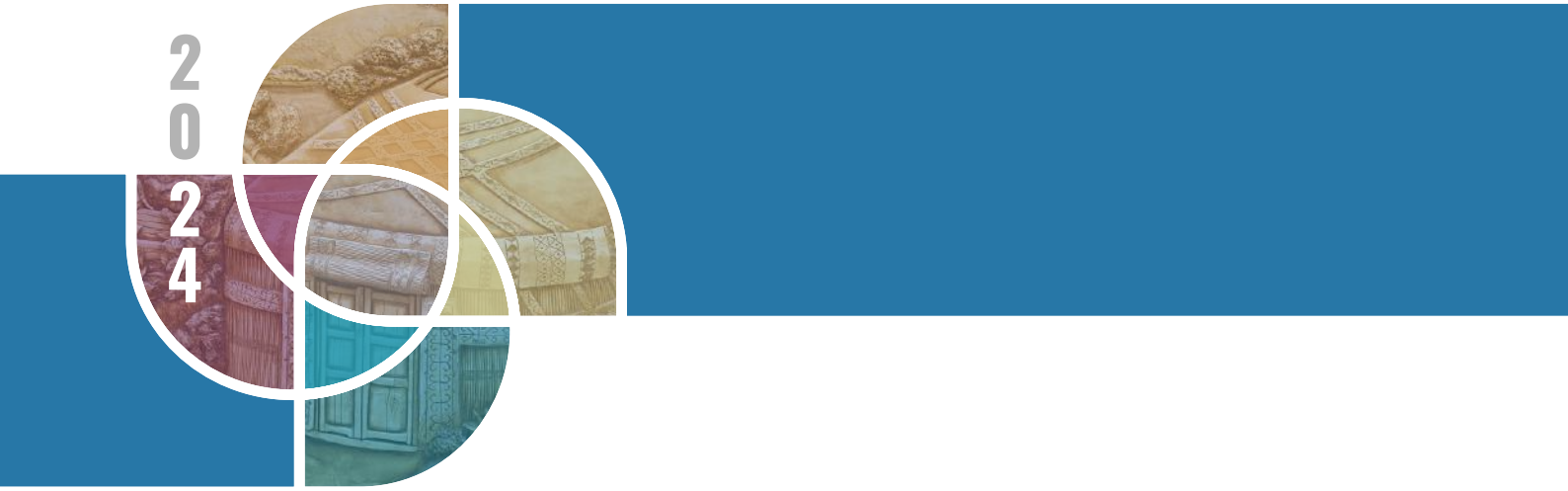
Kusum

BAYER

Ўзбекистон Республикаси соғликни 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
илмий-амалий анжумани материаллари

«ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯДА ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ВА КАМ ИНВАЗИВ УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАШ МУАММОЛАРИ»

Материалы научно-практической конференции
травматологов-ортопедов Узбекистана

«ПРОБЛЕМЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНЫХ И МАЛОИНВАЗИВНЫХ СПОСОБОВ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ»

Materials of the scientific and practical conference
of traumatologists-orthopedists of Uzbekistan

«PROBLEMS OF APPLICATION OF HIGH-TECH AND MINIMALLY INVASIVE METHODS IN TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS»

Nukus-2024



СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 1.
ВОПРОСЫ ПЛАНИРОВАНИЯ, ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СЛОЖНОГО И РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ *25*

Алимов А.П., Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х. *26*
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ

Ахмаджонов О.Н., Абдувахобова Х.Х., Шодиев М.Б. *27*
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК

Ахмаджонов О.Н., Ахматкулов Э.С., Абдувахобова Х.Х. *30*
ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Бегалиев Р.М., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Садуллаев О.И., Абдиров А.Б., Ибрагимов Т.К. *31*
ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ЯҚИН НАТИЖАЛАРИ

Болғаев А.Б., Рахмонов Т.Т., Жойнаров Ё.У., Ишбуриев Н.Р., Шерматов У.М. *32*
ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ АМАЛИЁТИДАГИ БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Валиев О.Э., Тураев Ш.Х., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М. *33*
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Валиев О.Э., Ступина Н.В., Хакимов А.Д., Абдиев Ш.Ш., Хусанов Ш.Ш. *34*
3D – ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Валиев О.Э., Тураев Ш.Х., Мирзаев Ш.Х. *36*
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Джураев А.М., Махмудов А.А. *37*
ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОНЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Жураев И.Г., Жалилов Х.М., Холиков А.Б., Нормахматов М.Х. *39*
СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОДНОСТОРОННЕГО ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ..

Жураев И.Г., Жалилов Х.М., Холиков А.Б., Зугурова Д. *40*
ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННОГО ВЫСОКОГО ВЫВИХА БЕДРА И ОДНОСТОРОННЕГО ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

Ирисметов М.Э., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М. *41*
ТИЗЗА БЎҒИМИ ОСТЕОАРТРОЗИДА СИНОВКАПСУЛЭКТОМИЯ БИЛАН БИРГАЛИКДА ТИЗЗА БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ (БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ)

Ирисметов М.Э., Хакимов А.Д., Ступина Н.В., Валиев О.Э., Мамадалиев И.У. *43*
ИНТЕРОПЕРЦИОННОЕ ПРЕЦИЗИОННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЧКИ РИММИРОВАНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЕ

Kistmacher Harald *44*
ULTRA-FAST CUSTOM MADE CONNECTING IMPLANT FOR INTER- AND PERIPROSTHETIC FRACTURES ON BASIS OF A MODULAR STANDARD KNEE AND TUMOR SYSTEM

Маматкулов О.Х. *45*
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

СОДЕРЖАНИЕ

Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А. *46*
ВЫБОР МЕТОДА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ КОКСАРТРОЗАХ

Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Кахрамонов С.К. *48*
ТАКТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Андакулов Э.Б., Жумаев Ж.М. *49*
ВИЛОЯТ КЎП ТАРМОҚЛИ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ШАРОИТИДА ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМЛАРИДА ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Расулов М.Р., Хужаназаров И.Э., Ахмедов Х.С., Мухаммадов Ж.И. *50*
ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ

Рузибоев Д.Р., Саидов Э.Х., Расулов Г.М., Нуримов Г.К., Кадамбоев М.Г. *51*
ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Рузибоев Д.Р. *53*
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Рузибаев Д.Р., Нуримов Г.К., Кадамбоев М.Г. *55*
ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Уразбаев Ж.Д., Уразбаев А.А. *57*
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Юнусов Ш.У., Шакиров Х.Х., Максудов Ж.И., Тожибоев Д.К., Қаландаров И.Ш. *58*
ТИЗЗА БЎҒИМИНИ ВАРУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ

РАЗДЕЛ 2. *61*
НОВЫЕ АРТРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Атажанов М.Х., Машарипов К. *62*
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Бакиев Б.К., Бакиев Т.Б., Атажанов М.Х. *63*
ТИЗЗА БЎҒИМИ ЛАТЕРАЛ МЕНИСК ЖАРОҲАТИ ВА ТАҚИМОСТИ МУШАК ПАЙИ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ УЗОҚ НАТИЖАЛАРИ

Валиев Э.Ю., Исаков Х.А. *66*
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД К ПРОБЛЕМЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Валиев Э.Ю., Ганиев О.А., Хасанов А.У., Мирзохидов Ж.Х. *68*
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА

Гафуров Ф.А., Қодиров Ф.А., Суюнбоев Б. *70*
НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИМПИДЖМЕНТ СИНДРОМА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Гафуров Ф.А., Қодиров Ф.А., Суюнбоев Б. *71*
ТИЗЗА БЎҒИМИ МЕНИСКЛАРИ ЖАРОХАТЛАНИШЛАРИНИ
ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Гафуров Ф.А., Ахаткулов Т., Қурбонқулов Ж.М. *72*
НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ
КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Жонгиров С.А., Салеев Б.В., Абдусаматов Ш.Н., Хусаинбоев Ш.Д. *74*
СПОСОБ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСГЛЕНОИДАЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ
ПОВРЕЖДЕННОГО КАПСУЛОЛАБРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Жуманов Р.А., Акбаров Н.Н., Эшматов М.М., Гофуров И.Н. *75*
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Зухритдинов А.И., Бўлишов Н., Акбаров Н.Н., Джололидинов И.И. *76*
АРТРОСТКОПИК МЕНИСКЭКТОМИЯ ТАШРИХИДАН КЕЙИНГИ РЕГИОНАР
ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Ирисметов М. Э, Турсунов К.К, Худайбердиев.К.Т. *77*
ТАҚИМ ОСТИ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАР
АХАМИЯТИ

Ирисметов М.Э, Тухтаев М.К. *78*
КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ДЎНГЛИКЛАРИ ЭРТА ДАВРДАГИ СИНИШЛАРИ
ТАШҲИСЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА АРТРОСКОПИЯНИ КЎЛЛАШ

Ирисметов М. Э., Кобилов А.У., Маматкулов К.М., Курбонкулов Ж. *80*
НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ МЕДИАЛЬНОЙ
НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА С АУТОПЛАСТИКОЙ СУХОЖИЛИЕМ
ЗАДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ

Ирисметов М.Э, Шамшиметов Д.Ф., Ирисметов Д.М, Таджиназаров М.Б, Хамроев *81*
Ш.Ф, Сафаров М.М
АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОНДРОМАЛЯЦИИ НАДКОЛЕННИКА

Ирисметов М.Э., Абдуллаев А.М. *82*
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ
НИЗКОПОЛЬНЫХ И ВЫСОКОПОЛЬНЫХ МРТ-СИСТЕМ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ
КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Кобилов А.У. *84*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО
СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Ҳамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М. *86*
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ДЛИННОЙ
ГОЛОВКИ ДВУХГЛАВОЙ МЫЩЦЫ ПЛЕЧА

Ирисметов М.Э., Тўхтаев М.Қ *87*
КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ БЎҒИМ ИЧИ СИНИШЛАРИНИ
АРТРОСКОПИК ДАВОЛАШ

Ирисметов М.Э., Сафаров М.М., Шамшиметов Д.Ф., Полвонов Ж.Ш. *88*
КОМБИНИРОВАННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЕИХ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК
КОЛЕННОГО СУСТАВА

Irismetov M.E., Hamroyev Sh.F., Shamshimetov D.F., Tadjinazarov M.B., Rustamov F.R., *90*
Safarov M.M.
YELKANING IKKI BOSHLI MUSHAGI UZUN PAYI SURUNKALI TENDINOPATIYALARIDA
KONSERVATIV DAVOLASH TAKTIKASI

Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Таджиназаров М.Б. *91*
СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ
ПРОКСИМАЛНОЙ ЧАСТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

СОДЕРЖАНИЕ

Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Таджиназаров М.Б., Ходжаев Д.Д. *92*
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХОНДРОМАТОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Ҳамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М. *94*
ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВАХ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Шамшиметов Д.Ф. *95*
АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ МЕДИАЛНОЙ КОЛЛАРЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Қосимов М.А., Тожибоев Б.А. *97*
ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Маматкулов К.М., Халикулов М., Исматова И. *98*
АДГЕЗИВНЫЙ КАПСУЛИТ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ("ЗАМОРОЖЕННОЕ ПЛЕЧО") У ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Маматкулов К.М., Халикулов М., Курбонов Ш. *100*
ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА: ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД И ПРАКТИКА АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Ни Г.В., Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н.,Усмонов Ф.М., Кадыров С.С. *101*
ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕФОРМАЦИИ ХАГЛУНДА И АХИЛЛОБУРСИТА

Сластинин В.В., Дубров В.Э., Инякин О.Н., Фархан А.М., Сабурова Т.В. *102*
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУГМЕНТАЦИИ КОЛЛАГЕНОВОЙ МЕМБРАНОЙ ПРИ ШВЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ РАЗРЫВОВ МЕНИСКОВ

Тамазян В.О., Егиазарян К.А., Ратьев А.П., Ершов Д.С., Кондырев Н.М., Ганин К.В. *103*
«ДВОЙНОЕ ЛАССО» ДЛЯ ТЕНОДЕЗА СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ БИЦЕПСА

Усмонов Ф.М., Мамажонов И.Ш. *104*
ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВАХ КОРНЯ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ходжанов И.Ю., Убайдуллаев Б.С., Абдуллаева Х.Н. *105*
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Шакиров Х.Х., Уринов Ш.К. *106*
ТИЗЗА БЎҒИМИ МЕНИСКЛАР ЖАРОХАТЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

РАЗДЕЛ 3. *109*
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ВЕРТЕБРОЛОГИИ

Абдурахимов Ш., Абдухаликов А.К., Мирзаюлдашев Н.Ю. *110*
ВЛИЯНИЕ ИК-ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СТРУКТУРУ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИИ (ПОЗДНИЙ ПЕРИОД 6 МЕС.) СООБЩЕНИЕ 4

Азизхонов А.А, Ахметьянов Ш.А., Мушкачев Е.А., Сангинов А.Д., Исаков И.Д., Пелеганчук А.В. *111*
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Баратов А.А., Рузибоев Д.Р. *112*
ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ФИКСАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ В ГРУДО-ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

Боймуродов Г.А., Эргашев Т.Ш. Шукуров Ж. ***113***
ПЕРКУТАННАЯ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Жураев И.Г., Мелибоев С.Т., Кушбаков А.М., Дустмаматов Б.Ж. ***114***
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Исаков Б.М., Худайбердиев К.Т. ***116***
ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Исаков Б.М., Худайбердиев К.Т. ***117***
К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Исмаилов А.З., Юлдашев Т.Н. ***118***
ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Каримов К. К., Рахматов К. Р. ***118***
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Қобилов А.О. ***120***
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕНОСПОНДИЛОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМАНГИОМ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ПРИ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ

Kobilov A.O. ***121***
OUR EXPERIENCE VERTEBROPLASTY FOR TREATMENT OF VERTEBRAL HEMANGIOMAS

Кузиев Н.Б., Саттаров А.Р,. Солиев Ш.К. ***123***
ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕДРЕССАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ СПОНДИЛОПТОЗА

Мамажонов И.М., Маҳкамов Н.Ж. ***124***
COVID-19 ТАЪСИРИДАГИ УМУРТҚА СПОНДИЛИТИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Маматханова Ч.Б., Боймуродов Г.А., Шамсиддинов А.С., Шукуров Ж., Бойсунов А.А., Эргашев Т.Ш. ***125***
ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Maxkamov N.J., Hayrullaev A.A. ***126***
UMURTQA DEGENERATIV-DISTROFIK KASALLIKLARINING SARS-COV-2 VIRUSI TA’SIRIDAGI KLINIK-PATOMORFOLOGIK O‘ZGARISHLARI

Маҳкамов Н.Ж. , Мамажонов И.М. ***127***
COVID-19 ДАН КЕЙИНГИ УМУРТҚА ПОҒОНАСИ КЎКРАК-БЕЛ СОҲАСИ ТУБЕРКУЛЁЗ СПОНДИЛИТИНИ ПАТОМОРФОЛОГИК СОЛИШТИРМА ТАШҲИСЛАШ

Мирзаюлдашев Н.Ю., Тураханов А.О., Абдухаликов А.К. ***129***
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СТРУКТУРУ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ЕГО ТРАВМАХ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД ДО 3 СУТОК) СООБЩЕНИЕ 1

Мирзаюлдашев Н.Ю., Абдухаликов А.К., Абдурахимов Ш. ***130***
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СПИННОГО МОЗГА (ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ПЕРИОД 3 МЕС.), СООБЩЕНИЕ 3

СОДЕРЖАНИЕ

Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А., Шатурсунов.Ш.Ш. *131*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ МЕТОДОМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ С ЦЕМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ВИНТОВ У ЛИЦ СО СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНЫХ ТКАНЕЙ

Мусаев Р.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Эшкулов Д.И. *132*
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЕЙДЖЕВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ МЕЖТЕЛЕВОГО СПОНДИЛОДЕЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Мусаев Р.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Эшкулов Д.И. *134*
АНАЛИЗ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ИМПЛАНТАТОВ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Мусаев Р.С., Мирзахонов С.А. *135*
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Мусаев Р.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Бозоров О.Р. *137*
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ

Норов А.У., Рахматов К.Р. *138*
ИМПУЛЬСНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Пардаев С.Н., Наркулов М.С., Хасанов А.Б., Бобоноров Ш.Ф. *139*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СПИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Рахматов А.М., Саттаров А.Р., Кузиев Н.Б. *140*
МЕДИКУРТАН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ЭПИДУРИТА ПРИ ДИСКЭКТОМИИ

Rakhmonov Kh., Saparov B.S., Akhrorov E.A., Ergashev F.F. *141*
SURGICAL TREATMENT OF HIGH DEGREE OF SPONDILOLISTESIS AND SPONDILOPTOSIS

Рахмонов Х.М., Саттаров А.Р. *142*
ЗАДНЫЙ МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА – PLIF

Саидов С.С., Латипов У.Ш. *143*
НАШ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ИНТРАДУРАЛЬНО-ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Саидов С.С., Ахроров Э.А. *145*
АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕСТАБИЛЬНОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Саидов С.С., Боймуродов Г.А., Ражабов А.А, Шамсиддинов А.С., Эргашев Ф.Ф. *146*
НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКСИАЛЬНЫХ ВИНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Саттаров А.Р., Ахроров Э.А., Гофуров А.З. *147*
ОДНОМОМЕНТНАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ С УСТРАНЕНИЕМ ИНТРАКАНАЛЬНОГО КОСТНОГО ФРАГМЕНТА И ЛИГАМЕНТОТАКСИСОМ ОСЛОЖНЕННОГО НЕСТАБИЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А. Р., Абдиев Ш.Э., Кобилов А.О., Саидов С.С. ***148***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А.Р., Эргашев Т.Ш. ***150***
НАШ ОПЫТ ПО ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИМ МЕТОДАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А.Р., Абдиев Ш.Э., Кобилов А.О., Саидов С.С. ***151***
ЧРЕСКОЖНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ТРЕПАНОБИОПСИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ

Sattarov A.R., Kuziev N.B., Sattarov U.A. ***152***
USING OF MESH TITANIUM GRID IN THE TREATMENT OF HYDATID CYSTS DAMAGE VERTEBRAE

Турсунов М.К., Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б. ***153***
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ДИСКЭКТОМИИ

Умарходжаев Ф.Р. Комилов М.К. ***155***
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СКОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Умарходжаев Ф.Р. ***156***
КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Умарходжаев Ф.Р. Усмоналиев Ф.Ш. ***158***
КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Фармонкулов В.Х. ***159***
МИКРОДИСКЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Хайдаралиев У., Абдухаликов А.К., Мирзаюлдашев Н.Ю. ***160***
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТРАВМИРОВАННЫЙ СПИННОЙ МОЗГ (РАННИЙ ПЕРИОД 1 МЕСЯЦ). СООБЩЕНИЕ 2

Хайруллаев А.А., Маҳкамов Н.Ж. ***162***
УМУРТҚА ПОҒОНА ДЕГЕНЕРАТИВ -ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ТУРИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШҲИСЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Бокиев А.А. ***163***
КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш. ***164***
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш. ***166***
ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТРАВМАХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Ташланов Ф.Н. ***167***
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНЕ-ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ

Шатурсунов Ш.Ш., Эшкулов Д.И. ***168***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

СОДЕРЖАНИЕ

Шатурсунов Ш.Ш., Шатурсунов, Шомансур Ш., Мирзахонов С.А., Эшкулов Д.И. *170*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Шатурсунов Ш.Ш., Шатурсунов Шомансур Ш., Мирзахонов С.А., Эшкулов Д.И. *171*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А., Эшкулов Д.И. *172*
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ И ТРАНСПЕДИКУЛЯРНИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Шодмонов Б.Р., Эргашев Ф.Ф. *173*
ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шодмонов Б.Р., Рахмонов Х.М., Солиев Ш.К. *174*
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЦИЛИНДРИЧЕКОГО КЕЙДЖА ПРИ ГРЫЖАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шопулатов И.Б. *176*
ТУРЛИ ХИЛ ТРАВМАЛАРДА УМУРТҚА ВА ОРҚА МИЯ ТУЗИЛМАЛАРИ ЖАРОХАТЛАРИНИНГ ТРАВМА МЕХАНИЗМЛАРИ

Шопулатов И.Б. *178*
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Шопулатов И.Б., Мирзаев Р.Х. *179*
ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У ВОДИТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННЫХ АВТОМОБИЛЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ: ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

РАЗДЕЛ 4. *183*
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАВМАТОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Алимов А.П., Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Кодиров Р.Р., Абдурахимов С.Н., Ким К.Э. *184*
НАША ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Алимов А.П., Абдурахимов С.Н. Камолов Б.Х., Сапаев З.Э. *186*
СОН СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИДА КАМ ИНВАЗИВ ОСТЕОСИНТЕЗ

Алимов А.П., Абдурахимов С.Н. Сапаев З.Э., Камолов Б.Х. *186*
СОН СУЯГИ ДИСТАЛ СИНИШЛАРДА РЕТРОГРАД ОСТЕОСИНТЕЗ

Амонов Л.А., Ходжанов И.Ю., Сергеев К.С. *187*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Ахтамов А., Мухсинов К.М., Ахтамов А.А., Ахаткулов Т. *188*
ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Аширов М.У., Уринбаев П.У. *190*
ТОВОН СУЯГИ СИНИШЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН ИЛИЗАРОВ Г.А. АППАРАТИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Багиров А.Б. *191*
РЕИНЖИНИРИНГ МЕТОДА ИЛИЗАРОВА

Баратов А.Б., Ярлакабов Ж.Т., Камолов Ё.О., Баратов Ж.А. ***192***
РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Бегалиев Р.М., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Садуллаев О.И., Абдиров А.Б., Ибрагимов Т.К. ***193***
ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР СИНИШЛАРИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАР ТАХЛИЛИ

Валиев Э.Ю., Сайпиев А.А., Отакулов Ш.С., Саибов А.Б. ***194***
АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р., Хасанов З.Р., Ганиев О.А., Норполвонов А.У. ***196***
ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НА СТЕРЖНЕВОЙ ОСНОВЕ

Валиев Э.Ю., Хасанов З.Р., Тиляков Х.А. ***198***
НАШ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

Валиев Э.Ю., Исмаилов А.Дж, Сайпиев А.А. ***200***
ОПЫТ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ ВНУТРИФАСЦИАЛЬНЫМ ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Дурсунов А.М., Рузикулов О.Ш.,Саматов Ж.Ж., Мирзаев А.К., Маннонов А.А. ***201***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСРАЩЕНИЙ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Дурсунов А.М., Рузикулов О.Ш., Мирзаев А.К., Саматов Ж.Ж., Сирлиев Ш.А. ***203***
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Дурсунов А.М., Андакулов Э., Мавлонов О. ***204***
КАШКАДАРЁ ВИЛОЯТИДА ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ ХИЗМАТИ ТАХЛИЛИ

Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М. ***205***
СОН СУЯГИ ДИАФИЗИДАН СИНИШЛАРИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Реимов Н.Б., Ешимбетов Р.М., Наубетов С.Д. ***207***
АТРАВМАТИЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Реимов Н.Б., Ешимбетов Р.М., Наубетов С.Д. ***208***
ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Зухритдинов А.И., Рахимов Д.Ё., Акбаров Н.Н., Джололидинов И.И. ***209***
БОЛДИР ТАШҚИ ВА ИЧКИ ТЎПИҚЛАРИ СИНИШИДА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ РЕГИОНАР ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Ирисметов М.Э, Кодиров Р.Р., Кадиров Р.С. ***210***
ВЫБОР МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА С ПОМОЩЬЮ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ МЕЖВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Исаков Х.А. ***212***
ПРОБЛЕМЫ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Исмаилов А.К., Кодиров Р.С., Қодирова Р.Р., Хасанова Р.Р. ***213***
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

СОДЕРЖАНИЕ

Кадыров С.С., Ражабов К.Н., Усмонов Ф.М., Ни Г.В. ***214***
ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Камолов Б.Х., Абдурахимов С.Н. ***216***
БОЛДИР СУЯКЛАРИНИ ПАСТКИ УЧЛИГИДАН СИНИШЛАРИДА ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҚҚОСЛАШ

Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р., Исмоилов Н.У., Эргашов А.З., Хайитов А.А., Мирзаахмедов Ф.М. ***216***
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Каххаров А.С., Исматуллаев Р.А., Тожиев А.Н. ***218***
НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФОМ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Клинцов Е.В., Новиков К.И., Климов О.В., Глухих Д.И. ***219***
АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Кодиров М.А., Маматкулов О.Х. ***220***
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кодиров Р.С.., Қодирова Р.Р., Хасанова Р.Р., Исмаилов А.К. ***222***
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Козлов Е.С., Гордеев А.В., Солдатов Ю.П., Ходжанов И.Ю. ***223***
ЗАВИСИМОСТЬ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю., Югай А.В. ***225***
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ

Қосимов М.А., Тожибоев Б.А. ***227***
ЧАНОҚ–СОН БЎҒИМИ ЖАРОХАТЛАРИДА МУЛЬТИ СПИРАЛ КОМЬПЮТЕР ТОМОГРАФИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Курбанов С.Х., Абдулоев М.С., Мухамедова И.Г. ***228***
АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОПЛАСТИКИ + ПЛАЗМАЛИФТИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Машарипов К., Юсупова И.А., Атажанов М.Х. ***229***
ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Машарипов К., Машарипов Ж.К., Бакиев Т.Б. ***230***
ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ПОЖИЛЫХ

Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К., Тураев Ш.Х. ***231***
РАЗРАБОТАННЫЙ НОВЫЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ МОДЕЛИРОВАНИЮ ПСЕВДОАРТРОЗА

Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Кадамбоев М.Г. ***232***
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нуримов Г.К., Асилова С.У. , Кадамбоева Г.Г. ***233***
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПОЗИЦИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ НА РАЗГИБАТЕЛИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ СТОЙКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Oberoi Inderpreet Singh ***235***
RECENT ADVANCEMENTS IN MASSIVE ROTATOR CUFF TEAR MANAGEMENT-SYNTHETIC PATCH AND SUBACROMIAL BALLOON SPACER

Равшанов Ш.Н. ***236***
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ БЛОКИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИНОЙ

Равшанов Ш.Н. ***237***
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ: АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ

Равшанов Ш.Н., Худаёров Ф.Р., Иботов Б.И., Эргашов М.М., Толочко К.П., Неьматжонов Б.О., Хасанбоев С.Х. ***238***
РОЛЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Рахимов А.М. ***239***
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДИАФИЗА КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К., Тураев Ш.Х. ***240***
РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСРОСШИМСЯ ПЕРЕЛОМАМИ И ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К., Тураев Ш.Х. ***241***
РОЛЬ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С ВВЕДЕНИЕМ КУКУМАЗИМА И КОСТНОГО МОЗГА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Салиев С.М., Ирисметов М.Э. ***242***
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю., Хайитов А.А. ***243***
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ РАЗРАБОТАННОЙ АППАРАТОМ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю., Хайитов А.А. ***244***
ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Солдатов Ю.П., Столбиков С.А., Лукин С.Ю., Ходжанов И.Ю. ***246***
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Сувонов О.С., Бекмурадова Д.С. ***248***
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Тожибоев Д.К. Шакиров Х.Х., Максудов Ж.И., Юнусов Ш.У., Қаландаров И.Ш. ***250***
СОН СУЯГИ ПРОКСИМАЛ КИСМИДАН СИНИШИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАЛАРИМИЗ

СОДЕРЖАНИЕ

Толочко К.П., Равшанов Ш.Н. ***251***
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Толочко К.П., Равшанов Ш.Н., Неъматжонов Б.О., Худоёров Ф.Р., Иботов Б.И., Эргашов М.М. ***252***
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВТОРИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ НА УРОВНЕ КОСТНО-ФИБРОЗНОГО КАНАЛА

Takhirov Zh.M., Asilova S.U., Nurimov G.K. ***254***
EFFICACY OF A NOVEL SURGICAL TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME: A COMPARATIVE STUDY

Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю. ***257***
ТИРСАК БЎҒИМИ ВАЛЬГУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р. , Тахиров Ж.М., Омонбоев С.А. ***258***
ТРАВМАТОЛОГИК ВА НЕЙРОХИРУРГИК ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ВЕНОЗ ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ…

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Омонбоев С.А. ***260***
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Уразбаев Ж.Д., Уразбаев А.А, Хударганов Х.Р. ***261***
ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС

Умаров Ф.Х., Уразбаев Ж.Д. ***263***
ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Уринбаев И.П. ***264***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАРТРОЗОВ НАРУЖНОГО МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ КОМБИНИРОВАННЫМИ МЕТОДИКАМИ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА

Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Маматов У.Ж. ***265***
ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА НА ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Валиев Э.Ю., Байрамтаганов А.А., Садыков И. ***267***
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Хайитбоев Б.М., Юлдашев Т.Н. ***271***
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ Г. А. ИЛИЗАРОВА

Хайитбоев Б.М. ***272***
К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ФЕРГАНСКОМ ФИЛИАЛЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Халиков Ф.О., Маматкулов О.Х. ***275***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Хакимов Ш.К., Акрамов В.Р., Мухамедов Б.С. Тешаев А.А. Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О. *277*
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОФИЗЕОЛИЗОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Khodjanov I.Yu., Oripov A.A., Muminov A.Sh., Khakimov Sh.K., Jabborov Zh.Yu., Yusupov S.Yu. *278*
PREVENTION OF POSTTRAUMATIC ARTHROFIBROSIS IN PATIENTS WITH FRACTURES OF THE DISTAL METAEPIPHYSIS OF THE HUMERUS

Ходжанов И.Ю., Орипов А.А., Муминов А.Ш., Хакимов Ш.К., Жабборов Ж.Ю., Юсупов С.Ю. *280*
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Xudayberdiev K.T., Abdulazizov O.N., Mamadaliev A.B. *281*
BOLDIR SUYAKLARI YOPIQ SINIQLARIDA KOMPARTMENT-SINDROMINI TASHXISLASH VA DAVOLASH

Шевцов В.И., Новиков К.И. *282*
ОПЕРАЦИОННАЯ ПОЛИТРАВМА – СТАРТОВАЯ ПОЗИЦИЯ ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ И РЕГУЛЯЦИИ РОСТА

Шоматов Х.Ш., Ходжанов И.Ю., Рустамов Х.Х. Эдилов У.А. *283*
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Шукуров Э.М., Жаббаров А.А. *284*
АЛГОРИТМ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Шукуров Э.М., Соипов Р.Р. *288*
ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Эдилов У.А. , Ходжанов И.Ю. *291*
БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИ ЭСКИРГАН ЧИҚИШЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ УЗОҚ НАТИЖАЛАР

Эранов Ш.Н., Мустафаева К.Г. *292*
МЕТОД КАПСУЛОПЛАСТИКИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Н.Ф., Нуралиев А.М. *294*
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Юсупов Н.А., Акбаров Х.Т., Абдуллаев М.Х. *295*
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО- МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Юсупов Н.А. Акбаров ХТ Юлдашев А.К. *296*
ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Юсупов С.Ю., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О. *298*
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Юсупов С.Ю., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О. *299*
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ И ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

СОДЕРЖАНИЕ

РАЗДЕЛ 5.
ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРТОПЕДИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ *301*

Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А., Кушабаев А.Н. *302*
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА, ОСЛОЖНЕННЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А., Алимова Ш.Г., Кушабаев А.Н. *304*
ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Амони М.М. *306*
ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Арифжанов К.С., Мирзаев А.Г. *307*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ СПАСТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ И КОНТРАКТУР ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Балаев П.И., Ходжанов И.Ю., Борзунов Д.Ю. *308*
ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ

Болғаев А.Б., Рахмонов Т.Т., Жойнаров Ё.У., Ишбуриев Н.Р., Шерматов У.М. *311*
УЗУН СУЯКЛАР СИНИШЛАРИДАГИ ДАВОЛАШДАГИ ТАЖРИБАМИЗ

Борзунов Д.Ю., Моховиков Д.С., Колчин С.Н., Гильманов Р.Т. *312*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИЛИЗАРОВА И MASQUELET

Давиров Ш.М., Уринбаев П.У., Мансуров Д.Ш. *314*
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОСТЕОТОМА ПРИ ОСТЕОТОМИИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Давиров Ш.М., Уринбаев П.У., Мансуров Д.Ш. *315*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗРАБОТАННОГО ДИСТРАКЦИОННО-ФИКСАЦИОННОГО МОДУЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Давиров Ш.М., Уринбаев П.У., Мансуров Д.Ш. *317*
ПРИМЕНЕНИЕ РАЗРАБОТАННОГО СТЕРЖНЯ-ШУРУПА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ

Джураев А.М., Зуфаров Г.Р., Исматуллаева М.Н. *319*
БОЛАЛАРДА ЯССИТОВОН ВА ЯССИВАЛЬГУСЛИ ОЁҚ ПАНЖА ҚИЙШИҚЛИКЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ УСУЛИНИ АФЗАЛЛИГИ

Джураев А.М., Усманов Ш.У., Джаббаров Р.Т. *320*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТЕОМИЕЛИТА

Джураев А.М., Холов З.С., Холбоев Г.Т., Худойбердиев Л.А. *321*
ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА С ПОМОЩЬЮ КОРСЕТА

Джураев А.М., Холов З.С., Холбоев Г.Т., Худойбердиев Л.А. *322*
РЕЗЕКЦИЯ ПОЛУПОЗВОНКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ СКОЛИОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЛЬКО ЗАДНЕГО ДОСТУПА

Джураев А.М., Холматов Б.У., Каримов Х.М., Кобилов Р.К. ***323***
НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С РЕДКИМИ ВРОЖДЕННЫМИ АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ (ГЕМИМЕЛИЯ) КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Джураев А.М., Холматов Б.У., Каримов Х.М., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К. ***324***
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВРЕМЕННОГО ЭПИФИЗЕОДЕЗА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ И НЕРАВЕНСТВА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Исматуллаева М.Н., Алимухамедова Ф.Ш. ***326***
ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Джураев А.М., Холматов Б.У., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К. ***328***
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Жуманазаров Л.У. ***329***
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СКОЛИОЗА

Иботов Б.И., Равшанов Ш.Н., Худояров Ф.Р. ***331***
ТЫЛЬНАЯ ЗАКРЫТОУГОЛЬНАЯ КЛИНОВИДНАЯ ОСТЕОТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФРАЙБЕРГА

Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н., Рустамова У.М. ***332***
РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ОССИФИЦИРУЮЩИМ МИОЗИТОМ

Кадыров С.С., Ражабов К.Н., Усмонов Ф.М., Ни Г.В. ***333***
ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА I-II СТЕПЕНИ

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М. ***334***
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М. ***335***
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М. ***337***
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ

Каримов М.Ю., Якубджанов Р.Р., Мадрахимов С.Б., Исмаилов Н.У., Каюмов Дж.Ш. ***339***
ЧАСТОТА ПЕРЕДНИХ БОЛЕЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Каримов М.Ю., Якубджанов Р.Р., Мадрахимов С.Б., Каюмов Дж.Ш., Исмаилов Н.У. ***340***
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Эдилов У.А. ***341***
КОРСЕТОТЕРАПИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Qayumov1 J.Sh., Karimov1 M.Yu. ***342***
YANGI SARS-COV-2 ASSOTSIRLANGAN SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULYAR NEKROZINI ERTA BOSQICHLARDA DAVOLASHDA YANGICHA YONDASHUV

Каххоров А.С., Жонқобилов И.О., Пак В.В. ***343***
ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТАХ, ПОЛУЧИВШИХ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

СОДЕРЖАНИЕ

Климов О.В., Новиков К.И., Сайфутдинов М.С., Ходжанов И.Ю., Мирзамуродов Х.Х., Бари С.М. *344*
ДИНАМИКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЁННЫМИ ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫМ УКОРОЧЕНИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ СЕГМЕНТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Комолкин И.А., Агранович О.Е., Ходжанов И.Ю. *345*
ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОЛАНДА

Кузиев Н.Б. *346*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Мамасолиев Б.М., Ходжанов И.Ю. *347*
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ В УЛУЧШЕНИИ СИМПТОМОВ КОЛЕННОГО ОСТЕОАРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Машарипов К., Атажанов М.Х., Машарипов Ж.К. *350*
СИНОВИАЛЬНАЯ КИСТА КИСТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Махкамов Т.Т., Содиков А.А. *351*
БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДАГИ ИДИОПАТИК СКОЛИОЗ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОДАН КЕЙИНГИ УЗОҚ ВАҚТДАГИ НАТИЖАЛАРИ

Мирзаев А.Г. Арифджанов К.С., Султонов Р.Р. *353*
КОМБИНИРОВАННОЕ УКОРОЧЕНИЕ СУХОЖИЛИЯ ПЕРЕДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ С УДЛИНЕНИЕМ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ ЭКВИНУСЕ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мирзаев А.Г., Арифджанов К.С., Султонов Р.Р. *354*
НАБЛЮДЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫМ СУСТАВОМ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мирдадаев Ж.Ф., Юлдашев А.Ж., Рўзиев Н.Т. *356*
БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН D.NUSS УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ

Мирзамуродов Х.Х., Ходжанов И.Ю., Акрамов В.Р., 3,4Новиков К.И., Климов О.В., Сергеев К.С., Новикова О.С. *358*
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ НАРУЖНОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ И УКОРОЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Мирзамуродов Х.Х., Ходжанов И.Ю., Акрамов В.Р., Новиков К.И., Климов О.В., Сергеев К.С., Новикова О.С. *359*
ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ИЛИЗАРОВУ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ И УКОРОЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Назаров И.Р., Маҳкамов Н.Ж. *360*
СОН СУЯК БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТАХЛИЛИ

Назаров И.Р., Махкамов Н.Ж. *361*
COVID-19ДАН КЕЙИНГИ СОН СУЯГИ БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИДА ТАШҲИСЛАШНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ТАВСИФИ

Nazarova N.Z., Shamukimov Sh.A. *362*
QO‘L TUG‘MA RIVOJLANISH NUQSONLARINI MAMLAKATIMIZ BO‘YLAB UCHRASH EPIDEMIOLOGIYASI

Нарзиқулов У.К. ***364***
БОЛАЛАРДА ТИЗЗА ҚОПҚОҒИ ТУҒМА ЧИҚИШИНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕЦИДИВ ҲОЛАТИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Новиков К.И. , Клинцов Е.В., Сергеев К.С. , Новикова О.С. ***365***
ЛЕЧЕНИЕ ПО ИЛИЗАРОВУ ОСЛОЖНЕНИЙ БИЛАТЕРАЛЬНОГО УДЛИНЕНИЯ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТА С АХОНДРОПЛАЗИЕЙ

Новиков К.И., Шевцов В.И. Клинцов Е.В., Новикова О.С., Жлоба К.И., Булбанов А.О. ***366***
ЭФФЕКТ ОБЪЁМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА КАЧЕСТВО РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ В ПРОЦЕССЕ УДЛИНЕНИЯ ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С АХОНДРОПЛАЗИЕЙ ПО МЕТОДУ ИЛИЗАРОВА

Novikov K.I., Sergeyev K.S.2, Novikova O.S., Klimov O.V., Khodjanov I.Y., Mirzamurodov K.H., Bari S.R. ***367***
ASSESSMENT OF ERRORS AND COMPLICATIONS DURING OSTEOSYNTHESIS WITH AN EXTERNAL FIXATION DEVICE ACCORDING TO ILIZAROV. OBJECTIVE AND SUBJECTIVE FACTORS

Новиков К.И., Сергеев К.С., Новикова О.С., Климов О.В., Ходжанов И.Ю., Мирзамуродов Х.Х., Бари С.М., Комарова Э.С. ***368***
УВЕЛИЧЕНИЕ РОСТА ПО ИЛИЗАРОВУ И ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ОТ ВЕЛИЧИНЫ УДЛИНЕНИЯ И ИСХОДНОЙ ДЛИНЫ УДЛИНЯЕМОГО СЕГМЕНТА

Ниматов Ф.С, Ходжанов.И.Ю, Мамасолиев.Б.М. ***369***
РОЛЬ РЕЛИЗА ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Nurulloev S.O. Akramov V.R., Yusupov S.Yu., Akhmedov Sh.Sh., Khamraev B.U. ***370***
MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE BONES AND SURROUNDING TISSUES IN CHRONIC OSTEOMYELITIS AND TREATMENT WITH LASER OSTEOPERFORATION

Нуруллоев С.О. Акрамов В.Р., Юсупов С.Ю., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У. ***371***
АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Nurimov G.Q., Qadamboyev M.G. ***373***
BILAK VA QO'LNING NEYROGEN DEFORMATSIYALARI: REABILITATSIYA VA JARROHLIK ARALASHUVLARNING AHAMIYATI

Нуримов Г.К., Асилова С.У., Кадамбоева Г.Г. ***375***
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПОЗИЦИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ НА РАЗГИБАТЕЛИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ СТОЙКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Кадамбоев М.Г. ***376***
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Парпиев Ф.М., Каримов К.К., Наимов А.М. ***377***
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Равшанов Ш.Н.., Эргашов М.М., Толочко К.П., Худоёров Ф.Р., Иботов Б.И., Неъматжонов Б.О. ***379***
ЭВАНС ВА ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДА КОМБИНИРЛАНГАН ОПЕРАЦИЯЛАРНИ БИРГАЛИКДА ҚЎЛЛАБ МОБИЛ ЯССИОЁҚ БОЛАЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Расулов М.Р., Хужаназаров И.Э., Ахмедов Х.С. ***381***
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

СОДЕРЖАНИЕ

Ризаев Ж.А., Мансуров Д.Ш. ***382***
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОАРТРИТА И ПРОБЛЕМЫ ЕГО СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА В УЗБЕКИСТАНЕ

Рубцова Е.В., Жданова Е.В. ***384***
ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПОСТКОВИДНОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА

Рузикулов У.Ш. ***386***
ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Рустамов Х.Х. , Ходжанов И.Ю. ***389***
НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ИНВЕРСИОННОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП

Рустамова У.М., Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н. ***390***
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПОСЛЕ COVID-19

Рустамова У.М., Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н. ***392***
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ТАРАННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID -19

Рустамова У.М., Исмаилова М.Х., Хайдарова Г.Б., Салиева Н.И., Мухрумбаева К.З. ***393***
СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Садыков А.А., Мирпаязов О.Х., Муродуллаев А.А. ***394***
АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Тешаев А.А. Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О. ***396***
МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА, СОЧЕТАЮЩЕЕ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ С КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИЕЙ

Тиляков А.Б., Рузиев Н.Т., Журабоев А.А., Юлдашев А.Ж. ***397***
РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ЛОЖНЫМ СУСТАВОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕЙРОФИБРАМАТОЗЕ

Тиляков А.Б., Рузиев Н.Т., Юлдашев А.Ж., Журабоев А.А., Алматов К.Э. Мирдадаев Ж.Ф. ***398***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Umarov X.I., Xodjanov I.Y. ***400***
RIGID YASSI OYOQLIKNING DAVOLASHDA TURLI JARROHLIK USULLARINING QIYOSIY BAHOLASH

Uralboev I.E., Akhmedov Yu.M., Khamdamov M.M., Shadieva Kh.N. ***401***
FEATURES OF CORRECTION OF PECTUS EXCAVATUM (PE) IN GIRLS OF DIFFERENT AGES IN COMPARISON WITH BOYS

Уралбоев И.Э, Ахмедов Ю.М., Хамдамов М.М., Шадиева Х.Н. ***402***
ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕВУШЕК В ПУБЕРТАТНОМ И ПОСТПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДАХ ЖИЗНИ

Uralboev I.E., Akhmedov Yu.M., Shadieva Kh.N., Kuvvatov D.X. ***403***
IDENTITY OF CORRECTION OF PECTUS CARINATUM (PC) IN FEMALES AT ADOLESCENCE AND OLDER AGES

Uralboev I.E., Shadieva Kh.N., Khamdamov M.M. ***404***
A METHOD FOR CORRECTING ACQUIRED KEELED CHEST DEFORMITY USING AN ORTHOSIS AFTER OPEN HEART SURGERY IN CHILDREN

Халимов Р.Д., Джураев А.М. ***405***
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ УКОРОЧЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Хакимов Ш.К., Акрамов В.Р., Мухамедов Б.С. Тешаев А.А., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О. ***406***
РОЛЬ ФЕНОТИПО-ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Хамраев А.Ш., Тугузов Б.Э. ***407***
РЕАКЦИЯ ТКАНЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Хамраев А.Ш., Хамроев Ф.Ш., Турсунов Б.А., Ахмедов А.Э. ***408***
СОН БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИДА БИРЛАМЧИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШНИНГ ПРОФИЛАКТИК ТАМОЙИЛЛАРИ

Хамроев Ф.Ш., Тешаев Ш.Ж., Истамов Б.К. ***409***
СПАСТИК ГЕНЕЗЛИ КОНТРАКТУРАЛАРДА БОЛДИР СОХАСИ МУШАК-СКЕЛЕТ ТИЗИМИ ҲОЛАТИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КЛИНИК ЖИҲАТЛАРИ

Ходжанов И.Ю., Рузикулов У. Ш. ***411***
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИСПЛАЗИИ ВОРОНКООБОРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Xodjanov I.Yu., Umarov X.I. ***413***
YASSIOYOQLIKNING RIGID TURINI DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUV

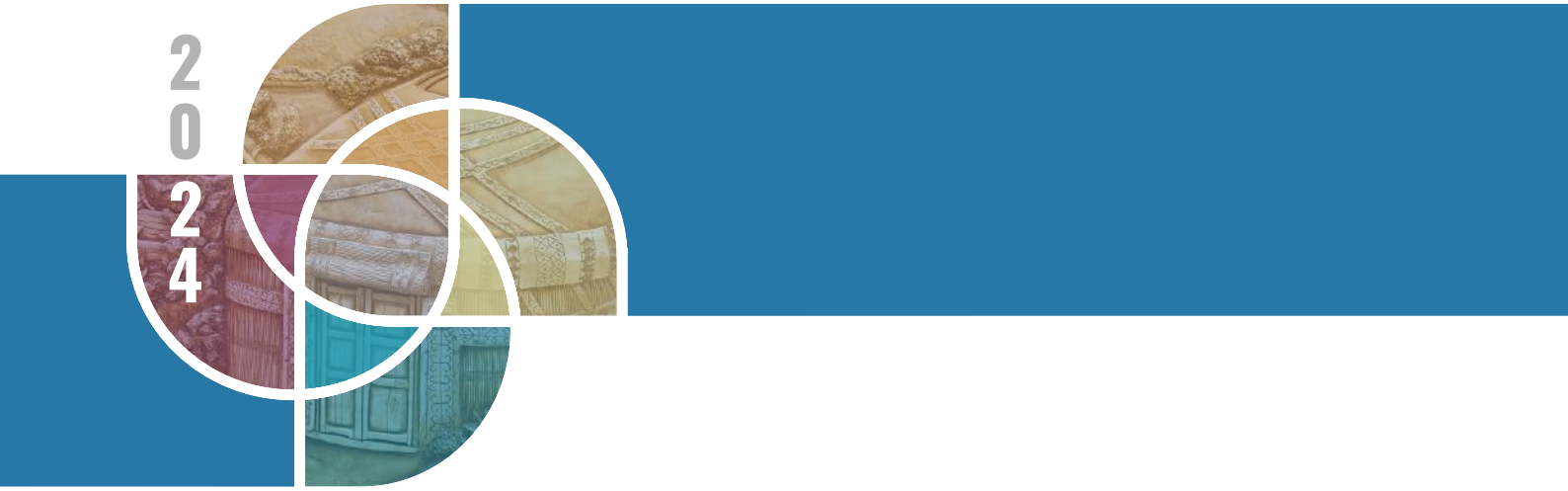
Шамукимов Ш.А., Файзиматов М.А., Турсунова С.А., Садиков С.А., Жалолов Х.А. ***415***
ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Shamukimov Sh., Nazarova N.Z. ***416***
QO‘LNING TUG‘MA RIVOJLANISH NUQSONLARI BILAN BO‘LGAN BOLALARNI PSIXOLOGIK HOLATINI O‘RGANISH

Эшматов М.М., Акбаров Н.Н., Бердикулов С.Х., Гофуров И.Н. ***417***
СОН СУЯГИ БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА СТРОМАЛ МЕЗИНХИМАЛ ЎЗАК ХУЖАЙРАЛАРИ ФРАКЦИЯСИ (SVF) ТЕРАПИЯНИНГ РОЛИ

Юсупова И.А., Джураев А.М. ***418***
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА

Юсупова И.А., Джураев А.М. ***419***
РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ



РАЗДЕЛ 1

ВОПРОСЫ ПЛАНИРОВАНИЯ, ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ И ПРОВЕДЕНИЯ СЛОЖНОГО И РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ

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

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

Цель исследования: Улучшение результатов лечения у пожилых переломах проксимального отдела бедренной кости

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 предоперационным периоде проводилось МСКТ, рентгенденситометрические исследования. Мультислайсная компьютерная томография позволяла определить характер перелома, выбор бедренного компонента эндопротеза (Wagner, Zweimuller, ножки конической формы с дистальной фиксацией), применения 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 проводилось методом двуэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DEXA) на аппарате DMS Group «Stratus» (France, 2011) по стандартной программе на проксимальном отделе бедра. Цифровая рентгенография 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 – Т-критерию, где, величина стандартных отклонений Т-критерия до – 0,1 - норма; величина стандартных отклонений Т-критерия от – 1,0 до – 2,5 - остеопения; величина стандартных отклонений Т-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 тазобедрен-

ного 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 (Zimmer alloclassic) позволяли фиксировать отломки большого вертела лавсаном или проводить проволочный 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 нижнею конечность и проводить активные движения в смежных суставах.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного оперативного лечения были оценены по шкале для тазобедренного сустава Harris. По данной шкале хорошие результаты получены у 16 больных, удовлетворительные в 21 случаях. У одной больной развились пролежни копчико-крестцовой области, из-за позднего обращения больной на оперативное лечение.

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.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДИК

Ахмаджонов О.Н., Абдувахобова Х.Х., Шодиев М.Б.

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

Введение: Тотальное эндопротезирование коленного сустава(ТКА) отличается от других ортопедических операций выраженным развитием послеоперационного болевого синдрома. По данным литературы, от выраженного болевого синдрома в послеоперационном периоде страдают 70-75% пациентов. Неадекватное обезболивание в раннем послеоперационном периоде может существенно повлиять на качество жизни пациента и послеоперационные показатели, вклю-

чая дыхательную функцию, система кровообращения и тромбообразованию. Исходом плохо контролируемого болевого синдрома также могут стать формирование хронической боли, задержка активной реабилитации, увеличение продолжительности и стоимости лечения. Сегодня использование технологий ускоренной реабилитации после тотального эндопротезирования коленного сустава актуально в мировой медицине, поскольку эти технологии сочетают в себе эффективность и экономичность.

В настоящее время доступны следующие методы обезболивания в составе мультимодального подходе в послеоперационном периоде при ТКА: введение интратекальных опиоидов, пролонгированная эпидуральная анестезия, многообъемная инфильтрация местного анестетика, блокада периферических нервов.

Идеальный метод обезболивания должен обеспечивать превосходную анальгезию, сводя к минимуму потребление опиоидов и улучшая реабилитацию. Учитывая перспективу улучшения контроля послеоперационной боли и снижения потребления опиоидов, мультимодальная анальгезия и блокада периферических нервов, представляется многообещающей у больных, подвергающихся ТКА.

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.

Все вышеперечисленные методы обезболивания имеют свои преимущества и недостатки, а тот факт, что на данный момент недостаточно данных для сравнения их эффективности и выбора среди них лучшего для ранней реабилитации больных, оставляет решение проблемы спорным.

Исходя вышеизложенного, мы провели клиническое исследование по эффективности периферической блокады в структуре послеоперационной анальгезии.

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

Задачи исследования: 1. Сравнить эффективность и безопасность разных вариантов послеоперационного обезболивания. 2. Определить потенциал периферической блокады в структуре послеоперационной анальгезии.

Материалы и методы: Работу выполняли в отделении анестезиологии и реанимации клиники в республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии Республики Узбекистан. Объектом исследования стали взрослые пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями коленного сустава, которым была выполнена операция тотального эндопротезирования коленного сустава. Всего исследовали 186 больных с гонартрозом сопутствующими патологиями в разных внутренних органах.

Критерии включения: мужчины и не беременные, не кормящие грудью женщины, возраст 50—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=97) входили больные оперированные под СМА(спинномозговая анестезия) с блокадой периферических нервов нижней конечности для послеоперационного обезболивания (бедренного нерва – ББН и нервов коленного сустава в пространстве между подколенной артерией и задней капсулой колена – iPACK), а во 2-ю группу входили больные получившие СМА (спинномозговая анестезия) с мультимодальной анальгезией в послеоперационном периоде (n=89). В первой группе для блокады использовали как местный анестетик применяли 0,25% раствор бупивакаина или ропивакаина 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 под регионарной анальгезии составила на первые сутки от 0 до 20 мм, а на вторые сутки от 20 до 40 мм, а во 2-й группе интенсивность боли составила от 30 до 60 мм в зависимости от времени введения препаратов мультимодального обезболивания. У 3% пациентов из 1-й группы для дополнительного обезболивания применяли однократно наркотических препаратов на первые сутки после операции. Остальные пациенты из 1-группы получали ненаркотические препараты или НПВП. 100% больные из 2-группы получали препараты наркотические и мультимодальной аналгезии 2-4 раза в 1-сутки. Все больные остались в отделение реанимации в послеоперационном периоде на 1-м сутки для дальнейшего наблюдения, а потом переведены в травматологическое отделение. У 10% больных в 1-группе потребовалась дополнительная коррекция гемодинамических нарушений связанных с кровопотерей, а во второй группе у 45% больных наблюдались гемодинамические нарушения связанные с кровопотерей и назначением опиоидных препаратов. Депрессия дыхания и снижение насыщения 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 связанных с кровопотерей. Тошнота и рвота наблюдались 24% и 65% больных соответственно в 1 и

2-группе. Контроль нарушения мочеиспускания из-за плановой катетеризации оценить было невозможно.

Заключение: Таким образом, периферическая блокада является более 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, обеспечивая достаточную блокаду ноцицептивной импульсации, снизить риск гемодинамических и тромбоэмболических осложнений, позволяет раннюю реабилатицию, сократить расход медикаментов и срок лечения в стационаре. Более предпочтительными являются продленные методики периферической блокады, которые обеспечивают долгое адекватное обезболивание позволяющее снизить потребность в опиоидных анальгетиках, уменьшая потенциальный риск побочных эффектов от их применения.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ КРУПНЫХ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ахмаджонов О.Н., Ахматкулов Э.С., Абдувахобова Х.Х.

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

Цель исследования: Изучать и провести анализ факторов риска развития венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) и результатов внедренных методов их профилактики при эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материал и методы исследования: Проведены анализ результаты применения профилактических мероприятий по предотвращению венозных тромбоэмболических осложнений у 122 больных с патологией тазобедренных и коленных суставов, которым в период 2023-2024 года проводилась их полная замена эндопротезом в клинике РСНПМЦТО. Мужчин было 67 (54,9%), женщин – 55 (45,1%). Возраст пациентов варьировал от 41 до 82 лет, составляя в среднем 65,2±5,2 лет. Коксоартроз в качестве основной причины для проведения эндопротезирования отмечался в 52 (42,6%) наблюдениях, перелом шейки бедренной кости – в 19 (15,6%), асептический некроз головки бедренной кости – в 14 (11,4%), гонартроз – в 37 (30,3%) случаях.

Результаты и их обсуждение Проведение анализ комплексного исследования с включением анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов показало в 78 (63,9%) случаях выявить дополнительные факторы риска, способствующие развитию ВТЭО.

Абсолютное большинство наблюдаемых нами пациентов находились в возрасте 45 лет и выше, которые относятся к группе высокого и очень высокого риска развития ВТЭО. Вторым по значимости фактором риска ВТЭО явилось ожирение, которое отмечалось у 51 (41,8%) пациентов. Сахарный диабет II типа, как предиктор развития тромботических событий, был диагностирован у 13 (10,6%) пациен-

тов. Также у 8 (6,5%) пациентов в анамнезе имелось инфаркт миокарда, инсульт и тромбоз вен нижних конечностей. После предоперационной подготовки все больные были подвергнуты тотальному эндопротезированию. Операции проводились под внутривенной анестезией с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией лёгких (n=5; 4,1%) или спинальным обезболиванием (n=117; 95,9%), средней продолжительностью 93,5±11,5 мин. Всем пациентам проводилась профилактика ВТЭО. В ближайшем послеоперационном периоде в 4 случаях отмечался тромбоз вен подколенного сегмента, а 3 случаев общей бедренной вены и в одном наблюдении – кровотечение из мягких тканей бедра, которое корригировано консервативными мероприятиями. Все пациенты с тромбозом глубоких вен получили стандартный курс консервативной терапии. В отдаленном послеоперационном периоде в двух случаях отмечались летальные исходы из-за прогрессирования сердечной недостаточности, а ещё 2-х – возникла дислокация эндопротеза, по поводу чего пациенту повторно была выполнена операция с удовлетворительным результатом. В отдаленном послеоперационном периоде хорошие результаты были зарегистрированы у 91,8% пациентов, удовлетворительные – у 4,9%. Тромбоэмболии легочной артерии не наблюдалось в послеоперационном периоде. Зарегистрировано 3 (3,1%) летальных исхода, не зависящих от основной патологии и проведенной операции.

Заключение: Несмотря на ряд сопутствующих факторов риска тромбоз глубоких вен, отягощающих общее состояние, в отдаленном периоде операция эндопротезирование тазобедренных суставов дает хорошие результаты и улучшает образ жизни больных с артрозом крупных суставов. Факторы риска венозных тромбоэмболических осложнений встречаются у 63,9% пациентов, что требует проведения профилактических мероприятий по предупреждению венозных тромбоэмболических событий.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ЯҚИН НАТИЖАЛАРИ

Бегалиев Р.М., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Садуллаев О.И., Абдиров А.Б., Ибрагимов Т.К.

У.Холмуратов номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт маркази, Нукус

Йирик бўғимларни тотал эндопротезлаш каби бугунги кундаги юқори технологик операциялар травматология ва ортопедия сохасининг энг долзарб муаммоларининг ечими бўлиб қолмоқда. Йирик бўғимлар артрозларда тотал эндопротезлаш беморлар хаёт фаолиятини тиклашда универсал вариантларидан бири хисобланади. Кундан кунга бу турдаги юқори технологик операцияларни бажарилиш тенденциясининг ортиб бориши, бу мавзунинг нақадар долзарблигини яна бир бора исботлаб турибти.

Йирик бўғимини тотал эндопротезлашда амалиёт бажарилаётган сохадаги атроф тўқималарининг холати жуда катта ахамиятга эга. Йирик бўғими синовиал пардасининг холати эса мазкур сохада бажариладиган тотал эндопротезлаш операциясидан сўнгги кузатиладиган асоратлар ривожланишининг омили сифатида

энг юқори кўрсаткичларга эга (25-32%).

Текширув мақсади: Қорақалпоғистон Республикаси шароитида йирик бўғимларни тотал эндопротезлаш операцияси бажарилган беморларнинг яқин муддатли натижаларини хамкасбларимиз билан бўлишиш.

У.Холмуратов номидаги Руспублика кўп тармоқли тиббиёт марказида 2023-йилда жами 327 та беморда йирик бўғимларни тотал эндопротезлаш операцияси бажарилди. Шундан 246-та беморда чаноқ-сон бўғитмини тотал эндопротезлаш, 81 та беморда эса тизза бўғимини тотал эндопротезлаш операцияси бажарилди. Шундан 172 та эркаклар, 155 таси аёллардир.

Эндопротезлаш операциясидан аввал беморлар қуйдаги текширув усулларидан ўтишди. УҚТ, қон биохимик тахлиллари, коагулограмма, умумий сийдик тахлили, допплерография, ЭКГ, МРТ ва МСКТ текширувлар, УТТ текширувлар, ревматологик синамалар.

Бажарилган операциялар ичида 80% холатда яхши натижалар, 15% қониқарли натижалар, 5% қониқарсиз натижалар олинди. Қониқарсиз натижалар олинган беморларнинг барчасида иккинчи маротаба бўғим ревизияси ва реэндопротезлаш операциялари ўтказилди.

Шундай қилиб чаноқ-сон ва тизза бўғими артрозларида тотал эндопротезлаш операциялари беморнинг тезроқ аввалги актив хаётига қайтаришда оптимал мухим танловларидан бири хисобланади.

ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ АМАЛИЁТИДАГИ БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ

Болғаев А.Б., Рахмонов Т.Т., Жойнаров Ё.У., Ишбуриев Н.Р., Шерматов У.М.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали,
Сурхондарё вилояти кўп тармокли тиббиёт маркази

Сурхондарё вилояти кўп тармокли тиббиёт маркази 1924-йил ташкил топган бўлиб Сурхондарё вилояти аҳолисига хизмат кўрсатиб келмоқда. Клиниканинг жарохатлар оқибати ва ортопедия бўлимида таянч ҳаракат тизимини ўткир шикастлари, туғма ва орттирилган деформация касалликларини замонавий усуллар ёрдамида даволаб аҳолига тиббий ёрдам бериб келмоқда. Ҳозирги кунда юртимизнинг иссиқ иқлим ўлкаларида дегенератив ва дистрофик касалликлар сонини ортиб бориши ва урбанизацияни ривожланишни каслликларни эрта ташхислаш, беморларга дифференциал ёндошув, травматизмни олдини олиш, ўткир шикастларда беморларга шошилинч тиббий ёрдамни тўғри ташкил этиш ва даволаш, реабилитация чора тадбирларни амалга ошириш, ногиронлик ҳолатларини олдини олиш ва беморларни ҳаётга эрта қайтариш травматолог ва ортопедлар олдида турган долзарб вазифаларидан бири бўлиб келмоқда.

Материаллар ва усуллар. Сурхондарё вилояти кўп тармокли тиббиёт маркази жарохатлар оқибати ва ортопедия бўлимида 2023-2024-йиллар давомида бир қанча беморларга жаррохлик амалиёти ўтказилган. Булардан: диспластик коксартроз - 24 та, идиопатик коксартроз билан касалланган - 37 та ва сон суяги бўй-

инчаси синиш ҳолатларида - 20 та беморларга чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлаш жаррохлик амалиёти ўтказилган. Сон суягини синишларида - 27 та беморга БИОС (блокирловчи интрамедулляр остеосинтези) ва 33 та беморларда пластина-шуруплар ёрдамида остеосинтезлаш жаррохлик амалиётлари бажарилган. Шунингдек, болдир суягини синишларида - 14 та беморга БИОС, 17 та беморларда пластина-шуруплар ёрдамида ва 29 та беморга Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтезлаш жаррохлик амалиётлари бажарилган.

Натижаларни муҳокама қилиш: Беморларга ўтказилган диспластик коксартроз - 24 та, идиопатик коксартроз - 37 та ва сон суяги бўйинчаси синиш ҳолатларида - 20 та беморларга чаноқ сон бўғимини тотал эндопротезлаш амалиёти ўтказилган жами 81 та беморни яралари бирламчи битган, жаррохлик амалиётидан кейинги асоратлар кузатлмаган, беморларга 3 суткадан бошлаб қўлтиқ таёқда мустақил юриш тавсия этилган. Сон суягини синишларида 27 та беморлар ва болдир суягини синишларида - 14 та беморга БИОС остеосинтезлаш жаррохлик амалиёти ўтказилган беморларни яраларини битиши бирламчи битган, беморларга 7 кундан бошлаб оёқларига физиотерапевтик муолажалар ва реабилитация қилиш жараёнлари ўтказилган. Шунингдек, сон суягини синишларида 33 та беморлар ва болдир суягини синишларида 17 та беморларда пластина-шуруплар ёрдамида да остеосинтезлаш амалиёти ўтказилган барча беморларда яраларини битиши бирламчи битган, суяк бўлакларини эрта консолидациясига эришиш, контрактура шаклланишини олдини олиш мақсадида 2-2.5 ойгача гипсли фиксация қўйилган. Болдир суягини синиши бўйича 29 та беморга Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтезлаш ўтказилган барча беморларни яралари бирламчи битган, шулардан 2 та беморда 1 ойдан сўнг яра атрофида яллиғланиш белгилари кузатилган. Барча беморлар жаррохлик амалиётидан сўнг 3, 6 ва 12 ой давомида мунтазам қайта кўрикдан ўтказиб турилган ва меҳнат фаолиятини эрта тиклаш имконияти яратилган.

Ҳулоса тарзида оёқ найсимон суякларини синишларида остеосинтезлаш усулларидан фойдаланишда беморни олган жарохати, дифференциал текширув, синиш турлари ва ҳамкор метаболик касалликларини инобатга олиш лозим. Суяк бўлакларини эрта консолидациясига эришиш мақсадида жарроҳлик даволашнинг минимал инвазив ва кам травматик остеосинтезлаш усули танлаш турли хилдаги контрактураларни олдини олиш ва беморни эрта ҳаётга қайтариш имконини яратади.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Валиев О.Э., Тураев Ш.Х., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М.

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

Резюме. Ложный сустав шейки бедренной кости представляет собой тяжёлое поражение области тазобедренного сустава, исходом которого в большинстве случаев является стойкая инвалидизация больных, значительное снижение ка-

чества жизни, нарушение их опороспособности и способности к самообслуживанию. Частое развитие псевдоартроза в указанном сегменте объясняется в первую очередь особенностями трофики проксимального отдела бедренной кости и остеопорозом бедренной кости, что повсеместно наблюдается у пациентов пожилого и старческого возраста. В настоящее время предпочтительным способом оперативного лечения пациентов с псевдоартрозами шейки бедра является эндопротезирование тазобедренного сустава.

Цель исследования - изучение результатов первичного остеосинтеза несросшимися переломами и ложными суставами шейки бедренной.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 51 пациентов, находившиеся на лечении в отделении взрослой ортопедии ГУ РСНПМЦТиО с января 2020 года по февраля 2024г.. По полу пациенты распределены следующем образом: 35 (68,6%) женщин и 16 (31,4%) мужчин. Всем пациентам проводилась стандартная обзорная рентгенография и МСКТ таза.

Пациенты поступали в сроки от 4 месяцев до 2 лет после травмы.Из них до поступления к нам 33 человек лечились консервативно (находились в гипсовом сапожке с деротатором на амбулаторном наблюдении по месту жительства). В 18 случаях был проведен остеосинтез компрессирующими винтами.

Результаты обсуждения. У 18 пациентов причина образование ложного сустава явился не правильной выбор оперативной тактики (поздний и некорректный остеосинтез) который приводил к выраженному рубцовому перерождению мягких тканей в зоне поражения, развитию остеопороза, что, значительно осложняет интраоперационный процесс. Наилучшие результаты были получены у 30 пациентов при первичном эндопротезировании тазобедренного сустава, так как уменьшалась время затрачиваемое на операцию, снижалась травматичность оперативного вмешательства. Анализ результатов оценки функционального состояния тазобедренного сустава в раннем периоде после оперативного лечения показал, что в каждой из исследуемых групп отмечена положительная динамика со значимой разницей между дооперационными и послеоперационными показателями.

Выводы. Таким образом, первичное эндопротезирование тазобедренного сустава позволяет улучшить качество жизни пациентов с псевдоартрозом шейки бедра, за короткий срок реабилитации.

3D–ТЕХНОЛОГИИ ПРИ РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Валиев О.Э., Ступина Н.В., Хакимов А.Д., Абдиев Ш.Ш., Хусанов Ш.Ш.

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

В последние годы аддитивные технологии значительно расширили свою область применения не только в медицине, но и в других областях научно–экспериментального производства, технологии объемной визуализации и 3D – печати применяются как в предоперационном планирование, так и в непосредственном

производстве имплантатов.

В первую очередь аддитивные технологии позволяют моделировать и изготавливать индивидуальные имплантаты, для конкретного пациента с учетом особенностей анатомии и философии оперирующего хирурга. При таком подходе сокращается время предоперационной подготовки, время изготовления индивидуального имплантата, так как мы имеем возможность работы с пациентом дистанционно – при наличии МСКТ или МРТ, возможна работа с виртуальной моделью проблемной зоны данного пациента, таким образом устраняется необходимость в получении физической модели.

Анализ опыта применения в хирургической практике аддитивных технологий выявил значительные преимущества в сравнении с традиционными методами производства: сокращение времени оперативного вмешательства, экономическая эффективность, быстрота изготовления прототипа и конечного продукта, возможность работы с пациентом дистанционно. Однако 3D-прототипирование не рекомендуется для серийного производства медицинской продукции, это инструмент индивидуального подхода к пациенту, требующий тесного взаимодействия хирурга и инженера.

Цель. Разработка и оптимизация высокотехнологичных методик проведения реконструктивных операций индивидуальными имплантатами для восстановления утраченной костной структуры вертлужной впадины на основе методов трехмерного компьютерного моделирования и 3D-печати

Материалы и методы. Исследуемым пациентам проведено хирургическое лечение в объеме ревизионного эндопротезирования тазобедренного сустава с 2023 по настоящее время в условиях хирургического стационара. Всего прооперировано 5 пациентов (2 мужчин, 3 женщины), которые составили исследуемую группу, общее количество пациентов участвующих в исследование планируется довести до 60 человек. Ревизионное эндопротезирование проводилось у пациентов с диагнозом асептическое расшатывание компонентов эндопротеза тазобедренного сустава, классификация дефектов проведена по Paprosky.

В случаях если дефект вертлужной впадины классифицируется как Paprosky III B и тяжелее - возникают показания к изготовлению индивидуального вертлужного компонента. В этом случае возможно применение 3D – технологий для замещения дефектов костей таза индивидуальными имплантатами, напечатанными из медицинского титана LPW-TI64-GD23-TYPE5 по ASTM F136 с помощью технологии 3D-печати.

Оперативные вмешательства проводились с использованием стандартного хирургического инструментария выполнялось без технических сложностей.

В раннем послеоперационном периоде не зафиксировано инфекционных осложнений, или каких-либо дислокаций индивидуальных конструкций. Опыт зарубежных коллег также свидетельствует о возможности использования титана LPW-TI64-GD23-TYPE5 по ASTM F136 и технологии SLS-печати. В публикации M.J. Taunton и соавторов, в серии из 57 больных с диссоциацией тазового кольца у 46 (81%) пациентовиндивидуальные вертлужные компоненты остались без признаков расшатывания и не потребовали ревизионного вмешательства [1, 2].

Заключение. Индивидуальные имплантаты позволяют сократить время реконструктивно-восстановительных операций при тяжелых дефектах вертлужной впадины, поскольку идеально соответствует конфигурации костного дефекта

конкретного пациента [3]. 3D – технологии возможно применять не только для печати индивидуальных имплантатов, но и на предоперационном этапе для планирования хода оперативного лечения, сокращения необходимого операционного инструментария и повышения эффективности ревизионного эндопротезирования, при обширных дефекта вертлужной впадины.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Валиев О.Э., Тураев Ш.Х., Мирзаев Ш.Х.

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

Резюме. Ложный сустав шейки бедренной кости представляет собой тяжёлое поражение области тазобедренного сустава, исходом которого в большинстве случаев является стойкая инвалидизация больных, значительное снижение качества жизни, нарушение их опороспособности и способности к самообслуживанию.

Частое развитие псевдоартроза в указанном сегменте объясняется в первую очередь особенностями трофики проксимального отдела бедренной кости и остеопорозом бедренной кости, что повсеместно наблюдается у пациентов пожилого и старческого возраста. В настоящее время предпочтительным способом оперативного лечения пациентов с псевдоартрозами шейки бедра является эндопротезирование тазобедренного сустава.

Цель исследования - изучение результатов первичного остеосинтеза сросшимися переломами и ложными суставами шейки бедренной кости.

Материалы и методы. Материалом исследования явились 51 пациентов находившиеся на лечении в отделении взрослой ортопедии ГУ РСНПМЦТО с января 2020 года по февраля 2024г.. По полу пациенты распределены следующем образом:35 (68,6%) женщин и 16 (31,4%) мужчин. Всем пациентам проводилась стандартная обзорная рентгенография и МСКТ таза.

Пациенты поступали в сроки от 4 месяцев до 2 лет после травмы.Из них до поступления к нам 33 человек лечились консервативно (находились в гипсовом сапожке с деротатором на амбулаторном наблюдении по месту жительства). В 18 случаях был проведен остеосинтез компрессирующими винтами.

Результаты обсуждения. У 18 пациентов причина образование ложного сустава явился неправильной выбор оперативной тактики (поздний и некорректный остеосинтез) который приводил к выраженному рубцовому перерождению мягких тканей в зоне поражения, развитию остеопороза, что, значительно осложняет интраоперационный процесс. Наилучшие результаты были получены у 30 пациентов при первичном эндопротезировании тазобедренного сустава, так как уменьшалась время затрачиваемое на операцию, снижалась травматичность оперативного вмешательства. Анализ результатов оценки функционального состояния тазобедренного сустава в раннем периоде после оперативного лечения показал, что в каждой из исследуемых групп отмечена положительная динамика

со значимой разницей между дооперационными и послеоперационными показателями.

Выводы. Таким образом, первичное эндопротезирование тазобедренного сустава позволяет улучшить качество жизни пациентов с псевдоартрозом шейки бедра, за короткий срок реабилитации.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОНЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Джураев А.М., Махмудов А.А.

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. В ситуации, когда медицинская практика сталкивается с новыми вызовами, необходимость разработки и оптимизации подходов к лечению постковидного остеонекроза важнее прежде. Открытие потенциально эффективных методов исцеления может улучшить качество жизни пациентов, повысить их подвижность и снизить болевые проявления. В данном контексте активные исследования по лечению остеонекроза кортикостероидами представляют собой надежду на создание оптимальных рекомендаций и терапевтических схем для пациентов, столкнувшихся с этим состоянием. В этой статье мы рассмотрим важность изучения данного подхода и его возможные практические применения для улучшения результатов лечения постковидного остеонекроза. В декабре 2019 года в городе Ухань, Китай, было зарегистрировано заражение COVID-19, вызванное новым коронавирусом. Вскоре это заболевание стало проблемой во всем мире, и после того, как оно затронуло различные страны, ВОЗ объявила его пандемией. Что касается 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. Продолжаются поиски методов диагностики асептического некроза после перенесенной новой коронавирусной инфекции на ранних стадиях и факторов риска его развития. В представленных публикациях обсуж-

дается возможность консервативной терапии в предотвращении прогрессирования процесса при условии начала лечения на ранних стадиях асептического некроза. Длительность пандемии подчеркивает актуальность представленных данных для врачей различных специальностей, которые наблюдают пациентов, перенесших COVID-19.

Цель обзора — обобщение данных литературы о механизмах развития асептического некроза после перенесенной инфекции COVID-19, методах диагностики и лечения на ранних стадиях заболевания.

Материал и методы. В базах данных PubMed, Scopus и электронной научной библиотеке eLIBRARY проведен поиск статей с использованием ключевых слов: COVID-19, остеонекроз, асептический некроз костей. Глубина поиска — 10 лет.

Лечение асептического некроза, связанного с перенесенной COVID-19 инфекцией Своевременное выявление асептического некроза, как осложнения COVID-19 и его лечения глюкокортикоидами, может снизить риск развития запущенной стадии заболевания, которая неизбежно приведет к эндопротезированию сустава. В то же время, если диагноз остеонекроза установлен на ранней стадии (I или II), то 92–97% пациентов не нуждаются в хирургическом вмешательстве [51], а консервативное лечение может завершиться выздоровлением [52]. Основной целью лечения на ранней стадии заболевания, как и в случае с идиопатическим остеонекрозом или вторичным остеонекрозом, не связанным с COVID-19, является снижение болевого синдрома, замедление прогрессирования заболевания, предотвращение коллапса субхондральной кости и восстановление функции сустава. Консервативное лечение ранних стадий асептического некроза после перенесенного COVID-19 позволяет избежать операции эндопротезирования, которая чревата высоким риском развития асептической нестабильности у лиц молодого и среднего возраста.

Заключение. В настоящее время, судя по доступным публикациям, обсуждаются два механизма развития остеонекроза после перенесенного COVID-19: влияние глюкокортикоидов, используемых для лечения инфекции, и вклад непосредственно вируса COVID-19 в нарушение метаболизма костной ткани. В последнем случае развитие остеонекроза обусловлено микротромбозом и нарушением питания костной ткани на фоне прямого повреждения сосудов вирусом или развитием воспаления сосудистой стенки в сочетании с повышением свертываемости крови под влиянием провоспалительных цитокинов, увеличение которых обусловлено иммунным ответом на инфекцию. По общему мнению, снижение частоты остеонекроза и последствий его поздней диагностики (эндопротезирование) может быть достигнуто выполнением в динамике МРТ в интервале 3–6 мес. после перенесенного COVID-19. В то же время не исключается поиск новых предикторов заболевания.

Использованная литература.

1. WHO coronavirus disease (COVID-19) Dashboard. Available from: https://covid19.who.int/table.

2. Leung T.Y.M., Chan A.Y.L., Chan E.W., Chan V.K.Y., Chui C.S.L., Cowling B.J. et al. Short- and potential longterm adverse health outcomes of COVID-19: a rapid review. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):2190-2199. doi: 10.1080/22221751.2020.1825914.

3. Mahase E. Covid-19: What do we know about «long covid»? BMJ. 2020;370:m2815. doi: 10.1136/bmj.m2815.

4. Agarwala S.R., Vijayvargiya M., Pandey P. Avascular necrosis as a part of 'long COVID-19'. BMJ Case Rep. 2021;14(7):e242101. doi: 10.1136/bcr-2021-242101.

СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОДНОСТОРОННЕГО ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

Жураев И.Г[1]., Жалилов Х.М[1]., Холиков А.Б[2]., Нормахматов М.Х.[1]

[1]Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд
[2]Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

Актуальность: В нашей Республике тотальное эндопротезирование продолжает оставаться актуальным вопросом оперативного лечения больных с ДКА. Наряду с положительными результатами ТЭПТБС при оценке результатов лечения пациентов, в котором по методу Harris после 5,1 года эндопротезирования получены в 76,2% отличные и хорошие результатов (Тугизов Б.Э, 2013), имеются проблемы хирургического лечения ДКА у взрослого населения после ТЭПТБС.

Цель исследования. Разработать устройство для низведения головки бедренной кости при одностороннем высоком ВВГБК и одностороннем ДКА IV степени.

Разработать комплексный способ хирургического лечения одностороннего высокого ВВГБК и одностороннего ДКА IV степени на основе анализа клинических, рентгенологических, в том числе, МРТ и МСКТ данных обследования ТБС пациентов.

Материалы и методы: Нами было разработано устройство для низведения головки бедренной кости при одностороннем врождённом высоком вывихе бедра и одностороннем ДКА 3–4 степени (патент 2021107709). Разработанное устройство основано на дозированной тракции, обеспечивая эффективность хирургического лечения. Использование устройства позволило снизить долю неудовлетворительных результатов, достигается выравнивание длины конечности, уменьшается время оперативного лечения.

Разработанный двухэтапный комплексный способ лечения одностороннего врождённого высокого вывиха бедра и одностороннего диспластического коксартроза 3–4 степени (патент 2021107710) заключающийся в низведении головки бедренной кости на первом этапе и в выполнении на втором этапе операции ТЭПТБС.

Данное устройство и метод лечения был применен нами с 2012 по 2022 года на 41 пациенте, с положительными результатами в 96,5%.

Для оценки боли, функциональной активности и качества жизни пациентов была использована шкала Харриса в течение всего периода послеоперационного наблюдения. Оценку (в баллах) проводили отдельно для мужчин и женщин в сроки 1, 2, 3, 6 мес., а также через 1, 1,5, 2 и 3 года после хирургии. При оценке боли и функции у пациентов с односторонним высоким ВВГБК и односторонним ДКА IV степени через месяц после ТЭПТБС выявлено, что средний показатель Харриса в группе составил 71,52 ± 0,58 балла, через 2 мес. – 76,96 ± 0,61 балла, через 3 мес. – 82,0 ± 0,99 балла, через 6 мес. – 87,07 ± 0,77 балла, через год – 93,65 ± 0,64 баллов.

Через 1,5 года, 2 года и 3 года суммарные показатели Харриса были оценены 91,5 ± 2,4; 95,67 ± 0,33; 95 ± 0,57, соответственно.

Выводы:

1. При восстановлении длины конечности с укорочением более 4 см эффективным методом является двухэтапное эндопротезирование тазобедренного сустава. Для реализации первого этапа разработано устройство для изведения головки бедренной кости до анатомической области вертлужной впадины, использование которого при выраженных контрактурных изменениях мышц эффективно для последующего этапа эндопротезирования. При использовании разработанного устройства после проведения дистракции не выявлено сосудистых и неврологических послеоперационных осложнений.

2. Для достаточной стабилизации и достижения оптимального внутрисуставного напряжения ТЭПТБС в случаях высокого врождённого вывиха бедра и ДКА III–IV степени необходимо осуществлять поэтапно с предварительным низведением бедра до анатомической области вертлужной впадины с последующим ТЭПТБС, что было достигнуто при разработке нашей новой методики двухэтапного хирургического лечения.

Разработанная и предложенная методика хирургического лечения высокого врождённого вывиха бедра и ДКА III–IV степени позволила достичь положительных результатов в 96,5% случаев.

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОДНОСТОРОННЕГО ВЫСОКОГО ВЫВИХА БЕДРА И ОДНОСТОРОННЕГО ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА ТЯЖЁЛОЙ СТЕПЕНИ

Жураев И.Г.[1], Жалилов Х.М.[1,2], Холиков А.Б[2]., Зугурова Д.[4]

[1]Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд
[3]Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд

Актуальность: В мире каждый год выполняется около 2 млн операций ТЭПТБС. Однако, если ТЭПТБС относительно стандартизовано при первичном коксартрозе, то при диспластическом ТБС разнообразные варианты нарушений сопряжены со значительными тактическими и техническими трудностями, что требует от хирурга поиска новых решений техники оперативного лечения и расширения арсенала использования конструкций.

Целью нашего исследования: На основании данных об операциях и пациентов, провести анализ отдаленных результатов комплексного хирургического лечения одностороннего высокого вывиха бедра и одностороннего диспластического коксартроза тяжелой степени, провести сравнительный анализ полученных нами отдаленных результатов.

Материалы и методы: Нами были изучены отдаленные результаты 82 больных с диагнозом односторонний ДКА III, IV степени, наблюдаемые нами с 2012 по 2022 года, прооперированные по разработанной нами двухэтапной методике,

при которой на первом этапе мы устанавливали аппарат Маматкулова, который создавал комфортные условия для низведения головки бедра до уровня анатомической впадины, а на втором этапе проводили демонтаж аппарата с проведением стандартного тотального эндопротезирования.

Из 82 пациентов мужчины составили 20%, женщины 80%, отношение мужчин к женщинам 1:4.

Для оценки отдаленных результатов была использована шкалы Харриса применяемая нами в сроки 6 мес., 1, 1,5, 2 и 3 года после хирургического лечения. При оценке боли и функции у пациентов с односторонним высоким ВВГБК и односторонним ДКА IV степени через 6 мес. составила 87,07 ± 0,77 балла, через год – 93,65 ± 0,64 баллов, через 1,5 года, 2 года и 3 года суммарные показатели Харриса были оценены 91,5 ± 2,4; 95,67 ± 0,33; 95 ± 0,57, соответственно.

Результаты исследования: У 2-х пациентов были выявлены изменения в костной ткани в области крепления чашки эндопротеза, у 6 пациентов в области кортекса диафиза возле ножки эндопротеза. Своевременное назначение остеотропной терапии способствовало стабильности ТЭПТБС. Разработанная и предложенная методика хирургического лечения одностороннего высокого врождённого вывиха бедра и ДКА 3–4 степени позволила достичь положительных результатов в 96,5% случаев.

Для сравнения нами был проведен анализ отдаленных результатов стандартного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с подвертельной резекцией. Были оценены при обследовании 148 пациентов через 1, 2 и 3 года после хирургического лечения. Пациенты по клиническим показателям показали достоверное уменшение болевого синдрома, увеличение объема движений и улучшение походки в 93% случаев, что на 3,5% меньше, чем при нашей методике.

Заключение: При изучении отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с односторонним высоким вывихом бедра и односторонним диспластическим коксартрозом тяжелой степени и укорочением более 4 см мы пришли к выводу, что эффективным методом является двухэтапное эндопротезирование тазобедренного сустава. Разработанная и предложенная методика хирургического лечения высокого врождённого вывиха бедра и ДКА III–IV степени позволила достичь положительных результатов в 96,5% случаев, что на 3,5% выше, чем при стандартном лечении пациентов с данной патологией.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ОСТЕОАРТРОЗИДА СИНОВКАПСУЛЭКТОМИЯ БИЛАН БИРГАЛИКДА ТИЗЗА БЎҒИМИНИ ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ (БИЗНИНГ ТАЖРИБАМИЗ)

Ирисметов М.Э., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Йирик бўғимларни тотал эндопротезлаш каби юқори технологик операциялар травматология ва ортопедия сохасининг энг долзарб муаммоларининг ечими бўлиб қолмоқда. Йирик бўғимлар артрозларда тотал эндопротезлаш беморлар хаёт фаолиятини тиклашда универсал вариантларидан бири хисобланади. К у н -

дан кунга бу турдаги юқори технологик операцияларни бажарилиш тенденциясининг ортиб бориши, бу мавзунинг нақадар долзарблигини яна бир бора исботлаб турибти. Тизза бўғимини тотал эндопротезлаш йирик бўғимларда бажариладиган артропластика жаррохлик амалиётлари ичида бўкса бўғимини эндопротезлашдан кейин иккинчи ўринни эгаллайди.

Тизза бўғимини тотал эндопротезлашда амалиёт бажарилаётган сохадаги атроф тўқималариннг холати жуда катта ахамиятга эга (тизза бўғими ён коллатерал боғламлари, бутсимон боғламлар, тизза бўғимининг хусусий боғлами, синовиал парда, Гофф танаси ва бошқалар). Тизза бўғими синовиал пардасининг холати эса мазкур сохада бажариладиган тотал эндопротезлаш операциясидан сўнгги кузатиладиган асоратлар ривожланишининг омили сифатида энг юқори кўрсаткичларга эга (25-32%).

Тизза бўғими синовиал пардасининг холатига қараб тизза бўғимини тотал эндопротезлаш операцияси вақтида мазкур юмшоқ тўқимани тўлиқ олиб ташлаш операциядан кейин бўлиши мумкин бўлган асоратлар сонини қисқартиради.

Текширув мақсади: Тизза бўғимини тотал эндопротезлаш операцияси вақтида тотал синовкапсулэктомияни бажариш орқали операциядан кейинги кузатиладиган асоратларни камайтириш.

РИТОИАТМ да 2023 йилда 336 та турли этиологияли тизза бўғими остеоартрози билан беморларга тизза бўғимини тотал эндопротезлаш операциялари бажарилди. Бу беморлар бирламчи деформацияловчи гонартроз, постравматик гонартроз, ревматоидли полиартрит (бўғим тури) асорати сифатида ривожланган иккиламчи гонартроз, сон суяги дистал охири ва катта болдир суяги проксимал охири асептик некрозлари (постковид синдроми) натижасида ривожланган идиопатик гонартрозлар туфайли бизга мурожаат қилиб келишган.

I гурух: синоввкапсулэктомия қилингмаган беморлар.

II гурух: синовкапсулэктомия қилинган беморлар

Эндопротезлаш операциясидан аввал беморлар қуйдаги текширув усулларидан ўтишди. УҚТ, қон биохимик тахлиллари, коагулограмма, умумий сийдик тахлили, допплерография, денситометрия, қонда витамин-Д миқдори, ЭКГ, ЭхоКГ, МРТ ва МСКТ текширувлар, УТТ текширувлар, ревматологик синамалар.

Хулоса: Тизза бўғимини эндопротезлаш операциясидан олдинги даврда тизза бўғимини УТТ, МРТ текширувларини ўтказган холда, тизза бўғими юмшоқ тўқималарининг ҳолатини аниқлаган холда аввалдан операцияни режалаштириш имконини беради. Операциядан олдинги текширув натижаларида синовиал халтанинг қўпол дағаллашуви, ревматологик синамалар ва ЭЧТ нинг узоқ вақт давомида юқори кўрсаткичларда бўлиши эндопротезлаш операцияси жараёнида синовкапсулэктомия амалиётини хам амалга оширишга кўрсатма бўлади ва бу ўз навбатида эндопротезлашдан кейинги яллиғланиш асоратлари хавфини камайтиради.

ИНТЕРОПЕРАЦИОННОЕ ПРЕЦИЗИОННОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТОЧКИ РИММИРОВАНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЕ

Ирисметов М.Э., Хакимов А.Д., Ступина Н.В., Валиев О.Э., Мамадалиев И.У.

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

Диспластический коксартроз это особый вид дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава, проявляющийся деформацией, дезорганизацией и пространственным несоответствием всех его компонентов и структур. При планировании операции у больных с диспластическим коксартрозом, для правильной ориентации имплантов, необходимо предоперационное использование данных рентгенологического, МСКТ-исследований и ориентированого на точку риммирования во время операции специального устройства до установки вертлужного компонента эндопротеза. Получение хороших функциональных результатов может быть обеспечено правильным выбором эндопротеза и восстановлением анатомии тазобедренного сустава. Внедренное в научную работу устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями при диспластическом коксартрозе - «угломер», было использовано нами во время хирургического лечения в качестве ориентира на точку риммирования истинной вертлужной впадины при установке импланта вертлужного компонента у 50 больных.

Цель исследования: инструментальная диагностика с использованием МСКТ и специального устройства для определения угла между плоскостными образованьями.

Материалы и методы: Предоперационное планирование проведено у 50 больных, обратившихся в отделение взрослой ортепедии. При выборе метода эндопротезирования которых применялась инструментальная диагностика с использованием МСКТ и специального устройства для определения угла между плоскостными образованьями.

Способ с использованием угломера осуществлялся следующим образом: Предварительно определяют на МСКТ угол градуса истинной вертлужной впадины (от 40° до 60°), настраивают устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями и определения точки риммирования истинной вертлужной впадины при диспластическом коксоартрозе. Для этого на транспортире, выполненным с угломерной шкалой 60° концом, с нулевым градусом, закрепленным на стержне, и другим – установленным в муфте, выводят необходимый угол, крепят его с помощью муфты для транспортира в П-образной прорези пластины, на которую нанесена мерная шкала, фиксирующим винтом отверткой; и производят стерилизацию.

Результаты исследования: Под спинномозговой анестезией пациента укладывают на здоровый бок. После чего, нижнюю конечность (от кончиков пальцев до гребня os ilium) трёхкратно обрабатывают 2% раствором йода и 96% раствором спирта. При оперативном лечении диспластического коксартроза проводят разрез по Хардингу длиной 8-10 см. от верхушки большого вертела выше на 2-4 см, продолжая над средней линией большого вертела и заканчивают на 2-4 см ниже основания большого вертела.

Осуществляют пошаговое рассечение кожи, подкожной клетчатки и fasciae latae, при этом важно обеспечить эффективный контроль кровотечения. Выполняют разрез фасции, продвигаясь по направлению волокон. Затем, сухожильную часть m. gluteus minoris отделяют от её точки крепления к trochanter major. Далее, разрезают капсула сустава. Капсулу сустава вскрывают. Ассистент проводит вращение и поднимает бедро в наружном направлении, чтобы полностью вывихнуть головку бедренной кости. После, маятниковой пилой распиливают шейку бедренной кости на уровне линии Адамса, и полностью удаляют головку бедренной кости и капсулу сустава. Заранее простерилизованное в автоклаве устройство для измерения угла между плоскостными анатомическими образованьями вставляют так, чтобы ось чашки эндопротеза с поворотом кнутри до фронтальной плоскости, то есть угол антеверзии, максимально приближалась к нулю и определяют точку для сверления. Стержень по центру выполненный с прорезью крепят муфтой и фиксирующим винтом в П-образной прорези пластины медицинской отверткой. Шилом помечают место точки риммирования. После чего, устройство извлекают. Далее, обрабатывают ацетабулярную впадину (остатки lig. teres и изменённого хряща удаляют с помощью шаровых фрез). После этого, определяют размер ацетабулярного компонента эндопротеза.

Выводы: Устройство было использовано у 50 больных с диспластическим коксартрозом. Оно позволило, не травмируя, точно и стабильно во время операции ориентироваться на правильную установку вертлужного компонента соответствующего размера, градус и точку риммирования истинной вертлужной впадины. Использование устройства обеспечено доступностью расходного материала, низкой ценой, простатой выполнения, расширенными возможностями для определения точки риммирования истинной вертлужной впадины при диспластическом коксратрозе.

ULTRA-FAST CUSTOM MADE CONNECTING IMPLANT FOR INTER- AND PERIPROSTHETIC FRACTURES ON BASIS OF A MODULAR STANDARD KNEE AND TUMOR SYSTEM

Kistmacher Harald

K-implant GmbH, Germany

Due to an increasingly aging population in combination with good prosthetic care that has been in place for years, the increase in the number of periprosthetic and interprosthetic fractures is a fact and poses a particular challenge for the traumatologist.

Although there are good mega- / tumor-protheses for the treatment of such cases, they are associated with a long surgical time and thus comparatively high surgical risks for the patient. For this reason, it makes sense, especially in the case of older patients, to find a better and gentler solution with a shorter operating time.

In these interprosthetic fractures, both implants are not always loosened: It can make sense to leave good ingrown implants in situ in order to avoid the additional risks of replacement surgery.

For this purpose, tailor-made connecting implants can be used, which connect a standard implant construction kit with the firmly anchored implant. Such a compound

is a custom-made product, but it usually has a production time of several weeks. A period of time that the old patient does not have without significantly reducing his chances of success.

The speech presents possible solutions of a universal connector system, which is able to enable the provision of a tailor-made implant within 24 to 72 hours by means of prefabricated components. One side of the connector is intended for the existing standard implants, the other side is universally open for any third-party implants. Principles and case studies are shown.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

Маматкулов О.Х.

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

Актуальность. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в настоящее время является наиболее популярным хирургическим вмешательством при лечении поздних стадий дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава, поэтому ожидается дальнейший повсеместный рост числа таких операций. Вывихи головки эндопротеза являются частым и трудным для лечения осложнением тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Вывихи также являются одной из наиболее частых причин выполнения ревизионных операций С каждым днём возникает необходимость в более точном индивидуальном предоперационном планировании эндопротезировании тазобедренного сустава, т.е. выборе вида и размеров компонентов эндопротеза. Тотальное эндопротезирование продолжает оставаться актуальным вопросом оперативного лечения больных с диспластическим коксартрозом. Тотальное эндопротезирование пациентов с диспластическим коксартрозом может привести к неблагоприятным отдаленным результатам лечения и, как следствие, к раннему ревизионному эндопротезированию. Возникает необходимость в более точном индивидуальном предоперационном планировании тотальной эндопротезирование, новые подходы, возмещение дефекта вертлужной впадины, выборе и размеров компонентов эндопротеза.

Цель исследования. Цель исследования – оптимизация тотального эндопротезирования тазобедренного сустава пациентов с диспластическим коксартрозом при возмещении дефекта вертлужной впадины с использованием аутотрансплантата и костного цемента.

Материал и методы исследования. Исследования проводили в нашем центре пациентов с диспластическим коксратрозом в период 2012-2022 гг. Методика пациентов обследования с поражением тазобедренного сустава включает в себя комплекс методов: клинический, рентгенологический, функциональный, лабораторный, денситометрический, биомеханический и компьютерную томографию. После этих комлексных исследований определяется цель нашего исследования - оптимизация тотального эндопротезирования тазобедренного сустава пациентов с диспластическим коксартрозом при возмещении дефекта вертлужной впадины с использованием аутотрансплантата и костного цемента. В нашем центре

лечение диспластического коксартроза 3-4 стадий в положении подвывыха бедра, при скощенности крыщи и неортрозе осуществляется пластика крыщи, а потом производится тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Лечение диспластических коксартрозов 3-4 стадии с врождённым подвывыхе бедра возникло проблема тотального эндопротезирование, так как при этом наблюдалось укорочение конечности от 2 до 4 см и контрактура суставов. При ходе операции с ДКА 3-4 стадии тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов возникла проблема из-за дефицита крыши вертлужной впадины неустойчивость и нестабильность имплантата, то есть чашки эндопротеза. В нашем центре мы использовали 2 вида способ лечения пластики дефицита вертлужной впадины: 1) Способ замещения дефицита крыши вертлужной впадины аутотрансплантатом. 2) Способ замещения дефицита крыши вертлужной впадины костным цементом. Задачей обеих способов лечения является замещение дефицита крыши вертлужной впадины, стабильность чашки эндопротеза и тем самым восстановление объём движении в тазобедренном суставе, устойчивость и опороспособность конечности на долгие годы.

Выводы: При обследовании пациентов отдалённых результатов тотального эндопротезирования показал достоверное уменшение болевого синдрома, устранение укороченной конечности, увеличение объёма движений и улучшение походки. Через 6 месяцев после тотального эндопротезирования, многие пациенты не отмечали болевых синдромов при ходьбе, движениях, или он носил периодический характер при передвижении на длительные расстояния, либо после продолжительных физических нагрузок. Анализы отдалённых результатов показали тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, что подверждает правильную теоретическую обоснованность и высокую эффективность комплексного лечения диспластического коксартроза и положительные результаты эндопротезирования.

ВЫБОР МЕТОДА ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ КОКСАРТРОЗАХ

Мирзаев Ш.Х., Гаипов З.А.

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

Актуальность: Диспластический коксартроз является тяжелой врожденной патологией опорно-двигательной системы человеческого организма, приводящий к глубокой инвалидности. Лечение этой патологии остается одной из актуальных проблем современной ортопедии. На сегодняшний день самым эффективным и радикальным методом лечения диспластического коксартроза является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Существенное изменение анатомической формы и взаимоотношение суставных концов костей сужает возможности проведения стандартного эндопротезирования и не позволяет в полной мере использовать метод у больных с данной патологией, что обусловило формирование ряда вопросов, связанных с особенностями эндопротезирования тазобедренного сустава в условиях диспластически от образованно-

го сустава. Эндопротезирование диспластического коксартроза при его 3-4 степени требует у ортопеда большого опыта и навыков оперативного лечения больных с данной патологией. Важным условиям успешного эндопротезирования является предоперационное планирование и рациональный выбор имплантата в зависимости от метода эндопротезирования.

В настоящей время существует разные методы предоперационного планирования. Оно может проводится готовой компьютерной программой или с использованием индивидуальных шаблонов. Имплантация искусственного сустава в истинную вертлужную впадину и правильный выбор оптимального размера эндопротеза способствуют его к долговечности увеличению срока выживаемости и уменьшению количества механических осложнений. Для планирования бедренного компонента эндопротеза обязательно необходимо учитывать степень смещения головки по отношению вертлужной впадины. При дисплазии I-II-III ст. по Crowe можно оперировать одномоментно и обычным способом. При дисплазии IV ст. по Crowe из-за смещения головки больше, чем 4 см, традиционнқе подходқ к оперативному лечению могут привести к осложнениям в виде пареза или невралгии малоберцового нерва.

Цель исследования: оценить качество жизни больных до и после эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с IV степенью дисплазии по Crowe.

Материалы и методы. В клинике РСНПМЦТО с 2006 по 2016 год пролечено 165 больных с диспластическим коксартрозом III-IV ст. Из них у 75 больных был двусторонний диспластический коксартоз. У 34 больных было произведено двустороннее эндопротезирование тазобедренного сустава, всего у 165 больных произведено 182 операции. Средний возраст больных составляет 34 г. Женщин - 144 (87,3%), мужчин - 21 (12,7%).

Всем больным были проведены: обзорная рентгенография и МСКТ таза. На основании этих данных было проведено предоперационное планирование. Учитывая, что имелось гипопластическое состояние вертлужной впадины были применены бесцементные чашки малого типоразмеров с пластикой крыши вертлужной впадины или без неё.

Результаты и обсуждение. Эндопротезирование тазобедренного сустава осуществляли из переднебокового доступа в положении пациента на операционном столе на противоположенном боку. Продолжительность операции в среднем 1 час 35 мин. Больным в послеоперационном периоде гемотрансфузия не проводилась. У всех больных операционные раны зажили первичным натяжением, инфекционных осложнений мы не наблюдали. У 2 больных I гр. было осложнение – в виде пареза малоберцового нерва.

После проведенного неврологического лечения через 6-7 месяцев объем движений в стопе был восстановлен.

Результаты операций оценены по шкале Харриса:

I гр. – в среднем 86 баллов по Харрису.

II гр. - в среднем 77,3 баллов по Харрису.

III гр. - в среднем 60 баллов по Харрису.

Выводы. Учитывая вышеперечисленные моменты, можно сделать вывод, что при эндопротезировании больных с дисплазией 4 степени по Кроу, оптимальным методом является – одноэтапное эндопротезирование с применением подвертельной укорачивающей резекцией.

Использование расчетов в предоперационном планировании предотвратило интраоперационные и ранние послеоперационные осложнения.

ТАКТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Кахрамонов С.К.

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

Актуальность: Наиболее частым повреждением тазобедренного сустава является посттравматический коксартроз. Он возникает, преимущественно, у мужчин в молодом и среднем возрасте, что определяет социально-экономическую значимость данной проблемы.

Разработано, описано в литературе и внедрено огромное количество вариантов оперативного лечения переломов при посттравматическом коксартрозе, однако вопрос по-прежнему остается открытым. Отмечено, что показатель выхода на инвалидность у оперированных больных практически в три раза ниже, чем у пролеченных консервативно.

Цель исследования: изучить результаты применения различных способов оперативного лечения больных с посттравматическим коксартрозом.

Материалы и методы. За период 2020-2024 г.г. в отделении последствий травм прооперировано 129 пациентов с посттравматическим коксартрозом. Причиной травм в 76% случаев явились дорожно-транспортные происшествия, в 24% случаев - кататравмы. Возраст прооперированных пациентов варьировал от 35 до 70 лет (в среднем 40-55). Из них пациентов мужского пола - 105 (81%), женского – 24 (19%).

Исследуемыми критериями при проведении анализа являлись демографические показатели пациентов (количество, возрастной состав), срок, прошедший от травмы до проведения тотального эндопротезирование, 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 4 лет после операции изучены у 97 (75%) 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 73 (75%) больных, хорошие – у 16 (17%) и удовлетворительные – у 8 (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 посттравматическим коксартрозом с применением тотального эндопротезирования..

Выводы. Эндопротезирование при посттравматическом коксартрозе с массивным дефектом задневерхнего края вертлужной впадины 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.

ВИЛОЯТ КЎП ТАРМОҚЛИ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ШАРОИТИДА ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМЛАРИДА ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Мирзаев Ш.Х.[1], Дурсунов А.М.[1], Андакулов Э.Б.[2], Жумаев Ж.М.[2]

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази[1], Тошкент,
Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Қашқадарё вилояти филиали[2], Карши

Ишнинг мақсади: Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази травматологи ва ортопедия бўлими шароитида чаноқ – сон бўғимларини тотал эндопротезлаш операциялари ва натижалари.

Материал ва текшириш усуллари: Чаноқ-сон буғимини эндопротезлаш амалиёти бу – Травматология ва Ортопедия соҳасидаги юқори технологик операция усулларидан бири. Бугунга келиб Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт марказида ва Республикамизнинг бир қанча клиникаларида бу амалиёт бажариб келинмоқда. Шунингдек, Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Қашқадарё вилоят филиалида ҳам бу амалиёт 2018 – йилдан буён амалга оширилмоқда. 2023 – йилда жами – 128 та беморда бу амалиёт бажарилган бўлиб, шулардан 61 та (48%) аёл киши, 67 та (52%) эркак кишини ташкил қилади. Беморларнинг 92 тасида (72%) идиопатик ва 36 тасида (28%) диспластик коксартроз III – IV – даражаси тасдиқланган. Беморларнинг ўртача ёши 56 тани ташкил қилади.

Натижалар: Чаноқ – сон бўғимида тотал эндопротезлаш амалиёти бажарилган беморларда операциядан кейинги натижалар 120 та (94%) беморда “аъло” натижа (оғриқларнинг бутунлай йўқолиши, ҳаракат ҳажмининг ошиши, нисбий калталикнинг бартараф этилиши), 4 та (4,5%) беморда “яхши” натижа (оғриқларнинг кескин камайиши, ҳаракат ҳажмининг нисбатан ошиши, нисбий калталикнинг сезиларли даражада тенглаштирилганлиги) ва 1 та (1%) беморда “қониқарли” натижа (оғриқларнинг нисбатан камайиши, ҳаракат ҳажми чегараланишининг бироз сақланиб қолиши, нисбий калталикнинг қисман тенглаштирилиши ва ўтирғич нерви невропатияси) ларга эришилди. Операция ўтказилган беморларнинг бирортасида жароҳатнинг иккиламчи битиши, эндопротез ностабиллиги, пери ва парапротез инфекцияси каби асоратлар кузатилмади.

Хулоса: Травматология – ортопедия йўналишидаги юқори технологик опе-

рация усулларидан бўлган – чаноқ – сон бўғимларида тотал эндопротезлаш амалиётини Республикамизнинг бир қатор марказ ва клиникалари каби Қашқадарё вилоят кўп тармоқли маркази доирасида ҳам бўлим ходимлари томонидан ўзлаштирилди ва кенг йўлга қўйилди. 6 йиллик тажриба шуни кўрсатдики, Марказ вилоят филиалининг моддий техника базаси, ётоқ ўринлар ва кадрлар сонини оширишни талаб этади. Бу эса ушбу амалиётнинг вилоят доирасида янада кенгроқ амалга оширилишига имкон яратади ва беморларга ҳар томонлама қулайликлар яратади.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ИСХОД У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ

Расулов М.Р.[1], Хужаназаров И.Э.[1,2], Ахмедов Х.С.[2], Мухаммадов Ж.И.

Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии[1], Ташкент
Ташкентская медицинская академия[2], Ташкент

Одной из основных проблем после эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с аутоиммунными заболеваниями, в частности с ревматоидным артритом является вопросы прогрессирования основного заболевания на фоне которого ухудшаются функциональные возможности суставов. Это часто связано с неадекватным ответом иммунной системы на имплант. Как известно, на фоне иммунологических сдвигов происходит экспрессия провоспалительных цитокинов, в частности фактора некроза опухоли – α (ФНО-α), способствующий к прогрессированию деструктивных изменения в суставах. Поэтому изучение эффективности ингибиторов (ФНО-α) на фоне эндопротезирования у больных ревматоидным артритом представляет практический интерес.

Цель. Оценить эффективность влияния ингибитора ФНО-α адалимумаба на функциональный возможности суставов у больных с ревматоидным артритом после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материалы и методы. К исследованию были привлечены 55 больных РА, перенесшие ЭПТС. Возраст больных составил 34,4±3,5 лет. Больные были распределены на две группы. 1-ю группу составили 40 больных РА, получившие адалимумаб 40 мг подкожно один раз в две недели в течение 3-х месс на фоне традиционной терапии (метатрексат 7,5-15 мг в неделю). 2-ю группу составили 15 больных, получавшие только традиционную терапию. Больные между группами были распределены приблизительно одинаково с учетом возраста, степени активности заболевания. Для объективной оценки эффективности использовали рекомендации EULAR, оценивая улучшение в %, в соответствии с ACR, а также для оценки функционального статуса - индекс состояния здоровья по анкете Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Результаты. Влияние проводимыми нами вмешательств на функциональный исход показал определенные различия между группами. Так, динамика по критериям ACR 50 имели между группами достоверную разницу к концу 8 нед, поскольку улучшение было отмечено у 52,5% 1-й группы и у 20 % 2-й группы

(p<0,01). Этот эффект сохранялся с 5-й по 12-й нед исследования (у 62,5% пациентов 1-й группы, у 40% пациентов 2-й группы (p=0,031). К концу 12 недели вмешательств минимальный эффект по показателям HAQ в рамках 0,22≤ΔHAQ≤0,36 было отмечено 80% у 1-й группы, 46% у 2-й группы (p<0,05). К концу 8 недели динамика функционального статуса была заметной и у больных 1-й группы уже преобладала как удовлетворительный эффект в рамках 0,36≤ΔHAQ<0,80 – 50% (p<0,05), так выраженный эффект в рамках функционального статуса ΔHAQ≥0,80 – 15% (p<0,01). Это тенденция сохранилась и к концу 12 недели, поскольку у 1-й группы по сравнению со 2-й группы почти 8 раз (p<0,001) больше отмечается выраженный эффект ΔHAQ≥0,80.

Вывод: Использование ингибитора ФНО-α адалимумаба у больных с РА после ЭПТС достоверно обеспечивает стойкий ACR 50 ответ и достоверно улучшает функциональные возможности суставов.

ДВИГАТЕЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Рузибоев Д.Р., Саидов Э.Х., Расулов Г.М., Нуримов Г.К., Кадамбоев М.Г.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: На сегодняшний день в зависимости от увеличения доли старших поколений среди населения частота встречаемости патологии коленного сустава, как в ревматологической и также в дегенеративно-дистрофической форме встречается в значительно высоких показателях.

Многие авторы расскажут в своих публикациях о развитии технологии операции эндопротезирования крупных суставов. Однако, несмотря на увеличение, числа операций и улучшение качества техники операции, у большинства больных после эндопротезирования коленных суставов на практике мы можем увидеть функциональные нарушения в коленном суставе в виде контрактур, хронических болях в послеоперационном периоде. Полное восстановление колена после эндопротезирования – продолжительный процесс, который в среднем занимает около 1,5-3 месяцев, в зависимости от подхода к комплексную реабилитацию.

Несмотря проводимой научной работы по индивидуальной подходе к лечебную физкультуры как двигательной реабилитации в зависимостью от статико-динамической функции нижней конечности, в итоге улучшению качества жизни больных после операции нуждаются возвращению к комплексную реабилитацию.

Целью исследования является: Улучшить эффективность проводимой операции эндопротезирования коленного сустава с индивидуальной подходам к ранней двигательной реабилитации больных с остеоартритом.

Методы исследования. При выполнении данной научной работы использованы следующие исследования: клинические, рентгенологические, биомеханические, электромиографические, УЗИ коленного сустава, МРТ исследования,

УЗДГ нижних конечностей.

Результаты исследования и обсуждение. Под нашим наблюдением находились 235 больных с остеоартритом коленного сустава в клиниках Национального центра реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью период с 2016 по 2023 г.г

Всех больных делили на 2 группы: Основную (n= 120) и контрольную группы (n=115). В основной группе были больные прооперированные по предложенной нами методике и получившие реабилитационные мероприятия, а контрольной группе больные получившие оперативное лечение традиционными методами и не получивших реабилитационных мероприятий.

Нами было предложена: провести восстановительное лечения в следующих 4 этапах: 1-предоперационная подготовка: 2-ранный реабилитационный этап, этот период включает себя стационарное нахождения больного: 3-ближайший реабилитационный период, этот период включает себя до 2 месяц после операции: 4-поздний послеоперационный период, этот период реабилитации продляется до 6 месяцев после операции. Естественно надо учитывать, что само проведение операции с высоком техническом успехом является основанием для проведения эффективной реабилитации в этапах.

Нами разработана программа для определения качества жизни и эффективности эндопротезирования больных после тотального эндопротезирования коленного сустава (DGU 2020 0606). При помощи можно определить качества жизни больных определение эффективности эндопротезирования больных после тотального эндопротезирования коленного сустава. Балльная система содержит у себя 11 критериев, при этом сложения их можно набирать максимальна 70 баллов. По набравшим баллам нами было разделены 4 категории эффективности со следующими видами: Высокая- 60,2 и свыше балл. Хорошая - от 49,7- до 60,1 балл: Средняя - от 39,2- до 49,6 баллов: Низкая - ниже от 39,1 балл.

Так в после структурном анализе можно сказать: у 106 больных с основной группы набрали выше 60,2 балла и их реабилитационная эффективность после операции оценена как по нашей балльной системе Высокая, так как у этих больных не было определено ухудшающих симптомов после операции. У 10 больных при оценке по балльной шкале набрали в среднем 52,5 баллов и их эффективность реабилитации была оценена как Хорошая. Остальная 4 больная, набравшая средние 42,6 баллов было оценена как средняя эффективность реабилитации.

В контрольной группе от 115 больных у 77 больных набрали больше 60,2 балла и их эффективность реабилитации оценена как Высокая, 23 больных, набравших среднее 57,2 балл эффективность реабилитации оценена Хорошая, 13 больных набрали среднее 41,3 балл и их реабилитационный эффект оценен как Средний. В этой контрольной группе у двух больных, имеющих серьёзные послеоперационные осложнения в виде нагноения операционного сустава, набрали ниже 39,1 баллов и их оценка по эффективности реабилитации Низкая.

Таким образом, операция эндопротезирования не только устраняет болевой синдром, методика хорошо помогает с улучшению физических а также функциональных возможностей больного, особенно в социально бытовой адаптации.

По результатам видна, что после предложенной нами тактики реабилитации в виде двигательной реабилитации очень хорошо помогают больным при быстрым восстановлении статико-динамической функции нижней конечности и

самообслуживании.

Ранняя комплексная и этапная непрерывная тактика проведения реабилитации показала, что у основной группы больных в 89,0 % случаях даёт высокую эффективность, у 10,2% случаях хороший эффективность. Соответственно в контрольной группе оно состоялось равно 65,8% и 22,3 % Таким образам, что предложенная тактика позволила улучшить долю высокой эффективности на 23,2% выше от контрольного.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Рузибоев Д.Р.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью Республики Узбекистан¸Ташкент

Актуальность: С возрастом частота встречаемости остеоартрита неуклонно нарастает и остеоартрит является основной причиной ограничения функциональных возможностей пациентов в утраты трудоспособности.

При этом, нами изученных литературных источниках, комплексная оценка структурно-функционального и социального состояния: нарушение статико-динамической функции, восстановление опороспособности нижней конечности, ранней медико-социальной реабилитации, а также возвращение к показанным видам труда, активный образ жизни с улучшением качества жизни пациента после эндопротезирования коленного сустава до сих пор мало отражаются в публикациях. Необходимость индивидуальной подход к выбору эндопротезирования коленного сустава и комплексный подход к медико-социальной реабилитации с учётом качества жизни пациентов после проведенной операции требуют объединять существующих оперативных методик и реабилитаций.

Цель исследования: Изучить качество жизни больных до и после эндопротезирования коленного сустава в сравнительном виде с учётом статико-динамической функции оперированной конечности и активной образа жизни.

Материалы и методы: В клинике Национального центра реабилитации и протезирования лиц с инвалидности с 2016 г. по 2023 г. проведено эндопротезирование коленного сустава у 78 пациентов. У 6 пациентов было проведено тотальное эндопротезирование коленного сустава с двух сторон с 3-х месячными промежутками. Из общих больных 32 составили мужчины, 46 женщины. Возраст пациентов колебался от 48 лет до 72 года. Средний возраст пациентов состовляло 58,8 лет. С целью изучением активного образа жизни нами были изучены профессии и образования этих пациентов. Высшее образование у 8 больных, среднее специальное образование у 23 больных, а у 47 больных со средним образованием, но которые занимались только домашними работами.

Для оценки ортопедического статуса больных, перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава применялась Баллная шкала, которая разработана нами.

Результаты и их обсуждение: Под нашим наблюдением были все 78 больных, которые оперированы по поводу эндопротезирования коленного сустава. В нашей клинике в сроках 3-х, 6-х, 12-х месячных сроках после операции. При изучении результат эндопротезирования и качества жизни больных после эндопротезирования на основании медицинской амбулаторной карты и акты освидетельствования из врачебно-трудовых экспертных комиссиях, мы получили следующие значимые показатели.

По клиническим результатам и разработанной нами шкалам в первых 3-х месяцах после операции у 24 пациентах выявлена средняя эффективность реабилитации и качество жизни, которые были набраны 43,5 балла. В этих больных имелись следующие проблемы: сгибательная контрактура, ограничение движений, незначительная боль в оперированном коленном суставе, использование трости в передвижение, значительные трудности в бытовом самообслуживании, психологической эмоциональной лабильность. У 37 пациентах выявлена хорошая эффективность реабилитации, которые набрали 52,8 балл в среднем, которые имели следующие жалобы: незначительная боль и сгибательная контрактура до 20*, меньше чем в норме. У 17 больных не было никакой жалобы по поводу оперированного сустава и они набрали в среднем 67,2 баллов.

После 6-месяцев после операции у 3 пациентов остались жалобы по поводу незначительной сгибательной контрактуры, боль в оперированном суставе, а также значительные трудности в бытовом самообслуживании и они набрали в среднем 44,8 баллов по разработанной шкале. У 14 пациентов была выявлена сгибательная контрактура до 10 * меньше чем в норме и они набрали 55 баллов, у остальных 61 пациентов не было ни какой жалобы по поводу оперированного сустава и они набрали 68 балл.

Уровень повседневной активности у больных после операции отмечено, что у больных с благоприятным исходом операции эндопротезирования коленного сустава, в целом качество жизни было выше, чем у не оперированного больного. Насколько более позитивно, чем до операции больные стали воспринимать среду за пределами своего жилища, по отношению к окружающему миру стало больше оптимизма. По итогам конечные результаты были в следующем виде.

Разработанные нами технологии операции эндопротезирования и своевременная, а также непрерывная проводимая комплексная медико-социальная реабилитация у 82,5% пациентах наблюдался высокий и у 16,8% пациентов хороший эффект, а у КГ 64,9% и 26,5 % соответственно. Это показывает, что нами разработанная комплексная тактика при эндопротезировании улучшило долю высокой эффективности пациентов более 17,6% чем традиционное эндопротезирование.

Система оценки содержит 11 критериев. Максимальный балл 70,0.

Высокая эффективность реабилитации:	от 60,2 и свыше
Хорошая эффективность реабилитации:	от 49,7- до 60,1 балл
Средняя эффективность реабилитации:	от 39,2- до 49,6 балл
Низкая эффективность реабилитации:	ниже от 39,1 балл

Выводы: Таким образом, качество жизни больных после эндопротезирования коленного сустава значительно улучшило. Эндопротезирование коленного сустава ведет к устранению болевого синдрома, улучшениею физических, функциональных возможностей, что способствует перестройке старых медицинских, социальных, адаптивных связей на новые. Для этого мы предлагали комплекс-

ный подход к реабилитационным мероприятиям, как медико-социальным, а также и в психологическом виде.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Рузибаев Д.Р., Нуримов Г.К., Кадамбоев М.Г.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент,
Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч

Актуальность. Последние годы во всех развитых странах несомненно увеличиваются число оперативных вмешательств по замене коленного сустава искусственным эндопротезом у больных с артроза-артритом коленного сустава (National Joint Replacement Registry. Demographics of knee arthroplasty, 2011). Наиболее частой причиной первичного эндопротезирования коленного сустава является остеоартрит, на поздних стадиях которого выполнение эндопротезирование коленного сустава является единственным методом устранения боли и предупреждения инвалидности, а также улучшить качество жизни пациента.

Частым интероперационным осложнением является интероперационный кровопотеря, тромбоэмболии легочной артерии, которые возникает около 0,5% от общий операции и заканчивает в 75-90% случаев с смертностям, а также посттравматический неврит малоберцового нерва.

Ранним осложнением является нагноение операционного рана, которые возникают в 1,5-2,0 % наблюдений и в большем числе случаев – после ревизионного эндопротезирования, а также при наличие хронический инфекции в организме, а также болевой синдром.

Поздние послеоперационный осложнением является продолжающий после операционный боли, расшатывания компоненты эндопротеза в первый годы после операции которые встречает около у 0,2 % случаев, контрактура оперированного сустава.

Цель исследования. Изучение вопроса восстановительного лечения и профилактики осложнений после ТЭКС, а также выяснение эффективности комплекса разработанных методов восстановительного лечения, предупреждения ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Нами было проанализировано результаты у 136 больных прооперирован эндопротезирование коленного сустава в клинике Национального центра реабилитации и протезирование лиц с инвалидностью за последние 6 лет (2015-2024г), мужчин-42 (31,8%) женщин-94 (68,2%)). Таким образом, абсолютное большинство оперированных больных было женщины. Средний возраст обследованных, составлял 59 года. У 108 (81,8%) больного диагностирован деформирующий гонартроз, у 9 (8,8%) больных был диагноз посттравматический гонартроз, а у 15 (11,3%) пациентов была патология коленного сустава ревматоидного характера. Менее трети больных были трудоспособного возраста, существенную долю составили больные в пенсионном возрасте, в том числе

лица преклонного возраста - свыше 70 лет большинство больных страдало основным заболеванием в течение 5-10лет и более. Это обусловило наличие у половины пациентов различной степени инвалидности.

Одностороннее тотальное эндопротезирование коленного сустава произведено 119 (90,1) больным, а у 13 (9,9%) больных было проведено эндопротезирование коленных суставов обеих сторон.

Результаты исследования и обсуждение. При обследования до операции эндопротезирования коленного сустава, изучены общая состояния больного с целью предоперационной подготовки. При подготовке к операцию у 44 (33,3%) больных выявлена высокой показатель СОЭ (большее 30) и увеличения количество лейкоцитов (большее 12) в общий анализ крови, а также положительный результаты в анализе ревма пробе, и высокой показатель фибриногена и АЧТВ в каогулограмме. У 3 (2,3%) больных выявлена пристеночный тромбообразования в подкожных вен нижней конечности.

Ранний после операционный осложнений установлено в 4 (3%) случаях, у 2 больных по поводу “глубокого нагноения” в области сустава, во всех случаях воспалительной проявление началось в 12-15 дней после операционном периоде. Из пациентах которые развивался глубокого нагноении: у одного пациента было произведена двусторонняя эндопротезирования, а у одного больного раннее было произведено мастэктомия и получено химиотерапии. Несмотря проведенной консервативной лечении у двух случаях было неизбежно от повторной операции как ревизия сустава с сохранением основного компонента протеза, только было заменена прикладки протеза. А у двух больных воспалительное процесс остановился после коррекции антибиотика по поводу чувствительности и образования свищей не наблюдали.

У одного больного 3-ый сутки после операции наблюдалось тромбоз подколенной вены не смотря проводимой антикаогулятной терапии и эластическим бинтованием оперированной конечности в которые диагностировано с помощью УЗДГ н/к. После консультации ангиохирурга лечение продолжался течение месяц по его назначению и при повторном допплерографии выявлено реканализации тромбо.

В одном случае у больного определилась посттравматический неврит малоберцового нерва. Больного было проведено электронейромиография.

Развитие поздних послеоперационных осложнений встречается как контрактуры, развитию нестабильности эндопротеза, хронической послеоперационный боли в оперированном суставе. Относительно высокую частоту у 6 (4,5%) больных встречались в виде контрактуры, в 4 (3,3%) случаях выявлена хронический боли, у одного больного определилось расшатывание тибиального компонента протеза.

Можно считать очевидным, что снижение уровня разных осложнений обусловлено главным образом успешной реализаций первых этапов разработанного комплекса восстановительного лечения; целенаправленной подготовкой больного и рациональным планированием операции, а также ранним началом лечебной гимнастики. Естественно, что ведущее значение на этом этапе имеет тщательное соблюдение техники оперативного вмешательства с использованием современного инструментария.

Все полученные ближайшие клинико-функциональный результаты нами были оценены по нашими разарботанным программам для определения каче-

ства жизни и эффективности реабилитации.

Нами были получены следующие результаты: разработанные нами технологии проводимая комплексная реабилитация у 88,5% пациентов наблюдался высокий и у 10,8% пациентов хороший эффект. У одного пациента за счёт сохранения невропатии малоберцового нерва по разработанным шкалам состоялось общий балл 39, и соответственно с низким уровнем эффективности проведенной операции.

Таким образом, заключая обсуждение рассматриваемой проблемы, необходимо отметить, что, к сожалению, полностью избежать развития ряда осложнений во время или после операции ТЭКС не удалось. Наряду с этим предложенная система комплексного этапного лечения позволило минимизировать частоту как ранних, так и поздних осложнений.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Уразбаев Ж.Д., Уразбаев А.А.

Хорезмский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Ургенч

В структуре травм опорно-двигательного аппарата переломы проксимального отдела бедренной кости (ПОБК) составляют от 3,9 до 18% среди всех переломов и являются одними из наиболее тяжелых в связи с высокой инвалидизацией и смертностью. В Международной классификации болезней-10 (МКБ-10) переломы в области ПОБК представлены: S72.0. Перелом шейки бедренной кости, перелом в области тазобедренного сустава (без дальнейших уточнений); S72.1. Чрезвертельный перелом, перелом межвертельный, перелом вертела; S72.2. Подвертельный перелом.

Среди переломов ПОБК наиболее частым и тяжелым является перелом шейки бедренной кости.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения с переломами проксимального отдела бедренной кости, определить факторы риска перелома.

Материал и методы исследования. В Хорезмский филиал РНЦЭМП было госпитализировано 157 больных с различными переломами проксимального отдела бедренной кости. Из них число мужчин составило 87 (55%), женщин – 70 (45%). Переломы шейки бедренной кости были у 72 (45%) больных, чрезвертельные переломы – у 67 (42%), подвертельные переломы были у 18 (13%). Переломы слева были у 95 (61%), справа – у 62 (39%) больных. Среди них количество больных пожилого возраста составило 109 (70%), среднего возраста – 48 (30%). У всех больных пожилого возраста в анамнезе фиксировалась низкоэнергетическая травма (падение с высоты собственного роста), у остальных причиной перелома была высокоэнергетическая травма (ДТП, кататравма и др). При переломах шейки бедренной кости использовались классификации Garden, Pauwels. Для уточнения диагноза кроме рентгенографии проводили МСКТ исследование. У пожилых больных для определения остеопороза проводили дополнительные лаборатор-

ные исследования (определяли в крови микроэлементы, витамин D, Ca, P, Mg) и делали рентгенологический полуколичественный метод оценки остеопороза проксимального отдела бедра по индексу M. Singha.

У 57 больных пожилого возраста с переломами шейки бедренной кости для ранней активации с учётом остеопороза производили тотальное эндопротезирование с цементым и бесцементным компонентами. Остальным пожилым больным с переломом шейки бедренной кости проводили консервативную терапию в связи с сопутствующими соматическими заболеваниями.

У больных с чрезвертельными и подвертельными переломами проводили различную методику остеосинтеза с пластинами LCP, PFNA и конюлированными винтами. После эндопротезирования на третьи и последующие сутки после операции больным разрешалось перемещаться с помощью подручных средств опоры, не нагружая оперированную нижнюю конечность с проведением активных движений в смежных суставах.

Результаты и обсуждения. Результаты проведенного эндопротезирования были оценены по шкале Харриса для тазобедренного сустава. При этом, хорошие результаты получены у 21 больных, удовлетворительные в 30 случаях, у 6 больных из-за сопутствующих заболеваний активация состоялась позднее.

Выводы. Эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедренной кости у больных пожилого возраста с учётом остеопороза является наиболее оптимальным методом хирургического лечения в условиях экстренной травматологии.

ТИЗЗА БЎҒИМИНИ ВАРУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИ

Юнусов Ш.У., Шакиров Х.Х., Максудов Ж.И., Тожибоев Д.К., Қаландаров И.Ш.

“GAVHAR” ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникаси, Тошкент

Мавзунинг долзарблиги: Тизза бўғими артрози касаллигининг варусли деформацияси билан кечувчи шакли нисбатан кўп учрайдиган шакли бўлиб, асосан катта болдир суяги ички дўнглиги суяк дефекти билан кузатилади. Тизза бўғимини эндопротезлаш операциясида оёқ ўқини тўғрилаш ахамияти мухим хисобланиб, бу орқали тана вазнини тўғри тақсимланиши таъминланади. Суяк дефекти билан кечувчи варусли деформациялар артропластикасида имлант болдир компонентини оёқ ўқи бўйича ўрнатишда суяк дефектини пластика қилиш зарур бўлади. Суяк дефектини пластикаси усуллари кўплиги, улар ичида оптималини танлашни ва амалиётда қўллашни талаб этади. Клиникамизда суяк дефектини пластика қилишда винтлар ёрдамида цементли пластика услидан фойдаланилди.

Тадқиқотнинг мақсади: Тизза бўғимининг варусли деформацияларида винтлар ёрдамида пластика қилиш усули афзалликларини статистик таҳлилини ўтказиш ва ушбу усулни амалиётга тадбиқ қилиш.

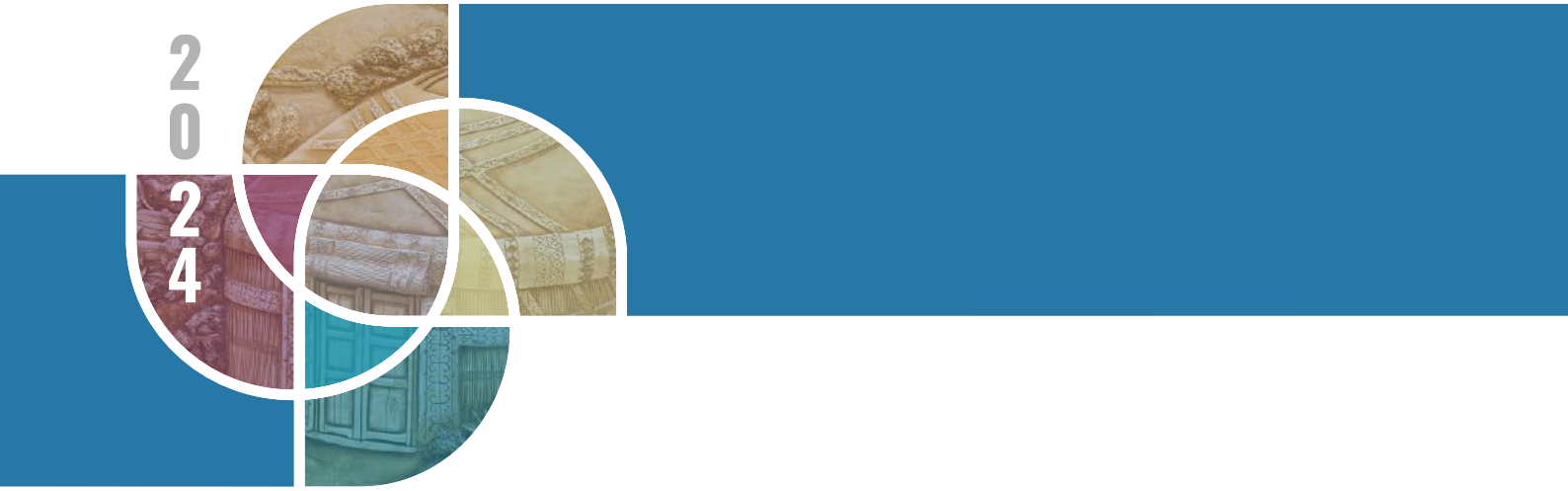
Клиник материаллар ва текшириш усуллари: “Гавхар” ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникасида 2020-2024 йиллар давомида 137 нафар

беморларда тизза бўғимини варусли деформацияларида тотал эндопротезлаш операциялари ўтказилди. Шулардан 87 (63,5%)таси суяк дефекти туби бўйлаб резекция қилиш усулига, 35 таси (25,5%) цементли пластика усулига, 15 таси (10,9%) цементли пластикасини винтлар ёрдамида мустахкамлаш усулига тўғри келди. Амалга оширилган 137 та тизза бўғимини варусли деформацияларида эндопротезлаш операцияларидан 37 таси (27%) икки томонлама, 100 таси (73%) эса бир томонлама тизза бўғимини тотал эндопротезлаш операциясига тўғри келди. Беморлардан 77 таси (56,2%) аёллар, 60 таси (43,8%) эса эркаклардир. Беморларни операциядан кейинги даврда 1,5 ойда, 3-6 ойда, 1,2,3 йил муддатларда клиник ва рентгелогик текширувлар билан кузатиб турилди.

Беморларга ташхис кўйишда қуйидаги текширув усулларидан фойдаланилди: Рентгенологик, УТТ, МСКТ-текшируви. Бу текшириш усуллари бир-бирини тўлдиради. Асосий текширув – Рентен ва МСКТ маьлумотларига асосланди.

Артропластикада суяк дефектини винтлар ёрдамида цементли пластикаси усулидан фойдаланган беморларимиз 37 нафарида хам операциядан кейинги даврда қониқарсиз холатлар кузатилмади. 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 юкламани суякка ўтказиб беришни таъминлаш орқали пластикани мустахкамлигини таъминлайди. Ўтказилган тадқиқот давомида клиник кузатувдаги беморларни операциядан кейинги 2 йиллик даврда хам беморнинг функционал харакатларида ва рентгенологик текширувларда имлант қониқарли туриши кузатилди. Шулардан хулоса қилиш мукинки бу усулнинг тизза бўғимини варусли деформацияларини тотал эндопротезлаш операцияларида кўлланилиши, нафақат операциядан кейинги эрта даврда беморларни тўлиқ фукционал реабилитация қилиш имконини бериши, балки беморнинг кейинги хаёти давомида хам оғриқсиз харкатланиш имконини таъминлаб беради.



РАЗДЕЛ 2

НОВЫЕ АРТРОСКОПИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Атажанов М.Х., Машарипов К.

Ургенчский филиал Ташкетской медицинской академии, Ургенч

Известно, что анестезиологическое обеспечение влияет не только на успех оперативного вмешательства, но и на течение раннего послеоперационного периода. Не являются исключением и артроскопические операции на коленном суставе. Основная задача анестезиолога не только минимизировать риск нарушений жизненно-важных функции и обеспечить защиту от операционного стресса, но и создать благоприятные условия для работы оператора и ведение пациента в раннем послеоперационном периоде.

Травматологи-ортопеды под такими условиями подразумевают адекватное обезболивание пациента и наименьший риск для здоровья больного, а также удобство технического исполнения операции.

Цель исследования. Оценить эффективность применения общей комбинированной (ОКА) и спинальной анестезии (СА) при проведении артроскопических вмешательств на коленном суставе.

Материалы и методы. Исследованы данные о 84 пациентах, из них 48 при ретроспективном изучении историй болезни. Возраст обеих групп 25+55 лет.

В зависимости от вида анестезии, были выделены 2 группы. I группа (n=28) составили больные, которым проводилась ОКА с ИВЛ, индукция выполнялась пропофолом, фентанилом, рокурония бромидом, поддержание анестезии – севоран, фентанил. II группа (n=56) составили люди, отказавшиеся или имеющие противопоказания к ОКА. Им была выполнена СА с внутривенной седацией комбинацией препаратов (бупивакаин, пропофол). Группы сопоставимы по возрасту и наличию сопутствующих патологий. В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивалась скорость пробуждения, гемодинамика, уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), срок активизации, имеющиеся осложнения и некоторые особенности.

Результаты и обсуждение. В I группе пациентов скорость пробуждения варировалась от 5 до 20 минут, активно проявлялись гемодинамические реакции (артериальная гипертензия). Появление болевого синдрома, 5-7 баллов согласно ВАШ, пациенты отмечали уже через 3-5 минут после пробуждения. Активация пациентов (передвижения по палате) наступала, в среднем через 4-6 часов после операции. Во II группе мы наблюдали пробуждение в среднем через 5 минут после прекращения инфузии пропофола. Гемодинамические показатели оставались в пределах исходных значений. Активные боли 4-6 баллов по ВАШ, отмечались через 1.5-2.5 часа после выполнения СА. Активация пациентов происходила не раньше, чем на следующий день после операции, ввиду профилактики постпункционной головной боли. Однако стоит учесть, что во время реконструктивных операций из-за продолжительного нахождения в вынужденной позе, пациенты периодически осуществляли активные движения, что мешало работе травматолога-ортопеда. А

комфортное течение послеоперационного периода нарушает резкое появление выраженного болевого синдрома после окончания действия СА. При использовании спинальной анестезии обращала на себя особое внимание повышенная кровоточивость во время длительных реконструктивных артроскопических операций на коленном суставе, которые проводились без использования турникета. Это также нашло отражение в более длительном активном дренировании коленного сустава после подобных операций (2 суток), относительно большем отеке, как самого коленного сустава, так и места забора сухожильного и костно-сухожильного аутотрансплантата (в частности при первичной и ревизионной артроскопической реконструктивной пластике крестообразных связок), требовало коррекции необходимой антикоагулянтной терапии. У ряда пациентов данной группы длительное время после операции сохранялся гемартроз коленного сустава и лихорадка, что в свою очередь требовало проведения пункции коленного сустава, коррекции стандартной антибактериальной терапии и повышало риск гнойно-септических осложнений.

Выводы.

1. При планировании тактики анестезиологического обеспечения артроскопических операции на коленном суставе важно учитывать не только состояние здоровья пациента, но и удобство хирурга, специфическое положение больного на операционном столе, объем, длительность и особенность оперативного вмешательства.

2. С точки зрения лекарственного воздействия спинальная анестезия наиболее благоприятна и может использоваться у пациентов с сопутствующей кардиологической патологией. Однако наиболее предпочтительной для врача травматолога-ортопеда является ОКА в связи с возможностью максимальной релаксации больного, относительно лучшего течения гемостаза и состояний связанных с ним.

3. С учетом фармакодинамики и фармакокинетики препаратов для местной анестезии (резкое окончание их действия) в раннем послеоперационном периоде требуется четкая схема обезболивания пациента и согласованность терапии с лечащим врачом.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ЛАТЕРАЛ МЕНИСК ЖАРОҲАТИ ВА ТАҚИМОСТИ МУШАК ПАЙИ ЭНТЕЗОПАТИЯСИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИНГ УЗОҚ НАТИЖАЛАРИ

Бакиев Б.К., Бакиев Т.Б., Атажанов М.Х.

Тошкент тиббиёт академияси Ургенч филиали, Ургенч

Мавзунинг долзарблиги: Тизза бўғими жароҳатлари айниқса ёшларда кўп кузатиладиган жараёнлардан бири ҳисобланади, бундай жароҳатлар ичида тизза бўғими латерал менискнинг шикастлари ва тизза ости мушаги пайи энтезопатиялари, айниқса спортчиларда сўнгги йилларда уларнинг сони доимий равишда ўсиб боришининг ҳисобига 16,4%дан 43,2%гача учраши кузатилди. Жароҳатларнинг кўп кузатилишига сабаб, беморларнинг ўз вақтида тўғри ташхисланмасли-

ги, текшириш ватида патологик жараёнларга тўғри баҳо берилмаслиги ва тизза бўғими жароҳатлари турли консерватив усулар билан даволаниши оқибатида юзага келади ва сурункали оғриқга ўтади, ушбу тоифадаги жабрланганларни даволаш, муаммонинг долзарблигини белгилаб беради. Муаммонинг тиббий ва ижтимоий аҳамияти шундаки, морфологик хусусиятларнинг йўқлиги, ташхислаш ва даволашдан кейинги хато ва камчиликлар оқибатида қониқарсиз натижалар яъни контрактуралар 10,6%-32,5%, оғриқ синдроми 3,2%-18,7%, бўғим ностабиллиги 2,6%-9,8%гача, жараёнинг қайталаниши – 38,6%-57,4%, бунинг натижасида ногиронлик даражасининг юқори кўриниши – 10,4%-33,7% билан белгиланади. Тизза ости мушаги пайи энтезопатиясини жарроҳлик артроскопия усулли ишлаб чиқилмаган, шунинг учун янги хирургик усулларини яратиш ва бор жарроҳлик усулларини оптималлаштиришдан иборатдир.

Материал ва текшириш усуллари: Назорат гуруҳига латерал менискэктомия амалиёти бажарилган ва асосий гуруҳ беморларида латерал менискэктомия, синовэктомия, латерал менискэктомия+синовэктомия, ва синовэктомия+некроэктомия жарроҳлик амалиётлари амалга оширилган беморлар, назорат гуруҳида 38 (11,6%) нафари аёллар, 103 (31,6%) нафари эркаклар, асосий гуруҳ беморларнинг 51 (15,6%) нафари аёллар, 134 (41,2) нафарини эркаклар ташкил қилди.

Икки гуруҳ беморларни клиник, УТТ, МРТ ва артроскопик мезонлари ва жарроҳлик муолажасининг турлари бўйича тақсимлаганимизда 76 (23,3%) беморларда латерал мениск жароҳати назорат гуруҳининг 68 нафарида ва асосий гуруҳнинг 8 нафарида аниқланган, тақимости мушак пайи энтезопатияси + латерал мениск жароҳати 106 (32,5%) нафарда, шуларнинг 33 нафари назорат гуруҳ беморларида, буларнинг 23 нафарига латерал менискэктомия, 10 нафарида латерал менискэктомия+синовэктомия, асосий гуруҳдаги 73 беморларнинг барчасига латерал менискэктомия+синовэктомия жарроҳлик амалиётлари бажарилган. Тақимости мушак пайи энтезопатияси+латерал мениск менисцити жароҳати 83 (25,4%) нафар беморларда кузатилган бўлиб, шуларнинг 11 нафари назорат гуруҳ беморлари, уларда латерал мениск менискэктомияси жарроҳлик муолажаси, 3 нафарига латерал мениск менискэктомияси+синовэктомияси, асосий гуруҳнинг 21 нафарига латерал мениск менискэктомияси + синовэктомияси, 48 нафарига эса синовэктомия операция муолажалари амалга оширилган. 61 (18,7%) нафар беморларда тақимости мушак пайи энтезопатияси + латерал мениск некрози аниқланган, назорат гуруҳининг 24 нафарига латерал мениск менискэктомияси, 2 нафарига латерал мениск менисэктомияси + синовэктомияси бажарилган, асосий гуруҳ беморларнинг 35 нафарига синовэктомия + некроэктомияси жарроҳлик амалиётлари бажарилди. Илмий ишда клиник, инструментал (ультратовуш тўлқини текшируви, магнито-резонанс томография) лаборатория ва атроскопик тадқиқотлар, шунингдек, жарроҳлик даволаш натижаларини таҳлил қилиш жараёнида олинган материаллардан фойдаланилган.

Натижалар: Назорат гуруҳда яқин натижа 10 (17,3%) нафарида аъло, буларнинг 7 (13,5%) нафарида менискэктомия, 3 (50,0%) нафарида менискэктомия+синовэктомия ва узоқ даврда аъло натижа 16 (27,6%) нафарларида аниқланган бўлиб, уларнинг 12 (23,1%) нафарида менискэктомия, 4 (66,7%) нафарида мениск*эктомия+синовэктомияси бажарилган. Яқин натижада яхши баҳо билан 16 (27,6%) нафар беморлар баҳоланган бўлиб, буларнинг 14 (26,9%) нафарида менискэктомия, 2 (33,3%) нафарида менискэктомия+синовэктомия амалиёти, узоқ даврда яхши

натижа 22 (37,9%) нафар беморларда, шулардан 20 (38,5%) нафарига менискэктомия, 2 (33,3%) нафарига менискэктомия+синовэктомия амалиётлари амалга оширилган. Қониқарли натижа яқин даврда 26 (44,8%) нафар беморларда кузатилган бўлиб, беморларда жарроҳлик муолажасидан кейин оғриқнинг йўқолмаслиги ҳисобига Лисхольма баҳолаш мезони бўйича бошқа мезонлардан ҳам паст баллар йиғишига сабаб бўлди, шунинг учун бу беморлар қониқарли натижа билан баҳоланди. Қониқарли натижа кузатилган 25 (48,1%) нафарига менискэктомия ва 1 (16,7%) нафарига менискэктомия+синовэктомия, узоқ даврда 17 (32,7%) нафар беморларда қониқарли натижа кузатилган, барча беморларда менискэктомия жарроҳлик амалиёти бажарилган. Назорат гуруҳида ўткир жароҳат кузатилган беморларнинг яқин даврида 6 (11,5%) нафарида қониқарсиз натижа, узоқ даврда 3 (5,7%) нафарида кузатилган бўлиб, бу беморларда фақатгина латерал мениск менискэктомияси амалиёти бажарилган, шунинг ҳисобига беморларда тақимости мушак пайидаги жароҳат назардан четда қолади ва бунинг оқибатида беморларда бўғимда оғриқ йўқолмайди, натижада турли асоратлар юзага келишига олиб келган.

Жароҳатлар сурункали кечган 83 (58,8%) нафар назорат гуруҳидаги 74 (89,1%) нафар беморларга латерал мениск менискэктомияси ва 9 (10,8%) нафарига менискэктомия+синовэктомия амалиётлари бажарилган. Шуларнинг аъло натижа яқин даврда 19 (22,9%) нафарида, шуларнинг 14 (18,9%) нафарига менискэктомия, 5 (55,6%) нафарига менискэктомия+синовэктомия бажарилган, узоқ даврда 28 (33,7%) нафар беморларда кузатилган бўлиб, буларнинг 21 (28,4%) нафарига менискэктомия ва 7 (77,8%) нафарига менискэктомия+синовэктомия жарроҳлик амалиёти бажарилган. Яхши натижа яқин даврда 26 (31,4%) нафарда, буларнинг 23 (31,2%) нафарига менискэктомия ва 3 (33,3%) нафарига менискэктомия+синовэктомия хирургик амалиётлари бажарилган. Узоқ даврда 29 (34,9%) нафар беморларда яхши натижа кузатилган, шуларнинг 27 (36,5%) нафарига менискэктомия, 2 (22,2%) нафарига менискэктомия+синовэктомияси амалга оширилган. Қониқарли натижа яқин даврда 29 (34,9%) нафарида, шуларнинг 28 (37,8%) нафарига менискэктомия, 1 (11,1%) нафарига менискэктомия+синовэктомияси, узоқ даврнинг 19 (22,9%) нафарида қониқарли натижа, беморларнинг ҳаммасига менискэктомия амалиёти амалга оширилган. Назорат гуруҳ беморларининг яқин даврида 9 (12,1%) нафарида, узоқ даврда эса 7 (9,4%) нафарида қониқарсиз натижа кузатилган, бу беморларда ҳам менискэктомия амалиётлари бажарилган бўлиб, бу беморларнинг бундай баҳоланишига сабаб, баҳолаш мезонларининг барча критерийлари бўйича паст натижа олган беморлар ҳисобланади.

Яқин натижада ўткир жароҳат кузатилган беморларнинг 91 (85,0%) нафарида, узоқ даврда 105 (98,1%) нафар беморларда аъло натижа, буларнинг 6 (6,6%) нафарига, узоқ даврда 7 (6,7%) нафарига менискэктомия, яқин даврда 64 (70,3%) нафарига, узоқ даврда 76 (72,4%) беморларга латерал мениск менискэктомияси + тақимости мушак пайини синовэктомияси ва синовэктомия жарроҳлик амалиёти яқин даврда 21 (23,1%) нафар ва узоқ даврда 22 (20,9%) нафар беморларга амалга оширилди. Асосий гуруҳ беморларнинг ўткир даврида тақимости мушак пайи синовэктомияси + латерал мениск менискэктомияси хирургик амалиёти бажарилмаган.

Асосий гуруҳ беморларнинг ўткир даврида хирургик даволашдан кейинги яқин вақтда 16 (15,0%) нафар, шуларнинг 2 (12,5%) нафарига латерал мениск ме-

нискэктомияси, 12 (75,0%) нафарига менискэктомия+синовэктомия жарроҳлик амалиёти ва 2 (12,5%) нафарига тақимости мушак пайини синовэктомияси, узоқ даврда 2 (1,9%) нафар беморларда яхши натижа кузатилди, 1 (50,0%) нафарига менисэктомия ва 1 (50,0%) нафарига синовэктомия хирургик амалиётлари амалга оширилган. Асосий гуруҳ беморларида тақимости мушак пайи энтезопатияси ва латерал мениск жароҳатининг ўткир даврида ўтказилган жарроҳлик муолажаларидан сўнг қониқарли қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Асосий гуруҳ беморларнинг тақимости мушак пайи энтезопатияси ва латерал мениск жароҳати кузатилган сурункали даврида 78 (42,2%) нафар беморларда жарроҳлик амалиёти бажарилган бўлиб, шуларнинг 18 (23,1%) нафарига менискэктомия+синовэктомия, 25 (32,0%) нафарига синовэктомия ва 35 (44,8%) нафарига синовэктомия+некроэктомия жарроҳлик амалиётлари бажарилди. Яқин даврида 74 (94,8%) нафари аъло натижа билан баҳоланган бўлиб, 17 (23,0%) нафарига латерал мениск менискэктомияси+тақимости мушак пайини синовэктомияси, 24 (32,4%) нафар беморларга синовэктомия ва 33 (44,6%) нафарига синовэктомия+некроэктомия амалиётлари бажарилди. Узоқ даврда 76 (97,4%) нафар беморларда аъло натижа, шуларнинг 18 (23,7%) нафарига менискэктомия+синовэктомияси, 24 (31,6%) нафарига синовэктомия ва 34 (44,7%) нафарига синовэктомия+некроэктомия жарроҳлик амалиётлари амалга оширилди. Яқин даврда яхши натижа 4 (5,2%) нафар беморларда, буларнинг 1 (25,0%) нафарига менисэктомия+синовэктомия, 1 (25,0%) нафарига синовэктомия ва 2 (50,0%) нафарига синовэктомия+нейроэктомия хирургик муолажалари бажрилган. Узоқ даврда яхши натижа 2 (2,6%) нафар беморларда кузатилган бўлиб, 1 (50,0%) нафарига синовэктомия ва яна 1 (50,0%) нафарига синовэктомия+некроэктомия операция муолажалари бажарилди.

Хулоса: Тизза бўғими латерал мениск жароҳати ва тақимости мушак пайи энтезопатияси жароҳати бўлган беморларни артроскопия ёрдамида мушак пайи жароҳатланганлиги ва тўқиманинг зарарланганлигига қараб, ишлаб чиқилган хирургик даволаш тактикаси тизза бўғими фаолиятини эрта тикланишга ёрдам беради, натижада асоратлар (оғриқ синдроми, артроз) ва реоперация амалиётини олдини олишга эришилди.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД К ПРОБЛЕМЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Валиев Э.Ю., Исаков Х.А.

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент
[2]Центральный военный медицинский госпиталь, Ташкент

Актуальность проблемы. Нестабильность плечевого сустава развивается вследствие перенесенных ранее травм сустава, как правило, травматического вывиха или из-за врожденной дисплазии сустава. Частота рецидива первичного травматического вывиха колеблется в пределах от 2% до 38 % случаев, причем в 70% рецидивы возникают у лиц молодого возраста.

Целью исследования, являлось изучение проблем и современных методов лечения привычного вывиха плечевого сустава.

Материалы и методы. Был проведен анализ отечественных и зарубежных литератур, посвященных вопросам привычного вывиха плеча, а именно распространенности, диагностики, лечения и частоте развития осложнений после операций.

Результаты и обсуждение. Анализ литератур показал, что вывихи плеча встречаются часто и составляют порядка 50-60% от общей массы всех вывихов, чаще всего причиной является перенесенные ранее травмы плечевого сустава. У мужчин эти вывихи встречаются гораздо чаще, чем у женщин. Частота рецидива первичного травматического вывиха колеблется в пределах от 2% до 38% случаев, чаще (70%) рецидивы возникают у лиц молодого возраста.

Частота вывихов плеча обусловливается частотой травмы верхней конечности, особенно при падении, и анатомо-физиологическими особенностями плечевого сустава. В литературе различают передний, задний, нижний и верхний вывих плеча.

Традиционным и наиболее распространенным методом лечения привычного вывиха является его вправление и последующая иммобилизация конечности. Однако, данный метод лечения может привести к развитию привычных вывихов плеча и нестабильности сустава, увеличение инвалидности у 40-60% пациентов.

Существует несколько операций для лечения пациентов с передней нестабильностью плечевого сустава. Большинство хирургов используют открытые операции (операции Bankart, Bristow, Latarjet, Eden–Hybbinette) при нарушенной анатомии в области плечевого сустава вследствие деформаций или предшествующих операций. После операции Банкарта сообщается о частоте рецидивов вывихов, не превышающей 2%, с хорошими и отличными результатами у большинства пациентов. Операция Bristow связана с высокой частотой осложнений, которые включают в себя потерю наружной ротации и проблемы, связанные с фиксацией костного блока винтом, сохраняющиеся боли в области плечевого сустава и несращение костного блока. Фактически частота осложнений, связанных с фиксацией винтами, достигает 24%. Долгосрочные результаты операции Latarjet оценивают как хорошие и отличные в 88–93% случаях. Частота рецидивов вывихов, включая подвывихи, колеблет от 2 до 10%. Несмотря на такие хорошие клинические результаты, данное вмешательство также связано с развитием артроза плечевого сустава. Хотя большинство изменений классифицируются как артроз легкой степени, частота его достигает 30–71%. В одном исследовании артроз средней и тяжелой степеней тяжести описан у 14% 76 пациентов в течение 15 лет после операции Latarjet. Долгосрочные результаты операции Eden–Hybbinette оценивают как хорошие и отличные у 75–85% пациентов. Однако данные о рецидивах неоднозначны. Некоторые авторы докладывают о повторных вывихах лишь в 4% случаев, другие — в 33%. К сожалению, при наблюдении пациентов в течение 15 лет после операции несколько исследователей обнаружили развитие артроза у 47–89% пациентов.

Еще один способ хирургического лечения, называемая «Термической капсулорафией», где эффект сокращения тканей капсулы достигается путем термического воздействия лазерным излучением или радиочастотным способом, связана с непредсказуемыми исходами и разнообразными осложнениями. В настоящее

время, хирургическая техника артроскопии плечевого сустава различается у разных хирургов. При артроскопической стабилизации плечевого сустава используют специальные якори с введенными в них нитями. С достаточно коротким сроком наблюдения после операции в данных исследованиях сообщается об очень низкой частоте рецидивов вывихов (от 0 до 10% - для нетребовательных пациентов и от 12,5 до 16,5% - для спортсменов). В среднесрочных результатах (от 2 до 6 лет) частота рецидивов все еще наблюдается, но является достаточно низкой: от 4 до 7%. Артроз плечевого сустава развивается у 40% пациентов после данного вмешательства, но клинически проявляется лишь у 16,6% из них. К преимуществам артроскопических операций относят более короткое время операции, меньший срок госпитализации, меньшее количество интраоперационных осложнений, меньшую стоимость лечения, меньшую боль в раннем послеоперационном периоде, снижение частоты послеоперационных осложнений, лучший косметический эффект.

Однако необходимо учитывать, что артроскопические методы технически более требовательны, а также сложно выполнимы в случаях ревизионных операций. Данным пациентам необходим достаточный период иммобилизации и реабилитации, не меньший, чем при открытых вмешательствах. Даже при достижении анатомического устранения вывиха сохранить конгруэнтность и стабильное движение головки плеча не представляется возможным.

Заключение. Таким образом, хирургическое лечение привычного вывиха плеча составляет трудную и многокомпонентную задачу, осуществимую лишь на базе ЛПУ, имеющее травматологическое отделение с современным оборудованием и требует улучшения результатов лечения больных привычным вывихом плеча, путем разработки и систематизации хирургической тактики в условиях применения современных технологий на раннем периоде.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ВНУТРИСУСТАВНЫХ СТРУКТУР КОЛЕННОГО СУСТАВА

Валиев Э.Ю., Ганиев О.А., Хасанов А.У., Мирзохидов Ж.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Актуальность. Клеточные технологии (КТ) – одна из наиболее быстроразвивающихся научных областей в XXI веке. Клеточные технологии используются практически во всех областях медицины для восстановления, поддержания и улучшения формы и функции тканей и органов. В области травматологии применяются различные медицинские методики, способствующие регенерации репаративных тканей, однако проблема полного и быстрого восстановления костной и хрящевой ткани до сих пор остается нерешенной. В последние годы актуальными стали исследования влияния стволовых клеток (СК) на процесс регенерации тканей. Согласно отечественной и зарубежной литературе, мезенхимальные стволовые клетки (МСК) являются мультипотентными клетками и обладают высоким остеогенным, хондрогенным, ангиогенным и теногенным потенциалом.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования были выбраны здоровые кролики породы полувеликан (18 самцов с массой от 2967 г до 3169 г), разделенные на три группы: I - контрольная, II - сравнительная и III - основная, по шесть особей в каждой. Каждая группа формировалась из кроликов одной семьи. Экспериментальное исследование проводилось на базе Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), МСК были культивированы в Центре передовых технологий Министерства инновационного развития Республики Узбекистан из подкожной жировой клетчатки (ПЖК) и сальника взятых у кроликов изъятых по одному из каждой группы в течении 14 суток. За 3-е суток до окончания выращивания у всех животных были созданы экспериментальные модели повреждения внутрисуставных структур коленного сустава, т.е. гиалинового хряща с захватом субхондральной кости наружного мыщелка бедренной кости, медиального мениска (собственная модель). У кроликов I-группы изучается физиологическое восстановление повреждённых внутрисуставных структур коленного сустава. В II-группе изучается влияние МСК с единоразовым введением в коленный сустав на 3-й день после создания экспериментальной модели повреждения в количестве 1,000,000 клеток в 1,0 мл физиологического раствора, в III-группе внутрисуставно было введено аналогичном количестве в 3-е, 7-е, 14-е сутки. Продолжительность наблюдения в группах было до 60 суток.

Результаты и их обсуждения. Для изучения характеристики экспериментальных животных, нами проведено исследование клинических признаков: характер изменения шерсти и кожных покровов, частоту сердцебиения в 1 минуту, частоту дыхания в 1 минуту; лабораторные данные: уровень лейкоцитов в крови, С-реактивный белок и выживаемость. Далее проводили оценку динамики основных биохимических показателей при повреждении внутрисуставных структур коленного сустава и после внутрисуставного введения МСК.

В I-группе в течении первых 13 суток у всех кроликах наблюдали щажение левой нижней конечности – отсутствие одновременной опоры на обе задние лапы, начиная с 14-й сутки 2 кролика начали стоять на обе задние лапы одновременно, а 2 щадят левую нижнюю конечность. Начиная с 15-й сутки практически у всех животных восстанавливалась опороспособность обеих задних лап. В II-группе в течении первых 10 суток у всех кроликах наблюдали щажение левой нижней конечности – отсутствие опороспособности обеих задних лап одновременно, начиная с 11-й сутки 3 кролика начали стоять на обе задние лапы одновременно, 1 щадит левую нижнюю конечность. Начиная с 12 суток, практически у всех животных отмечено полное восстановление опороспособности, животные начали стоять на обеих задних лапах. В III-группе кролики начали стоять на обе задние лапы начиная уже с 9-й сутки. Динамика наблюдений за кожными покровами поле операционного вмешательства в течении всего срока оставалась без признаков воспаления и иных патологических изменений, начиная с 7-й суток, отмечен начало покрытия области вмешательства тонкой шерстью во всех группах.

В I- и II-группах частота сердцебиения в период 1-7 сут., колебались от 206 до 358 раз в мин., с 8 по 60 сут. от 164 до 264 раз в мин. В III-группе частота сердцебиения в период 1 - 7 сут., колебались от 212 до 322 раз в мин., в период 8 - 60 сут. отмечено нормализация пульса на цифрах от 184 до 280 раз в мин., у последнего

кролика 248 раз в мин. (в норме 150-300/мин.).

В I-группе дыхания, в период 1-7 сут. колебались от 32 до 58 раза в мин., с 8 - 60 сут., от 28 до 46 раза в мин., у последнего кролика 44 раза. В II-группе в период 1 - 7 сут., колебались от 34 до 60 раза в мин., с 8 до 60 сут., от 32 до 50 раза в мин., у последнего кролика 41 раза в мин. В III-группе в период 1 - 7 сут., колебались в пределах 32 - 64 раз в мин., и в период 8 - 60 сут., от 30 до 48 раз в мин., у последнего кролика 38 раза в мин. (в норме 20-50/мин.).

В I-группе показатели лейкоцитоза в период 1-7 сут., колебались от 4,2*10³/µл до 6,3*10³/µл, в период 8 - 60 сут., от 3,6*10³/µл до 5,1*10³/µл. В II-группе в период 1 -7 сут., колебались от 5,1*10³/µл до 11,3*10³/µл, с 8 - 60 сут., от 3,2*10³/µл до 7,1*10³/µл, у последнего кролика 4,8*10³/µл. В III-группе в период 1 - 7 сут., колебались пределах 6,4*10³/µл до 10,7*10³/µл, и с 8 - 60 сут., от 5,7*10³/µл до 8,4*10³/µл, у последнего кролика 6,3*10³/µл. (в норме 2,6 – 9,9*10³/µл).

В I-группе показатель С-реактивного белка в период 1 - 7 сут., колебалось от 1,12 мг/дл до 2,30 мг/дл, с 7-й до 60 сутки от 0,58 мг/дл до 1,22 мг/дл. В II-группе в период 1 - 6 сут., колебались от 1,24 мг/дл до 2,60 мг/дл, с 7-й до 60 сутки от 0,65 мг/дл до 1,35 мг/дл. В III-группе в период 1 - 6 сут., колебались в пределе 1,05 - 1,61 мг/дл, и в период 7 - 60 сут. от 0,97 до 1,18 мг/дл, у последнего кролика 0,78 мг/дл. (в норме 0.52±0.82 мг/дл).

Заключение. Таким образом, наблюдения за жизненно важными показателями кроликов, подвергшихся искусственному повреждению в коленном суставе, и клинические данные свидетельствуют о том, что трехкратное введение мезенхимальных стволовых клеток (3-е, 7-е и 14-е сут.) показало высокую эффективность при восстановлении поврежденных тканей внутри сустава по сравнению с контрольной и сравнительной группой. Благодаря чему происходили ускоренные восстановительные процессы у основной группы животных. В настоящее время морфометрия, морфология и иммуногистохимия изучаются в экспериментальной лаборатории при РНЦЭМП.

НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ИМПИДЖМЕНТ СИНДРОМА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Гафуров Ф.А., Қодиров Ф.А., Суюнбоев Б.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность. Патологические процессы, поражающие, различные структуры плечевого сустава проявляются в виде контрактуры и боли, ограничивающие выполнять движения верхней конечности.

В настоящее время диагностика заболевания, которая максимально отражает патологическое состояние (суть болезни) сустава возможно при клиническом, рентгенологическом, МРТ, МСКТ, артроскопическом исследовании его.

Среди комплекса суставов плеча морфологической основой выраженной контрактуры в плече могут быть либо плечелопаточный сустав, либо субакромиальный псевдосустав. В литературе считается установленным, что только дифференцированный подход к диагностике хронической патологии плеча по-

зволяет получить прогнозировано хороший результат лечения.

Импиджмент синдром плечевого сустава это патологическое состояние, возникающее вследствие конликта при движении сухожилий мышц вращательной манжеты и окружающих тканей, бурсы и особенно отростка лопатки-акромиона, образующего верхнюю часть плечевого сустава.

Цель исследования: оценка собственных результатов артроскопического лечения пациентов, страдающих импиджмент синдромом плечевого сустава.

Материал и методы: за период с 2011 по 2013 годы было прооперировано 8 пациентов (3 мужчин, 5 женщин) с импиджмент синдромом плечевого сустава. Средний возраст составил 55,4 года (в возрасте от 40 до 50 лет – 1, от 50 до 60 - 5 пациентов. Свыше 60 лет-2 пациента). У 3 больных было поражено доминантное плечо. У 5-не доминантное.

Жалобы пациентов начинались в среднем за 6 месяцев до обращения к специалисту. Предшествующее длительное консервативное лечение не принесло положительного эффекта.

У всех пациентов была выполнена диагностическая артроскопия плечевого сустава и субакромиального пространства после чего была выполнена резекционная бурсэктомия и удалены остеофиты из суставной поверхности акромиального отростка лопатки. 4 пациентам сделана артроскопическая акромиопластику.

Начиная с первого послеоперационного дня проводился курс восстановления пассивных движений в суставе и ЛФК физиотерапии.

Результаты: В ближайшем послеоперационном периоде наблюдалась частичная потеря амплитуды движений у 4 пациентов, с последующим увеличением за время реабилитационного периода лечения.

Отдаленные результаты в сроке от 6 мес. до 2 лет прослежены у всех 8 больных, как хорошие оценены – у 5, удовлетворительные – у 2, продолжается наблюдение – у 1.

Выводы: В контрактурах плечевого сустава с внутрисуставными рубцовыми тяжами, конфликтом сухожилий мышц вращательной манжеты с близлежащими тканями диагностика и атравматичное артроскопическое лечение является наиболее целесообразным.

ТИЗЗА БЎҒИМИ МЕНИСКЛАРИ ЖАРОХАТЛАНИШЛАРИНИ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Гафуров Ф.А., Қодиров Ф.А., Суюнбоев Б.

Самаркандский государственный медицинский университет

Материал ва текшириш усуллари: 2022-2024 йилларда шифохонамизда факат менисклар жарохатлари билан 52 та бемор даволанган булиб,уларни 32 таси (61.5%) аёллар ва 20 таси (38.4%) ни эркаклар ташкил этади. Беморлар 21дан-62 ёшгача булиб, уртача 40 ёшни ташкил этади. Тизза бугими мениски фиброз тогайли пластинкадан иборат булганлиги учун рентген тасвирда аник ташхис куйиш мушкул. Кузатилган барча беморларга артроскопик диагностика хамда МРТ текшируви утказилган. Беморларнинг 30(57.6%) тасида медиал мениск,

13(25%) тасида латерал, 6(11.5%) тасида икки тамонлама мениск жарохатланганлиги ва 3(5.7%) та беморда жарохат белгилари булмай синовит булганлиги аникланган.

Даволаш натижалари: Барча беморлар оператив артроскопия ёрдамида даволанган. Беморларнинг 38 тасида (73%) парциал менискэктомия, 14 тасида (27%) менисклар тулик кесиб олиб ташланган. Операциядан кейин 7-10 кун давомида гипсли боглам кулланилган. Операциядан сунг 12-чи кунда чоклар олинган. Учта беморда операциядан сунг артрит кузатилди. Биз бугимни изотоник эритма билан ювиб антибиотиклар кулладик. Беморларни стационарда уртача еток куни 7-10 кун. Беморларни мехнатга лаёкатсизлик куни уртача 3-6 хафтани ташкил этади. Шундан 15 та бемор уртача 12 ой утгач динамикада чакирилиб рентген тасвири кузатилиб, 15 та очик усулда артротомия кулланилган беморлар билан солиштирма тахлил килинди. Солиштирма тахлил килинганда артротомия килиб даволанган 5 та (33.3%) беморда остеоартрозни II-боскичи кузатилган булса, артроскопия ёрдамида даволанган беморларнинг 2 тасида (13.3%) остеоартрознинг I-даражаси кузатилган.

Хулоса.

1. Артроскопик менискэктомия операцияси очик усулда менискэктомия куллашдан кура куп маротаба афзал. Чунки, бугим юзаси очилмасдан эрта аник ташхис куйилиб кам жарохат етказилиб, менискэктомия амалга оширилади.

2. Артроскопик менискэктомия билан иктисодий тежамкорликка эришилиб, терига камрок жарохат етказиб, юкори самарадорликка эришиш мумкин. Шу билан бирга мазкур усул замонавий тиббиётнинг барча талабларига жавоб берадиган амалиёт усулидир.

3. Артроскопик операцияларни амалиётга кенг тадбик килиш учун стационар шароитда барча зарур техник жихозлар билан яхши таъминланиши, мазкур йуналишда ишлайдиган травматолог-ортопедларнинг артроскопик операцияларини куллаш имкони даражасини оширади.

НАШ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Гафуров Ф.А., Ахаткулов Т., Курбонқулов Ж.М.

Самаркандский государственный медицинский университет

Актуальность: Коленный сустав один из наиболее часто повреждаемых суставов у людей трудоспособного возраста. Чаше всего повреждения возникают при занятиях спортом: футболом, борьбой, в рукопашном бою и другими видам спорта, сопровождающимися выраженными нагрузками на коленные суставы. Второй по частоте причиной повреждений являются дорожно-транспортные происшествия при ударе согнутых суставов о приборную доску автомобиля.

Цель исследования: Целью нашего исследования является изучение результатов артроскопического восстановления передней крестообразной связки коленного сустава.

Материал и методы исследования: В Самаркандской областной больнице ортопедии и последствий травм в 2024 году произведено 16 операций споврежде-

ниями передней крестообразной связкой коленного сустава (ПКС). Из них 11 мужчин, 5 женщин. По возрасту от 15 до 20 лет составил 3 пациента, от 20 до 30 лет-11, от 30 до 40 лет-2 пациента. Таким образом, повреждения передней крестообразной связки встречаются у лиц молодого трудоспособного возраста, чаще от 20 до 30 лет. На основании данных артроскопии выделяют полные и частичные разрывы ПКС, а также 6 типов повреждения (Gachter A 1992). Артороскопическая классификация типов повреждения ПКС: I-разрыв на протяжение по типу «Коны швабры», II-интрасиновиальный разрыв, III-костный отрыв ПКС от большеберцовой кости, IV-разрыв на протяжении с булавовидным утолщением и укорочением волокон дистальной культи ПКС, V-проксимальной разрыв или отрыв от бедренной кости, культя фиксирована к задней крестообразной связке, VI-с повреждением ПКС, при котором волокна связки полностью рассосались.

Перед операцией всем больным произведен клинической осмотр, МРТ и рентгенография. Всем 16 больным произведена артроскопия коленного сустава. Во время артроскопии у 10 больных выявлено частичное повреждение ПКС (1/3/2/3). У которых разорванные волокна удалены шейвером. У 6 больных во время артроскопии выявлен полный разрыв ПКС. Этим больным произведено артроскопическое восстановление сухожильным аутотрансплантантом из сухожилия M.Semitendinosis.

Аутотрансплантант нами взят на питающей ножке прикрепляющемся часть сухожилия к бугристости большеберцовый кости не разрезая, стриппером, у которого имеются вырезка, выделили и отрезали в бедренной части сухожилия M.Semitendinosis. Выводится аутотрансплантант в рану длиною 22-24 см. Аутотрансплантант проводится в сустав через образованный туннель от внутренного мыщелка большеберцовой кости через межмыщелковое возвышение к наружному мыщелку бедренной кости под наблюдением артроскопа. Аутотрансплантатант фиксировали в бедренном туннеле с помощью аутокости, взятой от внутреннего мыщелка большеберцовый кости и конец трансплантата зашивали в окружающую мягкую ткань.

Иммобилизация конечности на 4-6 недель в гипсовой повязке. Результаты лечения: У всех 10 больных, которым произведено артроскопическое удаление разорванных волокон были отмечены хорошие результаты. У 6 больных, которым произведена артроскопическая пластика передней крестообразной связки были отмечены хорошие результаты, контрактура и хронический синовит не развивался. Стабильность сустава в норме.

Выводы: значительно повышается эффективность диагностики, уменьшается травматичность оперативных вмешательств при применении артроскопии у больных с повреждением передней крестообразной связки коленных суставов.

СПОСОБ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТРАНСГЛЕНОИДАЛЬНОЙ ФИКСАЦИИ ПОВРЕЖДЕННОГО КАПСУЛОЛАБРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

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

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

Актуальность. Хроническая травматическая передняя нестабильность является распространённой патологией плечевого сустава. Частота рецидивов вывиха у пациентов 20–30 лет достигает 75%. В том случае, если имеется костный дефект гленоида, операция Латарже или использование костного блока являются наиболее предпочтительными вариантами для лечения данной патологии. Если значительные костные дефекты гленоида и головки плечевой кости отсутствуют, методом выбора до сих пор остается артроскопическая операция Банкарта и ее модификации.

Цель работы. Внедрение и изучение результатов трансгленоидальный безанкерный метод рефиксации капсулолабрального комплекса при хронической нестабильности плечевого сустава.

Материалы и методы исследование. С 2023 г. по 2024 г июня в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно - практического медицинского центра Травматологии и Ортопедии было проведено исследование у 20 пациентов, находившихся на стационарном обследовании, с диагнозом хроническая посттравматическая переднемедиальная нестабильность плечевого сустава (М24.4). Исследуемая группа включала 16 мужчин и 4 женщин в возрасте 16-42 лет (в среднем ±21,7 лет).

На основании клинических и инструментальных исследований было выявлена причины нестабильности плечевого сустава. Исходя из патологии, приводящей к нестабильности плечевого сустава больные были разделены на две группы: 1 – больные с повреждениеми капсуло – лабрального комплекса (повреждение Банкарта); 2 - больные с повреждениеми капсуло – лабрального комплекса и с повреждением SLAP (SLAP + Банкарт).

У пациентов 1 – группы (n=14). После выявления повреждения капсулолабрального комплекса плечевого сустава мобилизуют связки и суставную губу. Через передний нижний порт в передний край гленоида устанавливают направитель спицы, по которому с помощью дрели проводят под углом 10-15° к поверхности гленоида трансгленоидально (спереди-назад) спицу с выходом на кожу. Дрель и направитель спицы удаляют. В ушко спицы продевают вдвое сложенную нерассасывающуюся нить общей длиной 80 см, диаметром 2 мм с образованием двух свободных концов и петли на противоположной от концов стороне. Спицу выводят через кожу наружу к задней поверхности плечевого пояса. При этом петлевой конец нити по ходу спицы также проходит трансгленоидально (спереди-назад) с выходом наружу на заднюю поверхность плечевого пояса, а свободные концы нити через канюлю остаются снаружи передней поверхности плечевого пояса. Через петлевой конец установленной нити проводят другую дополнительную вдвое сложенную нерассасывающейся нить общей длиной 20 см, диаметром 2 мм, таким образом, чтобы образовать тугой четырехслойный узел. Оставшиеся концы нити срезают на 5 мм от узла. Образованный узел затягивают до упора к

задней поверхности гленоида с помощью свободных концов основной нити, ранее расположенных на передней поверхности плечевого пояса. Специальным прошивающим инструментом один из свободных концов нити проводят через валик суставной губы. Суставную губу стягивают и фиксируют к гленоиду самонатягивающимся узлом. Для стабилизации самонатягивающегося узла на нем завязывают дополнительно два блокирующих узла. Количество трансгленоидальных узлов (от 1 до 3) зависит от размера повреждения капсулолабрального комплекса плечевого сустава.

У пациентов 2 – группы (n=6). Этим больным для устранения повреждения SLAP установлен 1 двухнитевой анкер в 12 часов по циферблату. После него повреждение Банкарта был вышеуказанном трансгленоидальной техникой. В раннем послеоперационном периоде оперированный конечность фиксировали специальным ортезом на 4 недели.

Результаты. Отдаленные результаты больных (6 – 12 месяц) 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 по шкале Rowe в среднем через 6 мес. составляли (91,8; 92,6) баллов соответственно, а к 12 мес. показатель несколько вырос и был равен (94,5; 96,1) балла соответственно, что классифицируется как отличный результат лечения.

Выводы: Внедреннный нами техника трансгленоидальной рефиксации капсулолабрального комплекса показало свое эффективность на уровне с анкерной техникой. Преимущество трансгленоидальной рефиксации капсулолабрального комплекса является выполнение малоинвазивной высокотехнологической операции не используя дорогостоящих имплантов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Жуманов Р.А., Акбаров Н.Н., Эшматов М.М., Гофуров И.Н.

Андижанская областная больница травматологии и ортопедии, Андижан

Общепризнанными преимуществами эндохирургических методов лечения являются: малая травматичность операционного доступа и манипуляций; отличный обзор и визуальный контроль всех этапов операции благодаря специальному освещению и интраоперационному увеличению; уменьшение послеоперационной боли, уменьшение количества послеоперационных осложнений, сокращение сроков пребывания в стационаре; отличный косметический результат.

Коленный сустав - самый травмируемый сустав человека. Первое место по частоте встречаемости в структуре повреждений элементов коленного сустава занимают мениски. Их повреждения сопровождают 55-85% всех случаев травмы

коленного сустава и встречаются особенно часто в наиболее активном трудоспособном возрасте.

На сегодняшний день этому требованию отвечают оперативные вмешательства, в процессе которых используется эндоскопическое оборудование. Клинический опыт показал, что при артроскопии коленного сустава значительно снижается риск совершения тактико-технических ошибок.

Цель исследования; За период с сентября 2023 года по июля 2024 года у 194 (%) пациентов выполнено 199 (%) артроскопической менискэктомии на коленном суставе. Всего проходило лечение по поводу повреждений менисков у 194 пациентов из них 91 (46.9%) женщин и 103 (51.7%) мужчин, средний возраст пациентов 42 года (19-66 года), женщины – средний возраст 44 лет (21-66 года), мужчины – 40 лет (19-62 лет). Всем больным перед операцией выполнялось МРТ коленного сустава, анестезия – проводниковая, время около 33 минут 199 операций коленном суставе выполнены артроскопически. Левый – 103 (57,1%), правый – 96 (48,2%). Разрыв медиального мениска у 166 (84,3%), из них передний рог 8 (4,8%), задний рог у 158 (95.1%). Разрыв латерального мениска у 33 (16,5%) больных.

Среднее время, проведенное в дневном стационаре, составило 2 дня. Отдаленные результаты – от 2-х недель до 4 месяцев, у всех 187 больных полное восстановление трудоспособности восстановилась от 25 - 40 дней. У 12-х амбулаторная расширенная реабилитация – пациенты с давностью заболевания более года с сопуствующими заболеваниями (артроз, синовит). Длительность лечения от 2 недель до 4 месяцев, потребовалось повторная дополнительная антибиотикотерапия, противовоспалительные препараты, физиолечение и лечение хондропротекторами.

Выводы. Предоперационная диагностика с использованием МРТ, высокие возможности артроскопии стали эффективным методом диагностики и малоинвазивного лечения внутрисуставной патологии коленного сустава в условиях дневного стационара.

Применение артроскопии коленного сустава позволило выявить локализацию, степень и распространенность повреждений менисков и хряща, при стёртой клинической симптоматике, поставить правильный диагноз и провести патогенетическое лечение.

АРТРОСТКОПИК МЕНИСКЭКТОМИЯ ТАШРИХИДАН КЕЙИНГИ РЕГИОНАР ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Зухритдинов А.И., Бўлишов Н., Акбаров Н.Н., Джололидинов И.И.

Андижон вилояти травматология ва ортопедия шифохонаси, Андижон

Мавзунинг актуаллиги. Тизза бўғими артроскопик менисэктомия ташрихини бошдан кечирган беморлар дастлабки 24-48 соатда сезиларли оғриқ синдромини бошдан кечирадилар. Беморларни адекват оғриқсизлантириш, уларни эрта реабилитациясида мухим ахамият касб этади.

Материал. Андижон вилояти травматология ва ортопедия шифохонасида 2020 йил мобайнида 34 та артроскопик менискэктомия ташрихи ўтказилди. Ушбу беморларнинг 19 тасида сон нерви регионар ориқсизлантириш ўтказилди. Булар-

дан 8 таси аёл ва 11 таси эркак кишини ташкил қилади.

Ташрих олди таёргарлиги премедикация керакли дозаларда атропин мушак орасига юборилиб ўтказилди. Қон томирга 18-20 G ангиокард қўйилди. Барча ташрихлар спинал анестезия воситаси ўтказилди. Ташрих якунида спинал анестезия фонида ташрихдан кейинги оғриқсизлантириш мақсадида , сон сохаси асептик шароитда Sonoscape A6 чизиқли датчик (12 Мгц) воситасида сон нерви топилиб , унинг атрофига аспирация фонида Sol.Longokaini 0.25%-20 мл+ дексаметозон 1 мг + кеторалак 0.5 мл юборилди.

Ташрих ва ташрихдан кейинги даврда беморни гемодинамик ва респиратор кўрсаткичлари Edan монитори воситасида доимий назоратда бўлди. АҚБ 120/70-100/60 мм.см.уст. ЮҚС 98-74 та нафас сони 16-20 та , SpO2 98-100% кўрсаткичларини қайд этилди.

Услуб. Сон нерви ўтказувчи оғриқсизлантириш усули Sonoscape A6 чизиқли датчик (12 Мгц) қўлланилиши амалиётни тез ва сифатлик ва хеч бир асоратларсиз ўтказиш имконини берди. Спинал анестезия фонида ўтказилиши эса муолажани ориқсиз ўтказишга замин яратди. Беморларни хеч бирида махаллий анестетикларни умумий белгилари ва бошқа асоратлар кузатилмади.

Натижалар. Ташрихдан кейинги оғриқсизлантириш адекватлигини аниқлаш мақсадида , оёқларда харакат тикланганидан сўнг ВАШ шкаласидан фойдаланилди. Беморларнинг хеч бири спинал анестезиядан кейинги ўткир оғриққа шикоят қилмади. Оғриқсизлантириш давомийлиги 18-20 соатни ташкил этиб, беморланинг 14% тизза сохасидаги ўртача интенсивликдаги оғриққа (ВАШ бўйича 4 балл) шикоят қилди. Ностероид аналгетиклар воситасида оғриқ бартараф этилди. Қолган 86% беморлар ВАШ бўйича 1-2 балл билан бахоланди . Хеч бир бемор наркотик аналгетикларга мухтожлик сезмади.

Хулоса. Артроскопик менискэктомия ташрихидан кейинги УЗИ назоратида сон нерви регионар блокадаси беморларда ташрихдан кейинги эрта даврда адекват ва асоратсиз оғриқсизлантиришда мухим ахамиятга эга.

ТАҚИМ ОСТИ КИСТАЛАРИНИ ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАР АХАМИЯТИ

Ирисметов М. Э[1], Турсунов К.К[2], Худайбердиев.К.Т.[2]

[1]Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент
[2]Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Мавзунинг долзарблиги: Бейкер кистаси тизза бўғими остида (дорзал кисмида) хосил бўлувчи тизза бўғими халтасини синовиал копламаси билан бирга бўртиб чикувчи хосиласидир. Тизза бўғими ичи билан боғликлик, туташган жойини мавжудлиги хисобига тизза бўғимида гидродинамик босимни ортиши хисобига Бейкер кистасини хажми прогрессив равишда ортиб боради ва унинг атрофида жойлашган вена артерия ва нерв томирларини доимий компрессияга учратади, клиник белгиларни хосил бўлишига сабаб бўлади.Бейкер кистасини учраш частотаси 3.4% дан 32% гача. Ананавий даволаш услублари билан даволанганда (пунк-

ция-аспирация усули, очик усулда олиб ташлаш) 50% гача кайталанади.

Тадкикотнинг максади: Замонавий технологияларни кўллаган холда Бейкер кистасини даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Клиник материаллар ва текшириш усуллари 2018-2020 йил даволанган 96 беморнинг тахлилига асосланган. Беморларнинг ёши 23-67 ёшни ташкил этди. 59 нафар аёллар 37 нафар эркакларда Бейкер кистаси аникланган. Касалликнинг давомийлиги 1-3 йилни ташкил этди. Этиологияси ўрганилганда беморлар куйидаги сабабларни келтирган: тизза бўғими яллиғланиши, артроз – артрити, олинган жарохатлар. Бу сабабни боғлик билан Бейкер кистасини дастлабки белгиларни хосил бўлиши орасида 1 йилдан 3 йилгача бўлган вакт мезонини алохида инобатга олиш лозим бўлади. Беморларга ташхис кўйишда куйидаги текширув усулларидан фойдаланилди: Рентгенологик, УТТ, МРТ-текшируви. Бу текшириш усуллари бир-бирини тўлдиради. Асосий текширув – МРТ маьлумотларига асосланди.

Натижалар ва унинг мухокамаси: клиник гурухга кирган 96 беморнинг текширув натижалари куйидагича бўлди: тизза бўғимини яллиғланиши 55(60%), жарохатдан сўнги холати 24(25%), идиопатик холат 17(17.7%). Тизза ичи структураларини ўзгаришини аниклаш ва уни Бейкер кистаси билан биргаликда даволашни ташкил этиш бугунги кун талаби хисобланади. Артроскопик асбоб – ускуналарнинг ривожланиши тизза бўғимида ёпик эндоскопик усулда амалиётга бўлган кўрсатмаларни кенгайтирди. Амалиётда кўлланган Артроскопия услуби тизза бўғими ичи ўзгаришларини бир вактда бартараф килиш оркали Бейкер кистаси кобиғига таьсир этувчи гидродинамик босимни пасайтиради, киста билан туташган жойини коагуляция ёрдамида герметизация килиш имконини беради. Кистанинг амалиётдан кейинги даврда рецидивини бирламчи турғун профилактикасига эришилади. Бизнинг кузатувимизда бўлган 96 та беморнинг барчаси Артроскопия усулида операция килинди. Операция давомийлиги 20-30 минутни ташкил этди. Касалхонадаги ёток куни 3-5 кунга тўғри келди. Реабилитация даври эса 7 кун ташкил этди. Беморларни операциядан кейинги кузатуви 3-6 ойни ўз ичига олди. Бу давр ичида барча 96 та беморда клиник белгиларни сўниши кузатилди. Рецедив холатлар аникланмади.

Олинган натижалар асосида хулоса килиш мумкинки Бейкер кистасини ташхислашда МРТ диагностикаси ўтказиш зарур. Артроскопик даволаш натижалари ананавий усули билан таккосланганда жарохатланган тизза бўғими фаолиятини оптимал муддатда тикланиш имконини беради.

КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ДЎНГЛИКЛАРИ ЭРТА ДАВРДАГИ СИНИШЛАРИ ТАШҲИСЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА АРТРОСКОПИЯНИ КЎЛЛАШ

Ирисметов М.Э, Тухтаев М.К.

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

Сўнгги йилларда катта болдир суяги проксимал метаэпифизи дўнгликларининг бўғим ичи синишлари учраш частотаси кўпайиш тенденцияси пасайма-

япти, бу синишлар таянч харакат тизимидаги бўғим ичи синишларининг 10% игача, умумий синишларнинг 2% дан 5% игача, оёклар жароҳатларининг 30% игача қисмини ташкил этади.

Тизза бўғимини хосил қилувчи суяклар жароҳатларида бу синишлар 29,4% ни, сон суяги дўнгликлари синишлари 5,2% ни, тизза қопқоғи синишлари эса 65,4% ни ташкил этади. Шунингдек, катта болдир суяги ташқи дўнглиги синиши 55-70% ҳолатларда, ички ва иккала дўнгликлар синиши эса 10-30% ҳолатларда учрайди. Бу синишларнинг ўзига хослиги синиқ юзалари бўғим ичида жойлашагалиги бўлиб, кўп холларда бўғимнинг юмшоқ тўқима элементлари қўшилиши ҳисобланади.

Мақсад катта болдир суяги проксимал қисми бўғим ичи синишларини артроскопик даволаш орқали анотомо-функционал натижаларни яхшилаш.

Тадқиқотнинг материали ва усуллари. Қўйилган мақсадни амалга ошириш учун 2019-2023 йиллар мобайнида даволанган 37 нафар беморлар тадқиқотларга жалб этилган.

Барча беморларга (n=37) катта болдир суяги дўнгликлари эрта даврдаги синиши ташҳиси верификация қилинган, улар 25 ёшдан 56 ёшгача бўлишган, тадқиқотларга жалб қилинганларнинг 28 нафари эркаклар (75,68%) ва 9 нафари аёллар (24,32%) бўлишган.

Улардан йўл транспорт ходисаси туфайли - 15 нафар (40,54%), спорт жароҳатлари 9 нафар (24,32%), баландликдан йиқилиб 13 нафар (35,14%) беморлар тан жароҳати олган. Эркаклар аёлларга нисбатан 3,11 марта кўп ушбу тан жароҳатини олишган, бу эса уларнинг юқори жисмоний фаолликлари билан боғлиқ.

Барча беморлар (n=37) касаллик якуний ташҳисини верификация қилиш мақсадида клиник ва инструментал (рентгенография, МСКТ, МРТ) текширувиларидан ўтган ва артроскопия йўли билан даволанган. Олинган натижаларнинг статистик таҳлили анъанавий вариацион статистика усуллари ёрдамида амалга оширилган.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Барча ўрганилган беморлар (n=37) тан жароҳати олганда 14 кунгача бўлган вактда тизза бўғимдаги шиш, оғриқ, деформация, харакат чекланиши, юришда қийналиш (100,0%) каби шикоятлар билан мурожаат қилиб келишган. Беморларнинг 17 нафарида (45,95%) суяк бўлаклари орасида мениск жароҳатлари аниқланган, 2 та холатда (5,41%) латерал мениск олдинги шохи йиртилиши аниқланиб “П” симон чоклар қўйилган, қолган ҳолатларда эса (48,65%, n=18) қисман менискэктомия қилинган.

Артроскоп назоратида барча ҳолатлар репозиция қилиниб, спонгиоз винтлар билан остеосинтез қилинган. Беморларга 14 кунга туторли гипс боғлам қўйилган, ундан сўнг беморлар тизза бўғимида букиш-ёзиш машкларини бажара бошлаганлар.

Даволаш натижалари кузатилганда 37 нафар бемордан 27 нафарида (72,97%) юқори натижа, 8 нафарида (21,62%) яхши натижа ва 2 нафар беморда (5,41%) қониқарли натижа қайд этилди.

Беморлар ҳолати тизза бўғимини букиш-ёзиш, фронтал сатҳда стабиллиги, юрганда оғриқ бўлмаслик каби мезонлар билан баҳоланган.

Хулосалар.

1. Катта болдир суяги дўнгликлари синишларини даволашда артроскоп назорати остида амалиёт ўтқазиш суяк бўлаклари ва юмшоқ тўқималардаги ўзгари-

шлар, бўғим ичи ҳолатини тўлиқ кўриш имконини бериши, репозициясининг аниқлиги максимал даражада назорат қилиниши, кам инвазив йўл билан бажарилиши кўрсатиб берилди.

2. Артроскопиянинг устунлик томонларига терида амалиётдан кейин чандиқлар қолмаслиги, йирингли асоратлар хавфи камайиши, беморларнинг узоқ муддат гипсли боғламда юрмаслиги, тизза бўғимида ҳаракатни чекловчи контрактуралар бўлмаслиги киритилди.

3. Артроскопик даволаш натижалари кузатилганда 72,97% ҳолатда юқори натижа, 21,62% ҳолатда яхши натижа, 5,41% ҳолатда қониқарли натижа қайд этилиши ушбу даволаш усулининг олис натижаларининг юқори самарадорлигидан дарак берди. Бу эса беморларнинг эрта реабилитация қилиниши ҳамда уларнинг қисқа муддатларда меҳнат яаолиятига қайтишига имконият яратди.

НАШ ОПЫТ МАЛОИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ МЕДИАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА С АУТОПЛАСТИКОЙ СУХОЖИЛИЕМ ЗАДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ

Ирисметов М. Э.[1], Кобилов А.У.[2], Маматкулов К.М.[3], Курбонкулов Ж.[3]

[1]Республиканский научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент
[2]Самаркандский филиал Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд
[3]Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

С 2021 по 2023 г. 28 пациентам была выполнена малоинвазивное хирургическое лечение восстановление дельтовидной связки голеностопного сустава. Средний период наблюдения составил 15,9 месяцев (диапазон 13—25 месяцев). Все пациенты имели 3 степень повреждения дельтовидной связки голеностопного сустава. Всем пациентам проводилась диагностика: осмотр и МРТ обследование. Средняя продолжительность с момента получения травмы до операции составила 16,8 месяцев (7—36 месяцев), 25 пациентов (89%) с внутрисуставными повреждениями лечилось одновременно: 6 остеохондральных повреждений и 19 с передним импиджментом с сопутствующим синовитом.

Техника малоинвазивного хирургического лечение восстановление дельтовидной связки голеностопного сустава. Для аутопластики дельтовидой связки аутотрансплантат берется из близлежащего сухожилия, в данном случае из сухожилия задней большеберцовой мышцы, что сводит к минимуму хирургическое вмешательство. Канал трансплантата создается по булавовидной форме и не требует использования внешних имплантатов. Эта группа продемонстрировала финансовую эффективность, отказавшись от дорогостоящих имплантатов. Использование аппарата FAP (Femoroacetabular Plasty) улучшает фиксацию аутотрансплантата, сокращает сроки восстановления и улучшает результаты лечения.

Для оценки функции голеностопного сустава мы использовали шкалу AOFAS. Средний балл по этой шкале на последнем осмотре составил 92,48 ± 5,14, по сравнению с предоперационным значением 60,78 ± 5,38 (p = 0,04). После реконструк-

ции средний балл при тесте переднего выдвижного ящика составил 0,61 ± 0,75, по сравнению с предоперационным значением 3,59 ± 0,65 (p = 0,00). У всех пациентов движение в подтаранном суставе было сохранено. Все 28 пациентов (97%) вернулись к прежнему уровню физической активности, как до травмы.

Заключение. Таким образом, пациентам с хронической медиальной нестабильностью голеностопного сустава, у которых отсутствует эффект от консервативного лечения в течение 6—8 недель, рекомендуется малоинвазивное хирургическое восстановление дельтовидной связки с использованием артроскопии. Наши данные подтверждают правильность выбранной тактики.

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОНДРОМАЛЯЦИИ НАДКОЛЕННИКА

Ирисметов М.Э, Шамшиметов Д.Ф., Ирисметов Д.М, Таджиназаров М.Б, Хамроев Ш.Ф, Сафаров М.М

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

Актуальность. Пателлофеморальный артрит характеризуется наличием дегенеративных изменений в суставе, которые часто провоцируют развитие остеоартрита. Если не диагностировать и не лечить поражения хряща, это тоже может привести к данной патологии. Хондромаляция начинается с разрушения поверхностного слоя хряща, который является самым прочным, и постепенно приводит к дальнейшему изнашиванию и растрескиванию хряща из-за чрезмерного износа, генетики или травмы. Как только поверхностный слой хряща разрушается, прогрессирование хондромаляции надколенника становится необратимым.

Цель исследования: улучшить результаты диагностика и лечение хондромаляции надколенника.

Материалы и методы. В отделении спортивной травмы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии в период 2014-2023 гг. нами проведены артроскопическая диагностика и лечение 273 пациентов, из которых женщин составило 197 пациентов (72.2%), а мужчин - 76 пациентов (27.8%). Среди больных до 20 лет было 75 пациентов, от 21 до 30 лет - 88 пациентов, от 31 до 40 лет – 51 пациент, от 41 до 50 лет – 37 пациентов, от 51 до 60 лет – 22 пациента. Больним кроме общеклинечиских методов иследования было проводено следиющие инструменталые обследовония как: УЗИ, Рентген, МРТ, артроскопическая диагностика коленного сустава. При подготовке больных к оперативному вмешателству болные прошли стандартные методы обследовония. Для оценки функциональности сустава шкала IKDS, а также, шкала ВАШ для определение болевого синдрома.

Пациенты были разделены на две группы. Первой группе (55,3%) больным проводилось консервативное лечения который составила НПВС, хондропротекторы, внутрисуставные PRP терапия и физиотерапевтические процедуры. Вторая группа составила 122 больных (44,7%), у которых проводилось артроскопическое вмешательство, после неээфективной консервативной лечении.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что все пациенты обратились с болями в переднем отделе коленного сустава (временной

интервал обращения составил от 1 недели до 3,5 месяцев после увеличения боли при нагрузке на колено). До начала консервативного лечения, средний балл по шкале IKDS в первой группе составил 68, а по шкале ВАШ - 3,5. После проведения стационарного и амбулаторного лечения, баллы по шкале IKDS повысились до 83, а по шкале ВАШ снизились до 1.

Перед операцией у второй группы средний балл по шкале IKDS составлял 50, а по шкале ВАШ - 4. Все пациенты жаловались на болевой синдром и ограничение движений в коленном суставе (временной промежуток обращения от 3 месяцев до 1 года после начала болей). После хирургического вмешательства были изучены ближайшие результаты: баллы по шкале IKDS повысились до 82, а по шкале ВАШ снизились до 1.

Вывод. Исследование показало, что пациенты, обращающиеся за помощью своевременно, склонны успешно проходить консервативное лечение на ранних стадиях заболевания. В случаях, когда консервативное лечение оказывается неэффективным и при хондромаляции III – IV степени, хирургическая артроскопия демонстрирует высокую эффективность.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ НИЗКОПОЛЬНЫХ И ВЫСОКОПОЛЬНЫХ МРТ-СИСТЕМ ПРИ ПАТОЛОГИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э.[1], Абдуллаев А.М.[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент
[2]Заведующий отделением хирургии медицинского объединения Шароф Рашидовского района Джизакской области

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является ключевым инструментом в диагностике различных патологий коленного сустава, таких как разрывы менисков, повреждения крестообразных связок, дефекты хрящей и остеоартрит. Это неинвазивный метод, который позволяет получить детализированное изображение костных и мягкотканевых структур колена, что делает его предпочтительным выбором для многих ортопедов и радиологов. Традиционно для МРТ используются высокопольные системы с напряженностью магнитного поля ⩾1,5 Тесла (Т), которые обеспечивают высокое качество изображений и высокую диагностическую точность. Однако, ввиду высоких затрат на оборудование и эксплуатацию, а также необходимости в специальной инфраструктуре, в последние годы возрос интерес к использованию низкопольных МРТ-систем с напряженностью магнитного поля <1,0 Т.

Низкопольные системы имеют ряд преимуществ, таких как меньшая стоимость, доступность и возможность установки в более компактных медицинских учреждениях. Однако такие системы обладают и рядом недостатков, основным из которых является низкое соотношение сигнал/шум, что потенциально снижает качество изображений и, следовательно, диагностическую точность. Это вызывает значительные споры среди специалистов, касающиеся целесообразности использования низкопольных систем в клинической практике.

Цель данного исследования — сравнить диагностическую эффективность низкопольных и высокопольных МРТ-систем при выявлении и исключении травм и патологий коленного сустава, таких как разрывы менисков, повреждения крестообразных связок, дефекты хрящей и остеоартрит.

Материалы и методы. Для выполнения данного исследования была проведена обширная систематическая проверка научной литературы, охватывающей публикации за период с 1995 по 2022 год. В результате были идентифицированы более 10 000 ссылок, из которых после тщательного анализа отобрано 1598 статей для дальнейшего изучения. На основе строго установленных критериев включения и исключения были отобраны четыре систематических обзора и шесть первичных исследований. Включенные публикации должны были содержать данные о чувствительности и специфичности МРТ при диагностике травм и патологий коленного сустава, причем в качестве эталонного метода использовалась артроскопия или хирургическое вмешательство.

Основные критерии включения включали публикации, в которых сообщались показатели чувствительности и специфичности для различных патологий коленного сустава, а также исследования, в которых проводилось сравнение низкопольных и высокопольных систем. Исследования, проводившиеся после хирургических вмешательств, а также публикации, оценивающие диагностическую ценность только отдельных признаков патологий коленного сустава, были исключены из анализа. Все отобранные публикации были подвергнуты детальному анализу для оценки их качества и соответствия целям исследования. Были рассчитаны основные показатели, такие как чувствительность и специфичность для каждой группы исследований, и проведен сравнительный анализ результатов для низкопольных и высокопольных МРТ-систем.

Результаты проведенного анализа показали, что не было выявлено значительных различий в диагностической эффективности между низкопольными и высокопольными МРТ-системами при выявлении или исключении разрывов менисков и повреждений крестообразных связок. Чувствительность и специфичность для низкопольных МРТ составили 0,91 и 0,87 соответственно для медиального мениска, 0,76 и 0,95 для латерального мениска, и 1,00 и 0,98 для полного разрыва задней крестообразной связки. Эти показатели оказались сопоставимы с результатами для высокопольных МРТ-систем, что подтверждает их эффективность для диагностики этих типов травм.

Однако при оценке дефектов хряща и остеоартрита коленного сустава результаты оказались менее однозначными. Высокопольные МРТ-системы продемонстрировали более высокую специфичность, но умеренную чувствительность при выявлении дефектов хряща, особенно на ранних стадиях остеоартрита. Это говорит о том, что, несмотря на высокую точность высокопольных МРТ в обнаружении грубых дефектов, они менее эффективны в выявлении начальных изменений, которые могут предшествовать развитию остеоартрита. Для низкопольных МРТ-систем данные были еще менее убедительными. Исследования показали, что такие системы, хотя и способны выявлять серьезные повреждения, часто не могут распознать менее выраженные дефекты хряща, что снижает их клиническую ценность в диагностике начальных стадий остеоартрита.

Обсуждение. Результаты исследования подтверждают, что низкопольные МРТ-системы могут успешно применяться для диагностики разрывов менисков

и повреждений крестообразных связок коленного сустава. Эти результаты особенно важны для медицинских учреждений, где доступ к высокопольным системам ограничен из-за их высокой стоимости или технических требований. Однако использование низкопольных систем для диагностики дефектов хряща и остеоартрита требует осторожного подхода. Ограниченная чувствительность таких систем в выявлении мелких дефектов может привести к недооценке серьезности состояния пациента и, как следствие, к неправильному лечению.

Также следует отметить важность опыта и квалификации радиолога в интерпретации данных МРТ. Как показали результаты, правильный выбор параметров исследования и опыт специалиста могут значительно повысить точность диагностики даже при использовании низкопольных систем. В то же время неопытные радиологи могут сталкиваться с трудностями в интерпретации полученных данных, что еще больше снижает эффективность низкопольных МРТ в диагностике сложных патологий.

Заключение. На основании результатов данного исследования можно сделать вывод, что низкопольные МРТ-системы могут быть эффективным инструментом для диагностики разрывов менисков и повреждений крестообразных связок, обеспечивая результаты, сопоставимые с высокопольными системами. Однако их применение для диагностики дефектов хряща и остеоартрита должно быть ограничено, учитывая недостаток данных и низкую чувствительность в выявлении начальных стадий этих патологий. Для более точной диагностики и оценки состояния хрящевой ткани рекомендуется использовать высокопольные МРТ-системы, особенно в сложных случаях, требующих высокой точности и детализации изображения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э.[1], Кобилов А.У.[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан
[2]Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, Самарканд, Узбекистан

Хроническая латеральная нестабильность голеностопного сустава является частым осложнением после травм связок, особенно у спортсменов, занимающихся видами спорта, требующими бега или прыжков, таких как футбол, баскетбол и волейбол. Это состояние, которое характеризуется длительной (более 6 месяцев) нестабильностью сустава, может значительно ограничить функциональные возможности пациента, особенно если они предъявляют высокие требования к стабильности голеностопного сустава. Несмотря на попытки консервативного лечения, включая реабилитационные программы, у некоторых пациентов продолжают сохраняться симптомы, что требует хирургического вмешательства.

Существует более 50 различных хирургических процедур для коррекции нестабильности голеностопного сустава, однако в последние годы предпочтение

отдается анатомическим реконструкциям, которые восстанавливают целостность связочного аппарата без использования сухожилий. Одним из ключевых вопросов в хирургии голеностопного сустава является выбор оптимальной техники реконструкции, которая бы обеспечивала максимально возможную стабильность при минимальном риске осложнений. В данной статье сравниваются две анатомические методики реконструкции латеральных связок голеностопного сустава: метод Карлссона и модифицированная процедура Бростром, описанная Гулдом. Оба подхода имеют свои преимущества и недостатки, и цель этого исследования — определить, какой из них обеспечивает лучшие функциональные и механические результаты.

Методы исследования. В исследование были включены 60 пациентов с хронической латеральной нестабильностью голеностопного сустава, которые были случайным образом распределены в две группы. Группа I была подвергнута реконструкции по методу Карлссона, которая включает использование местных связочных тканей и их фиксацию к малоберцовой кости с помощью костного блока и швов. Группа II прошла модифицированную процедуру Бростром с усилением нижним разгибательным удерживателем, как предложено Гулдом. Все операции выполнялись одним хирургом в Самаркандском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии, в период с 2015 по 2018 год. Средний возраст пациентов составлял 24 года, и все они имели симптомы нестабильности сустава более шести месяцев, несмотря на предшествующую реабилитацию.

До операции и после нее пациенты проходили стандартные рентгенографические исследования, включая стрессовые снимки для измерения переднего смещения таранной кости и угла наклона таранной кости. Оценка функциональных результатов проводилась с использованием шкалы Карлссона и Петерсона, которая включает такие параметры, как стабильность, боль, отек, скованность и способность выполнять повседневные и спортивные активности.

Результаты показали, что обе методики анатомической реконструкции обеспечили высокие функциональные результаты у большинства пациентов. В группе I, где использовалась методика Карлссона, удовлетворительные результаты были получены у 27 из 30 пациентов (90%), в то время как в группе II, где проводилась модифицированная процедура Бростром, такие результаты наблюдались у 25 из 30 пациентов (83%). Не было выявлено значительных различий между группами по показателям механической стабильности, измеряемым по переднему смещению таранной кости и углу ее наклона. Среднее переднее смещение таранной кости после операции составляло 7,1 мм в группе I и 6,7 мм в группе II, что сопоставимо между собой.

Однако следует отметить, что операция по методу Гулда требовала большего времени на выполнение и сопровождалась большим числом осложнений, включая повреждения поверхностного малоберцового нерва у четырех пациентов. В отличие от этого, методика Карлссона оказалась менее травматичной, с меньшим числом послеоперационных осложнений.

Обсуждение. Хроническая латеральная нестабильность голеностопного сустава часто требует хирургического вмешательства, особенно если консервативное лечение не приносит удовлетворительных результатов. В последние годы анатомические реконструкции стали предпочтительным методом лечения, по-

скольку они позволяют восстановить анатомическую структуру сустава, обеспечивая при этом хорошую механическую стабильность. В данном исследовании обе анатомические методики показали высокую эффективность, но методика Карлссона продемонстрировала меньшую инвазивность и меньшее число осложнений, что делает ее предпочтительной для большинства пациентов.

Заключение. Обе методики анатомической реконструкции латеральных связок голеностопного сустава, представленные в данном исследовании, обеспечивают удовлетворительные результаты в лечении хронической латеральной нестабильности. Однако, учитывая меньшую инвазивность и меньший риск осложнений, методика Карлссона может быть рекомендована как более предпочтительная.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУХГЛАВОЙ МЫЩЦЫ ПЛЕЧА

Ирисметов М.Э., Хамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М.

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

Актуальность темы. Повреждения двуглавой мышцы плеча и ее сухожилий составляют более половины всех подкожных разрывов сухожилий и мышц. Основной контингент больных с повреждением сухожилий двуглавой мышцы плеча - люди работоспособного возраста, что подчеркивает социально-экономическую значимость рассматриваемой проблемы. При рассмотрении проблемы лечения повреждений длинной головки двуглавой мышцы плеча очевидно, что диагностика их разрыва нуждается в дальнейшем совершенствовании с разработкой оптимального алгоритма диагностического поиска и привлечением современных инструментальных методов исследования.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения разрывов длинной головки двуглавой мышцы плеча, с помощью внедрения артроскопического ассистирования при его хирургических лечениях.

Материал и методы исследования. В основу работы положено изучение результатов лечения 25 больных в возрасте от 21 до 64 лет, которые с 2013 по 2024 гг. которые находились в РСНПМЦТО по поводу повреждения длинной головки двуглавой мышцы плеча. Подавляющее большинство пациентов (88%) находилось в активном трудоспособном возрасте - до 59 лет.

В зависимости проведённых операций, больные были подразделены на 4 группы: Первой группе больным проводилось фиксация длинной головки двуглавой мышцы плеча к грудной мышце. Второй группе больным проводилось фиксация длинной головки двуглавой мышцы плеча к плечевой кости. Третьей группе длинная головка двуглавой мышцы плеча фиксировалось межбугорковой борозде. Последней основной группе длинная головка двуглавой мышцы плеча фиксировалось межбугорковой борозде под ассистированием артроскопа.

При обследовании больных наряду с общеизвестными клиническими применялись и дополнительные методы исследования, в частности УЗИ, ЭНМГ, МРТ, морфологические исследования тканей сухожилия в зоне разрыва.

Для комплексной оценки функции плечевого и локтевого суставов применяли систему оценки Constant-Murley Scale и методику R.K. Gupta.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе результатов, метод фиксации длинной головки двуглавой мышцы плеча к межбугорковой борозде, имеет своё преимущество, которое выявело оценка больных по системе Constant-Murley Scale и методике R.K. Gupta. При использовании артроскопических элементов для фиксации длинной головки двуглавой мышцы плеча к межбугорковой борозде, результаты были наилучшие. Результаты у больных контролировали через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Самый продолжительный срок наблюдения составил 6 лет с момента выписки пациента из стационара.

При сравнении сроков восстановления функции плеча, в группе больных, оперированных по разработанным нами способам, функция конечности достоверно ($p<0,0001$) восстанавливается в более короткие сроки, чем при традиционных оперативных методах.

Выводы. Таким образом, разработанный нами метод оперативного лечения позволяют уменьшить травматизацию мягкотканных структур, надежно фиксировать сухожилия двуглавой мышцы плеча к кости, что сокращает сроки иммобилизации конечности, пребывания пациента в стационаре, продолжительности реабилитационного периода, а также способствует уменьшению числа осложнений и неудовлетворительных исходов лечения и, как следствие, увеличению количества хороших и отличных результатов.

КАТТА БОЛДИР СУЯГИ ПРОКСИМАЛ ҚИСМИ БЎҒИМ ИЧИ СИНИШЛАРИНИ АРТРОСКОПИК ДАВОЛАШ

Ирисметов М.Э., Тўхтаев М.Қ

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Мақсад : катта болдир суяги проксимал қисми бўғим ичи синишларини артроскопик даволаш орқали анатомо-функционал натижаларни яхшилаш

Материал ва методлар. Катта болдир суяги дўнгликларини синишларини жаррохлик йўли билан даволашда артроскопия усули қўлланилди, 2017-2022 йиллар мобайнида катта болдир суяги проксимал қисми синишлари ташхиси билан даволанган беморлар 52 нафар бўлиб шундан: 39 нафар эркак ва 13 нафар аёл беморлар ва жарохат олганлар сабабларига кўра йўл транспорт ходисаси 12 нафар, спорт жарохатлари 15 нафар, маиший жарохатлар 11 нафар, баландликдан йиқилиш 12 нафар, иш вақтида жарохат олган беморлар 2 нафарни ташкил этган.

Даволанган беморларни 36,5 % и стандарт кўринида рентген, 30,7% и МСКТ екширувидан, 19,2 % и МРТ текширувидан, 7,69 % и рентген ва МРТ текгирувидан, 3,8% и рентген МСКТ текширувидан ва 1,92 % эса МРТ ва МСКТ текширувларидан ўтган. Текширувлар натижаларига кўра латерал дўнгликни синиши 19 нафар, латерал дўнглик ва бўғим юзасини ботиб синиши билан 21 нафар, медиал дўнгликни синиши билан 6 нафар, иккала дўнгликни синиши билан 3 нафар, дўнглараро тепаликни синиши билан 3 нафар хамда метадиафизни синиши билан 9 нафар беморлар даволанганлар. Шу билан бирга латерал мениск жарохат 10

нафар, медиал мениск жарохати 3 нафар, иккала мениск жарохати 3 нафар, ички ён бойлам узилиши 1 нафар беморда аниқланган. Катта болдир суяги проксимал қисми синишлари билан беморларнинг 2 нафари гипс боғламда, 5 нафари Илизаров аппарати билан, 5 нафарида АО пластиналари билан 40 нафар беморда эса каминвазив яъни артроскоп ва ЭОП назорати остида спонгиоз винтлар билан остеосинтезлаш амалиёти ўтқазилган.

Натижалар ва уларни мухокама қилиш. Даволанган беморлар 6-7 ойдан сўнг қайта кўрилди Беморларни тизза бўғимини букиш, ёзиш, фронтал сатхда стабиллигига, юрганда огриқ ва шиш бўлмаслиги ва оқсаб юриш мезонлари билан бахоланди. Алохида медиал ёки латерал дўнглик ва бўғим юзасини ботиб синиши билан тортувчи винтлар ёрдамида остеосинтез қилинган беморларнинг 30(75%)ида энг юқори натижа, юмшоқ тўқималар жарохатлари қўшилган. Қолган 10(25%)ида эса яхши натижалар қайд этилган. Очиқ ва қўшимча жарохати бор ва синган суяк бўлаклари диафизгача борган 5(9,6%) нафар Илизаров аппаратида ва 5(9,6%) нафар АО пластиналари билан амалиёт ўтқазилган беморларда ва 2 нафар бемор суяк бўлаклари қониқарли турганлиги сабабли гипс боғламда даволанган беморларда қоникарли натжалар қайд этилган. Каминвазив усулда амалиёт ўтқазилган беморларнинг барчаларида вақт ўтган сайин оғриқ ва оқсаб юришлар камайиб бўғим фаолияти тикланиб борди. Назорат қилинган беморларда амалиётдан сўнг жарохат олган оёкда шиш кузатилмади. Қўшимча жарохатлари бор беморларда оёқ мускуллар гипотрофияси ва харакат чекланишидаги камчиликларни биз жарохат оғирлиги ва иммобилизация узок муддат сақланганлиги билан боғладик.

КОМБИНИРОВАННОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОБЕИХ КРЕСТООБРАЗНЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Сафаров М.М., Шамшиметов Д.Ф., Полвонов Ж.Ш.

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

Актуальность: Коленной сустав является одним из крупных суставом в организме, представляющий собой: кости, связки, сухожилие, хрящ, капсулу сустава. Взаимодействие этих суставных элементов обеспечивает движение, стабильность и контроль при нагрузках (прыжках, беге, занятиях спорта). Коленной сустав двигается в сагиттальной (сгибание, разгибание), в фронтальной (внутреннее и наружное вращение) и в поперечной (варус и вальгус) плоскости. Внутрисуставные и внесуставные связки (основные стабилизаторы) обеспечивают устойчивость сустава, кроме того, мышцы участвующие в движение коленного сустава являются вторичными стабилизаторами сустава. Из всех внутрисуставных связок коленного сустава передняя и задняя крестообразные связки являются наиболее важными связочными стабилизаторами коленного сустава.

На сегодняшний день, оптимальные сроки, тактика лечение и реабилитация разрыва обеих крестообразных связок остаются спорным. В литературе ведётся много разногласий по проведению операций, что связано редкостью мультили-

гаментарных травм, а также не имеется точный стандарт разработанный каким либо артроскопическим сообществом при таких повреждениях. Еще одним актуальным вопросом является тактика хирургического вмешательства. Ряд авторов предлагают поэтапную пластику крестообразных связок. Они считают что, при поэтапной пластики связок, хирург сможет контролировать и оценить состояние пациента и трансплантата. Кроме этого, каждая восстановленная связка имеет свои реабилитационные тонкости и особенности. Но задачей современной медицины является малотравматичность, восстановление и возврат обычной жизни в коротких сроках, избежать от осложнений и от повторных хирургических вмешательств. Что приводит к вопросу одномоментной пластики обеих крестообразных связок.

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения разрывов передней и задней крестообразных связок коленного сустава.

Материалы и методы. В РСНПМЦТО отделении спортивной травматологии в период от 2019 до 2023 года было оперировано 28 больных с разрывом передней и задней крестообразных связок коленного сустава. Средней возраст пациентов составило 27 ± 2 лет (от 18 до 46 лет). Гендерно было превалировало мужской пол (23 мужчин и 5 женщин). Всем пациентом было проведено оперативное вмешательство. Коленный сустав пациентов в послеоперационном периоде было фиксировано гипсовой повязкой. Отдалённые результаты больных оценено от 6 месяцев до 3 лет.

Больным кроме общеклинических методов исследования было проведено рентгенография, денситометрия и МРТ коленного сустава. Для оценки стабильности коленного сустава было использовано шкала Lysholm, для определения функциональности сустава шкала IKDS , а также, шкала ВАШ для определение болевого синдрома.

Результаты исследования. Пациенты были разделены на две группы: 1. Контрольная группа-пациентам сделано двухэтапная операция при котором первый этап, направленный на восстановление задней крестообразной связки, второй этап направлен на восстановление передней крестообразной связки; 2. Основная группа- больным проведено одномоментная аутопластика обеих крестообразных связок коленного сустава. Контрольная группа составило из 20 пациента, которые были прооперированы в период 2018-2023 гг. Основная группа больных включало в себе 8 пациентов, оперированных в 2022-2023 гг.

До операции шкала Lysholm у обеих групп составила 40 балла, IKDS 38. Все пациенты обратились болевым синдромом в поврежденном коленном суставе (срок обращение от 2 дня до 3,5 месяца после получение травмы). У 26 пациентов во время осмотра имелось гипсовая повязка (высокий сопожок), все пациенты жаловались на нестабильность и боль в коленном суставе. Отдаленные результаты после хирургического лечения показали следующее данные: средная шкала Lysholm 84 у основной группы по сравнению с контролной группы со средним баллом 79, IKDS- 74 и 82, у контролной и основной группе соответственно. При осмотре через год после операции 32% больных контрольной группы жаловались на умеренные боли при нагрузке и у 9% наблюдалось атрофия мышц бедра. При осмотре больных основной группы болевой синдром не беспокоил 89%.

Вывод. На наш взгляд, основной целю в развитии хирургических вмешательств при разрыве передней и задней крестообразной связки коленного суста-

ва является найти оптимальной хирургической метод восстановление крестообразных связок коленного сустава, подобрать подходящего трансплантата, и предотвратить сагиттальной нестабильности или контрактуры коленного сустава. Одномоментная артроскопическая реконструкция задней и передней крестообразных связок может эффективно и безопасно восстановить стабильность коленного сустава, что позволит получать удовлетворительные результаты. Кроме того, одномоментное восстановление крестообразных связок является малотравматичным, сокращает длительность хирургической вмешательства, сокрашает сроки реабилитации.

YELKANING IKKI BOSHLI MUSHAGI UZUN PAYI SURUNKALI TENDINOPATIYALARIDA KONSERVATIV DAVOLASH TAKTIKASI

Irismetov M.E., Hamroyev Sh.F., Shamshimetov D.F., Tadjinazarov M.B., Rustamov F.R., Safarov M.M.

Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy amaliy tibbiyot markazi, Toshkent

Mavzuning dolzarbligi: Hozirgi paytda tizza bo‘g‘imi va boshqa yirik bo‘g‘imlardagi degenerativ destruktiv o‘zgarishlarda, trombotsitlarga to‘yintirilgan qon plazmasidan, ya’ni, prp terapiyasidan foydalanish tobora aktuallashib bormoqda. Yelka bo‘g‘imidagi degenerativ jarayonlarda prp terapiya xozirda yanada aktual mavzuga aylanmoqda.

Maqsad: bemorlarda yelka ikki boshli mushagi uzun payi va yelka aylantiruvchi manjetasi mushaklari paylari tendinopatiyasida prp terapiyaning saramadorligini o‘rganish.

Tadqiqotnig material va metodlari: maqolada RITOIATM klinikasi Artroskopiya bo‘limida 2022-2023 yili davomida ambulator va statsionar ravishda davolangan 112 bemorlarda prp qo‘llanilishi samaradoridigi xaqida bo‘lib, bemorlarning 48 tasi erkak va 64 tasi ayol jinsiga mansub, o‘rtacha yoshi esa 51,8±7.6 tashkil etdi. Bemorlar 2 guruxga bo‘lindi: asosiy (56 ta) va kontrol (56 ta). Asosiy gurux bemorlar kontrol gurux olgan bo‘g‘im ichi blokadasidan tashqari prp muolajasini oldi. Ulardan yelka aylantiruvchi manjetasi mushaklari paylari tendinopatiyasi 51,8% bemorlar, subakromial impidjment sindromi bilan 25% bemorlar, yelkaning ikki boshli mushagi payi tendinopatiyasi 32,2% bemorlar tashkil etdi. Davoning samaradorligi konservativ davodan oldin va keyin, xamda 6 oy muddatdan so‘ng VASH, DASH va UKLA shkalalari asosida baxolandi.

Natijalari: ikkala gurux bemorlarda konservativ davodan so‘ng nisbatan og‘riqlarning kamayishi va xarakat xajmining oshganligi aniqlandi. Barcha asosiy gurux bemorlarida VASH, DASH, UKLA shkalalari ko‘rsatkichlari bo‘yicha kontrol guruxga nisbatan yaxshiroq natijalar qayd etildi. Davodan keyingi davrda MRT va UTT tekshiruvi o‘tkazilganda, mushak payi strukturasi yaxshilanganligi va shishlarining kamayganligi aniqlandi.

Xulosa: PRP terapiyasi yelkaning surunkali ikki boshli mushagi uzun payi va yelka aylantiruvchi manjetasi mushaklari paylari tendinopatiyalarida yaxshi samara beradi. Bu bemorlarning yelka bo‘g‘imida og‘riq sindromi kamayganligi va xarakat xajmining oshganligi bilan namoyon bo‘ldi.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ЧАСТИ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Таджиназаров М.Б.

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

Цель исследования. Целью данного исследования была улучшение хирургического метода лечения внутрисуставных переломов мышелков большеберцовой кости.

Материалы и методы. В 2010-2022 гг. находились на лечении 116 пациентов с застарелыми переломами мыщелков большеберцовой кости. Иммобилизация сустава производилась гипсовой повязкой.

В период до 2014 года в случаях застарелых внутрисуставных переломов большеберцовой кости лечебными методами выбора являлись наложение аппаратов внешней фиксации, а также открытый отстеосинтез 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 исследования. 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 срошения 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 хирургиче-

ской 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%).

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

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЯ ХОНДРОМАТОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Шамшиметов Д.Ф., Таджиназаров М.Б., Ходжаев Д.Д.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Введение. Хондроматоз коленного сустава - редкое моноартикулярное патологическое образование неизвестного происхождения, характеризующееся формированием эктопических очагов хрящевой ткани в синовиальной мембране суставов, сухожильных влагалищ и сумок вследствие пролиферации и метаплазии субсиновиальной соединительной ткани, приводящее к образованию множественных внутрисуставных хрящевых отслоений в синовиальной оболочке сустава, вызывающих механические симптомы.

Указанные хрящевые образования способны фрагментироваться, проникать в виде свободных, плавающих телец в синовиальную полость суставов. Плавающими телами в суставах, или, как их часто называют мышами, это тела различной структуры, обычно состоящие из костей, хрящей, масс фибрина или жира, или волокнистой ткани, которые либо свободно расположены в суставе, либо прикреплены к какой-либо части суставной поверхности ножками.

В основном это поражает крупные суставы - коленный, тазобедренный, плечевой, голеностопный, лучезапястный. Разделен на первичную и вторичную формы. По частоте поражения в два раза чаще встречается у мужчин. Колено яв-

ляется наиболее часто поражаемым суставом, причем более 50-65% случаев приходится на это место. Полиартикулярное поражение может чаще встречаться в семейных случаях и у пациентов с сопутствующими синдромами.

Этиология хондроматоза остается предметом дискуссии, тем не менее, большинство авторов склоняется в пользу метапластической теории заболевания. Истинная природа метапластических изменений хрящевой ткани остается неясной. Есть основания полагать, что этот процесс может индуцироваться повышенным содержанием таких костных морфогенетических протеинов (bone morphogenetic proteins - BMP), как BMP-2 и BMP-4.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является анализ результатов артроскопического лечения пациентов с хондроматозом коленного сустава.

Материалы и методы. Настоящее исследование основано на опыте лечения 28 пациентов с хондроматозом коленного сустава, которые поступили в отделение спортивной травмы РСНПМЦТО в период 2022-2024 гг. Возраст пациентов варьировался от 18 до 62 лет. 13 из них женщины, остальные 15 мужчины. Свою болезнь пациенты связывают в основном с получением травм на тренировках, на улице и с простудой.

В настоящей работе использованы следующие методы исследования: общеклинические методы, рентгенография, ультразвуковая диагностика (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ), артроскопия.

После тщательного сбора анамнеза, объективного осмотра пациентов, изучения данных МРТ и неэффективности консервативной терапии, с целью постановки окончательного диагноза и проведения оперативного пособия всем пациентам выполнялась артроскопия по стандартной методике на оборудовании фирмы Karl Storz с использованием 30° оптики и набора инструментов.

Для артроскопической диагностики хондроматоза мы использовали критерии, описанные R.M. Sherman и R.W. Jackson: 1) анамнез и соответствующие клинические признаки; 2) отсутствие положительной динамики консервативного лечения; 3) при артроскопии определяется хондроматоз, хондромные тела (прикрепленные к синовиальной оболочке и свободные) которые дают боль и дискомфорт во время сгибания и разгибания.

Выбор анестезии был произведен совместно с анестезиологами и хирургами. Операции выполнялись под спинальной или общей анестезией.

При артроскопии мы использовали передне-латеральный и передне-медиальный доступы. Через передне-латеральный доступ коленного сустава вводится артроскоп, при этом передне-медиальный доступ служит для введения в сустав артроскопического инструментария (щупа, различных кусачек, артроскопических ножниц, шейвера, коагулятора или других необходимых инструментов). Всё при этом контролируется видеомонитором и производится постоянная видеозапись хода операции.

Всем пациентам проводилась артроскопическая удаление очагов хондроматоза и хондромных тел шейверованием и коагуляцией. Иссечение очагов хондроматоза необходимо производить полностью до неизмененных тканей, с той целью, чтобы не оставить в полости сустава части измененной синовиальной оболочки. Пациенты, у которых клинические проявления болей были выражены, от-

мечена значительная гипертрофия, покраснение синовиальной оболочки и наличие хондромных тел.

Результаты исследования. По нозологиям пациенты были разделены следующим образом: у 15 пациентов хондроматоз диагностирована в сочетании с повреждением менисков, у 8 – с гипертрофией жирового тела Гоффа, у 5 – хондроматоз с артрозом коленного сустава.

До операции и в послеоперационном периоде все пациенты отмечали снижение и исчезновение болевого синдрома и улучшение функции коленного сустава. Оценка результатов проводилась по шкале Lysholm, IKDS как до операции, так и после. До операции шкала Lysholm составила 40 балла, IKDS 38. Все пациенты обк ратились болевым синдромом в поврежденном коленном суставе. У 22 (79%) пациентов из 28 отмечалось ограничение сгибание/разгибание.

Отдаленные результаты после хирургического лечения показали следующее данные: средная шкала Lysholm 84, IKDS- 82. При осмотре через год после операции 11% больных жаловались на умеренные боли при нагрузке и у 7% наблюдалось атрофия мышц бедра за счёт неправильной реабилитации. При осмотре больных основной группы болевой синдром не беспокоил 89%.

Вывод. На наш взгляд, основной целю в развитии хирургических вмешательств хондромотозе коленного сустава является выбор оптимального метода лечения. При неэффективности консервативного лечения рекомендуется хирургическое вмешательство, которое является высокоэффективным. Кроме того, в настоящее время артроскопический метод является малотравматичным, высокотехнологичным вмешательством, снижающий сроки реабилитация и приводящее восстановление больного в более короткие сроки.

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАЗРЫВАХ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ ДВУГЛАВОЙ МЫШЦЫ ПЛЕЧА

Ирисметов М.Э., Ҳамроев Ш.Ф., Шамшиметов Д.Ф., Сафаров М.М.

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

Актуальность темы. Повреждения двуглавой мышцы плеча и ее сухожилий составляют более половины всех подкожных разрывов сухожилий и мышц. Основной контингент больных с повреждением сухожилий двуглавой мышцы плеча - люди работоспособного возраста, что подчеркивает социально-экономическую значимость рассматриваемой проблемы.

При рассмотрении проблемы лечения повреждений длинной головки двуглавой мышцы плеча очевидно, что диагностика их разрыва нуждается в дальнейшем совершенствовании с разработкой оптимального алгоритма диагностического поиска и привлечением современных инструментальных методов исследования.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения разрывов длинной головки двуглавой мышцы плеча, с помощью внедрения артроскопического ассистирования при его хирургических лечениях.

Материал и методы исследования. В основу работы положено изучение результатов лечения 25 больных в возрасте от 21 до 64 лет, которые с 2013 по 2024 гг. которые находились в РСНПМЦТО по поводу повреждения длинной головки двуглавой мышцы плеча. Подавляющее большинство пациентов (88%) находилось в активном трудоспособном возрасте - до 59 лет.

В зависимости проведённых операций, больные были подразделены на 4 группы: Первой группе больным проводилось фиксация длинной головки двуглавой мышцы плеча к грудной мышце. Второй группе больным проводилось фиксация длинной головки двуглавой мышцы плеча к плечевой кости. Третьей группе длинная головка двуглавой мышцы плеча фиксировалось межбугорковой борозде. Последней основной группе длинная головка двуглавой мышцы плеча фиксировалось межбугорковой борозде под ассистированием артроскопа.

При обследовании больных наряду с общеизвестными клиническими применялись и дополнительные методы исследования, в частности УЗИ, ЭНМГ, МРТ, морфологические исследования тканей сухожилия в зоне разрыва.

Для комплексной оценки функции плечевого и локтевого суставов применяли систему оценки Constant-Murley Scale и методику R.K. Gupta.

Результаты исследования и их обсуждение. При анализе результатов, метод фиксации длинной головки двуглавой мышцы плеча к межбугорковой борозде, имеет своё преимущество, которое выявело оценка больных по системе Constant-Murley Scale и методике R.K. Gupta. При использовании артроскопических элементов для фиксации длинной головки двуглавой мышцы плеча к межбугорковой борозде, результаты были наилучшие. Результаты у больных контролировали через 1, 6 и 12 месяцев после операции. Самый продолжительный срок наблюдения составил 6 лет с момента выписки пациента из стационара.

При сравнении сроков восстановления функции плеча, в группе больных, оперированных по разработанным нами способам, функция конечности достоверно ($p<0,0001$) восстанавливается в более короткие сроки, чем при традиционных оперативных методах.

Выводы. Таким образом, разработанный нами метод оперативного лечения позволяют уменьшить травматизацию мягкотканных структур, надежно фиксировать сухожилия двуглавой мышцы плеча к кости, что сокращает сроки иммобилизации конечности, пребывания пациента в стационаре, продолжительности реабилитационного периода, а также способствует уменьшению числа осложнений и неудовлетворительных исходов лечения и, как следствие, увеличению количества хороших и отличных результатов.

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАЗРЫВОВ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАРЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Рустамов Ф.Р., Шамшиметов Д.Ф.

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

Восстановление повреждений медиальной коллатеральной связки коленного сустава не утратило актуальности и сегодня. Трудности с восстановлением по-

вреждений медиальной коллатеральной связки коленного сустава возникают до сих пор. Несмотря на множество исследований, посвященных повреждению медиальной коллатеральной связке, до сих пор нет единого подхода к выбору лечения. Причиной этого считается тяжесть травмы, степень нестабильности, продолжительность и объём операции.

Цель нашей работы - усовершенствовать лечение повреждений медиальной связки коленного сустава и сократить время реабилитации.

С 2010 по 2020 год в нашем центре пролечено 158 пациентов с повреждениями медиальной коллатеральной связки коленного сустава.

Принимая во внимание вышеизложенное мы решили улучшить результаты хирургического лечения пациентов с медиальной коллатеральной травмой коленного сустава путем индивидуального подхода. Для этого мы разделили пациентов на 3 группы: сочетанная травма медиальной коллатеральной связки с крестообразной связкой, сочетанная травма медиальной коллатеральной связки с менисками и сочетанная травма медиальной коллатеральной связки с крестообразной связкой и менисками.

Материалы и методы: С помощью нашего метода в период с 2010 по 2020 год 158 пациентам были выполнены операции по поводу разрыва медиальной коллатеральной связки. 127 из них были мужчины и 31 пациентов женщины. Возраст пациентов составлял от 15 до 64 лет. Длительность травмы от 1 дня до 5 лет. Из них 121 устаревшие, а в 37 случаях только что полученные травмы. У 84 пациентов травмы были правосторонними, а у 74 - левосторонними. Разрыв медиальной коллатеральной связки в 20 случаях был изолированным, в 138 случаях травмы сочетались вместе с травмами других элементов коленного сустава (смешанный тип). Мы разделили травмы смешанного типа на три группы.

1. Разрыв медиальной коллатеральной связки с крестообразной связкой.

А) с разрывом передней крестообразной связки в 44 случаях

Б) с разрывом задней крестообразной связки в 22 случаях

2. Разрыв медиальной коллатеральной связки вместе с менисками – в 4 случаях.

3. Разрыв медиальной коллатеральной связки вместе с крестообразными связками и менисками - в 68 случаях.

При восстановлении медиальной коллатеральной связки мы использовали три различных хирургических метода с учетом длительности травмы и других элементарных повреждений коленного сустава. В отделении спортивной травмы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии (РИТОИАМ) разработан новый хирургический метод лечения разрыва медиальной коллатеральной связки коленного сустава. При этом из тонкой мышцы (m.gracilis) получают аутотрансплантат для восстановления разорванной медиальной коллатеральной связки. Метод был применен у 20 пациентов, в 35 случаях применено сшивание связок, лавсанопластика - в 103 случаях.

Для определения характера структурных изменений других элементов коленного сустава, обеспечивающих стабильность коленного сустава, всем пациентам были проведены клинико-рентгенологические обследования, денситометрия, артроскопия, УЗИ, МРТ.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Қосимов М.А., Тожибоев Б.А.

Сырдарьинский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Гулистан

Полные разрывы передней крестообразной связки, при котором разрываются оба пучка (передне-медиальный или задне-латеральный пучок), не представляет собой трудности в диагностике. Частота частичных разрывов достигает от 10 до 38% из всех разрывов ПКС. Из-за несвоевременной диагностики в 38-50% случаев, частичные разрывы превращаются в полные. Стабильность коленного сустава при частичном разрыве ПКС не страдает значительно, при этом клинические тесты нестабильности коленного сустава бывают слабовыраженными. Частичные разрывы ПКС требуют тщательного обследования, проведения тестов нестабильности и интерпретирования МРТ, так как есть вероятность пропущения врачами признаков частичного разрыва. При определения разрыва того или иного пучка необходимо обаращать на механизм травмы. Передне-медиальный пучок ПКС в основном разрывается в основном при высокоэнергетических травмах, при котором передняя происходит трансляция голени или переразгибание. Разрыв задне-латерального пучка происходит при относительно более слабых ротационных травмах.

Частичные разрывы, взависимости от разорванного пучка имеют свою симптоматику. При разрыве передне-медиального пучка отмечается положительный тест переднего “выдвижного ящика” с отрицательными тестами Лакмана и pivot-shift. При разрыве задне-латерального пучка отмечается положительные тесты Лакмана и pivot-shift тест с отрицательным тестом переднего «выдвижного ящика».

При интерпретировании МРТ частой ошибкой считается пропущение разрыва поврежденного пучка при обнаружении целого пучка ПКС. Или при обнаружении поврежденного пучка не должно интерпретироваться как полный разрыв ПКС. Для выявления частичных разрывов ПКС мы предлагаем провести МРТ по 3D-программе, при котором шаг сканирования МРТ уменьшается до 0,7 мм. Также, артроскопическая диагностика является обязательной и заключительным этапом диагностики частичного разрыва ПКС, при этом решается вопрос изолированного восстановления одного из пучков ПКС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 18 больных с частичными разрывами ПКС. Давность травмы был от 1,5 месяцев до 3 лет. Возраст больных был от 17 до 45 лет. У всех больных имелись невыраженная нестабильность коленного сустава, которая оценена по тестам Лакмана, «переднего выдвижного ящика» и pivot-shift. Из них у 6 больных отмечен разрыв задне-латерального пучка ПКС, у 12 больных отмечен разрыв передне-медиального пучка ПКС. У всех 18 больных тесты нестабильности коленного сустава (тест Лакмана, переднего «выдвижного ящика» и pivot-shift) были слабоположительными. Функция коленного сустава оценена по шкале Лизхольма, который варьировал в нашем исследовании от 64 до 82 баллов (средний балл 77,8 баллов, хороший - у 12 больных, удовлетворительный - у 6 больных).

С целью сохранения проприорецепторов в нативной крестообразной связки, неповрежденный пучок связки был сохранен, а разорванный пучок был восстановлен аутотрансплантатом из сухожилия полусухожильной и/или нежной мышц. В зависимости какая часть передней крестообразной связки повреждена, просверливали бедренный и большеберцовый туннели, соответственно на месте прикрепления разорванного передне-медиального или задне-латерального пучка связки, соответственно.

У 3 больных проведена изолированное восстановление задне-латерального пучка связки и у 3 больных - изолированное восстановление передне-медиального пучка. Проведен стандартный курс реабилитационного лечения.

Заключение. Отсутствие нестабильности или слабовыраженные симптомы нестабильности коленного сустава не должны интерпретироваться, как отсутствие повреждения ПКС.

Для уточнения частичных разрывов ПКС необходимо применить МРТ-исследование с 3D-программой, также косые и косо-сагиттальные проекции МРТ.

При изолированном восставновлении ПКС сохраненный неповрежденный пучок служит брейсом для вставленного аутотрансплантата, защищает его от нагрузок, также способствуют его васкуляризации. Также, наличие проприорецепторов в сохранененном неповрежденном пучке ПКС в свою очередь благоприятно влияет на функцию коленного сустава.

АДГЕЗИВНЫЙ КАПСУЛИТ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ("ЗАМОРОЖЕННОЕ ПЛЕЧО") У ПАЦИЕНТОВ: ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

Маматкулов К.М., Халикулов М., Исматова И.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Введение: Адгезивный капсулит плечевого сустава, также известный как "синдром замороженного плеча", представляет собой состояние, характеризующееся болезненным ограничением подвижности и функциональной активности плеча. Это патологическое состояние возникает в результате воспаления и сжатия суставной капсулы, что приводит к образованию рубцовой ткани и ограничению подвижности в плечевом суставе. Согласно исследованиям университетов и медицинских центров из разных стран мира, включая США, Великобританию, Германию, Японию и Канаду, адгезивный капсулит плечевого сустава остается одним из наиболее сложных и плохо понимаемых состояний среди дисфункций плечевого сустава.

Материалы и методы исследования. В исследованиях было показано, что пероральные кортикостероиды могут быть полезны при лечении АК, хотя их эффективность ограничена. Например, в одном исследовании было показано, что краткосрочное применение высоких доз кортикостероидов привело к временному снижению боли и увеличению подвижности сустава, но этот эффект исчез через несколько недель. Кроме того, после 12 недель лечения группа пациентов, получавших плацебо, показала лучшие результаты, чем те, кто получал кортикостероиды, что может быть связано с "ребаунд-эффектом" - возвращением симптомов после прекращения лечения. Это подчеркивает важность индивидуального подхо-

да к лечению АК и постоянного контроля за эффективностью терапии. Внутрисуставное введение кортикостероидов (КС) имеет большее эффективное воздействие на симптомы адгезивного капсулита (АК) по сравнению с их пероральным применением. Это объясняется их способностью подавлять фибротизацию и уменьшать количество миофибробластов. Внутрисуставное введение метилпреднизолона приводит к более быстрому уменьшению болевого синдрома и расширению диапазона движений по сравнению с другими методами, такими как лечебная физкультура, криотерапия и простое наблюдение, но эти различия исчезают через 6 месяцев. Препараты, такие как триамцинолон ацетонид и бетаметазон дипропионат, также применяются для этой цели. Внутрисуставное введение гиалуроната натрия, который представляет собой хондропротектор, может быть эффективным в лечении АК. Оно обладает метаболическим воздействием на хрящ, синовию и синовиальную жидкость сустава. Несколько исследований показали, что внутрисуставное введение гиалуроната натрия дает сопоставимые результаты с внутрисуставным введением КС. Это приводит к увеличению объема движений, улучшению показателей шкалы Constant и снижению болевого синдрома без осложнений. Процедуры, такие как блокада надлопаточного нерва, гидродилатация и криотерапия, также могут быть эффективными методами лечения. Блокада надлопаточного нерва может временно облегчить боль и помочь в мобилизации сустава, а гидродилатация, введение жидкости в сустав, может увеличить внутрисуставной объем и улучшить функцию сустава. Криотерапия, проводимая при очень низких температурах, также имеет противовоспалительное и обезболивающее действие. Эти методы лечения могут быть эффективными при адгезивном капсулите и должны выбираться с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента.

Хирургическое лечение адгезивного капсулита (АК) обычно рекомендуется для пациентов, у которых сохраняются симптомы болезни после нескольких попыток консервативного лечения. Оно включает в себя проведение манипуляции под наркозом (МПН) и/или капсулотомию плечевого сустава, которая может быть выполнена артроскопически или открытым методом. Манипуляция под наркозом представляет собой процедуру, при которой плечевой сустав мобилизуется с превышением обычного уровня боли, чтобы разорвать спайки и растянуть сожженную капсулу сустава. Эта процедура обычно считается безопасной, но иногда могут возникать осложнения, такие как гемартроз, разрыв капсулы и повреждение хряща. Однако эффективность этой процедуры все еще обсуждается. Артроскопическая капсулотомия является эффективным и безопасным методом лечения АК. Этот метод позволяет непосредственно визуализировать контрагированную капсулу плечевого сустава и выполнять ее релиз. Существует несколько вариантов этой процедуры, однако передне-нижний артроскопический релиз считается стандартом. Хотя эффективность этой процедуры немного ниже у некоторых групп пациентов, таких как женщины, пациенты старше 50 лет и те, у кого есть диабет. Открытая капсулотомия редко выполняется, так как она обычно связана с большими размерами послеоперационных ран и длительным временем восстановления. Однако она может быть рассмотрена как альтернатива артроскопической капсулотомии в случае неудачи последней. Таким образом, хирургическое лечение АК может быть эффективным в некоторых случаях, но результаты могут варьироваться в зависимости от индивидуальных особенно-

стей пациента.

В заключении хочется отметить, что у пациентов, страдающих адгезивным капсулитом плечевого сустава, наблюдается значительное улучшение функции сустава и снижение боли как после хирургического вмешательства, так и после консервативного лечения. Тем не менее, эта проблема все еще остается сложной. Существующие методы лечения не всегда дают желаемый результат, и необходимы дальнейшие исследования для разработки более эффективных стратегий лечения. Особое внимание следует уделить лечению артрофиброза, чтобы улучшить результаты терапии в целом.

ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ МЕДИАЛЬНОГО МЕНИСКА: ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД И ПРАКТИКА АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ

Маматкулов К.М., Халикулов М., Курбонов Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Введение. В настоящей литературе отмечается ограниченное внимание к вопросам лечения гипермобильности медиального мениска, в явном контрасте с более часто упоминаемой гипермобильностью латерального мениска. Несмотря на её частое проявление, диагностика данной проблемы оказывается малоосвещенной в существующих литературных источниках. Мы фокусируем внимание на патологии, связанной с гипермобильностью медиального мениска, которая в большинстве случаев связана с нарушением целостности паракапсулярной или периферической зоны мениска. Наша статья обращает внимание на паракапсулярные повреждения медиального мениска, часто оцениваемые как благоприятные в плане последующего рубцевания, но при этом, как показывает наш опыт, не всегда проходящие бесследно для пациента. Недостаточная диагностика подобных повреждений часто сопровождается клиническими симптомами, существенно влияющими на качество жизни пациентов.

Цель нашего комплексного исследования заключается в выявлении эффективных методов лечения и реабилитации пациентов с гипермобильностью медиального мениска, обусловленной различными причинами, включая застарелые паракапсулярные повреждения. Мы стремимся не только оценить результаты мениско-капсулярных швов и метода "все внутри" в лечении данной проблемы, но и выделить ключевые прогностические факторы, такие как эпидемиологические, клинические и операционные аспекты, влияющие на успешность оперативных вмешательств и восстановление мениска. Наша общая цель - предоставить комплексный взгляд на лечение гипермобильности медиального мениска, который может стать основой для оптимизации клинической практики и улучшения результатов в лечении данного состояния.

Материалы и методы: Исследование было проведено в период с января 2021 года по сентябрь 2023 года. Группу наблюдения составили 34 пациента, которым была выполнена артроскопическая реконструкция мениска по методике "все внутри". Включение в группу осуществлялось при соблюдении следующих критериев: отсутствие выраженных дегенеративных изменений в мениске, проведе-

ние восстановительных процедур в красно-красных и красно-белых зонах, операция в пределах трех месяцев с момента повреждения, возраст от 20 до 40 лет у 24 пациентов, и старше 40 лет у 10 пациентов. Реконструкция проводилась как в случае разрыва передней крестообразной связки, так и без такового.

Субъективные и объективные параметры шкалы IKDC (International Knee Documentation Committee) измерялись до и после операции.

Результаты и их обсуждения. Средний период наблюдения за пациентами составил до 2 лет. В течение данного времени не отмечено необходимости проведения ревизионных артроскопических вмешательств для повторного шва мениска или менискэктомии. Субъективные показатели, измеренные по шкале IKDC, значительно улучшились с 54,11 до 84,56 ($p < 0,005$), подчеркивая положительный эффект оперативного вмешательства.

В заключение, наши результаты поддерживают эффективность артроскопического восстановления мениска и предостерегают от возможных осложнений, требующих дополнительного внимания при планировании и проведении операций.

ПОКАЗАНИЯ К ЭНДОСКОПИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕФОРМАЦИИ ХАГЛУНДА И АХИЛЛОБУРСИТА

Ни Г.В., Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н., Усмонов Ф.М., Кадыров С.С.

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

Как известно, одной из наиболее распространенной причиной возникновения задне-пяточной боли является деформация Хаглунда и ахиллобурсит. Существует высокий риск развития хронического болевого синдрома и разрыва ахиллова сухожилия. В качестве возможной причины неудачи хирургического лечения чаще всего называют недостаточный или избыточный объем резекции бугра пяточной кости, а также недостаточная резекция воспаленной сумки. Представляет интерес изучение показаний к эндоскопической хирургии, оказывающей влияние на результаты хирургического лечения больных с деформацией Хаглунда.

Цель исследования – определить показания к эндоскопическому лечению деформации Хаглунда и ахиллобурсита.

Материалы и методы. Представлены сроком с январь 2015 по декабрь 2022 г. прооперировано 126 пациентов с деформацией Хаглунда и ахиллобурситом в отделениях артроскопии, спортивной травматологии и хирургии кисти и стопы. Пациенты были разделена на 2 группы: открытая кальканеопластика (64 пациента) и основная группа, которым произвели эндоскопическую кальканеопластику (62 пациента). 20 пациентам произвели морфологию материала в зависимости от длительности заболевания, патологические изменения являлись необратимыми.

Использовали алгоритм диагностики и выбора тактики хирургического лечения при деформации Хаглунда и ахиллобурсите, позволивший выбрать индивидуальный подход к каждому пациенту. Пациентам производились контрольные ренгтенограммы и МРТ исследование на сроках 3,6 и 12 месяцев после операции.

Результаты и обсуждения. Ближайшие и отдаленные результаты оценивались по шкале AOFAS heel, так на сроке 3 месяца у основной группы лучшие результаты 61,3%, в группе сравнения 43,8%. Через 6 месяцев 87,1% и 71,9%, соответственно. Спустя 12 месяцев результаты в основной группе 95,2% и 90,6% при открытой кальканеопластики. Анализ результатов с данными других авторов, отмечается улучшения результатов на 5-8% при использование нами усовершенствованном способе эндоскопической кальканеопластики.

Выводы. Применение эндоскопической кальканеопластики при деформации Хаглунда и ахиллобурсита, обеспечивает получение хороших результатов по шкалам AOFAS и Groulier, снижает риск гнойно-воспалительных осложнений, улучшение качества жизни за короткий срок реабилитации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУГМЕНТАЦИИ КОЛЛАГЕНОВОЙ МЕМБРАНОЙ ПРИ ШВЕ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ РАЗРЫВОВ МЕНИСКОВ

Сластинин В.В., Дубров В.Э., Инякин О.Н., Фархан А.М., Сабурова Т.В.

Городская клиническая больница им. С.С.Юдина Государственного бюджетного учреждения здравоохранения, Москва, Россия

Операции при разрывах менисков являются самыми частыми артроскопическими вмешательствами на коленном суставе. Подавляющее большинство из них – резекция мениска при дегенеративных его разрывах. Учитывая важную роль менисков в амортизации нагрузок и сохранении хряща коленного сустава поиск путей решения проблемы сохранения менисков при их разрывах остаётся очень актуальным, благодаря чему появилась методика шва мениска с коллагеновой мембраной.

Цель исследования. Оценка эффективности использования коллагеновой мембраны при хирургическом лечении дегенеративных горизонтальных разрывов менисков.

Материалы и методы. В исследование включены 27 пациентов (8 женщин и 19 мужчин) в возрасте от 31 до 52 лет с горизонтальными разрывами менисков, которым был выполнен шов мениска с установкой коллагеновой мембраны в зону дефекта мениска. Через 3 и 6 месяцев после операции пациентам была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) оперированного коленного сустава. Оценку клинических результатов через 6 месяцев проводили по шкалам Lysholm и IKDC.

Результаты и обсуждение. У 25 пациентов, которым был выполнен шов мениска с коллагеновой мембраной, на МРТ оперированного коленного сустава через 3 и 6 месяцев после операции зона разрыва мениска частично заполнена рубцовой тканью. Клинические результаты через 6 месяцев по шкалам Lysholm и IKDC у этих 25 пациентов оценены как хорошие. У двух пациентов (1 мужчина и 1 женщина) после операции выявлено прогрессирование деструктивных изменений в зоне разрыва мениска, сопровождающееся болевым синдромом, по поводу чего мужчине выполнена парциальная резекция внутреннего мениска, а женщине помимо парциальной резекции внутреннего мениска выполнена корригирую-

щая вальгизирующая остеотомия большеберцовой кости. В первом случае неудача связана, вероятно, с наличием артроза 2 степени и выраженных дегенеративных изменений мениска, во втором случае причиной ревизионной операции стали, вероятно, недооценка избыточной массы тела пациентки и умеренная варусная деформация нижних конечностей.

Выводы. Установка коллагеновой мембраны в зону разрыва мениска в сочетании с его швом обеспечивает заполнение зоны разрыва рубцовой тканью и позволяет добиться хороших клинических результатов при условии правильного отбора пациентов.

«ДВОЙНОЕ ЛАССО» ДЛЯ ТЕНОДЕЗА СУХОЖИЛИЯ ДЛИННОЙ ГОЛОВКИ БИЦЕПСА

Тамазян В.О., Егиазарян К.А., Ратьев А.П., Ершов Д.С., Кондырев Н.М., Ганин К.В.

ФГАОУ ВО "Российский Национальный Исследовательский Медицинский Университет им. Н.И. Пирогова", Москва, Россия

Впервые техника прошивания сухожилий при артроскопии плечевого сустава по типу «лассо» была описана Л.Лафоссом с соавторами в 2006 году. Применялась она в основном для сухожилий вращательной манжеты и тенодеза сухожилия длинной головки бицепса (ДГБ). Техника хорошо себя зарекомендовала, т.к. значительно усиливала прочность шва по сравнению с обычной техникой прошивания. В 2014 году Л.Лафосс с соавторами представил технику «двойного лассо» или «лассо 360» исключительно для использования при тенодезе ДГБ. Она заключалась в том, что проводилась еще одна петля в момент прошивания через первую петлю. Тем самым сухожилие оборачивалось этими двумя петлями (двойное) по всей окружности (360). Преимуществом этой техники, помимо более жесткой фиксации, можно назвать раннюю стабильность сухожилия ДГБ сразу после затягивания петли, даже без завязывания узлов. Такая стабильность позволяет свободными нитями над тенодезом прошить еще и сухожилие надостной мышцы, и положить его поверх сухожилия ДГБ. Данная методика укрепляет фиксацию и тенодеза, и шва сухожилия надостной мышцы. Также нельзя не учесть экономический фактор – используется один якорь для фиксации двух элементов.

В нашей практике при артроскопии плечевого сустава применение техники «двойного лассо» получило распространение с 2021 года. При разрыве надостной мышцы – 31пациент, при комбинированном разрыве сухожилия надостной и подлопаточной мышц – 35, теносиновите сухожилия ДГБ – 15, SLAP – повреждении – 10 пациентов. Всего из 91 пациента только у одного в связи с повторной травмой (резко поднял тяжелый предмет через 3 недели после операции) произошел отрыв сухожилия ДГБ в зоне тенодеза, что потребовало повторной операции. Однако, хочется отметить, что при ревизии зоны тенодеза было выявлено стабильное положение якоря в кости и сохранение архитектуры выполненного «двойного лассо». Причиной отрыва явилось прорезывание нитей через дегенеративно измененную ткань сухожилия при повторной травме. У остальных пациен-

тов состоятельность тенодеза была подтверждена клинически после прохождения реабилитации и с помощью магнитно-резонансной томографии через 3 и 6 месяцев с момента операции.

Выводы: 1 Применение техники «двойного лассо» обеспечивает надежную фиксацию сухожилия ДГБ при выполнении тенодеза. 2 Данная техника снижает финансовые затраты на импланты. 3 При одновременном использовании для тенодеза ДГБ и фиксации сухожилия надостной мышцы потенциирует стабильность фиксации каждого из сухожилий.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РАЗРЫВАХ КОРНЯ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Усмонов Ф.М., Мамажонов И.Ш.

Республиканский научно-практический центр исследования травматологии и отропедии, Ташкент

Цель. Определить демографические характеристики, а также рентгенографические данные о разрывах корня мениска во время презентации, клинические исходы пациентов, перенесших восстановления корня мениска.

Методы. Ретроспективный обзор был выполнен для выявления пациентов с симптоматическими, с разрывами корня мениска с минимальным 2-летним наблюдением. Рентгенограммы оценивались с использованием баллов Келлгрена-Лоуренса. Субанализ был проведен на 38 пациентах, перенесших восстановление корня. Тегнер, Лисхольм, Международный комитет по документации коленного сустава. Демография пациентов, рентгенологические данные и клинические результаты сравнивались между восстановлением разрыва корня мениска (РКМ).

Это простой метод, который способствует простому сшиванию разрыва корня мениска, избежать ятрогенных повреждений суставного хряща и создать дополнительный рабочий портал во время восстановления корня мениска.

Результаты. На момент травмы у 38 пациентов с РКМ был возраст (РКМ = 51,4 года, индекс массы тела (РКМ = 32,1, оценка Келлгрена-Лоуренса (РКМ = 1,3, P < 0,0001) и частота большой экструзии мениска (РКМ = 72%, P < .0001). Из 38 РКМ 34/38 (90,0%) лечили восстановлением корня мениска. С РКМ 4/38 (10%) получали консервативное лечение, у тридцати четырех пациентов была проведена восстановление корня мениска со средним 41-месячным наблюдением. Международный комитет по документации коленного сустава (РКМ = 80,4, P = .02) и баллы Тегнера (РКМ = 5.1, P < .05).

Заключения. РКМ встречаются у пожилых пациентов женского пола с повышенным индексом массы тела, большей дегенерацией хряща и экструзией при магнитно-резонансной томографии и чаще с повреждением связок. Хотя у отдельных пациентов были достигнуты хорошие или отличные клинические результаты для восстановления корня мениска, характеристики пациента могут способствовать этим результатам.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБА ПЕРИОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Ходжанов И.Ю., Убайдуллаев Б.С., Абдуллаева Х.Н.

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

Актуальность. Реконструктивные артроскопические вмешательства с использованием различных видов трансплантатов являются методом выбора при разрывах передней крестообразной связки. При этом травматизация мягких тканей и рассверливание костных тоннелей обуславливают развитие болевой симптоматики и, как следствие, затруднение начала ранней реабилитации. Традиционные методы аналгезии, предполагающие использование различных видов ненаркотических и наркотических аналгетиков, местной гипотермии, иммобилизации и т. д. зачастую оказываются недостаточными. В этой связи блокада периферических нервов оперируемой конечности под ультразвуковым контролем позволяет значительно повысить порог болевой чувствительности и начать реабилитационные мероприятия в течение первых 12 часов после выполненной операции.

Цель работы. Изучение влияния периоперационной аналгезии оперируемой конечности с использованием ультразвуковой ассистированной блокады периферических нервов на этап ранней послеоперационной реабилитации пациентов после двух видов артроскопической реконструкции передней крестообразной связки.

Материал и методы. 50 мужчин с разрывом передней крестообразной связки в возрасте от 18 до 45 лет прооперированы в Nano Medical Clinic в период с 2021 по 2023 года. 30 пациентам выполнена пластика ПКС с использованием сухожилий посухожильной и нежной мышц одноимённой стороны (далее StG) в качестве аутотрансплантата. У 20 пациентов для этой же цели использовалась средняя порция собственной связки с двумя прилежащими костными блоками (далее BTB). Контрольную группу составили 26 пациентов (из них 15 - StG, 11 – BTB), которым была пластика ПКС под спинномозговой анестезией с применением традиционных способов обезболивания в раннем послеоперационном периоде. У 24 пациентов основной группы (15 – StG, 9 – BTB) спинномозговая анестезия дополнялась блокадой периферических нервов на уровне аддуктор-канала и подколенной области. Оценка результатов проводилась путем определения выраженности болевого симптоматики по шкале VAS в 1 и 2 сутки после операции и темпа активации четырёхглавой мышцы бедра тестом на сокращение квадрицепса с возможностью отрыва пятки от горизонтальной поверхности в аналогичные сроки.

Результаты. В контрольной группе средний балл по шкале VAS составил 8 в первые сутки после операции и 6 на вторые. При этом не отмечалось разницы в данном показателе в зависимости от вида используемого трансплантата. В основной группе аналогичный показатель составил 5 баллов в первые сутки после операции и 3 балла на вторые. Корреляции между видом используемого трансплантата и уровнем болевого синдрома так же не было.

При оценке темпа активации четырехглавой мышцы в контрольной группе в первые 24 часа после операции у 17 пациентов определялась способность к изометрическому сокращению четырёхглавой мышцы без выраженного болевого синдрома, однако ни в одном из случаев не определялся отрыв пятки от горизонтальной поверхности. Спустя 48 часов у всех 26 пациентов восстановилось изометрическое сокращение квадрицепса, но лишь у 10 из них восстановилась способность отрыва пятки.

В основной группе в первые 24 часа после операции у всех 24 пациентов отмечалась безболезненная активация квадрицепса, при этом у 11 из них определялся отрыв пятки от горизонтальной поверхности. К 48 часам после операции у 20 пациентов восстановилась способность к отрыву пятки от горизонтальной поверхности. У 4 пациентов, не способных выполнить отрыв пятки, была выполнена пластика с использованием аутотрансплантата StG.

Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что комбинированная анестезия, предполагающее применение adductor canal block в сочен тании с popliteal block, обеспечивает более благоприятный результат в раннем послеоперационном периоде после пластики ПКС.

ТИЗЗА БЎҒИМИ МЕНИСКЛАР ЖАРОХАТЛАРИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Шакиров Х.Х., Уринов Ш.К.

«Гавхар» ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия клиникаси, Тошкент

Мавзунинг долзарблиги: Менисклар жарохати тизза бўғими жарохатлари ичида энг куп учрайдиган жарохатлар хисобланади. Менисклар коллаген толалари ва гликопротиедларнинг мураккаб тизимидан иборат тузилма булиб, тизза бўғимининг мухим кисмларидан бири хисобланади. Менисклар тизза бўғимида асосий 5 хил вазифа бажаради: 1) тизза бўғимида зарб кучини камайтириш; 2) тизза бўғимига тушаётган юкламани сон ва болдир бўғим юзаларига бир хил таксимлаш; 3) Тизза бўғимининг стабиллигини таминлаш; 4) синовиал суюкликни бўғими юзаларига бир хил таркалишида иштирок этади; 5) пропреоцепция вазияси. Мениск тукимасининг йукотилиши тизза бўғимида дегенератив жараёнлар ривожланиши хавфини оширади.

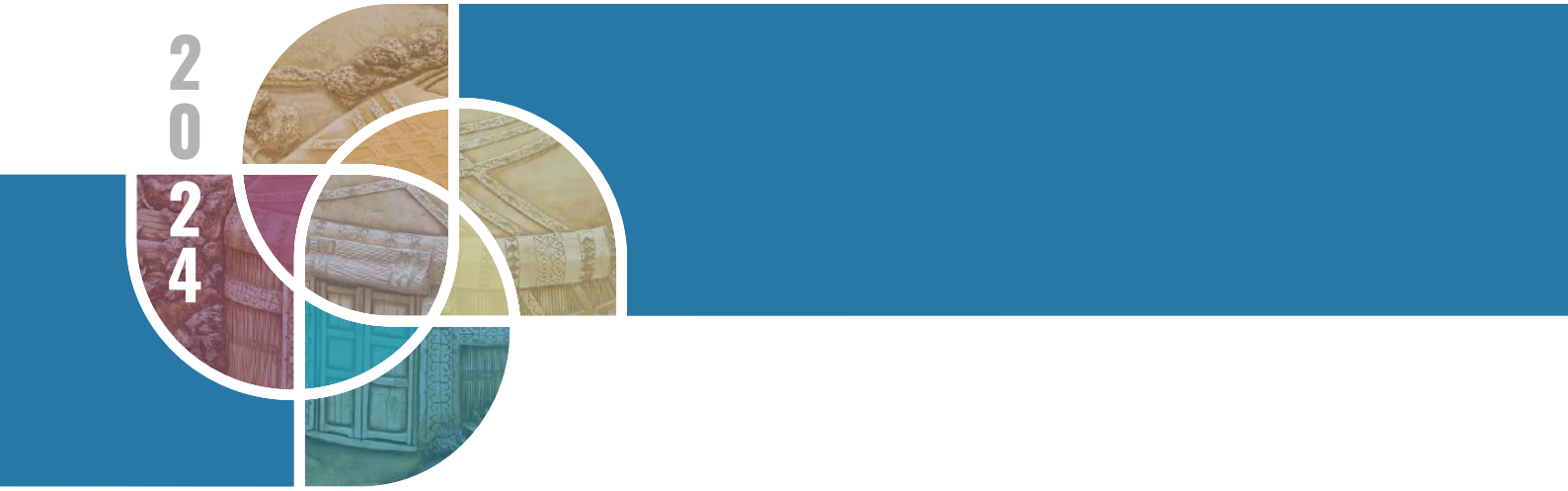
Тадкикотнинг максади: Замонавий технологияларни кўллаган холда мениск таркибий кисмларини саклаб колишга каратилган жаррохлик амалиётларини тадбик килиш.

Клиник материаллар: «Гавхар» ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия клиникасида 2022-2024йиллар давомида 97 нафар беморда менискларни тикиш амалиёти утказилган. Шулардан 62 (64%) нафар эркаклар, 35 (36%) нафар аёллар. Беморларнинг ёши 13 дан 60 ёшгача. 75 нафар беморда изоляцияланган мениск жарохатлари, 22 нафар беморда мениск жарохатлари бойламлар жарохати билан биргаликда кузатилган. Жарохатлар сабаблари: 58 та холатда тизза бўғимида букилувчи-ротацион харакат натижасида, 20 та холатда тизза бўғимига тугридан-тугри зарб натижасида, 19 та холатда баландликдан йикилиш натижасида келиб чиккан. Беморларнинг 15 нафари жарохатдан сунг 1 ой давомида, 45 нафа-

ри 6 ойдан сунг, 37 нафари 1 йилдан сунг мурожаат килган. Беморларга ташхис кўйишда куйидаги текширув усулларидан фойдаланилди: Рентгенологик, УТТ, МРТ-текшируви. Бу текшириш усуллари бир-бирини тўлдиради. Асосий текширув – МРТ маьлумотларига асосланди.

Натижалар ва унинг мухокамаси: клиник гурухга кирган 97 беморда диагностик артросокия давомида жарохатлар менискнинг кон тоирлар билан таминланган кизил-кизил ёки кизил-ок зонасида эканлиги аникланган. Бу зоналарда учрайдиган жарохатларда мениск фрагментларининг узаро битиши эхтимоли юкори. Менисклар бутунлигини тиклаш учун «ташкаридан-ичкарига» ва «хаммаси ичкаридан» усуллари ёрдамида чоклар куйиш амалга оширилган. Тикиш материали сифатида Этибонд, ПДС, Лавсан ипларидан фойдаланилган. Эскирган ва комбинацияланган жарохатларда мениск булаклари битишини яхшилаш максадида бемор конидан тайёрланган ивиган фибриндан фойдаланилган. Бойламлар жарохатлари бор беморларда менискларни тикиш билан биргаликда бойламлар жарохати реконструкцияси амалга оширилган. Беморлар жаррохлик амалиётидан сунг реабилитацион протокол буйича 1,5-2 ой давомида бугим фаолиятини тиклашга каратилган чора тадбирлар утказилган. Спорт билан шугулланувчи беморлар 8-9 ойдан сунг машгулотларга кайтишга муваффак булган. Беморларни жаррохлик амалиётидан сунг кузатиш даври 2 йил булиб, рецидивлар кузатилмаган.

Хулоса: Мениск жарохатларида субтотал ва тотал резекция амалиёти тизза бугимида дегенератив узгаришлар келиб чикишини хавфини оширади. Менисклар бутунлигини тиклашга каратилган амалиётлар мениск функцияларин саклаб колишга ва бугим тогай каватларини химоя килишда мухим урин тутади.



РАЗДЕЛ 3

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ВЕРТЕБРОЛОГИИ

ВЛИЯНИЕ ИК-ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СТРУКТУРУ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ЕГО ПОВРЕЖДЕНИИ (ПОЗДНИЙ ПЕРИОД 6 МЕС.) СООБЩЕНИЕ 4.

Абдурахимов Ш., Абдухаликов А.К., Мирзаюлдашев Н.Ю.

Клиника Андижанского государственного медицинского института, Андижан

Изменения спинного мозга у животных контрольной группы. Спустя 6 месяцев после начала эксперимента у животных контрольной группы при гистологическом исследовании выявлено, что пространство в зоне ламинэктомии по-прежнему замещено грубоволокнистой соединительной тканью. Основу ее составляют грубые беспорядочно расположенные пучки коллагеновых волокон, между которыми располагаются немногочисленные фибробласты и кровеносные капилляры. В ряде случаев имеет место лимфоцитарная инфильтрация. Грубоволокнистый соединительно тканный рубец интимно спаян с твердой мозговой оболочкой, эпидуральное пространство отсутствует. Фиброзная ткань замещает вещество спинного мозга на значительную глубину, в результате он подвергается атрофии. Формируется перехват в виде "песочных часов". К данному времени глиальный рубец вокруг соединительнотканного практически не определяется. Регенерировавшие аксоны окружают соединительнотканные рубец и проникают в глубь его. Однако полного прорастания не отмечено. Мозговое вещество спинного мозга атрофировано со стороны повреждения. Имеются единичные пучки миелинизированных нервных волокон, которые огибают соединительнотканный рубец. Нейроны в этой области не определяются. С противоположной стороны, по отношению к зоне повреждения мозговое вещество также подвергается атрофии.

Изменения спинного мозга у животных опытной группы. У животных опытной группы также имеется соединительнотканный рубец в зоне ламинэктомии. Строение его аналогично вышеописанному в такой же срок эксперимента у контрольных животных. Фиброзная ткань интимно спаяна с твердой мозговой оболочкой и проникает в наружные слои мозгового вещества спинного мозга, однако глубина проникновения небольшая и площадь соединительнотканного рубца намного меньше, чем в контрольной группе. Атрофии спинного мозга не наблюдается. Вдоль края рубца располагаются пучки регенерировавших нервных волокон. Все они миелинизированы, в центре содержатся аксоны, имеющие обычное строение. Все это позволяет считать, что имеет место частичное восстановление целостности нервных стволов мозгового вещества (это подтверждается и наблюдениями за животными). В мозговом веществе глиальный рубец отсутствует. Имеются единичные нейроны, однако количество их существенно снижено, чем в норме. Волокна нейропиля несколько диссоциированы. Распределение нейроглии обычное, в них отмечаются митозы.

Таким образом, проведенные экспериментальные исследования показали, что у животных подвергнутых МИКЛ впослеоперационном периоде отмечается существенное замедление роста соединительной ткани в зоне воздействия за счет стимуляции процессов резорбции соединительной ткани рубца. Вероятно, именно этим можно объяснить тот факт, что у животных подвергнутых МИК-лазерному воздействию значительно в меньшей степени наблюдается степень прорастания

фиброзной ткани в спинной мозг. Все это создает более благоприятные условия для процессов регенерации спинного мозга, что подтверждается клиническими данными, полученными в процессе наблюдения за экспериментальными животными.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Азизхонов А.А, Ахметьянов Ш.А., Мушкачев Е.А., Сангинов А.Д., Исаков И.Д., Пелеганчук А.В.

«Гавхар» ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия клиникаси, Тошкент

Дегенеративный стеноз позвоночного канала на пояснично-крестцовом отделе позвоночника – это заболевание, связанное с прогрессирующими возрастными изменениями позвоночника, приводящими к компрессии корешков спинного мозга патологическими костными структурами (остеофиты, спондилоартроз), гипертрофированными желтыми связками, дегенеративно измененными межпозвонковыми дисками, синовиальной кистой дугоотростчатого сустава, за счет нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, а также в следствие дегенеративного спондилолистеза. Стенозирование позвоночного канала приводит к корешковому синдрому и\или нейрогенной хромоте (Gagliardi.M.J – 2022).

В первую очередь пациентов с данным заболеваниям лечат консервативно и только при неэффективности консервативного лечения пациенту выполняет хирургическое вмешательство. В зависимости от клинико-рентгенологических данных пациенту показано декомпрессивное, декомпрессивно-пластическое или декомпрессивно-стабилизирующее хирургическое вмешательство. Декомпрессивно-стабилизирующие операции подразделяется на открытые и минимально инвазивные.

Имеются исследования по сравнению хирургических методов, но их низкая доказательность диктует необходимость проспективных исследований (Гуща А.О.,2011; Козлов Д.М.,2011). Недостаточно изучены отдаленные результаты, поэтому требуется более длительные по времени исследования. Все вышеизложенное и послужило основанием к формулировке цель и задач нашего исследования.

Материал и методы. Выполнены нерандомизированное ретроспективное и когортное проспективное исследования.

Проспективное исследование. В открытое когортное рандомизированное проспективное исследование включены 132 оперированных пациента с 2009 по 2011 годы. Основным показанием для хирургического лечения были резистентные к консервативному лечению рефлекторные и корешковые болевые синдромы, обусловленные моносегментарным стенозом поясничного отдела позвоночника.

– в первой (основной) группе 64 пациентам выполнялось минимально инвазивное декомпрессивно-стабилизирующее вмешательство при моносегментарном стенозе позвоночного канала на пояснично-крестцовом отделе позвоночника;

– во второй группе сравнения (68 больных) декомпрессивно-стабилизирующие вмешательства выполнялись из традиционного задне-срединного доступа со скелетированием задних отделов позвоночника. Оценка результатов в отда-

ленные сроки наблюдения проводилась у 110 пациентов, часть пациентов выбыли из исследования по естественным причинам. Количество исследуемых в основной группе составило 53 пациента, во второй группе 57 больных.

Заключение. Таким образом, применение минимально инвазивных технологий в хирургическом лечении пациентов с дегенеративными поражениями поясничного отдела позвоночника позволяет произвести радикальное оперативное вмешательство, минимизировав ятрогенную травму, и имеет ряд несомненных преимуществ в сравнении с традиционными открытыми способами. При анализе результатов лечения в отдаленном периоде, было обнаружено статистически значимое отличие в пользу минимально-инвазивной хирургии болевому синдрому, качеству жизни, формированию синдрома смежного диска и жировой дегегенерации паравертебральной мускулатуры. Можно отметить, MIS является эффективной и неоспоримой альтернативой традиционны открытым операциям в долгосрочной перспективе. Эти вмешательства выполняются с применением принципов минимально инвазивной хирургии с достижением клинически значимого результата

ОСОБЕННОСТИ ТЕХНИКИ МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ФИКСАЦИИ ПОЗВОНОЧНИКА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ В ГРУДО-ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ

Баратов А.А., Рузибоев Д.Р.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Наибольшее распространение при лечении компрессионных переломов на фоне остеопороза получили методы вертебропластики и кифопластики, которые, однако, не лишены недостатков. После выполнения вертебропластики повышается вероятность возникновения нового компрессионного перелома в смежных позвонках. Применение транспедикулярной фиксации с аугментацией винтов предотвращает их миграцию, а комбинирование транспедикулярной фиксации и вертебропластики тела позвонка с целью поддержания передней опорной колонны позволяет избежать травматичного второго этапа операции с созданием переднего спондилодеза. Таким образом, изучение применения минимально инвазивных методов у пожилых пациентов в данный момент является особенно актуальным.

Цель. Изучить осложнений и оценить технических трудностей малоинвазивного хирургического лечения пациентов старшей возрастной группы с переломами в грудо-поясничном отделе.

Методы исследования и результаты: Нами было проведено оперативного лечения у 78 пациентов в возрасте старше 60 лет с переломами позвонков на грудном и поясничном уровнях. Из них мужчин –25 человек (32%), женщин – 51 (68%). Средний возраст составил 65,2±9,17 лет (от 60 до 88 лет). Все пациенты обследовались клинически и инструментально: проводились лабораторные исследования, спондилография в стандартных проекциях, спиральная компьютерная томография поврежденных сегментов, консультации специалистов, использован интраоо-

перационный контроль ЭОП (электронно-оптический преобразователь). Качество костной ткани определяли по косвенным рентгенологическим признакам снижения плотности (методы Saville, Jikei) и поданным КТ: оценивали коэффициент аттенуации, выраженный в единицах Хаунсфилда. Кроме того, факторы риска остеопороза выявляли при сборе анамнеза. Интенсивность боли оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), степень инвалидизации (функциональной дееспособности) определяли по индексу Освестри (Oswestry disability index – ODI).

Таким образом, частота клинически значимых осложнений составила 7,9%, при этом в 4,5% (n=4) осложнения связаны с методикой, 3 случая послеоперационных осложнений связаны с соматическими заболеваниями пациентов.

Состояние пациентов оценивалось после операции и через 3, 6 и 12 мес. на контрольных осмотрах, опросе по телефону. Средний срок наблюдения составил 14,8±6,2 мес. Функциональный статус (функциональная дееспособность) оценивался при заполнении опросника Освестри на контрольных осмотрах. Оценка отдаленных результатов была возможна у 63 пациентов.

Хороший результат – ВАШ до 1-3, ODI до 20%, отсутствие прогрессирования деформации (потеря коррекции до 5 градусов) – достигнут у 51/78 пациента (65,3%). Удовлетворительный результат у 22/78 пациентов (28,2%): ВАШ до 5 баллов, ODI до 40 %, есть прогрессирование деформации (потеря коррекции до 10 градусов). Неудовлетворительный исход – ВАШ 6 баллов и выше, ODI от 41 до 100%, прогрессирование деформации, или переломы смежных позвонков, с нарушением сагиттального баланса, наличие осложнений – зафиксирован у 5/78 пациентов (6,4%).

Заключение.

1. Таким образом проводить операции вертебропластика и кифопластика рекомендуются выполнять под местной анестезией с внутривенной седацией, в присутствии анестезиолога и обязательным мониторингом ЭКГ и артериального давления.

2. Для снижения частоты экстравертебральных распространения цемента пациентам рекомендуются коррекция дефицита витамина D, дополнительный прием препаратов кальция, системная терапия остеопороза.

3. При выполнении минимально-инвазивной ТПФ необходимо неукоснительное соблюдение техники операции, адекватный ЭОП контроль, предоперационный подбор имплантов нужной длины и диаметра для профилактики мальпозиции винтов, повреждения внутренних органов, нестабильности фиксации и технических трудностей во время операции.

ПЕРКУТАННАЯ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ПРИ ГЕМАНГИОМАХ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ

Боймуродов Г.А., Эргашев Т.Ш. Шукуров Ж.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: гемангиомы позвоночника — достаточно распространенная патология, 3,7 % из них имеют агрессивный характер. Одним из патогенетиче-

ских факторов роста гемангиомы тела позвонка считается его механическая перегрузка. Наибольшую нагрузку испытывают переходные отделы позвоночника. Поражение гемангиомой переходного шейно-грудного отдела позвоночника встречается достаточно редко (2–4 % случаев всех гемангиом позвоночника). Распространенным методом лечения агрессивных гемангиом является пункционная вертебропластика. В настоящее время наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов детского возраста, частота встречаемости гемангиом в возрасте до 18 лет приближается к 8 %. Переоценка возможностей консервативного лечения гемангиом у детей зачастую приводит к неудовлетворительным результатам. Клиническое исследование по данной проблеме актуально в связи с недостаточной освещенностью в доступных источниках литературы вопросов по хирургической тактике при агрессивных гемангиомах позвоночника у детей.

Цель исследования: провести анализ встречаемости гемангиом по уровням и результатам лечения больных с гемангиомами тел позвонков методом перкутанной вертебропластики.

Материалы и методы исследования: Нами обследованы и оперированы 206 больных с множественными гемангиомами повреждениями тел позвонков методом перкутанной вертебропластики находившиеся в Хозрасчетном Отделении Национального центра реабилитации и протезирования инвалидов МЗРУз с 2018 -2022 гг. Возраст больных варьировал от 26 до 76 лет (средний возраст 41+1,4). Всем больным были проведены комплексные общесоматические, клинико-биохимические, рентгенологические, КТ, МСКТ, МРТ исследования. Мы в нашей работе исключили случаи опухоли тел позвонков (миеломная болезнь, метастатические повреждение тел позвонков: ограниченные одиночные метастазы, остеопоротические переломы тел позвонков, травматические компрессионные переломы I и II степени, посттравматические остеонекрозы тел позвонков). Под контролем ЭОП под иглой БелНИИТО костным цементом (фирма Stryker -производства США) произведена вся перкутанная пункционная вертебропластика. Проведена перкутанная вертебропластика 206 больным на 278 позвонках.

Результаты исследования: Гемангиомы 2х уровней – 27 больным, гемангиомы 3х уровней – 15 больным, 4х уровней – в 5 случаях, остальные соответственно на 1 уровне. Анализы результатов вертебропластики произведены по клинической шкале боли J.R.Gaughen (2000г). Дооперационная степень выраженности болевого синдрома 8,4+1,5, послеоперационная степень выраженности болевого синдрома 2,1 +6,6, койка дней 1,7 +0,2.

Вывод: Таким образом выбор хирургического малоинвазивного лечения агрессивных гемангиом тел позвоночника является перкутанная вертебропластика с рентгенконтрастным костным цементом.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Жураев И.Г., Мелибоев С.Т., Кушбаков А.М., Дустмаматов Б.Ж.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Целью настоящей работы является стабилизация тела поврежденного позвонка и купирование болевого синдрома.

Материал и методы: В Самаркандской областной больнице ортопедии и последствий травм методом транскутанной транспедикулярной вертебропластики были оперированы 30 больных с компрессионными переломами тел позвонков на фоне остеопороза. Возраст больных составлял от 40 до 83 года. Среди них преобладали женщины - 60% (18 наблюдений), мужчины составили - 40% (12 наблюдений). Наиболее распространенной локализацией перелома был переходный отдел позвоночника ThXII – L1 у 28 (93,3%) пациентов.

Оценку состояния больных проводили по трем основным показателям: выраженности болевого синдрома, социальной активности пациентов и зависимости от анальгетиков.

У всех больных выявлен локальный болевой синдром без неврологической симптоматики. У 27 пациентов болевой синдром имел стойкий, интенсивный характер. Все больные до поступления принимали обезболивающие препараты. У большинства пациентов отмечено значительное ограничение социальной активности. Продолжительность болевого синдрома до госпитализации составляло от 10 дней до 1,5 года. Все больные прошли комплексное обследование, включающее клиническую, рентгенологическую, компьютерную томографию, магнитно резонансную томографию и лабораторное исследования.

Показание к выполнению транскутанной транспедикулярной вертебропластики была наличие компрессионного перелома тел (одного или нескольких) позвонков I-II степени на фоне остеопороза с болевым синдромом без сопутствующей эпидуральной компрессии.

Вертебропластику проводили под местной анестезией транскутанно, транспедикулярно с одной (12 случаях) и двухсторон (18 случаях) вводили контрастный цемент фирмы “Stryker”-“Simplex” с добавлением сульфата бария (1:10 частям сухого цемента). Для приготовления и нагнетания цемента мы использовали троакары и системы PCD Stryker. Во время операции тщательно следим за сердечно-сосудистой и дыхательной системой.

В один позвонок вводилась от 5,0 см^3 до 10,0 см^3. После завершения вертебропластики пациенты находились на операционном столе не меняя положения в течение 20-30 минут, до застывания костного цемента. После перевода в палату на следующий день больным разрешали вставать на ногу.

До и после операционном периоде проводили, при необходимости, лечение сопутствующих заболеваний (они наблюдались почти у всех пациентов), лечебную гимнастику, с профилактической целью антибактериальную терапию. Активизация пациентов проводилась в первые сутки после операции.

В двух случаях отмечено асимптоматичное, незначительное истечение цемента за пределы тела позвонка. Одна больная через месяц после вертебропластики обратилась с жалобами на сильные боли в месте введения цемента. Было проведено МРТ исследование установлен диагноз дисцита. После соотвествующего лечения, в течение недели, выписана в удовлетворительном состояние на амбулаторное лечение. Развитие этих осложнений, в первое время нашей работы было связано с техническими погрешностями в ходе операции. У 10 пациентов в течении 2-3 дней наблюдались местные мышечные боли в месте введение троакара и иглы.

Результаты исследования: Почти у всех пациентов в течение одного-двух дней наблюдался полное исчезновение болевых симптомов. Ближайшие результаты у всех больных были хорошие.

Оценка отдалённых результатов от 6 месяцев до 1,5 года проводилась клинико-рентгенологически при контрольных осмотрах. При этом был использован Европейский опросник качества жизни в 5 направлениях: мобильность, самообслуживавние, бытовая активность, боль и дискомфорт, тревога и депрессия.

У 29 (96,6%) пациентов отмечено хорошие а только у одной больной, у которой наблюдено дисцит послеоперационном периоде, фиксирован удовлетворительный результат вертебропластики.

Заключение: Таким образом перкутанная и транспедикулярная вертебропластика при строгом соблюдении показаний и противопоказаний является одним из наиболее эффективных, малоинвазивных методов лечения при компрессионных переломах тел позвоночника на фоне остеопороза.

ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Исаков Б.М., Худайбердиев К.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения больных с осложненной травмой грудопоясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. В нейрохирургическом отделении Андижанского филиала РНЦЭМП с 2015 по 2020 год было проведено обследование и хирургическое лечение 85 больных с осложненными повреждениями грудопоясничного отдела позвоночника. Возраст больных от 25 до 65 лет, основной контингент больных составили больные в возрасте от 25 до 45 лет – 56 (65,8%). При распределении по полу: мужчин – 62 (72,9%), женщин – 23 (27,1%). Механизм травмы: кататравма (падение с высоты) – 67 (78,8%) случаев, дорожно-транспортные проишествия – 16 (18,8%), ножевое ранение – 2 (2,3%) случая. По времени поступления в стационар – все больные доставлены в первые 6 часов после травмы.

Результаты. Ближайшие результаты лечения прослежены у всех прооперированных больных: хорошие получены у 49 (69,4 %), удовлетворительные — у 33 (38,8 %), неудовлетворительные — у 3 (3,5 %). Неудовлетворительные результаты лечения связаны в двух случаях с дестабилизацией металлоконструкции, что потребовало в одном случае демонтажа и повторного установления металлоконструкции, в другом — продления фиксации выше еще на один уровень. В одном случае после операции отмечалось стойкое (ухудшение с уровня С до А по шкале ASIA/ISCSCI) нарастание неврологической симптоматики.

Отдаленные результаты лечения через год после выполнения хирургических вмешательств прослежены у 52 (61,1 %) пациентов: хорошие — у 31 (59,6 %), удовлетворительные — у 16 (30,7 %), неудовлетворительные — у 3 (5,7 %). У 1 пациента выявлены перелом одного из винтов металлоконструкции, прорезывание смежного винта с развившейся грубой кифотической деформацией; еще у 1 — раскру-

чивание крепежных гаек полиаксиальной металлоконструкции, что привело к кифотической деформации.

Выводы.

1. Больным с осложненными повреждениями позвоночника необходимо проведении ДЛЭ на уровне 2-3-х позвонков.

2. Для уточнения вида и характера повреждения позвоночника и спинного мозга необходимо проведение МСКТ и МРТ исследования.

3. При нестабильных переломах стабилизация поврежденного сегмента системой ТПФ.

4. Проведение декомпрессивно-стабилизирующих оперативных вмешательств способствуют восстановлению утраченных функций спинного мозга.

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Исаков Б.М., Худайбердиев К.Т.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных с травмами шейного отдела позвоночника.

Материал и методы: За период с 2015 по 2022 год в отделении нейрохирургии Андижанского филиала РНЦЭМП прооперировано 65 больных с различными видами травм шейного отдела позвоночника. Мужчин было 57 (87,7 %) и женщин 8 (12,3 %) больных. Возраст больных от 20 до 56 лет. По уровню повреждения: CII – 2 (3,1 %) больных, CIV – CV – 49 (75,4 %) больных и CVI – 14 (21,5 %) больных.

При повреждении на уровне CII позвонка иммобилизация проведена с применением HALO аппарата у 2-х (3,1 %) больных. Передняя дискэктомия с межтеловым спондилодезом выполнена у 56 (86,1 %) больных. Метод передней корпорэктомии со стабилизацией поврежденного сегмента позвоночника пластинами использовался в 7 (10,1 %) случаях.

Результаты и обсуждение: Для оценки тяжести клинических проявлений и степени восстановления неврологического дефицита использовалась шкала Японской Ортопедической Ассоциации. В наших наблюдениях по результатам проведенных оперативных вмешательств хорошие результаты получены у 46 (70,7 %) больных, удовлетворительные у 17 (27, 5 %) больных, неудовлетворительные у 2 (3,8 %) больных.

Выводы: Таким образом, раннее проведение оперативных вмешательств и адекватная декомпрессия элементов спинного мозга, надежная стабилизация поврежденного сегмента позвоночника дают хорошие клинические результаты.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ГИАЛИНОВОГО ХРЯЩА КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

[1]Исмаилов А.З., [2]Юлдашев Т.Н.

[1]Центральный азиатский медицинский университет, Фергана
[2]Ферганский областной многопрофильный медицинский центр

Введение: Несмотря многочисленных литературных данных дает много информации, но мало изучено некоторые компоненты микроструктуры его закономерности недостаточно изучено.

Предупреждение, лечение и реабилитация больных с дегенеративными поражениями суставов представляет собой не только актуальную медицинскую, но и социальноэкономическую проблему (В.А. Насонова и др., 2000; А.П. Градов и др., 2000; А.М. Лила и др., 2003).

Цель исследования. Изучить патоморфологические изменения и оценка состояния гиалинового хряща коленного сустава у пациентов при различных формах остеохондроза коленного сустава среднем и старческом возрасте.

Материалы и методы исследования: Морфологические исследования суставного хряща коленного сустава были проведены у 65 пациентов. Контрольную группу составили 7 мужчин и 7 женщин в возрасте от 18 до 25 лет без элементов травматическими повреждениями компонентов коленного сустава. Основную группу составили 44 человека.

Результаты исследования: При большем клиническом проявлении болезни происходят более значимые дистрофические изменения хондроцитов. При артрозе 2—3 стадии в цитоплазме хондроцитов на 48% была меньшей объёмная плотность митохондрий.

Выводы: Таким образом, морфологические изменения в суставном хряще при гонартрозе связаны с изменением плотности межклеточного матрикса и, в зависимости от стадии процесса, с дистрофией, некрозом и апоптозом хондроцитов. В цитоплазме хондроцитов происходят снижение концентрации цитоплазматических органелл, накопление липидов и электронно-плотных включений.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВОНОЧНОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Каримов К.К., Рахматов К.Р.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр,
Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность исследования. На сегодняшний день механизм образования грыжи поясничного отдела позвоночника связан с остеохондрозом позвоночника, который представляет собой генетически детерминированный полиэтиологический дистрофический процесс, начинающийся с ядра межпозвоночного

диска, распространяющийся на фиброзное кольцо, а затем и на другие элементы двигательного сегмента спинного мозга. Несмотря на многочисленные исследования, посвященные проблеме остеохондроза поясничного отдела позвоночника, грыжа позвоночника считается одним из заболеваний, вызывающих ранние осложнения. Большинство авторов ставят во главу угла хроническую перегрузку межпозвонковых дисков, микротравмы позвоночника. Остеохондроз проявляется на протяжении всей жизни каждого второго человека.

В настоящее время к преимуществам метода эндоскопического удаления грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника в нейрохирургической практике относятся визуализация мягких тканей, возможность прямого многоплоскостного обследования и отсутствие ионизирующего излучения. Среди важных преимуществ эндоскопического удаления грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника - возможность визуализации всего исследуемого отдела позвоночника на сагиттальных томограммах, что дает возможность наблюдать направление замещения смещенных фрагментов диска. Существует множество классификаций эндоскопического удаления грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника, и чаще всего — задняя продольная связка расположена спереди, парамедиальная - частично расположена вне ее, латеральная или латерально—поперечная - расположена вне области связки. Одной из наиболее распространенных классификаций является дегенерация, выпадение, протрузия, немигрирующий секвестр, также присутствуют мигрирующие виды секвестра. Также классификация Американской академии хирургов-ортопедов 1985 года, основанная на степени повреждения межпозвоночного диска, различается по типу протрузии диска, выдавливания грыжи, секвестрации грыжи. Во время протрузий ткань тканевого ядра остается внутри разрыва фиброзного кольца, с которым она образует выпячивание диска. Во время выдавливания грыжевой материал полностью разрушает фиброзную ткань, но сохраняет контакт с полостью диска. Во время секвестрации грыжевой материал теряет контакт с диском и становится отдельным комком. Этот фрагмент позволяет диску находиться близко или перемещаться на расстоянии.

Синдром понутальной компрессии - одно из осложнений заболевания, требующее особого внимания клиницистов. Причинами этого синдрома в основном являются массивное выпадение межпозвонковых дисков и перемещение их фрагментов в позвоночный канал. В этом случае комплекс симптомов вызывает свои особенности с симметричным нарушением чувствительности в аногенитальной области, парезом обеих ног и грубым нарушением функции органов малого таза. Согласно научным источникам, интрадуральное расположение грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника встречается крайне редко. В этом случае секвестр вводится через перфорированную твердую мозговую оболочку. Проблема хирургического лечения пациентов с эндоскопическим удалением грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника подчеркивает актуальность. Различными авторами были предложены различные хирургические процедуры: микродизэктомия, лечение лазерным лучом, пункционная техника, подкожная эндоскопическая нуклеотомия. Эти методы имеют свои преимущества и недостатки. В последние годы широкое использование малоинвазивных хирургических вмешательств привело к внедрению эндоскопических методик в нейрохирургическую практику для удаления поясничных

грыж межпозвонковых дисков. Сотни учреждений практикуют эндоскопическое удаление грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника как один из способов устранения осложнений заболевания и эффективного его лечения. В нейрохирургической практике ведутся научные исследования по совершенствованию метода эндоскопического удаления для повышения качества лечения пациентов с грыжей поясничного отдела позвоночника.

Вывод. Грыжа поясничного отдела позвоночника составляет 48-52% населения, занимает первое место по количеству дней временной нетрудоспособности, а в общей структуре инвалидности вследствие заболеваний опорно-двигательного аппарата - 20,4%. Ежегодно 50% операций в нейрохирургических стационарах проводится пациентам с дискогенной патологией. Достигаются успехи в эффективном лечении дегенеративных заболеваний спинного мозга, в том числе в проведении эндоскопического лечения по удалению грыжи межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВЕНОСПОНДИЛОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕМАНГИОМ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ ПРИ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ

Қобилов 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.

Материали и методы: За период с 2018 по 2023гг. 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 преобразовтел (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 венографии ПММА смешивали до пастообразной консистенции и вводили в тело позвонка через пункционную иглу. Объем вводимого ПММА ко-

лебался 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 выхождение 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 шприца. 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.

OUR EXPERIENCE VERTEBROPLASTY FOR TREATMENT OF VERTEBRAL HEMANGIOMAS

Kobilov A.O.

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

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 -2023yy. 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 vertebrae. 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.

ОДНОМОМЕНТНАЯ РЕДРЕССАЦИЯ И СТАБИЛИЗАЦИЯ СПОНДИЛОПТОЗА

Кузиев Н.Б., Саттаров А.Р,. Солиев Ш.К.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Спондилолистез - это термин обозначающий проскальзывание тела позвонка относительно смежного позвонка. Спондилолистез (или антеролистез) является смещением тела позвонка вперед по отношению к нижележащему позвонку. Проскальзывание может возникать вследствие структурных изменений (например, перелома или спондилолиза) или дегенеративных изменений в позвоночнике.

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. При осмотре выявлена грубая деформация пояснично-крестцовой области с нарушением пропорций тела, с антальгической позой (наклоном туловища вперед), вертикализацией положения крестца и гиперлордозом поясничного отдела с западанием мягких тканей спины на этом уровне, симптом ступенки положительный на этом уровне. Рентгенография позвоночника в стандартных проекциях выявила наличие спондилолистеза с дислокацией тела L5 в передней части S1 тела. В неврологическом статусе отмечается бирадикулярная боль с гипестезией S1 дерматомах больше слева, нейрогенная перемежающая хромота, марш дистанции составил около 200м, функции тазовых органов с периодическими недержаниями. Для восстановления баланса позвоночного столба, реформации позвоночного канала, устранения компрессии дурального мешка и стабилизации пояснично-крестцового отдела позвоночника, больной было предложено хирургическое лечение, предусматривающее восстановление нормализации анатомических взаимоотношений в пояснично-крестцовом ПДС с помощью шестивинтовой транспедикульярной системой, с одновременным устранением локального кифоза на уровне L5-S1 с последующим формированием костно-металлического блока на уровне L4-5-S1.

Результаты: Больной после осмотра смежными специалистами и после предварительной подготовки проведена одномоментная декомпрессия, редрессация сместившихся позвонков с последующей фиксацией пояснично-крестцового отдела с помощью шестивинтовой транспедикулярный металлической конструкцией фирмы IRENE(China), спондилодезом аутокостью и дренированием полости раны. Проведено декомпрессия нервно сосудистых образований, поэтапное редрессация L5 позвоночника с помощью редукционных винтов последующим корпородезом L5-S1 аутотрансплантатом из гребня левой подвздошной кости и дренированием полости раны из заднего доступа. Дренажи удалены на третьи сутки. Больная была активизи-

рована на четвертые сутки после операции, самостоятельно передвигалась по коридору отделения. Рана зажила первичным натяжением. Послеоперационный период протекал без осложнений. После активизации пациентки дополнительные средства внешней иммобилизации не использовали.

Вывод: Таким образом при помощи проведенного хирургического лечения достигнута нормализация анатомических взаимоотношений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, устранена компрессия дурального мешка, сегмент L4-5-S1 надежно стабилизирован костно-металлическим блоком, восстановлены пропорции тела, рост больной незначительно увеличен. Функциональные возможности позвоночника восстановлены, люмбалгия купирована, вертеброгенного неврологического дефицита нет. Больная выписана в удовлетворительном состоянии для дальнейшего наблюдения у травматолога по месту жительства.

COVID-19 ТАЪСИРИДАГИ УМУРТҚА СПОНДИЛИТИНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамажонов И.М., Маҳкамов Н.Ж.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Муаммонинг долзарблиги, дунёда умуртқа поғонаси дегенератив дистрофик касалликларини даволаш тенденцияси тобора долзарб вазифа бўлиб бормоқда. COVID-19 пандемияси бутун дунё бўйлаб тарқалишидан кейинги ҳаракат таянч тизими ва фтизиатрия соҳалари учун синов бўлди. COVID-19 билан боғлиқ турли хил сурункали фтизио-ортопедик касалликлар нафакат яқиндан ўрганиш мавзусига айланди, балки энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қелмокда

Максад: умуртқа поғонаси суягининг COVID-19 дан кейинги туберкулёз спондилитининг клиник-инструментал, морфологик ва морфометрик белгилари хақидаги маълумотларни такомиллаштириш.

Материал ва текшириш усуллари: Ковид-19 дан кейинги умуртқа поғонаси кўкрак, бел соҳалари туберкулез оқибатида дегенератив ва дистрофик ўзгаришлар топографияси ва морфологиясини ўрганиш учун Андижон вилоят фтизиатрия диспансерида туберкулёз спондилити ташриҳдан кейинги биопсияси ва ЎзР ССВ Республика патологик анатомия маркази аутопсия бўлимида 30 ёшдан 65 ёшгача бўлган туберкулёз спондилитида жаррохлик амалиётида олинган материалдан фойдаландик.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Текширувга олинган гистологик маълумотлар хулосалари ўрганилиб таҳлил қилинди. Умуртқа поғонаси бўйин, кўкрак,бел соҳалари деструктив ва дегенератив касалликларини ёшга боғлаб ўрганишимизнинг яна бир сабаби илмий тадқиқот ишларининг устувор йўналишларига мос келади. Беморларни ёши ўсиб бориши билан структур функционал соҳаларда тартибсиз юкламаларни ортиши,гормонал ўзгаришларни келтириб чиқарувчи жараёнларнинг пайдо бўлиши ва тўқималарда дегенератив патологияларнинг ҳосил қилувчи омиллар натижасида меъёрий морфологик ҳолат бузилишига олиб келади. Умуртқа поғонаси структур-функционал касалликлари турида доимий равишда морфологиясини ўрганиб борилиши эса

патоморфологик жараёнларнинг илмий таҳлил қилишимизни тақазо этади. Мазкур ўрганилган маълумотларга таяниб шуни айтиш мумкинки, СОВИД-19 ни оʻтказган беморларда умуртқа спондилитининг клиник таҳлил маʼлумотлари билан оʻзаро патоморфологик коʻринишини уйгʻунлиги солиштирма ташҳислаш имконини беради. Умуртқа поғонаси структур-функционал соҳаларнинг патоморфологик асосларини яратиш, инсон саломатлиги тикланишда илмий асос бўлиб хизмат қилади. Шундай қилиб умуртқа структур-функционал касалликларида патоморфологиясига қараб хулоса қилишимиз даволаш алгоритмини белгилаб беради.

Хулоса: Беморда мақсадсиз медикоментоз терапия таъсирида ошқозон ҳазм қилиш тизимида, юрак қон томир тизимида хар хил асоратлар ривожланишига сабаб бўлмоқда.

Олиб борилган илмий тадқиқот ҳулосалари шуни кўрсатдики беморларнинг касаллик даражаларини ўрганишда ва тўғри ташҳис қўйишда патоморфологик ўзгаришларни ёшига, турмуш тарзи ва иш фаолиятига индивидуал ёндашиб аниқлаш кераклигини белгилаб берди.

ПРИМЕНЕНИЕ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Маматханова Ч.Б., Боймуродов Г.А., Шамсиддинов А.С., Шукуров Ж., Бойсунов А.А., Эргашев Т.Ш.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Оценка выраженности и асимметрии сенсомоторного дефицита в системе нижних конечностей при различных проявлениях дегенеративно-дистрофического процесса в поясничном отделе позвоночного столба. Материалы и методы. Для оценки выраженности и асимметрии сенсомоторного дефицита при различных проявлениях дегенеративно-дистрофического процесса в позвоночном столбе методом электронейромиографии (глобальная, стимуляционная ЭНМГ) протестированы мышцы нижних конечностей

Целью нашего исследования было выявить корреляцию между нейровизуализационными и электронейромиографическими методами исследования у больных с грыжами дисков поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы: за период 2019-2022гг в Хозрасчетном отделении 36 больных по данным анамнеза и результатам радиологических исследований были разделены на 3 группы. Первую группу составили 14 больных с грыжами диска, во вторую группу вошли 16 больных с рецидивами грыжи диска и третью группу составили 6 больных с изолированным выраженным эпидуральным фиброзом после операции в отдаленном периоде. Всем пациентам в предоперационном периоде проведено электронейромиографическое исследование нижних конечностей с анализом скорости проведения по корешковым нервам - скорость проведения импульсов (СПИ), амплитуд мышечных ответов и порогов раздражения.

Результаты и их обсуждение: При ЭНМГ- обследовании у пациентов 1-й группы с грыжей диска отмечалось снижение СПИ по корешковым нервам, с уменьшением амплитуд мышечных ответов и повышением порога раздражения в 2,5-3 раза. Данные изменения указывали на распространенное нарушение проводимости спинальных структур, чаще по типу радикуломиелопатии с компрессионно-ишемическими нарушениями.

У пациентов 2-й группы с рецидивом грыжи диска и эпидуральным фиброзом отмечалось изолированное снижение СПИ по корешковым нервам, чаще ассиметричное на уровне патологического процесса с относительно сохранным или незначительно повышенным порогом раздражения. Амплитуда мышечных ответов в большинстве случаев была умеренно снижена. Подобные изменения характеризовали радикулопатию с преобладанием мышечно-рефлекторных изменений.

Следует отметить, что наличие выраженных фиброзных изменений по данным МРТ и МСКТ, часто при ЭНМГ исследовании, характеризовались появлением патологических дополнительных острых волн у 85% больных в первой и 60% в третьей группах, что, возможно, указывало на компрессионно-ирритативный характер процесса и позволяло объективизировать корешковый болевой синдром.

Выводы: 1. По нашему мнению результаты ЭНМГ в предоперационной диагностике позволяют судить не только об анатомических нарушениях спинномозговых структур, но и дают объективную оценку функциональной состоятельности спинного мозга и спинномозговых корешков, особенно при распространенных многоуровневых патологических процессах.

2. Наши данные позволили оптимизировать хирургическую тактику у пациентов первой и второй групп с проведением реоперации и устранением факторов компрессии, менинго- и радикулолизом.

3. Нами установлено, что больные третьей группы с изолированным эпидуральным фиброзом подлежали консервативной терапии.

UMURTQA DEGENERATIV-DISTROFIK KASALLIKLARINING SARS-COV-2 VIRUSI TA’SIRIDAGI KLINIK-PATOMORFOLOGIK O‘ZGARISHLARI

Maxkamov N.J. , Hayrullaev A.A.

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon

Muammoning dolzarbligi shundaki, dunyoda umurtqa pog‘onasi degenerativ kasalliklarini davolash tendensiyasi tobora dolzarb vazifa bo‘lib bormoqda. Inson umurtqa pog‘onasi tananing asosiy tayanch anatomik tuzilmasi hisoblanadi va bir qator fiziologik tizimlarda ishtirok etadi, jumladan: orqa miyaning butunligini va mexanik himoyasini ta’minlaydi, bir qator vertebrogen kasalliklarning oldini oladi (5:1059-1064., 2021). Kasallik va uning oqibatlari turli mutaxassisliklar, jumladan, ortopediya, travmatologiya, neyroxirurgiya, vertebrologiya mutaxascislari uchun ko‘plab qiyinchiliklarni keltirib chiqardi. COVID-19 pandemiyasi butun dunyo bo‘ylab jarrohlik yordam tizimi uchun sinov bo‘ldi. COVID-19 bilan bog‘liq turli xil surunkali ortopedik kasalliklar nafakat yaqindan o‘rganish mavzusiga aylandi, balki eng dolzarb tibbiy va ijtimoiy muammolardan biri bo‘lib kelmokda. Jahon miqyosida koronavirus infeksiyasining

oʻtkir davrida va keyingi doimiy uzoq muddatli tayanch harakat tizimidagi ortopedik oqibatlarga bagʻishlangan turli xil ortopedik kasalliklar boʻyicha yangi ilmiy tadqiqotlar tobora koʻpayib bormoqda (1:. 39-58..,2022. – T.).

Maksad: umurtqa pogʻonasining degenerativ-distrofik kasalliklarining barcha turi va aseptik nekroz bilan ta'sirlangan suyagining toʻqima tuzilmalarida xarakterli klinik-morfologik koʻrinishlarni aniqlash, ushbu suyak kasalliklarining xarakterli belgilari haqidagi ma'lumotlarni takomillashtirishdan iborat.

Material va tekshirish usullari: ishda qoʻllanilgan nazariy yondashuv va usullar, olib borilgan tekshiruvlarning uslubiy jihatdan toʻgʻriligi, tekshirilgan bemorlar sonining yetarliligi, tadqiqotda qoʻllanilgan zamonaviy oʻzaro bir-birini toʻldiruvchi klinik-anamnestik, morfologik, morfometrik, klinik, instrumental va umurtqa pogʻonasi suyagi avaskulyar nekrozining klinik, anamnestik, instrumental va statistik tadqiqot usullar yordamida ishlov berilganligi, shuningdek, umurtqa pogʻonasi suyagi COVID-19dagi avaskulyar nekrozining bel sohalari kasalliklarining klinik-anamnestik va patomorfologik oʻzgarishlarini takomillashtirishda xalqaro, hamda mahalliy tajribalar bilan taqqoslangani, xulosa, olingan natijalarning vakolatli tuzilmalar tomonidan tasdiqlanganligi bilan asoslanadi.

Tadqiqot natijalari va ularning muhokamasi: COVID-19dan keyingi umurtqa suyagi avaskulyar nekrozida disk churrasi bilan ta'sirlanishidagi suyak toʻqimalardagi morfologik oʻzgarishlarni tahlil qilish va klinik tahlil ma'lumotlari va oʻzaro patomorfologik koʻrinishini solishtirma tahlili orqali tashhislash, hamda xos toʻqima tuzilmalardagi klinik-morfologik oʻzgarishlarini taqqoslab, baholash mezonlarini ishlab chiqish imkonini beradi.

Xulosa: Umurtqa pogʻona tana suyagi avaskulyar nekrozi morfometrik jihatdan oʻrganish shuni koʻrsatdiki, umurtqa suyaklari gʻovak moddasi qon tomirlari va tarkibiy tuzilmalarining morfometrik jihatlari quyidagicha boʻlib, nazorat guruhiga nisbatan nekroz oʻchoqlarini 13,97% ni tashkil etganligini va bu koʻrsatkichlar umurtqa suyagi tanasi gʻovak qismini oldingi oʻrta va orqa sohalarida 1-5% ga farq qilganligi aniqlandi. Bu esa, aynan, suyakni gʻovak moddasini oziqlantiruvchi arteriyalarning intimasi shikastlanganligini va tomir devori qalinlashganligini koʻrsatadi. Suyak ustunlarining egallagan maydoni nazorat guruhiga nisbatan 3,5-6,15 barobargacha kamayganligi, kistoz boʻshliqlar va rezorbsion boʻshliqlarning shakllanishiga va postkovid sindromiga osteoporozni ham yuzaga keltiruvchi omil sifatida qarashligini tasdiqlaydi.Barcha keltirilgan ma'lumotlar tahlili asosida bemorlarni erta tashhislash bilan davolashni samaradorligi insonlar salomatligi uchun mustahkam qadamdir.

COVID-19 ДАН КЕЙИНГИ УМУРТҚА ПОҒОНАСИ КЎКРАК-БЕЛ СОҲАСИ ТУБЕРКУЛЁЗ СПОНДИЛИТИНИ ПАТОМОРФОЛОГИК СОЛИШТИРМА ТАШҲИСЛАШ

Маҳкамов Н.Ж. , Мамажонов И.М.

Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

Мавзунинг долзарблиги ва зарурияти шундаки, дунёда умуртқа поғонаси дегенератив касалликларини даволаш тенденсияси тобора долзарб вазифа бўлиб бормоқда. Инсон умуртқа поғонаси тананинг асосий таянч анатомик тузилмаси

ҳисобланади ва бир қатор физиологик тизимларда иштирок этади, жумладан: орқа миянинг бутунлигини ва механик ҳимоясини таъминлайди, бир қатор вертеброген касалликларнинг олдини олади. COVID-19 билан боғлиқ турли хил сурункали ортопедик касалликлар нафакат яқиндан ўрганиш мавзусига айланди, балки энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб келмокда. Умуртқа поғонасининг кўкрак ва бел соҳасида COVID-19 инфекциясида ривожланадиган патоморфологик хос белгиларини солиштирма ташҳислашдаги турли хил ёндашувларни таҳлил қилишга қаратилган тадқиқотлар алоҳида илмий ва амалий аҳамият касб этмоқда.

Мақсад: COVID-19дан кейинги умуртқа спондилитининг клиник анамнестик ма’лумотларини ва морфологик-морфометрик ко‘рсаткичларини о‘заро солиштирма таҳлили орқали ташҳислашни такомиллаштириш.

Материал ва текшириш усуллари: COVID-19дан кейинги умуртқа поғонаси кўкрак, бел соҳалари туберкулез оқибатида дегенератив ва дистрофик ўзгаришлар топографияси ва морфологиясини ўрганиш учун Андижон давлат тиббиёт институти шифохоналарида туберкулёз спондилити ва диск чурраларининг ташриҳдан кейинги биопсияси ва Республика патологик анатомия маркази аутопсия бўлимида 30 ёшдан 65 ёшгача бўлган туберкулёз спондилитида жаррохлик амалиётида олинган материаллардан фойдаландик.

Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси: Умуртқа поғона тубёркулёз спондилити ривожланишининг дастлабки даврида суяк атрофидаги ташқи парда ва юмшоқ тўқималарда қон томирларининг торайиши ва тромбози оқибатида некробиотик ўзгаришлар ривожланади. Умуртқа поғона 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.Туберкулёз спондилит жараёнининг III-даври, чин некроз ўчоқларининг пайдо бўлиш даврида қаттиқ суяк устунларидан секвестрлар, оралиқ остеоид тузилмалардан структурасиз дендрит пайдо бўлиши аниқланади. Шуни алоҳида айтиб ўтиш керакки, бу патоморфологик ўзгаришларга қўшимча тўқиманинг айрим соҳаларида кальциноз ривожланади. Оқибатда секвестрланган қаттиқ ва диск парчалари жарроҳлик йўли билан тўлиқ олиб ташланиши керак, айниқса секвестр бўлаклари (шу жумладан субарахноидал бўшлиққа кириб келган кам учрайдиган қисмлари ҳам). патоморфологик ўзгаришларни ёшига, турмуш тарзи ва иш фаолиятига индивидуал ёндашиб аниқлаш кераклигини белгилаб берди. Бизнинг илмий тадқиқотимизда аниқландики, умуртқа суяк атрофидаги ва суякичи юмшоқ тўқима таркибида ҳам лимфо-гистиотситар ҳужайраларнинг пролифератсияси кузатилди.

Хулоса: Ҳулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, умуртқа поғона кўкрак- бел соҳасида дегенератив-дистрофик касалликлардан СОВИД-19дан кейинги умуртқа туберкулёз спондилити бошқа соҳаларга нисбатан тез ва кўпроқ ривожланиши, секвестрал чурра ва спондилит жараёнларининг клиник-патоморфологик жиҳатдан оғирроқ кечиши ва кўпроқ асоратлар ривожланиши тасдиқланди.

Олиб борилган илмий тадқиқот ҳулосалари шуни кўрсатдики беморларнинг касаллик даражаларини ўрганишда ва тўғри ташҳис қўйишда гистологик текширув нафақат эрта ташхислаш, балки жаррохлик амалиётини эртароқ ўтказишни таъминлаб беради.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА СТРУКТУРУ СПИННОГО МОЗГА ПРИ ЕГО ТРАВМАХ (ОСТРЫЙ ПЕРИОД ДО 3 СУТОК) СООБЩЕНИЕ 1.

Мирзаюлдашев Н.Ю., Тураханов А.О., Абдухаликов А.К.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Эксперименты проводились на белых крысах породы Вистар, которым под эфирным наркозом производилось вскрытие спинномозгового канала на уровне Th_{XII}-L_I грудопоясничных позвонков путем резекции дужек двух позвонков. После обнажения спинного мозга осуществлялось повреждение его правой половины острым лезвием бритвы. Оперированных животных разделили на две группы (по 16 животных в каждой). В контрольной группе осуществляли только наблюдение и уход за животными. В опытной группе проводили ежедневное лазерное воздействие с помощью арсенид-галлиевого лазера, генерирующее излучение в инфракрасном диапазоне по схеме. Умерщвление животных обеих групп осуществляли способом мгновенной декапитации в сроки 3 суток, 1, 3 и 6 месяцев с момента произведения операции. Тот час после умерщвления вскрывалась полость спинномозгового канала и извлекался спиной мозг с нервными корешками. Материал подвергали исследованию с помощью методик световой и трансмиссионной электронной микроскопии.

В остром периоде после проведения ламинэктомии и повреждения спинного мозга в зоне оперативного вмешательства превалируют циркуляторные нарушения. В области операционной раны отмечается наличие гематомы, выражен отек, инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами. Свободно расположенные эритроциты располагаются как эпидуральном и в субдуральном, так и в субарахноидальном пространствах. На 3 сутки эксперимента в эпидуральном пространстве появляются малодифференцированные клетки и отмечается новообразование кровеносных капилляров - т.е. формируется грануляционная ткань.В области повреждения спинного мозга (в зоне раны) также отмечается наличие свободно расположенных эритроцитов, выявляются элементы тканевого детрита, глыбчатый распад миелина у края разреза. В сером веществе у края разреза имеет место кровоизлияния, резко выраженный отек. Прилежащие к зоне повреждения нейроны с пикнотически измененными ядрами, цитоплазма их резко базофильная, клетки уменьшены в размерах. Отдельные нейроны некротизированы, что свидетельствует об их гибели. В клетках нейроглии отмечается инвагинация ядерной мембраны, вакуолизация цитоплазмы. Отдельные клетки содержат пикнотически измененные ядра. Изменения спинного мозга у животных опытной группы (после ИК-магнито-лазерного воздействия). На 3 сутки после ИК лазерного воздействия имеются некоторые различия в динамике морфологических изменений. Полость раны заполнена свободно располагающимися эритроцитами, массами фибрина, элементами тканевого детрита. В окружающих рану мягких тканях выражен отек и полнокровие кровеносных сосудов. В эпидуральном, субдуральном и субарахноидальном пространствах также располагаются эритроциты. В отличие от контроля, в эпидуральном пространстве на 3 сутки начинает образовываться грануляционная ткань, которая с краев раны заполняет ее полость и непосредственно контактирует со спинным мозгом. Отмечается

усиление макрофагальной инфильтрации.

Таким образом, имеется определенное различие в течении раневого процесса при ИК-магнито-лазерном облучении, которое выражается в более быстром образовании грануляционной ткани в области раневой полости, что является следствием стимулирующего влияния лазерного излучения на течение раневого процесса. Учитывая то, что грануляционная ткань быстро заполняет раневую полость и непосредственно контактирует со спинным мозгом, мы считаем не целесообразным и даже не показанным применения лазеротерапии в остром периоде из-за опасности компрессии спинного мозга. Кроме того, лазерное воздействие существенно усиливает кровенаполнение сосудов микроциркуляторного русла мягкой оболочки и спинного мозга, что в остром периоде может быть причиной увеличения объёма зоны кровоизлияний.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СПИННОГО МОЗГА (ПРОМЕЖУТОЧНЫЙ ПЕРИОД 3 МЕС.). СООБЩЕНИЕ 3.

Мирзаюлдашев Н.Ю., Абдухаликов А.К., Абдурахимов Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Изменения спинного мозга у животных контрольной группы. Через трое месяцев у животных контрольной группы зона ламинэктомии также как и в предыдущий срок заполнена грубоволокнистым соединительнотканным рубцом. Основу рубца составляют пучки коллагеновых волокон с заключенными между ними фибробластами и кровеносными сосудами имеются отдельные макрофаги. Рубцовая ткань плотна спаяна с твердой мозговой оболочкой и прорастает в толщу спинного мозга. На поперечных срезах выявлено, что вещество спинного мозга уменьшено по площади, так как в него глубоко вдается соединительнотканный рубец. Создается впечатление, что по сравнению с предыдущим сроком площадь соединительнотканного рубца увеличивается. В связи с этим происходит сдавление спинного мозга и замещение мозговой ткани - соединительной (это подтверждается и в процессе наблюдения за животными).

В мозговом веществе, в данный срок наблюдения признаков дегенерации миелиновых оболочек не выявлено. Отмечается наличие глиального рубца вокруг соединительнотканного. В полостях и щелях между клетками глии располагаются нервные волокна как миелинизированные так и немиелинизированные. Аксоны в виде тонких стволиков извиты, хаотично расположены, переплетаются между собой, часть аксонов проникает в толщу фиброзного рубца, но не на большую глубину. Полного прорастания аксонов через толщу соединительнотканного рубца не отмечается.

В мозговом веществе в области глиального рубца нейроны отсутствуют. В глиальном рубце присутствуют кровеносные капилляры. Нити нейропиля разрыхлены. Вокруг кровеносных сосудов отмечается лейкоцитарная инфильтрация. Последняя имеет место и в соединительнотканном рубце.

Изменения спинного мозга у животных опытной группы. После применения МИКЛ воздействия в зоне ламинэктомии также как и в контроле отмечается фор-

мирование соединительнотканного рубца. Он также состоит из пучков коллагеновых волокон, между которыми располагаются фибробласты единичные макрофаги и кровеносные сосуды - преимущественно капилляры и венулы.

Соединительная ткань рубца также интимно спаяна с твердой мозговой оболочкой и проникает в толщу мозгового вещества спинного мозга. Однако по сравнению с аналогичным сроком контрольной группы, степень проникновения соединительной ткани существенно меньше. Выраженного сдавления спинного мозга не наблюдалось. Отмечалось восстановление нервных пучков по краю рубца за счет "огибания" вдающегося в белое вещество рубца. В наружных участках белого вещества имеет место продолжающейся рост аксонов, которые через прослойку глиального рубца внедряются в соединительнотканные, однако полного прорастания рубца нами не выявлено.

В сером веществе спинного мозга отмечается уменьшение площади глиального рубца, однако в данной области нейрон практически не выявляются.

Таким образом, в отличие от контроля после МИКЛ - воздействия не наблюдается прогрессирования образования соединительной ткани в зоне ламинэктомии и тем самым создаются более благоприятные условия для восстановления проводимости поврежденных нервных путей спинного мозга.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОМПРЕССИОННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНЫХ ПОЗВОНКОВ МЕТОДОМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ С ЦЕМЕНТНОЙ ИМПЛАНТАЦИЕЙ ВИНТОВ У ЛИЦ СО СНИЖЕННОЙ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТЬЮ КОСТНЫХ ТКАНЕЙ

Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А., Шатурсунов.Ш.Ш.

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

В последнее время наблюдается тенденция к увеличению количества операций по поводу переломов позвонков на фоне сниженной минеральной плотности костей с применением транспедикулярной фиксации. Современная транспедикулярная фиксация (ТПФ) фиксирует все три остеолигаментарные колонны, обеспечивает трехмерную коррекцию, захватывая минимальное количество позвоночно-двигательных сегментов. При сниженной минеральной плотности стандартная ТПФ сопряжена с угрозой дестабилизации. Снижение минеральной плотности костной ткани менее 90 мг/см^2 (в норме 97 мг/см^2 у мужчин и 95 мг/см^2 у женщин) приводит к раннему расшатыванию транспедикулярных винтов. Одним из способов решения цементом.

Цель исследования. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с остеопоротическими переломами тел грудных и поясничных позвонков методом транспедикулярной фиксации с цементной имплантацией винтов.

В период с 2021по 2022 год ТПФ с цементной имплантацией винтов применялась нами при лечении у 22 больных с переломами грудного или (и) поясничного отделов позвоночника выявлены на фоне остеопороза. Мужчин 8 и 14 женщин в возрасте от 56 до 78 лет. Переломы тела одного позвонка имели 12 человек, двух

смежных позвонков – 4 человек, двух не смежных позвонков – 4 больных, многоуровневые повреждения более двух позвонков – 2 больных. переломы в грудном отделе у 11 больных, в поясничном у – 4, в грудном и поясничном отделах – 7 пациентов. Вертеброгенного неврологического дефицита, связанного с повреждением позвоночника, у пациентов нашей группы не было. Предоперационное обследование во всех случаях включало рентгенографию позвоночника в стандартных проекциях, КТ или МРТ. Основным спондилометрическим проявлением повреждений позвоночника у наших больных был локальный кифоз, составлявший в среднем 26,4+3,1 градуса. Наличие остеопороза подтверждали результатами рентгенографии, КТ по визуальным признакам данными денситометрии позвоночника. Все больные оперированы в сроки от 3 суток до 3,5 месяцев с момента травмы. Во всех случаях ТПФ применялась в традиционной бисегментарной компановке. У всех больных для ТПФ с цементной имплантацией использовали перфорированные винты. У 8 больных, сразу после цементной имплантации винтов, при наличии компрессионных переломов тел других позвонков с компрессией до 1 степени, производили вертебропластику.

Ориентируясь на данные КТ-денситометрии, при снижении минеральной плотности костной ткани в позвонках, смежных с уровнем ТПФ по Т-критерию ниже – 3,5, мы в 11 случаях выполняли вертебропластику тел позвонков, смежных с уровнем фиксации. При этом вертебропластика только краниального от уровня фиксации позвонка выполнена в 9 случаях, краниального и каудального позвонков – в 2 случаях.

Заключение. Транспедикулярная фиксация с цементной имплантацией винтов является эффективным хирургическим методом в лечении повреждений и дегенеративных заболеваний грудопоясничного отдела позвоночника у больных со сниженной МПКТ. Транспедикулярная фиксация с цементной имплантацией винтов обеспечивает стабилизацию поврежденного позвоночно-двигательного сегмента, предупреждает расшатывание транспедикулярных винтов и нестабильности имплантированной металлоконструкции. Стабилизация поврежденного сегмента позвоночника обеспечивает уменьшение выраженности болевого синдрома и улучшение двигательного активности пациента. Применение транспедикулярной фиксации позвоночника с цементной имплантацией винтов у больных со сниженной МПКТ имеет благоприятный прогноз, и в большинстве случаев позволяет восстановить функции позвоночника и улучшить качество жизни больного.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЕЙДЖЕВЫХ КОНСТРУКЦИЙ ДЛЯ МЕЖТЕЛЕВОГО СПОНДИЛОДЕЗА ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Мусаев Р.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Эшкулов Д.И.

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

Остеохондроз шейного отдела позвоночника занимают второе место после поясничного отдела позвоночника и часто встречается среди трудоспособных па-

циентов возрасте 25-60 лет. Опасность остеохондроз шейного отдела позвоночника связана с высокм риском развития миелопатий с грубом неврологической нарушений, что ведет к ухудшением качество жизни и высокой инвалидности. На сегодняшней день существуют множество способов оперативного лечения грыж шейного отдела позвоночника среди них передняя шейная дискэктомия с межтелевым спондилодезим (anterior cervical discectomy and fusion-ACDF) является «золотим стандартом» лечения пациентов с остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Методику ACDF была первые описана в1955 году Robinson и Smith, затем 1956 году Coward его модифицировал. По мнение среди хирургов вертебрологов методика ACDF является техническом простым и правильном выполнение данной методики не сопровождается развитием после операционных осложнений. При этом внедрения в вертебральной хирургии новых имплантатов и развития формирований доказательной базы по настоящий день активно ведется поиск оптимального методики и самого лучшего имплантата лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника. За последние десять лет в вертебральной хирургии для межтелового спондилодеза широкое использования нашли так называемые кейджевые конструкции из полиерних материалов. Использование кейджей резко повысило эффективность методику ACDF межтелового спондилодеза.

Получение первично надежной, оптимальной стабилизации оперированного позвоночно-двигательного сегмента, позволяющей в максимально короткие сроки активизировать пациента без громоздкой внешней иммобилизации, является основной целью стабилизирующего оперативного лечения на позвоночнике. Наиболее тесно проблема надежной фиксации связана с выбором оперативного доступа и материала для межтелового спондилодеза.

С целью усовершенствования методов межтеловой стабилизации шейного отдела позвоночника нами разработан плимерний кейдж, на который получен патент №FAP 20190179/6. от 21.10.2020 Агентство по интеллектуальной собственности при министерстве юстиции РУз.

Целью исследования явилось изучение результатов хирургического лечения шейного отдела позвоночника с передней декомпрессией и межтеловой кейджевой стабилизацией.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 51 пациентов с дегенеративной нестабильностью шейного отдела позвоночника, лечившихся в отделении вертебрологии НИИТО МЗ РУз в период с 2019-2024 гг. У всех больных отмечены разной степени выраженности снижение силы и чувствительности из-за односторонней компрессии спинномозговых корешков, обусловленной грыжей межпозвонкового диска и стенозом позвоночного канала.

Распределение больных по анатомическим уровням патологического процесса выглядит следующим образом: на уровне С3-С 4 – 2 больных, (4,%), С4 -С 5 –14 больных, (27%), С5 -С 6 – 19 больных, (37,2%), С6 -С 7 – 16 больных (31,%). Дискогенная компрессия на одном уровне выявлено у 38 пациентов, на двух уровнях – 14. Миелопатия обнаружено у 33 больных и радикулопатия у 14 больных.

Всем больным производилась клиническое исследование (включая неврологический статус), Рентгенологические и томографические (КТ, МРТ, МСКТ) методы исследования и электронейромиографического исследования (Нейрософт-МВП Россия) . Операции выполняли из вентрального классического доступа ACDF к нижнешейному отделу позвоночника. После определения уровня пораженного

диска осуществляли иссечение диска вместе с гиалиновыми пластиками. В положении тракции удаляли заднюю порцию фиброзного кольца и межпозвонковую грыжу, представленную во всех случаях секвестрированным фрагментом фиброзированной части пульпозного ядра. Замыкательные пластинки смежных позвонков удаляли костными рашпилями до получения кровяной росы, а при помощи шаблонов подбирали оптимальный вариант размера межтелового кейджа. В положе- нии экстензии и тракции в сформированное ложе внедряли межтеловой кейдж Дистракцию и экстензию устраняли, межтеловой кейдж плотно фиксировали в межтеловом промежутке и стабилизиролван пластиной.

Анализ результатов лечения также проведен по ВАШ, JOA и в соответствии с критериями ODOM. По критериям ODOM у 18 (38%) больных получен отличный результат, у 21 (44%) – хороший, у 7 (15%) – удовлетворительный и у 1 (4%) больного получен неудовлетворительный результат.

Заключение. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения пациентов с дегенеративно-дистрофической заболеваний шейного отдела позвоночника способом методики ACDF показало высокую эффективность, надежность и безопасность передней декомпрессии и стабилизации титановыми кейджами. В результате преведенном операции и декомпрессия нервнососудистых структур позвоночного канала устранена, достигнута стабильная фиксация, отмечается положительная дина¬мика в неврологической симптоматике. Методика переднего спондилодеза шейного отдела позвоночника является простым и результативном и минимальном осложнением при правильном его выполнении.

АНАЛИЗ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ ИМПЛАНТАТОВ В СРАВНИТЕЛЬНОМ АСПЕКТЕ

Мусаев Р.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Эшкулов Д.И.

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

В настоящее время в связи с развитием материально-технического и анестезиологического обеспечения при лечении больных с повреждениями и заболеваниями позвоночника приоритетным становится хирургический метод лечения. Хирургическое лечение повреждений и заболеваний позвоночника до сих пор остается сложной проблемой, во многом связанной с выбором пластического материала для замещения послеоперационных диастазов, образующихся после резекции тел пораженных позвонков.

Основное требование имплантату это - надежность имплантанта, в первую очередь обусловлена уровнем остеоинтеграции, т.е. прочного врастания имплантата в кость без деструктивно-воспалительных реакций. Имплантат должен быть изготовлен из биосовместимого материала, обладать достаточной прочностью и иметь большую площадь поверхности, контактирующей с костью.

Цель исследования - провести анализ остеоинтеграционных характеристик различных имплантатов, используемых в вертебральной хирургии. В эксперименте на 60 беспородных кроликах исследованы имплантационные материалы из пористой керамики, биополимера, пористого никелид-титана, аутокости,

углерода. Произведена имплантация изучаемых материалов в тело поясничных позвонков. Изучены механические, рентгенологические и морфологические свойства кости в зоне имплантанта в сроки 3,6,12 месяцев.

Разработан оригинальный метод изучения структурных особенностей костной ткани вокруг имплантанта. Для этого рентгенограммы кости с имплантантом оцифровывали, и проводили качественный и количественный графический анализ плотности кости в прилегающей к имплантанту зоне до 1 см. В последующем эти данный были сопоставлены с морфометрическими данными, выполненными на стандартных декальцинированных срезах (гематоксилин-эозин). Корелляционный анализ выявил высокую достоверность рентгенологического метода для оценки степени сращения и уровня остеомаляции.

Проведены морфологические и стереоморфометрические исследования структурных особенностей реакции кости, прилегающих мягких тканей и костного мозга на имплантант. Выявлено, что большинство имплантатов из аутокости (0,8 ед.), пористой керамики (0,7 ед.), никелид-титана (0,9 ед.) имеют полные костные сращения. Показатели остальных имплантатов следующие: углерод – 0,5 ед.полные сращения, и 0,2 ед.неполные сращения, биополимер – 0,3 ед. полное, 0,2 ед. неполные сращения .

Следует отметить, что наилучшие свойства, с точки зрения биосовместимости, показали керамические имплантанты. В этой группе с одной стороны достигнут достаточно большой уровень сращения (0,7 ед.), и с другой отсутствовали какие-либо патологические сдвиги со стороны костного мозга и периферической крови.

Таким образом, экспериментальные исследования показали наилучшие интеграционные качества у имплантата из аутокости, пористого никелида-титана, пористой керамики.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Мусаев Р.С., Мирзахонов С.А.

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

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника составляют одну из наиболее сложных и актуальных проблем нейроортопедии и нейрохирургии. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника чаще всего встречается у людей наиболее активной социальной группы в возрасте 30-50 лет. Медицинская и социально-экономическая значимость проблемы диагностики и лечения грыж поясничных межпозвонковых дисков обусловлена рядом причин. Одним из ведущих патогенетических факторов при остеохондрозе в формировании острой, хронической и рецидивирующей боли в позвоночнике являются дегенеративные процессы в межпозвонковых дисках. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника превалируют среди всех ортопедических заболеваний у взрослых, составляя свыше 40%.

Грыжи межпозвонковых дисков являются наиболее частой причиной компрессии корешков спинного мозга, а операции по удалению грыж – наиболее распространенным видом оперативных вмешательств при дегенеративных поражениях позвоночника. У пожилых пациентов (50лет и старше) хирургия дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника занимает первое место среди всех оперативных вмешательств в ортопедических и нейрохирургических клиниках. Высокая коморбидность, снижение иммунореактивности и активности репаративных процессов существенно повышают риск любых травматичных хирургических операций.

Разрабатываются ряд новых методов ортопедического и оперативного лечения заболевания, которые находят широкие распространение в ортопедии, неврологии и нейрохирургии. В большинстве случаев необходимость оперативного вмешательства доказывает несостоятельность современной терапии дегенерации межпозвонковых дисков и невозможность комплексного, по-настоящему патогенетического лечения патологии.

Материал и методы. Проведен анализ результатов комплексного ортопедического лечения 275 больных с грыжами МП дисков поясничного отдела позвоночника в отдаленном периоде, лечившихся в отделении вертебрологии научно-исследовательского института травматологии и ортопедии Республики Узбекистан в период с 2004 по 2012 г. Средний возраст пациентов – 46 лет. Диагностическое наличие грыжи МП дисков устанавливалось магнитно-резонансно томографическими (МРТ) (224 пациентов), компьютерно-томографическими (КТ) (35 пациентов) и мультиспиральными компьютерно-томографическими (МСКТ) (16 пациентов) исследованиями. Базисным исследованием для всех больных являлась стандартная спондилография в двух проекциях. Всем больным проведено комплексное ортопедическое лечение, разработанное в отделении вертебрологии НИИ травматологии и ортопедии (Патент № DGU 00805 ПВ РУз от 06.29.2004г, Патент № DGU 02256 от 31.05.2011 г, Патент № DGU 02565 от 29.06.2012г.). Комплексное ортопедическое лечение включает в себя: а) эпидуральное введение лекарственных веществ по Катлену; б) медикаментозная терапия; в) физиотерапия, рефлексотерапия; г) дистракция (вытяжения) позвоночника; д) мануальная терапия; е) лечебная физкультура.

Результаты и их обсуждение. При изучении результата ортопедического лечение у 275 больных ближайшем периоде через 5 лет отметили хороший результат, которое заключалось исчезновением болевого синдрома и регрессом неврологических проявлений. Из них у 61,8% больных в отдаленным периоде через 10 лет были проведены контрольные томографические исследования (МРТ-78 и КТ-33), и при этом установили у 75% больных размеры грыжи диска исчезли полностью, у 33,5% больных отмечено уменьшение размеров грыжи диска на 0,2-0,3мм; в отдаленном через 10 лет периоде у обследованных 198 больных (135 обльным повторно сделаны МРТ исследования, 34 больным произведено КТ исследования, 29 больным произведены МСКТ исследования) среди этих пациентов у 68% получен удовлетворительный результат с уменьшением болевого синдрома и значительным регрессом неврологических нарушений без изменения морфологических субстратов и картин в томографических исследованиях дегенеративного изменения в межпозвонковых дисках; у 19 больных (19,3%) результат оценен как относительно удовлетворительный с частичным устранением

болевого и улучшением неврологической клиники. Эта категория больных далее находились под наблюдением и получали курс повторного лечения.

Заключение. Ортопедическое (консервативное) лечение грыж МП дисков поясничного отдела позвоночника на основе эпидурального введения лекарственных веществ с тракцией позвоночника в комплексе медикаментозной терапии и физиотерапевтических процедур позволяет получить и достигнут стойкий положительный хороший клинический результат в отдаленных периодах у более 80% больных.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПЕРКУТАННОЙ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ КОСТНЫМ ЦЕМЕНТОМ

Мусаев Р.С., 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. Особенностями 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 грудопоясничного 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 грудопоясничных 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 переломи были локализованы в грудном отделе позвоночника, у 18 (32,1%) в поясничном отделе позвоночника, у 5(8,9%) больных в грудопоясничном отделе позвоночника. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса и лучевых методов диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия. Опера-

цию 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 доформации 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 грудопоясничного 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.

ИМПУЛЬСНАЯ РАДИОЧАСТОТНАЯ АБЛЯЦИЯ СПИНАЛЬНЫХ ГАНГЛИЕВ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО КОРЕШКОВОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Норов А.У., Рахматов К.Р.

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Корешковый болевой синдром – основная хирургическая мишень в хирургии дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника.

Цель. Оценить возможности использования РЧА спинальных ганглиев со сравнением с эпидуральной блокадой для лечения корешкового болевого синдрома после оперативных вмешательств по поводу дегенеративно-дистрофических заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника.

Материалы и методы. Работа основана на анализе данных обследования 100 больных с синдромом оперированного позвоночника. Возраст больных варьировал от 17 до 72 лет. Мужчин было 46, женщин 54. У всех больных был диагностирован синдромом неудачно оперированного позвоночника. Больные были разделены на две группы. Первую группу (основная) составили 51 больных, в лечении которых наряду с традиционным лечением была включена РЧА, а вторую группу (контрольная) составили 49 больных с синдромом оперированного позво-

ночника получивших традиционное лечение и сакральные эпидуральные блокады. Оценка болевого синдрома производилась по шкале ВАШ, а качество жизни по шкале Освестри.

В зависимости от вида клинического синдрома больным основной группы была произведена импульсная (ИРЧА) или термальная (РЧД) радиочастотная абляция. Так больным с вертебральным синдромом производилась термальная РЧД фасеток пораженного уровня с обеих сторон. Больным с корешковым синдромом производилась ИРЧА "больного" корешка. Больным со смешанным синдромом (вертеброрадикулярным) производилась РЧД фасеток и ИРЧА корешков.

Заключение. Исходя из результатов проведенного исследования, импульсная радиочастотная абляция являются эффективными и безопасными методиками для лечения послеоперационного корешкового болевого синдрома при условии отсутствия хирургически значимых субстратов компрессии.

Применение ИРЧА является более эффективной методикой по сравнению с изолированной эпидуральной блокадой, что подтверждается достоверными различиями в количестве пациентов с удовлетворительными результатами.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ СПИНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Пардаев С.Н., Наркулов М.С., Хасанов А.Б., Бобоноров Ш.Ф,

Клиника “Doktor Pardaev”

Цель исследования. Улучшение результатов хирургической коррекции деформации позвоночника с идиопатическом сколиозом грудопоясничного отдела позвонка с применением спинальной транспедикулярной системы.

Материал и методы. Проанализированы результаты 52 больных, прооперированных за 2021-2024 гг. Из них 33 (63,5%) девочек и 19 (36,5%) мальчиков. Возраст пациентов варьировал от 13 до 18 лет. У 33 (63,5%) подростка грудопоясничная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, у 19 (36,5%) левостороннюю. Величина основной грудопоясничной дуги искривления составила от 42 до 122 градусов по Cobb.

Результаты исследования. В ходе оперативного лечения у пациентов при клиническом осмотре наблюдалось улучшения и полностью восстановлен фронтальный и сагиттальный баланс туловища. У пациентов при хирургическом вмешательстве остаточная деформация сколиотической дуги составила от 10 до 12 градусов, процент коррекции колебался от 86 до 88%. Кифотическая деформация составила от 31 до 33 градусов, лордоз составил от 29 до 31 градусов. Остаточный угол ротации апикального позвонка составил от 14 до 25 градусов. Для оценки корректности положения транспедикулярных опорных систем всем больным после хирургического лечения выполняли КТ грудопоясничного отдела позвоночника.

Во всех наблюдения 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.

МЕДИКУРТАН ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦОВО-СПАЕЧНОГО ЭПИДУРИТА ПРИ ДИСКЭКТОМИИ

Рахматов А.М., Саттаров А.Р., Кузиев Н.Б.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Эпидурит (от эпи... и позднелат. dura (mater) — твердая мозговая оболочка), наружный гнойный пахименингит, воспалительный процесс в эпидуральном пространстве и на наружной поверхности твердой мозговой оболочки спинного мозга. Обусловлен преимущественно стафилококковой инфекцией, распространяющейся с кровью из гнойных очагов либо вследствие непосредственного перехода инфекционного процесса на эпидуральное пространство при остеомиелите, туберкулезе позвоночника и др.

Цель работы - улучшить результаты хирургического лечения остаточного послеоперационного болевого синдрома путем профилактики рубцово-спаечного эпидурита с применением Медикуртана после дискэктомии.

Материали и методы: За период 2021-2023гг. у 22 больных было выполнено удаление грыжи диска из заднего интералминарного 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 контрастомусилением), 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 3.5х500мм увеличением) ассистированием из заднего интерламинарного достуө па с максимальным сохранением анатомических структур задней колонны оперируемого сегмента позвоночника, перед завершением операции производился тщательный гемостаз и последующим эпидуральный пространство заполнялось Медикуртаном(Медикуртан (натрий гиалуронат 50мг + гидроксиэтилкрахмал 25мг SHIN POONG PHARM co ltd-Korea). В нашей работе были исключены повтор-

ные 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 фиброзного кольца, анталгической позы, мышечно-дистонических нарушений. У 18 больных в клинической картине превалирующим 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 межпозвонкового 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 межпозвонкового диска с бинокулярным ассистированием дает возможность нам получит отличные результаты.

SURGICAL TREATMENT OF HIGH DEGREE OF SPONDILOLISTESIS AND SPONDILOPTOSIS

Rakhmonov Kh., Saparov B.S., Akhrorov E.A., Ergashev F.F.

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

Relevance: Surgical management of high-grade spondylolisthesis is not only challenging but also controversial, from in situ fusion to complete reduction. We report our results of a safe three-stage spinal procedure in a single surgical session with seven patients diagnosed high-grade spondylolisthesis.

Posterior fixation combined with interbody fusion is effective on reduction, ossification and clinical outcomes in high-grade spondylolisthesis.

Aim – improving one moment surgical treatment of high degree of spondilolistesis and spondiloptosis.

Materials and methods: Work is based on analysing results of examinations and surgical treatment of 32 patients with high degree of spondilolistesis and spondiloptosis. Women were - 20, men - 12. All patients passed the clinic-neurological, rentgenologic and MRI examination. Spondilolistesis of the III degree among 21 sick people, IV degree among 7 patients and spondiloptosis among 4 patient. Herewith spondilolistesis VL3 was revealled in 4 events, VL4 in 12, VL5 was also revealed among 14 patients and the two levels of spondilolistesis were noted among 2 patients. Monoradicular syndrome is revealed among 11 patients, biradicular among 15 and polyradicular among 6 patients.

All patients were made an operative treatment.

Results: Decompressive laminotomy with the interbody spondilodesis cage was made among 4 patients, decompressive laminotomy with transpedicular fixation was made among 8 patients, decomopressive laminoectomy with transpedicular fixation and spondilodesis of outbone was made among 12 patients, decomopressive laminectomy with transpedicular fixation and interbody spondilodesis cage was made among 6 sick men. 2 patients with a high degree of spondilolistesis for the first time were made unusual operation of decompressive laminoectomy with transpedicular-transcorporal fixation.

The surgical treatment were characterized by following: good results were reached among 25(78.1%) patients, satisfactory among 6(18.7%) and non satisfactory among 1(3.2%).

Conclusions: Wide decompression of contain formations of vertebral canal with interbody stabilized cage and/or reliable transpedicular fixation are methods of choice of the surgical treatment of postoperative spondilolistesis.

ЗАДНЫЙ МЕЖТЕЛОВОЙ СПОНДИЛОДЕЗ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА – PLIF

Рахмонов Х.М., Саттаров А.Р.

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 спонди-лодез 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 спон-дилодеза 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 2019-2023 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 ду-

жек 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: титановый 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 поясничнo-крестцового отдела позвоночника.

НАШ ОПЫТ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ИНТРАДУРАЛЬНО-ЭКСТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ ОПУХОЛЕЙ СПИННОГО МОЗГА

Саидов С.С. Латипов У.Ш.

. Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Опухоль спинного мозга образуется в результате бесконтрольного размножения и роста клеточных элементов, что обусловлено сбоем в системе сдерживающих и стабилизирующих механизмов. Опухоли спинного мозга занимают 20% от всех опухолей центральной нервной системы.

Целью исследования является улучшение результатов хирургического лечения интрадуральных опухолей путем ассистирования налобных бинокуляров.

Материалы и методы: Представляем из нашей практики 26 клинических случая с шванномой исходящей из спинно-мозгового корешка за период 2019-2023гг. Жалобы больных при поступлении на сильные боли в шейной области с иррадиацией в верхних конечностях, в области шеи и плеча, онемения и покалывания, мурашков 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 сдавлением 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-экстрамедуллярно 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 противо-отечная терапия и симптоматическая терапия. Неврологического дефицита не наблюдалось ни в одном случае. Для верификации окончательного диагноза биоптат был направлен для гистологического исследования. На 5-6ые сутки после нефункционирования дренажа, последний был удален и на следующий день больные активизированы.

Выводы

1. Клиническая картина неврологических расстройств при интрадурально-экстрамедуллярно 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 клинико-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.

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ НЕСТАБИЛЬНОСТЕЙ ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ПОЯСНИЧНОМ ОСТЕОХОНДРОЗЕ

Саидов С.С., Ахроров Э.А.

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 2020-2023гг. 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.

1. Нестабильность визуально определяемая у больных с грыжами поясничных межпозвонковых дисков во время операции в отдаленном периоде проявля-

ется рентгенологически.

2. В отдаленном послеоперационном периоде нестабильность в генезе остаточных болей играет значительную роль.

НАШ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКСИАЛЬНЫХ ВИНТОВ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Саидов С.С., Боймуродов Г.А., Ражабов А.А, Шамсиддинов А.С., Эргашев Ф.Ф.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Спондилолистез - это смещение поясничного позвонка относительно позвонка под ним. Переднее смещение (антеролистез) встречается чаще, чем заднее смещение (ретролистез). Спондилолистез имеет несколько причин. Он может возникать в любом участке позвоночника и наиболее часто поражает поясничный и шейный отделы. Поясничный спондилолистез может быть бессимптомным или вызывать боль при ходьбе или нахождении в положении стоя в течение длительного времени.

Целю 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 2021-2023гг 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 перемежающая хромота у 14 больных. Стабилизация проведена в двух уровнях 20 больным и 8 больным в трех уровнях.

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 траспедикулярных систем являлось стабильным. Системы обеспечивали надежную иммобилизацию стабилизированых сегментов позвоночника.

Результаты в послеоперационном периоде: у 20(71,4%) больных хорошие ре-

зультаты, у 7(25%) больных удовлетворительные и у 1(3,6%) больного неудовлетворительные (отмечались рефлекторные боли).

Учитывая, то что система «Medyssey» (Корея) содержит все особенности трео бований 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.

ОДНОМОМЕНТНАЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ С УСТРАНЕНИЕМ ИНТРАКАНАЛЬНОГО КОСТНОГО ФРАГМЕНТА И ЛИГАМЕНТОТАКСИСОМ ОСЛОЖНЕННОГО НЕСТАБИЛЬНОГО ПЕРЕЛОМА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А.Р., Ахроров Э.А., Гофуров А.З.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Перелом позвоночника - это серьезное повреждение скелета. Другими словами, это травма, в ходе которой могут повредиться связки, мышцы, межпозвоночные диски, корешки и спинной мозг. По статистике, такая патология занимает 2-2,5% от всех переломов. Проявления недуга зависят от степени повреждения данной части тела.

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 нижне-поясничного 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-ые 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: Отмечаестя гипестезия в дерматомах L5 болье ше 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 декомпрессивняя 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 дренироє ванием полости раны». Во время операции был обнаружен надрыв межостистой, над остистой и желтой связки между VL4-5 с незначительным накоплением плаѣ стинчатой 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.

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.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ МАТЕРИАЛОВ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

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

Национальный центр реабилитации и протезировании лиц с инвалидностью, Ташкент

Цель работы – улучшить результаты хирургического лечения неспецифических спондилитов позвоночника грудо-поясничного отдела с использованием остеоиндуктивных материалов и ТПФ систем.

Материалы и методы. Материал нашей работы составили 42 больных, оперированных в НЦРиПЛсИ МЗ РУз в Хозрасчетном отделении в 2018-2022гг по поводу неспецифического спондилита позвоночника поясничного отдела. В материале было 20(47,6%)женщин и 22(52,4%) мужчин. Средний возраст больных составил 48,1±1,9 лет. Показаниями к хирургическому лечению явились наличие болевого синдрома, проводниковых и сегментарных нарушений и наличии костных деструкций тел позвонков и результатами неврологического обследования, анализов нейровизуализационных показателей позвоночника. Неспецифических спондилитов позвоночника грудо-поясничного отдела имели место у всех 42 больных. Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции из заднего и передне-боковой доступа грудо-поясничного отдела позвоночника.

Для диагностики неспецифических спондилитов позвоночника мы воспользовались обзорной и функциональной рентгенографией позвоночника, МРТ, МСКТ исследования, ЭНМГ, для дифференциальной диагностики специфическими процессами - пробой Манту, гистологическое исследование и бактериологический анализ биоптата, чувствительность к антибиотикам инфекции пораженного очага.

Корешковая боль отмечалась у 19 больных, выраженная боль в поясничной области (с антальгической позой) у 21 больных, нейрогенная перемежающая хромота у 14 больных чувствительные нарушения у 19 больных и нарушение функции тазовых органов у 9 больных соответственно. Декомпрессия с последующей стабилизацией проведена во всех случаях. Показатели ВАШ до операции 9,2±2,4, ВАШ после операции 3,2±1,5 и ВАШ через 1 год после операции 1,7±1,3 балл составили.

Результаты и их обсуждение. Всем больным проведены декомпрессивно-стабилизирующие операции. Из заднего доступа декомпрессиия со стабилизацией ТПФ системой 31 больным, спондилодезом МЭШа из титанового сплава из бокового доступа 11 больным. Все операции проведены под контролем С дуги. У всех больных получена прочная стабилизация, которая дала нам возможность ранней активизации в послеоперационном периоде. Больные со стабилизацией с ТПФ системой+ остеоиндуктивных материалом и со спондилодезом МЭШ+остеоиндуктивных материалом активизированы на третьи сутки после операции. При контрольных послеоперационных рентгенологических снимках мы обнаружили прочную стабилизацию без миграции имплантов. В бактериологическом анализе выявлены стафилококки(hemoliticus, aureus). К чувствительности антибиотитᵵ кам в основном определены цефтриаксон РЕО, ципрофлоксацин и авифлокс.

Полученные результаты у всех больных – в послеоперационном периоде били хорошими. В неврологии после операции у всех больных корешковые боли регрессировались. Остаточные рефлекторные явления сохранились у двоих больных. У всех больных восстановлена опорная функция позвоночника, которая дала больным вернутся к активному образу жизни. Результаты в послеоперационном периоде: у 29(69,1%) больных отличные результаты, у 12(28,5%) больных хорошие и 1(2,4%) больных удовлетворительные результаты соответственно.

Мы воспользовались системами «Medyessey-KORA» (Корея) так как данная система очень прочна, удобна в установлении и соответствует требованиям современной спинальной хирургии. В наборе имеются все необходимые опции для

различных маневрирований и создания различных конфигураций.

Заключение. Декомпрессивно-стабилизирующие операции дают нам возможность ранней активизации и сокращения койко дней в стационаре.

Применение остеоиндуктивных материалов с ТПФ системы и МЭШ при неспецифических спондилитах расширяет возможности опороспособности позвоночника.

НАШ ОПЫТ ПО ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИМ МЕТОДАМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ДИСКЭКТОМИИ НА ПОЯСНИЧНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА

Саттаров А.Р., Эргашев Т.Ш.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

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 2021-2023гг, 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.

Выводы. 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.

ЧРЕСКОЖНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ ТРЕПАНОБИОПСИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ

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

Национальный центр реабилитации и протезировании лиц с инвалидностью, Ташкент

Цель работы – оценить роли чрескожной аспирационной трепанобиопсии в диагностике неспецифических спондилитов позвоночника.

Материалы и методы- материал составили 42 больных, получившие стационарное лечение в НЦРиПЛсИ в Хозрасчетном отделении в 2018-2022гг по поводу неспецифического спондилита позвоночника. В до операционном периоде больным применяли чрескожный аспирационной трепанобиопсии диагностику неспецифического спондилита позвоночника. В материале было 20 (47,6%) женщин и 22 (52,4%) мужчин. Средний возраст больных составил 48,1±1,9 лет. Для оценки состояния позвоночника пораженного неспецифическим спондилитом всем больным применяли чрескожный аспирационной трепанобиопсии так как его информативность играл большой рол и чувствительность в очаге было очень высок. Неспецифических спондилитов позвоночника грудо-поясничного отдела имели место у всех 42 больных.

Из 106 (100%) пациентов основной группы – 42 (39,6%) пациентам была проведена трепанационная биопсия и получен материал из очага патологического процесса, приготовлена мазок и проведено цитологическое исследование.

Патологический материал, полученный в 42 (100%) случаях, был исследован общим бактериологическим методом - посев (культуральным) методом для определения патогенной микрофлоры. Бактериологический метод посев обладает рядом преимуществ, в патологическом материале выделяется живой патогенный возбудитель и, определив чувствительность возбудителя к лекарственным препаратам, дает возможность подобрать антибактериальный препарат.

У 42 (100%) обследованных пациентов материал из очага патологического процесса был подвергнут морфологическому исследованию, во всех случаях был выявлен специфический воспалительный процесс.

Результаты и их обсуждение. У 42 (39,6%) пациентов основной группы была взята биопсия трепаном, материал из очага патологического процесса исследован цитологически, а при цитологическом исследовании взятого мазока выявлены элементы воспаления (лейкоциты, макрофаги).

Патологический материал, полученный в 42 (100%) случаях, был исследован общим бактериологическим методом - посев (культуральным) методом для определения патогенной микрофлоры, при этом рост патогенной микрофлоры в 36 (85,7%) случаях. В 25 (59,5%) случаях была выявлена грамположительная (+) флора из патогенных микроорганизмов: стафилококки (Staphylococcus aureus, Staphylococcus epidermidis) и грамотрицательная (-) флора в 11 (26,2%) случаях: кишечная палочка, proteus spp., синегнойная палочка.

При бактериологическом исследовании чувствительность метода составила 85,7%, а специфичность - 14,3%.

У 42 (100%) обследованных пациентов материал из очага патологического процесса был подвергнут морфологическому исследованию, во всех случаях был выявлен неспецифический воспалительный процесс.

При исследовании патологического материала, полученного при морфологическом исследовании (цитологическом и гистологическом), чувствительность при определении наличия воспалительного процесса в материале составила 100%, при определении специфичности необходимо подсчитывать путем добавления случаев, не связанных с заболеванием, у всех пациентов, поступивших на обследование, был зафиксирован неспецифический спондилит, поэтому специфичность при данном методе обследования также составляет 100%.

Выводы: Чрескожная аспирационная трепанобиопсия является высокоинформативным методом диагностики неспецифических спондилитов и принято выбором метода высокоточной диагностики. Чувствительность чрескожной аспирационной трепанобиопсии составляет 100%, специфичность 100%.

USING OF MESH TITANIUM GRID IN THE TREATMENT OF HYDATID CYSTS DAMAGE VERTEBRAE

Sattarov A.R., Kuziev N.B., Sattarov U.A.

National center of rehabilitation and prosthesis of person with disableds, Tashkent

Relevance: In humans, hydatid disease of the spine is a rare form of parasitic infection, causing focal neurological signs, commonly observed in sheep-raising areas of the world, and it affects the vertebral column in 0.2–1% of all patients of which spine is involved in approximately 45% of cases even in rural areas where echinococcosis is endemic and dead end of parasite of hydatid in its life cycle is human. Due to the rarity of its presentation, unless the clinician includes spinal hydatid disease as part of the differential list for paralysis and considers performing neuroimaging, this potentially curable disease will be missed. Vertebral hydatidosis commonly involves the thoracic vertebrae and the cervical, lumbar vertebrae and sacrum are rare sites to be involved.

However, it remains controversial as to which region is more commonly involved.

The aim - improving of surgical treatment of fracture of vertebrae body by hydatid cycts by fusion with MASH implant.

Materials and methods: clinical case from practice. Patient B.A., 26 y. The complaints when came to the pains in the field of top-lumbar department of a backbone amplifying at the movement (the body is bent in front - forced antalgic pose), delicacy, a numbness in the forward surface of hips, more on the right, periodic difficulty at the act of urination and difficulty at independent walking. Earlier had no tuberculosis, tubercular contact isn't known. In process of increase of the above-stated complaints was recommended MRI investigation of lumbar level of a backbone where is noted the set of a cyst of the striking VL1 body with pathological fracture. The condition when entering was estimated as of moderate severity for the expressed pain syndrome. Locally at survey the strain of paravertebral muscles of spine was defined. At an axial loading on spinoso the pain amplified at the level L1-2 of vertebrae bodies, at this level it becomes perceptible not expressed gybbus. Result of investigation of CT and MRI of lumbar level of a backbone: the destruction of bodies of L1 vertebra becomes perceptible, decides cysts multiple pre- and paravertebral on existence of epidural components from two sides.

Result: For verification of the diagnosis the patient was made an operation on 21.07.2017: "A lumbotomy at the left, a subtotal corporectomy of a body of L1 with excision existant extravertebral and epidural located cysts and forward decompression of a spinal cord with the subsequent spondilodesis with a titanium implant between VTh12-VL1 and a drainage of a wound cavity". Numerous large and petty capsules with liquid contents and osteal sequesters are removed. Histological research of 24.07.2017 No. 74 the hydatid cyst. In the postoperative period at the patient it became perceptible body temperature grow to 37,80C during the 2 days which in dynamics was stopped.

Against the background of the carried-out complex therapy the condition of the patient improved, the pain syndrome was stopped. The patient is loaded with the dosed load in a removable lumbar corset, moves independently. The drainage tube functioned, the lavage by aseptic solutions – Dekasan10-15 ml on a drainage was daily carried out. In a tendency decrease quantity coming from drainage becomes perceptible. A postoperative wound is clean without signs of inflammation.

Conclusion: Thus, the presented case of an hydatid lesion of a backbone is interesting because of a rarity of a disease and allows mistakes, at stages of diagnostics and treatment.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЯСНИЧНОЙ ДИСКЭКТОМИИ

Турсунов М.К., Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б.

Частная клиника «Чинобод Файз», Андижан
Андижанский государственный медицинский институт

Актуальность. Дегенеративные заболевания позвончника и грыжа диска остается одной из сложных патологий позвоночника. Несмотря на улучшение качества жизни населения, отмечается все большее обращение пациентов с поясничными болями. Отмечается омоложение дегенеративных заболеваний позвоночника. Проводимые традиционные консервативные методы лечения хоть

и облегчают состояние больного, не могут обеспечить стойкий длительный эффект, так как не могут устранить причину сдавления невральных структур внутри позвоночного канала. Традиционные хирургические методы лечения (ламинэктомия, гемиламинэктомия, аркотомия, интерламинэктомия) требуют стационарного пребывания и послеоперационной реабилитации. Высокоинформативные диагностические методы, такие как КТ, МРТ, МСКТ, позволяют идентифицировать причину болевого синдрома, её точное месторасположение и отношение к невральным структурам. Зарубеом довольно успешно применяются эндоскопические хирургические методы лечения дегенеративных заболеваний позвоночника и грыжи диска.

Цель исследования – изучить эффективность чрескожной эндоскопической поясничной дискэктомии. Провести анализ полученных результатов в различных периодах после операции.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 580 пациентов. Из них традиционным открытым способом оперировано 300 больных, 280 пациентов оперировано с применением эндоскопических технологий за период 2018-2019 гг. Мужчин – 330, женщин – 250 больных. Средний возраст варьировал от 19 до 63 лет. Все 580 больных получали консервативное лечение до 3 месяцев до 4 лет с переменным успехом. За 1 год 330 больных получали несколько раз повторное стационарное лечение. 530 больных принимали болеутоляющие препараты.

На основании проведенных исследований, больные по желанию разделены на две группы:

1 группа (300 больных) – оперированы открытым способом: аркотомия – 160, интерламинэктомия – 70 больным, гемиламинэктомия – 70 больным. Длительность операции составила в среднем от 40 до 60 минут. Обезболивание общее, кровопотери от 100 до 220 мл. Длина кожного разреза 8-14 см. Заживление послеоперационной раны в среднем составило 9-12 суток. Активация на 2-4 сутки в зависимости от общего состояния.

У больных отмечалось снижение интенсивности боли (ВАШ – 8 баллов) на 1-3 сутки у 220 больных. У 80 больных полное исчезновение боли (ВАШ – 0 баллов) на 1 сутки после операции. У остальных больных интенсивность боли снизилась от 8 баллов до 2 в течение одной недели. Среднее пребывание больного в стационаре составило от 7 до 11 дней.

Вторую группу составили 280 больных. Больные этой группы оперированы с применением чрескожных эндоскопических технологий по методике YESS, TESSYS у 220 больных и чрескожная эндоскопическая интерламинарная дискэктомия (ЧЭПД) у 60 больных.

Результаты и их обсуждение. Из 220 больных на 1 сутки после операции выраженность болевого синдрома снизилась с 7-8 баллов до 2 баллов у 180 больных. У 22 больных болевой синдром снизился с 8 до 4 баллов, сохранившиеся боли поддавались купированию обезболивающими препаратами. 18 больных подверглись повторной операции.

В группе больных, которым производилась ЧЭИД, из 60 больных у 52 болевой синдром купировался стабильно. У 8 больных боль сохранилась до 2 баллов.

Отдаленные результаты изучались в диапазоне 3 месяцев у 120 больных 1 группы. Основные жалобы на сохранение онемения, невыраженная боль в области операционной раны, затруднение свободных движений в поясничном отделе

позвоночника, парестезии в зоне иннервации корешка, ношение наружного корсета.

Полученные результаты через 6 месяцев после операции у 120 больных доступных анализу показали у 113 из них полный регресс неврологической симптоматики.

Во второй группе больных оперированных с применением эндоскопической техники выявлены следующие результаты. У больных через 3 месяца после операции из 220 больных 2 группы у 200 больных болевой синдром полностью купировался, сохранилось невыраженное онемение в зоне иннервации вовлеченного корешка. Движение в поясничном отделе в полном объеме, без болевых ощущений.

Обследование больных через 6 месяцев после операции у 175 больных из 220 выявило следующее: болевой синдром радикулярного характера исчез, у 12 больных сохранилось онемение в зоне иннервации вовлеченного корешка. У 2 больных периодически отмечались приступы кратковременной боли в области поясничных позвонков. Контрольное МРТ показало отсутствие признаков дисцита и рецидива грыжи. Признаков нагноения раны, дисцита, усугубления неврологической симптоматики не наблюдалось.

Вывод. Таким образом, проведенный сравнительный анализ открытых и эндоскопических способов хирургического лечения грыжи диска показал, что эндоскопические способы хирургического лечения грыжи диска могут быть достойной альтернативой традиционным методам. Они являются малоинвазивными и значительно улучшают качество жизни пациентов.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ КЛИНИКО-НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ СКОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Умарходжаев Ф.Р. Комилов М.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Сколиотическая болезнь по распространённости, тяжести течения, сложности и толерантности к проводимому лечению является трудной далёкой от разрешения проблемой. Неврологические расстройства одно из сложных, а иногда и наиболее тяжёлых проявлений этого заболевания. Изучение неврологических расстройств сколиотической болезни актуальная проблема современной ортопедии и неврологии. Клиницисты должны уделять большое внимание диагностике неврологических расстройств при сколиозе, дифференцированному анализу их в зависимости от степени деформации позвоночника, так как от их выраженности зависит тактика ведения больного.

Целью изучить динамику неврологических расстройств у больных со сколиотической болезнью IV степени.

Материалы и методы исследования: в клинике ТашПМИ с 2018 по 2023 года наблюдались 74 пациента в возрасте от 12 до 17 лет по поводу сколиоза IV степени (58 лиц женского пола, 16 лиц мужского пола). Грудной сколиоз диагностирован у 23 пациентов, грудопоясничный у 35, поясничный у 10, субтотальный у 4, тотальный у 2. У 56 пациентов было правостороннее искривление, у 6 комбинированное

S-образное и у 13 левостороннее. Диспластический сколиоз отмечен у 19 пациентов, врождённый у 12, идиопатический у 35, на почве системных наследственных заболеваний у 8 (нейрофибраматоз у 5, синдром Элерса-Данло у 3). Величина сколиотического компонента распределилась в пределах от 41 до 173°, кифотического от 52 до 178°. Проведено комплексное обследование пациентов: неврологическое, ортопедическое, спондилографическое и ЯМРТ. При рентгенографии выявлен весь спектр известных аномалий развития позвонков: клиновидные позвонки и полу позвонки у 34 пациентов, множественные аномалии у 4, нарушение сегментации позвонков у 19, асома у 2. На основании выявленных неврологических симптомов пациенты были разделены на три основные группы: 1-ю составили 38 пациентов с рефлекторным синдромом; 2-ю 24 с рефлекторно-корешковым синдромом; 3-ю 12 с рефлекторно-корешково-спинальным синдромом.

Больные первой группы жаловались на боли в пояснице с иррадиацией в ноги при длительной ходьбе и физической нагрузке. В неврологическом статусе отмечались расстройства чувствительности, положительные симптомы натяжения, незначительная вегетативные нарушения, в виде потливости дистальных отделов верхних конечностей. У 15 пациентов эти неврологические симптомы выявлялись только при детальном обследовании, по локализации они соответствовали уровню деформации позвоночника, при наблюдении в динамике эти неврологические нарушения были стабильны.

Пациенты второй группы предъявляли жалобы на боли при незначительных физических нагрузках и ходьбе, отсутствие или снижение сухожильных рефлексов, положительные симптомы натяжения: Лассега, Бехтерева, Вассермана, Мацкевича, лёгкое снижение или повышение поверхностной чувствительности по сегментарному типу, на вегетативные нарушения в виде похолодания и потливости нижних конечностей.

У 6 пациентов третьей группы отмечались положительные симптомы натяжения, у 2 была скованность движения в позвоночнике и слабость в ногах, у всех пациентов были резко выражены расстройства чувствительности по сегментарному проводниковому типу. Нарушение функции тазовых органов у 2 пациентов. Наряду с неврологическими расстройствами отмечены значительные нарушения со стороны сердца и лёгких вследствие глубокой деформации грудной клетки.

Заключение: результаты клинико-неврологического обследования пациентов с осевыми деформациями позвоночника ещё раз свидетельствуют о необходимости более детального обследования каждого пациента для дальнейшего определения тактики и метода оперативного лечения.

КОМПЛЕКСНАЯ ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Умарходжаев Ф.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Сколиотическая болезнь сложное заболевание - это симптомокомплекс, включающий в себя кроме повреждения опорно-двигательного аппарата, изме-

нения во многих других органах и системах организма, с распространенностью у детей и подростков в пределах 1-30%. Несмотря на то, что сколиоз является самым изучаемым заболеванием, в 80-90% случаев он остаётся «идиопатическим». Чаще всего встречается в возрасте 10-15 лет, в силу интенсивного роста организма в этот период и формирования осанки. Причем девочки болеют в 9 раз чаще, чем мальчики. У каждого четвёртого пациента заболевание протекает с неуклонным прогрессированием.

Следует подчеркнуть, что значительная доля научных исследований посвящена совершенствованию оперативной техники лечения сколиозов, а предоперационной подготовке пациентов уделяется меньше внимания. Большинство хирургов акцентируют свои усилия на применении различных корригирующих и фиксирующих устройств, недостаточное внимание, уделяя всему необходимому комплексу воздействия.

Цель исследования: повышение эффективности предоперационной подготовки у больных с со сколиотической болезнью.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 329 больных, находившихся на стационарном лечении в Республиканском Центре детской ортопедии в возрасте от 6 до 20 лет. Среди больных лиц мужского пола было 110 больных, женского пола - 219. У 155 больных с III-IV степенью деформации в ходе неврологического обследования выявились патологические изменения. Продолжительность предоперационного комплекса варьировала в пределах от 25-30 до 60 дней.

Результаты и обсуждение. Предоперационную подготовку начинали с традиционных методов. Массаж по 20 сеансов один раз в два месяца, лечебная гимнастика в течение всего периода подготовки, общеукрепляющие физические тренировки сердечно-легочной и мышечной систем, а также комплекс дыхательной гимнастики.

Наряду с этим назначался курс поддерживающей витаминотерапии, усиленного питания с преобладанием в рационе продуктов, содержащих белки (сыр, мясо, орехи, икра), а также адаптогенов (корень женьшеня, растения из семейства аралиевых, мед, лимонник китайский и пр.). Так же пациентам вводился анаболический препарат Ретаболил по 50 мг в/м че-рез 2 недели после начала подготовки и за 2 недели перед операцией.

Существенный упор в проведении предоперационной подготовки делали дискретные тракционные воздействия на гравитационной раме. Больному изготавливали индивидуальный головодержатель из поливика, которым фиксировали шею и голову. В головодержателе систематически 2 раза в день по 20 минут больной зависал на гравитационной раме, постепенно увеличивая время безопорного положения от нескольких секунд до 10 минут. После этого допускали качательные движения сторону дуги искривление и приведения ног к груди. Каждые 7 суток осуществляли замеры расстояний между С7-Э1 позвонками в положении стоя и при свободном зависании. В процессе предоперационной подготовки всем больным делали рентгенограммы в положении свободного виса каждые 3 недели.

В предоперационном периоде проводили всестороннее клинико-рентгенологическое обследование больных, а при выявлении сопутствующей патологии назначали курс медикаментозной терапии.

Непосредственно перед вытяжением больным назначали курс фототерапии аппаратом «Дюна-Т», который оказывал общее стимулирующее воздействие на

организм в целом, последовательно улучшая функциональное состояние клетки, ткани, системы органов. Лечение проводили курсами продолжительностью от 14 до 30 дней. Для восстановительной терапии глубоких мышц выпуклой стороны деформации в виде улучшения нервно-мышечной возбудимости применяли электрофорез прозерина без разрыва во времени, электростимуляцию этих же мышц с помощью импульсивных токов РР, — РРу (аппаратом «Ам-плипульс-5») 15-20 сеансов на курс. В процессе проведения предоперационной подготовки назначали магнито-терапевтический аппарат бегущим импульсным полем «Алмаг-01». Процедура проводилась через одинаковые интервалы времени, с длительностью процедуры от 10 от до 30 минут, на один курс проводили 15-20 манипуляций. В зависимости от выявленных неврологических синдромов больным назначались курсы обезболивающих, дегидратационных, рассасывающих и стимулирующих препаратов.

В процессе предоперационной подготовке достигнут регресс силового пареза, имевший место у двадцати пациентов, а также купирована корешковая симптоматика у всех больных.

Таким образом, при данном алгоритме предоперационной подготовки достигается необходимая мобильность на протяжении дуги, подготавливаются паравентребральные ткани и ткани позвоночника с его содержимым к дальнейшим этапам хирургической коррекции, при этом имеется возможность прогнозировать возникновение неврологических расстройств.

Выводы.

1. Использование комплексной предоперационной подготовки позволяет подготовить ткани и содержимое позвоночного канала к экстремальным условиям радикальной коррекции.

2. Достижение мобильности деформации позвоночника в результате предоперационной подготовки пациента способствует снижению риска возникновения неврологических расстройств.

КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Умарходжаев Ф.Р. Усмоналиев Ф.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения сколиоза остаётся одной из наиболее трудных и актуальных задач ортопедии, своевременно начатое адекватное консервативное лечение у большинства пациентов позволяет добиться стабилизации деформации, а у определённой части пациентов некоторой коррекции дуги искривления. К сожалению, традиционно проводимое консервативное лечение сколиоза не достаточно эффективно.

Целью комплексная диагностика и определение тактики лечения сколиоза у детей и подростков.

Материалы и методы исследования: нами обследованы 329 больных находившихся на стационарном лечении в Республиканском Центре Детской Ортопедии и клинике ТашПМИ в возрасте от 6 до 18 лет. Из общего количества больных

на консервативном лечении находились 300 больных, на оперативном 29 больных. Среди них мальчиков было – 110; девочек – 219.

Результаты исследования: при неврологическом обследовании всех больных патологические изменения наблюдались у 155 больных с III-IV степенью деформации. Выявленные неврологические симптоиы мы разделили на основные группы: 1 группа – рефлекторный синдром (86); 2 группа – рефлекторно-корешковый синдром (44); 3 группа – рефлекторно-корешково-спинальный синдром (25). В зависимости от выявления неврологических синдромов консервативная терапия включала назначение медикаментозной терапии (обезболивающих, дегидратационных, рассасывающих и стимулирующих препаратов). Хирургическая коррекция тяжёлых форм сколиоза очень сложна, травматична и является многоэтапным. Наибольшее число больных прооперированно в возрасте 14-16 лет, при распределении больных по величине искривления мы пользовались классификацией Cobb (1958). Хирургическое лечение 29 больным проведено по следующий схеме:

1 этап – подготовительно лечебно-диагностический комплекс (вытяжение позвоночника, проведение ЛФК, дыхательная гимнастика, физиотерапия) продолжительностью 25-90 дней;

2 этап – мобилизирующая дискэктомия, сегментарная резекция передних отделов, первично нестабильный межтеловой спондилодез аутокостью;

3 этап – одномоментная инструментальная коррекция, резекция рёберного горба, задний спондилодез.

Заключение: коррекция достигалась за счёт проведения неврологического и хирургического лечения, проведения систематичных тракционных тренировок на гравитационной раме, специальной ЛФК, электрофизиолечения с использованием фототерапии, виброакустики, дыхательной гимнастики.

МИКРОДИСКЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ГРЫЖЕЙ МЕЖПОЗВОНКОВОГО ДИСКА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА

Фармонкулов В.Х.

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 ± 2,31) за период 2018-2022гг. 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 превалирующим 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. Краткосрочный 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.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЛАЗЕРНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ТРАВМИРОВАННЫЙ СПИННОЙ МОЗГА (РАННИЙ ПЕРИОД 1 МЕСЯЦ). СООБЩЕНИЕ 2.

Хайдаралиев У., Абдухаликов А.К., Мирзаюлдашев Н.Ю.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель исследования: изучение влияния лазеротерапии области повреждения спинного мозга в раннем периоде. Изменения спинного мозга у животных контрольной группы. Через месяц после проведения ламинэктомии и повреждения спинного мозга промежутки между удаленными дужками заполняются грубоволокнистой соединительной тканью, основу которой составляют пучки коллагеновых волокон с заключенными между ними фибробластами, кровеносными сосудами. Имело место врастание соединительной ткани из рубца в толщу спинного мозга.При исследовании коркового вещества в зоне повреждения спинного

мозга выявляется соединительнотканный рубец, основу которого составляют фибробласты и пучки коллагеновых волокон. В толще рубца содержатся кровеносные капилляры. Со стороны поврежденных участков мозгового вещества отмечаются формирование глиального рубца, он более рыхлый между глиальными клетками (преимущественно олигодендроцитами) образуются полости и щели, в которых выявляются аксоны. Наряду с явлениями дегенерации имеются признаки начинающейся регенерации аксонов. Об этом свидетельствует наличие коротких частично миелинизированных или безмякотных нервных стволиков находящихся в полостях между клетками глиального рубца. Некоторые из них врастают в соединительнотканную часть рубца, они не имеют упорядочного расположения, многие из них колбовидно утолщены или извиты. Однако глубокого прорастания аксонов в толщу рубца выявлено не было.В сером веществе спинного мозга выражена глиальная реакция - преимущественно олигодендроцитарная, астроцитов и микроглии меньше. В прилежащих к зоне рубца участках серого вещества практически отсутствую нейроны, что является следствием их гибели в остром периоде. В отличие от коркового вещества, где основу рубца составляет соединительная ткань, в корковом основу рубца составляют клетки глии. Изменения спинного мозга у животных опытной группы. Через месяц после проведения операции ламинэктомии и повреждения спинного мозга с последующим облучением зоны повреждения МИКЛ при гистологическом исследовании было выявлено, что пространство на месте удаленных дужек было заполнено соединительной тканью. Источниками образования соединительнотканного рубца явились окружающие ткани и надкостница позвоночника. Так же как и у животных контрольной группы в белом веществе спинного мозга формируется соединительнотканный рубец, однако размеры его существенно меньше. Основу его составляют коллагеновые волокна, между которыми располагаются фибробласты, единичные макрофаги, единичные глиальные клетки (по краям) и кровеносные капилляры. В ряде случаев рубцовая ткань проникает не на всю область повреждения и локализуется только в наружных отделах мозгового вещества. Соединительнотканный рубец окружен рыхлым глиальным рубцом, в котором имеются многочисленные полости и щели. Ширина глиального рубца больше такового у животных контрольной группы. Отмечаются участки глыбчатого распада миелина, в некоторых осевых цилиндрах аксоны отсутствуют.Однако отмечаются признаки регенерации аксонов при этом пространства между глиальными клетками в глиальном рубце содержат частично миелинизированые или безмякотные нервные волоконца, которые имеют беспорядочное направление. В области соединительнотканного рубца прорастания аксонов в его глубокие слои не наблюдается.

Таким образом, наряду со склеротическими процессами и явлениями дегенерации миелиновых оболочек, в данный срок эксперимента наблюдаются начальные процессы регенерации аксонов с прорастанием их в глиальный, а затем, и в соединительнотканный рубец. После лазерного воздействия соединительнотканный рубец по размерам меньше, а глиальный больше чем без лазерного воздействия.

УМУРТҚА ПОҒОНА ДЕГЕНЕРАТИВ -ДЕСТРУКТИВ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ СТРУКТУР-ФУНКЦИОНАЛ ТУРИДА ПАТОМОРФОЛОГИК ТАШҲИСЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Хайруллаев А.А., Маҳкамов Н.Ж.

Андижон давлат тиббиёт институти, 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 мухим самарадир. Бунинг учун тоғайли диск структураси ва топографик жихатдан гистологик тузилиши тўғрисида маълумотларни ўрганиш зарур.Хозирги замонавий шароитларда инсонлар хаётида етарли даражадаги харакатланиш 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 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 донадор кўринишдаги моддага айланганлиги кузатилади.

Секвестрланган дирилдоқ ядро тўқимаси полиморф тузилишга эгалиги, таркибида деструкцияланган, некрозланган, баъзида яллиғланиш инфильтрати ва фиброз тўқима билан қопланган бўлакчалардан иборатлиги аниқланди. Аксарият ҳолларда секвестрацияланган пулъпоз 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 са-

марадорлиги юқорилигини кўрсатади. Бу устувор йўналиш тиббиётнинг соҳа шифокорлари учун муҳим қўлланма бўлиб ҳизмат қилади.

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЧЕТАННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Худайбердиев К.Т., Мамадалиев А.Б., Бокиев А.А.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель работы: Изучить эффективные пути совершенствования схемы оказания медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в отделениях экстренной медицинской помощи.

Материал и методы: За период с 2016 по 2023 гг. в отделения нейрохирургии и нейрореанимации Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи госпитализированы 615 пострадавших 16-76 лет, из них 375 (61%) лиц мужского пола. Возраст 516 (84%) пострадавших – от 17 до 55 лет. Предварительный диагноз «ЧМТ» подтвержден во всех случаях.

Результаты и обсуждение: Лечение 338 (55%) больных с сочетанными повреждениями и тяжелой ЧМТ осуществлялось в 3 этапа. На I этапе проводились реанимационные мероприятия, в основе которых лежало восстановление проходимости дыхательных путей, обеспечение дыхания и сердечно-легочная реанимация, противошоковые мероприятия. На II этапе оказывалась экстренная специализированная помощь в зависимости от превалирующей клиники повреждений. При доминировании признаков повреждения головного мозга предпочтение отдавалось экстренной нейрохирургической операции. Во всех остальных случаях в первую очередь осуществляли травматологические вмешательства. На III этапе выполнялись вмешательства по поводу клинически менее значимых патологий, а также восстановительное лечение.

Лечение 277 (455) больных с более легкими повреждениями головного и спинного мозга в сочетании с повреждениями конечностей проводилось в 2 этапа (поскольку отсутствовала необходимость в реанимационных мероприятиях). Объем помощи ограничивался первичной хирургической обработкой, наложением гипсовых повязок, установлением устройств для скелетного вытяжения, реклинации и тракции при повреждениях позвоночника.

У 247 (65%) пострадавших, преимущественно с витальными нарушениями, производилась расширенная резекционная трепанация. Удаление гематом осуществлялось через фрезевые отверстия у 15 (4%) человек, преимущественно у лиц старшего и пожилого возраста, а также при хронических гематомах и посттравматических гигромах. Костно-пластическая трепанация, которой в последнее время нами отдается предпочтение, выполнена в 118 (31%) случаях.

У 218 (57,4%) больных при витальных нарушениях после предварительной кратковременной (от 30 мин до 1 ч) реанимационной и анестезиологической подготовки выполнены экстренные оперативные вмешательства, во время которых продолжалась интенсивная терапия (например, операции направленные на остановку кровотечения и удаление вдавленных костных отломков). У 90 (23,7%) по-

страдавших без профузного кровотечения и дыхательной недостаточности раннее оперативное вмешательство произведено при стабильной гемодинамике в течение 2-6 ч после травмы. У 72 (18,8%) человек без признаков травматического шока и кровотечения произведены отсроченные оперативные вмешательства (через 6 ч после поступления в стационар).

Вывод. При тяжелой СЧМТ проведение диагностических мероприятий и манипуляций при изолированных повреждениях радикально невозможно или сопряжено с рядом трудностей, обусловленных сочетанностью и множественностью травматических повреждений. Оперативное вмешательство по поводу нарастающей компрессии головного и спинного мозга должно проводится в экстренном порядке, в том числе у больных в тяжелом (но не терминальном) состоянии.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Рост автодорожного травматизма сопровождается увеличением частоты повреждений шейного отдела позвоночника, возможно, вследствие негативной роли ремня безопасности, который снижает риск повреждения грудной клетки и головы, но способствует сгибательному или «хлыстовому» механизму травмы шейного отдела позвоночника. Повреждения шейных позвонков, как правило, сопровождаются неврологическими осложнениями различной степени тяжести — от функционального перерыва спинного мозга до легкой миелорадикулопатии. Причиной многообразия неврологических осложнений являются особенности анатомического соотношения позвоночника со спинным мозгом, корешками, позвоночными артериями. На этом основании некоторые авторы считают термин «неосложненные» повреждения шейного отдела позвоночника сомнительным. Тяжесть повреждений шейного отдела позвоночника в значительной степени сопряжена с посттравматической нестабильностью, определяющей выбор лечебной тактики. Большинство травматологов и нейрохирургов убеждены, что только хирургическим методом достигается полноценная декомпрессия спинного мозга и корешков с надежной стабилизацией позвоночника.

Материал и методы. Основу настоящего исследования составили клинические наблюдения за 135 больными, находившимися на лечении в период с 2012 по 2024 г. Большинство пациентов составляли мужчины молодого возраста (средний возраст 28 лет). В 80% наблюдений травма шейного отдела позвоночника получена при автокатастрофах. В равных количествах наблюдений констатирована травма шеи как среди больных, пользующихся ремнем безопасности, таки без него. Травма «ныряльщика» имела место в 12% наблюдений, в том числе 8% составили больные, госпитализированные до 2015 г. В остром периоде травмы (до 10 дней) поступили 63 больных, в раннем периоде (до 3 нед) — 22 больных. Застарелые повреждения (более 3 нед) констатированы в 50 наблюдениях. Вывихи и подвывихи позвонков присутствовали у 90, переломовывихи — у 32, переломы

тел позвонков — у 13 больных. Неврологические вертеброгенные синдромы отмечены у 127 больных. Всего у 80 больных отсутствовали клинические проявления травмы спинного мозга и корешков. В большинстве наблюдений (81) неврологическая картина соответствовала корешковому синдрому, реже (46) — синдрому миелорадикулопатии.

По классификации Франкеля тяжесть неврологических осложнений в группе В соответствовала у 10, С — у 30, D — у 90, Е — у 5 больных. Все больные оперированы из переднего доступа. В остром и раннем периоде травмы вправление вывихов и подвывихов осуществляли с помощью репонатора. При переломах считали показанной резекцию тела позвонка вплоть до полного замещения и транскорпоральной декомпрессии спинного мозга при стенозе позвоночного канала. Для устранения смещений позвонков при переломо-вывихах в остром и раннем периодах нами предложен репонатор, обеспечивающий дозированную дистракцию позвонков и перемещение их относительно друг друга. При неудаче репозиции декомпрессию спинного мозга и корешков осуществляли путем резекции тел позвонков с соответствующими унковертебральными сочленениями. Данную операцию считаем методом выбора в позднем периоде травмы, так как из-за фиброзной стабилизации позвоночника репозиции опасны вследствие возможных ятрогенных осложнений. Стабилизацию оперированных сегментов позвоночника осуществляли компактным костным аллотрансплантатом (40 больных) или углеродным имплантатом (95), в сочетании с утилизованной аутокостью (96) или биокомпозитным материалом «КоллапАн» (39). Для их фиксации в телах позвонков использовали костный цемент.

Результаты и обсуждение. Декомпрессия спинного мозга и корешков с первично-стабильным спондилодезом способствовала высокому анальгетическому эффекту операции с интенсивным регрессом неврологических синдромов. Отмечена типичная особенность регресса неврологических синдромов — меньшая интенсивность и большая продолжительность данного процесса у больных с застарелыми повреждениями.

Средняя продолжительность восстановительного периода при неврологических осложнениях застарелой травмы составила 60 дней, при прочих осложнениях — 25 дней. Через 3 мес после операции оценка неврологического статуса по Франкелю следующая: В — нет, С — 6, D — 5, Е —1245 больных. Таким образом, с помощью оперативного лечения удалось прервать патогенез неврологических осложнений в большинстве наблюдений. Костный или костно-углеродный блок за счет аутотрансплантатов или «КоллапАна» достигнут у всех больных.

При этом не выявлено разницы в сроках формирования костного блока при использовании утилизованной аутокости или гранулированного «Коллапана». Средняя продолжительность формирования костного блока одного сегмента 7 нед, двух сегментов — 11 нед.

Хорошие результаты отмечены у 115, удовлетворительные — у 19, плохие — у 2 больных. Отдаленные результаты с катамнезом более 5 лет прослежены у 12 больных. Переоценки результатов лечения не было. Во всех наблюдениях констатирован состоятельный костный блок поврежденных сегментов. Однако у 9 больных выявлены признаки дегенерации дисков, расположенных по соседству с уровнем спондилодеза. Мы связываем дегенерацию ранее здоровых дисков с перенесенной травмой и операцией, так как спондилодез сопровождается пере-

грузкой сегментов, находящихся по соседству с неподвижными. Несмотря на факт отсутствия у больных клинических проявлений остеохондроза, мы расцениваем дегенерацию здоровых дисков как негативный результат лечения.

Вывод. Таким образом, предложенная тактика хирургического лечения повреждений шейного отдела позвоночника, включающая декомпрессию спинного мозга и корешков с первично-стабильным спондилодезом, обеспечивает получение стойкого положительного результата в большинстве наблюдений. Отказ от применения металлических конструкций для спондилодеза позволяет избежать характерных для них осложнений позднего послеоперационного периода и исключить вероятность повторных операций. Специфичным поздним осложнением спондилодеза является дегенерация сегментов, расположенных по соседству с уровнем стабилизации, вследствие компенсаторной перегрузки. Вероятной профилактикой данного осложнения является разработка способов динамической стабилизации поврежденных позвоночных сегментов.

ОЦЕНКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ ТРАВМАХ И ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Мамадалиев А.Б., Тохирова З.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт,
Андижан

Актуальность темы. Способы консервативной терапии при осложненной патологии шейного отдела позвоночника редко приводят к положительным результатам, сопровождаются большим количеством осложнений, высокой летальностью и инвалидизацией пациентов. Сложность надежной стабилизации шейного отдела позвоночника, обусловлена анатомо-физиологическими особенностями строения и большой функциональной нагрузкой данного отдела.

Целью исследования было повышение эффективности передней стабилизации шейного отдела позвоночника путем оптимизации переднего межтелового спондилодеза на основе использования имплантатов из никелид титана различной конструкции.

Была поставлена следующая задача - провести сравнительную оценку результатов переднего спондилодеза углеродными, статическими и динамическими титановыми имплантатами у больных с осложненной травмой и с дегенеративными поражениями шейного отдела позвоночника.

Материал и методы исследования. В настоящем исследовании изучению и анализу подвергнуты 34 больных, которые были оперированы на шейном отделе позвоночника по поводу позвоночно-спинномозговой травмы - 21 (59,8%) и дегенеративно-дистрофического поражения - 13 (40,2%). Больные находились на обследовании и лечении в клинике АндГосМИ, АФ РНЦЭМП в период с 2022 по 2024 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным нашего исследования, из 10 пациента, которым вентральную стабилизацию осуществляли углеродными имплантатами, ранние послеоперационные осложнения возникли у 2

(37,3%) больных и распределились следующим образом: миграция трансплантата - 2 (37,3% от всех осложнений), трофические нарушения (пролежни) - 3 (42,1% от всех осложнений) и пневмонии - 2 от всех осложнений. Результаты передней стабилизации статическими имплантатами из пористого никелида титана были заметно лучше. По нашим данным, в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 13,2% больных из 10 оперированных по данной методике и распределились следующим образом: трофические нарушения (пролежни) в 2 случах, у 3 - эндобронхиты. В одном случае после замещения тела разрушенного позвонка имело место интеркорпоральное внедрение имплантата, что связано с резекцией замыкательных пластинок тел смежных позвонков.

Летальность при использовании углеродных имплантатов составила 1,8%, а при применении имплантатов из пористого никелида титана - 0,6%.

Уменьшение средних сроков пребывания больных в стационаре при применении для передней стабилизации имплантатов из пористого никелида титана обусловлено меньшим числом послеоперационных осложнений, ранней активизацией больных и более быстрым регрессом обратимых неврологических нарушений. При использовании углеродных трансплантатов для передней стабилизации шейного отдела позвоночника средний срок пребывания больного в стационаре составил 38,3 ± 1,3 дня, т.е. в 1,5 раза выше, чем при использовании имплантатов из пористого никелида титана.

Вывод. Из вышесказанного следует, что передний спондилодез статическими имплантатами из никелид титана у больных с осложненной травмой шейного отдела позвоночника обеспечивает достаточно надежную стабилизацию позвоночного сегмента, не требует дополнительной внешней иммобилизации, облегчает проведение реабилитационных мероприятий в раннем послеоперационном периоде и в 1,5 раза сокращает сроки пребывания больных в стационаре.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНЕШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ

Худайбердиев К.Т., Кадиров А.А., Ташланов Ф.Н.

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан

Цель исследование: На основании дифференцированного подхода к хирургическому лечению и изучению возможности углеродного имплантата нового поколения и разрабатывать эффективные способы операции при повреждениях шейного отдела позвоночника и спинного мозга.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 63 больных с закрытыми повреждениями С5, С6, С7 позвонков с сдавлением спинного мозга различной степени выраженности. Мужчин было 55, женщин - 8. Средний возраст составил 35 лет (от 18 до 64 лет). Основными причинами травмы являлись: дорожно-транспортные происшествия (19,7%), ныряние (23,7%), падение с высоты (42,1%), скатывание по лестничным ступенькам (14,5%). При определении типов переломов мы использовали классификацию Аргенсона: Компрессионные переломы (тип А) тел нижнешейных позвонков имели место у 35 случаях, флексион-

но-экстензионно-дистракционные повреждения (тип В) - в 18 и ротационные повреждения (тип С) у 10 больных. При определении вариантов хирургического лечения использовались классификации SLIC. Для оценки степени выраженности неврологического дефицита и результатов лечения применялась классификация по Frankel: в группе А – 28,9% больных; в группе В – 38,2%; в группе С – 21,1%; в группе Д – 6,6%; в группе Е – 5,3%. Хирургическое вмешательство в течение первых суток с момента травмы выполнено у 1/3 пострадавших, у остальных - в течение 5-7 дней.

Диагностика повреждений позвоночника визуализировалась с помощью спондилографии, компьютерной (КТ), магнитно-резонансной (МРТ) томографии и МСКТ.

Результаты и их обсуждение. При переломо-вывихах применялась передняя декомпрессия тела смежного позвонка, вправление вывиха и стабилизация с помощью интракорпорально введенного кейджа из углерод-углеродного материала нового поколения, совмещенного с фиксирующей накостной пластиной типа ChM и Медбиотек. При двусторонних сцепившихся и полных вывихах: первый этап - задним доступом с помощью специальных инструментов с тягой за дужку вывихнутого и упором на дужку нижележащего позвонка вправлялся вывих суставного отростка, второй этап - передним доступом осуществлялась тотальная дискэктомия пораженного диск и корпородез имплантатом углерод-углеродного материала нового поколения.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде все пациенты находились под наблюдением до 1-1,5 месяев. Летальных исходов не отмечено. Наблюдалось удовлетворительная стабилизация поврежденного сегмента. Регресс неврологической симптоматики отмечен у 55 из 63 пациентов, в виде нарастания объемов движения и чувствительности.

Выводы. Хирургическая тактика при травме нижнешейных позвонков и спинного мозга зависит от выраженности повреждений костных структур, подбора соответствующих для данного вмешательства инструментария, адекватной декомпрессии спинного мозга и надежной стабилизации уровня поражения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕГЕНЕРАТИВНОГО СТЕНОЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДЕКОМПРЕССИИ

Шатурсунов Ш.Ш., Эшкулов Д.И.

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

Актуальность. Проблема лечения пациентов с поясничным дегенеративным стенозом позвоночного канала имеет большое социально-экономическое значение. Поясничный дегенеративный стеноз – это сужение позвоночного канала на поясничном уровне вследствие дегенеративных и гипертрофических изменений элементов, образующих стенки позвоночного канала.

В хирургическую практику были внедрены много эндоскопические методы. Из них по удаления межпозвонковых грыж и декомпрессии дегенеративного сте-

ноза интерламинарним способом PSLD (Percutaneous Stenoscopic Lumbar Decompression) разработанной Южно-Корейском нейрохирургом Dr.Kim Taek Lim. PSLD обладает особенностями и преимуществами минимально инвазивного лечения, включая небольшой прокол, незначительную кровопотерю, атравматичность и, как следствие, раннюю реабилитацию. PSLD не нарушает структуру позвоночного канала, не влияет на стабильность позвоночника и не приводит к значительному послеоперационному фиброзу в позвоночном канале. Популяризация этой методики ускорила технический прогресс в данной сфере медицины. Возможности перкутанной эндоскопической хирургии значительно возросли. Доступы к позвоночному каналу перестали быть абсолютно зависимыми от наличия межкостных пространств позвоночника и их размеров.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения больных со дегенеративном стенозом поясничного отдела позвоночника. В последние годы заметно увеличилось количество больных трудоспособного возраста со стенозом позвоночного канала, проявившемся в виде сужения позвоночного канала, межпозвонкового отверстия и корешкового канала

Материалы и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения 84 больных со стенозом поясничного отдела позвоночника, находившихся в отделении вертебрологии Республиканском центре травматологии и ортопедии Узбекистана в период с 2020 по 2024 год. Для определения размера позвоночного канала, а также степени дегенеративного стеноза в позвоночный канал всем больным была выполнена рентгенография, МСКТ, МРТ. Возраст больных от 42 до 84 лет, мужчин – 42%, женщин – 58%. 78 пациентом была произведена операция- эндоскопическая декомпрессия методом PSLD (Posterior Spinal Lumbar Decompression). На одном уровне (32 больных) и (26 больных) – на двух уровнях, 14-больных в трех уровнях.

Результаты и их обсуждение. Стеноз межпозвонкового отверстия и корешкового канала наблюдался у 66 больных, а в 39 случаях установлен диагноз - стеноз центрального канала. Показанием для операции считали стойкий болевой и мышечно-тонический синдром, ограничение статико- динамической функции позвоночника, нейрогенная перемежающаяся хромота, чувствительные выпадения и нарушения функции тазовых органов. Объем оперативных вмешательств зависит от типа стеноза. У больных хорошие результаты отмечены в 86 % случаев, в 12% отмечено значительное улучшение в виде уменьшения корешково - болевого синдрома и в 2% -без улучшения.

Вывод. Хирургическое лечение дегенеративного стеноза поясничного отдела позвоночника эндоскопической декомпрессии является перспективным и эффективным методом, позволяющим улучшить качество жизни больных, уменьшить процент выхода их на инвалидность и предотвратить появление рецидивов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Шатурсунов Ш.Ш., Шатурсунов Шомансур Ш., Мирзахонов С.А., Эшкулов Д.И.

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

Эволюция хирургических методов лечения поясничного стеноза позвоночного канала происходила в сторону минимизации операционного воздействия: от декомпрессивных ламинэктомий (гемиламинэктомий) с полной стабилизацией позвоночнодвигательного сегмента full fusion (360°) в сторону просто открытых декомпрессивных операций без стабилизации и микрохирургической декомпрессии. Достаточно новым подходом являются эндоскопические методы реконструкции позвоночного канала. Опыт эндоскопических операций показал хорошие клинические результаты и уменьшение числа послеоперационных осложнений.

Цель. Улучшить результатов хирургического лечения дегенеративного поясничного стеноза с применением современных эндоскопических технологий.

Материал и методы. Проведен анализ результатов хирургического лечения методом эндоскопических декомпрессии 80 больных со стенозом поясничного отдела позвоночного канала, находившихся в отделении вертебрологии Республиканского центра травматологии и ортопедии городе Ташкента в период с 2020 по 2024 год. Для определения размера позвоночного канала, а также степени дегенеративного стеноза всем больным была выполнена рентгенография, МСКТ и МРТ исследования. Возраст больных колебался от 42 до 84 лет, мужчин было – 38, женщины – 42. Всем пациентам была произведена операция- эндоскопическая декомпрессия методом Percutaneous Stenoscopic Lumbar Decompression (PSLD). Стеноз наблюдался на одном уровне у 32 больных , а у 26 больных – на двух уровнях и у 16 больных на трех уровнях. Методика декомпрессии дегенеративного стеноза интерламинарним способом PSLD разработанный корейском нейрохирургом Dr.Kang Taek Lim обладает особенностями и преимуществами минимально инвазивного доступа , которая включает небольшой прокол, незначительную кровопотерю, атравматичность и, как следствие, раннюю реабилитацию. PSLD не нарушает структуру позвоночного канала, не влияет на стабильность позвоночника и не приводит к значительному послеоперационному фиброзу в позвоночном канале. Популяризация этой методики ускорила технический прогресс в данной сфере медицины. Возможности перкутанной эндоскопической хирургии значительно возросли. Доступы к позвоночному каналу перестали быть абсолютно зависимыми от наличия межкостных пространств позвоночника и их размеров.

Результаты и их обсуждение. Клинико-лучевая картина у пациентов с дегенеративным стенозом поясничного и крестцового отделов позвоночника от уровня L3 до S1 характеризуется одноуровневым поражением на уровнях L4-L5 и L5-S1 с частотой от 70% до 80%, двухуровневым в 20-27%, выраженным болевым синдромом в ногах в 79% наблюдений и корешковым синдромом в виде пареза - у

43% пациентов, гипотрофией мышц у 32% больных и отсутствием физиологического поясничного лордоза - у 68% больных и патологическим нарушениями позвоночно-тазовых взаимоотношений в виде ретроверсии таза и уменьшения наклона крестца - у 63% пациентов, что находит своё отражение в самочувствие пациентов.

Вывод. У пациентов с дегенеративным стенозом поясничного и крестцового отделов позвоночника показано выполнение хирургического вмешательства в объеме декомпрессии спинного мозга и его элементов, а также восстановления сагиттального профиля поясничного сегмента позвоночника и позвоночно-¬тазовых соотношений.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ МИКРОДИСКЭКТОМИИ

Шатурсунов Ш.Ш., Шатурсунов Шомансур Ш., Мирзахонов С.А., Эшкулов Д.И.

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

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 372 пациентов с грыжами поясничных межпозвонковых дисков оперированных в клинике вертебрологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии МЗ РУз на период с 2020 по 2024 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).

Первую группу составили пациенты, оперированные способом микрохирургической дискэктомии (n = 158), вторую – пациенты, которым выполнена эндоскопическая дискэктомия по методике PSLD (Percutaneous Stenoscopic Lumbar Decompression) (n =136). Все пациенты оперированы одной хирургической бригадой. В каждой методике использовался стандартный набор инструментария. Выбор методики операции происходил, исходя из предпочтения пациента и доступности необходимого оборудования на момент операции. Пациенты активизировались на первые–четвертые сутки после операции и соблюдали ортопедический режим в течение месяца после операции.

Сравнительный анализ исхода производили на основании самооценки функционального состояния по шкале качества жизни Освестри через 3 и 6 месяцев после операции. Также оценивали показатели: выраженность болевого синдрома по 100-миллиметровой визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ), субъективный

исход лечения по критерию Macnub .

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 месяц после вмешательства.

В 1 группе пациентов, где проводилось стандартная микродискэктомия отличные и хорошие результаты имели место в 74,9% случаев. Частота осложнений — повреждения твердой мозговой оболочки, спондилодисциты и повреждения корешков составила3,2%, частота повторных операций по поводу рецидивов грыж дисков — 5,8%.

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.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ И ТРАНСПЕДИКУЛЯРНИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Мирзаханов С.А., Эшкулов Д.И.

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 направленно 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, спондилолизный и диспластический у 36 (36.7%) и травматический – у 2 (2,4%). По степени смещения позвонка (по Мейердингу) пациенты распределялись следующим образом: 1степень 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 оценива-

ли как ортопедический, так и неврологический статус больного.

Передний интеркорпоральный спондилодез титановыми кейджами с применением аутокости было произведено 84 больным при I-II степени дегенеративного 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.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСТАБИЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шодмонов Б.Р., Эргашев Ф.Ф.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Перелом шейного позвонка – это достаточно распространенная травма. Несмотря на это, она представляет большую опасность – несчастный случай может закончиться для пострадавшего инвалидностью или летальным исходом. Причина заключается в том, что примерно в 60% случаев у человека оказывается поврежден спинной мозг.

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 2018-2022гг 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, введёнными в верхние и нижние полюса пластины.

При наличии переломо-вывиха и задней компрессии осуществлялись операции задним доступом - резекция дугоотростчатых суставов и открытое вправление переломо-вывиха. Выполнялась декомпрессивная ламинэктомия, резекция дугоотросчатых суставов, открытое вправление позвонков, ревизия дурального мешка, реконструктивные манипуляции с последующим стабилизацией трансартикульрными 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.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАННОГО ЦИЛИНДРИЧЕКОГО КЕЙДЖА ПРИ ГРЫЖАХ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шодмонов Б.Р., Рахмонов Х.М., Солиев Ш.К.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Грыжа — это разрыв дисковой оболочки, через который выпячивается желеобразное ядро диска. В шейном отделе такое выпячивание способно воздействовать на позвоночные артерии, спинной мозг и нервы. Это может вызывать не только постоянный дискомфорт или боль, но и затруднить мозговое кровообращения, а также привести к серьёзным нарушениям двигательной сферы.

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 кейджов. Все пациенты оперированы за период 2019-2023 гг. 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 винти для прочного стабилизации установленных усовершенствованный цилиндрических кейджов в теле смежных позвонков. 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-медуллярным 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.

ТУРЛИ ХИЛ ТРАВМАЛАРДА УМУРТҚА ВА ОРҚА МИЯ ТУЗИЛМАЛАРИ ЖАРОХАТЛАРИНИНГ ТРАВМА МЕХАНИЗМЛАРИ

Шопулатов И.Б.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарканд

Долзарблиги. Умуртқа поғонасининг орқа мия жаврохатлари тиббиётнинг барча соҳалари учун долзарблигига қарамай, ушбу шикастланишнинг суд-тиббий жиҳатлари етарлича ўрганилмаган. Шу муносабат билан умуртқа поғонасининг орқа мия жарохат механизмининг шаклланиш хусусиятларини ўрганиш муаммоси бутун дунё тадқиқотчиларининг эътиборини тортмоқда.

Тадқиқотнинг мақсади - умуртқа поғонаси ва орқа миянинг турли қисмлари тузилмалари шикастланишларининг табиати ва шаклланиш механизмини аниқлаш.

Тадқиқот материаллари. Тадқиқот қуйидаги гуруҳларда олиб борилди: Баландликдан йиқилишлар оқибатида қўшма жароҳатлардан вафот этган 82 нафар шахслар жасадлари суд-тиббий экспертизаси ўтказилди. Травма олганларнинг ёши 16 дан 84 гачани, эркаклар -64 ва аёллар -18 нафарни ташкил этди. Йиқилиш баландлиги бир неча метрдан ўнлаб метрга бўлган; Ҳаракатланувчи автомобиллар билан тўқнашувда ҳалок бўлган 172 нафар пиёдаларда текшируви ўтказилди. жабрланганлар орасида 134 нафар эркаклар, 38 нафар аёлларни, ёшлари 16 ёшдан 80 ёшгачани ташкил этди . 140 та ҳолатда пиёдалар билан тўқнашувлар замонавий енгил автомобиллар томонидан, 29 та ҳолатда-тўқнашувлар эски русумли енгил автомобиллар билан содир этилган ва 3 та ҳолатдаги тўқнашувда автомобил тури аниқланмади. Иш материаллари маълумотларига кўра, аксарият ҳолларда автомобилларнинг пиёдалар билан тўқнашуви фронтал ва фронтал-ёнбош кўринишида бўлган. Йўл-транспорт ҳодисаларида жароҳатланиш оқибатида вафот этган 61 нафар автомобил ҳайдовчиларда текширув ўтказилди. Улар орасида эркаклар - 60 ва аёллар-1 нафарни, ёши бўйича 20 дан 69 ёшдагиларни ташкил этди. Ҳалокат тафсилотлари бўйича: автомобилларнинг бошқа ҳаракатланувчи транспорт воситалари билан тўқнашувлари-35, автомобилларнинг ағнашлари-19, қўзғалмас тўсиқлар билан автомобилларнинг тўқнашуви - 7 ҳолатни ташкил этди.

Натижалар. Баландликдан йиқилишда кўпинча тананинг уч ва ундан кўп қисмлари қўшма жароҳатланишлари (82 та ҳолатдан 62 та ҳолатда) шаклланиши билан характерланади. Қўшалоқ жароҳатларнинг бир қисмини умуртқа-орқа мия жароҳатлари ташкил этади ва бу тузилмалар жароҳатлари 51.2% ҳолларда кузатилади. Бунда умуртқа поғонасининг икки ва ундан ортиқ қисмлари зараланади, жойлашув ўрни бўйича бўйин-кўкрак ва бел қисмлари жароҳатлари кўп кузатилади. Умуртқалар танасида компрессион синишлар устунлик қилади ($t= 0,0626$, $p<0,05$), ротацион, дистракцион синишлар ва зарарланиш жойларидан умуртқа-орқа миянинг тўлиқ ажралиши саноқли ҳолатларни ташкил этади. Умуртқа–орқа мия жароҳатлари билвосита жароҳатлар сифатида йиқилишнинг ҳар қандай вариантида кузатилиши мумкин, аммо умуртқалартанаси компрессион синишлари фақат оёқларга тушиш ҳолатларига хос ҳисобланади.

Ҳаракатланаётган автомобиллар билан пиёдаларнинг тўқнашувларда тана-

нинг икки ва ундан кўп қисмлари зарарланиши негизида қўл ва оёқ суяклари синишлари 50,04% ҳолатларда кузатилди. Автомобиллар билан тўқнашувда жабрланган пиёдаларда 25% холларда умуртқа-орқа мия жароҳати қайд этилди, бунда асосан дистракцион ва ротацион синишлар фарқланди. Синишлар кўпинча умуртқалар таналари орасида кузатилиб, синиш соҳаларида орқа миянинг тўлиқ ажралиши аниқланди.

Йўл-транспорт ҳодисаларида автомобил ҳайдовчиларининг тана қисмларидаги зарарланишлар мажмуаси икки ва ундан ортиқ тана қисмларини қамраб оладиган қўшалоқ жароҳатлар билан характерланади. Ҳайдовчиларда қўшалоқ бош, кўкрак ва қорин соҳалари қўшма жароҳатлари шаклланиши 50,0% ҳолларда кузатилади. Автомобил салони ичида жароҳатланган ҳайдовчиларда умуртқа-орқа мия тузилмалари жароҳати 14,5% ҳолатда қайд этилди ва бунда асосан бўйин-энса ҳамда бўйин-кўкрак қисмларида жароҳатланишлари шаклланиши ҳамда ушбу соҳалар орқа миянинг тўлиқ ажралиши билан ифодаланди. Ҳайдовчилар жароҳатланишида энса-бўйин ва бўйин-кўкрак умуртқалари жароҳатланиши эҳтимоли юқори даражани ташкил этди.

Муҳокама. Умуртқа ва орқа мия жароҳатлари табиати ва морфологияси турли тўмтоқ травма механизми билан боғлиқ. Маълум бўлишича, тўғридан-тўғри тўмтоқ жисм таъсирида ҳамда баландликдан йиқилганларда умуртқалар ва уларнинг қисмлари синишлари кузатилди. Умуртқа поғонасининг ҳаддан ташқари эгилиши натижасида умуртқалар аро боғламаларининг узилишига олиб келади. Масалан, автомобил салон ичидаги жарохатлар бўйин умуртқалари дислокацияси ва қамчисимон шикастланишлар (қамчисимон шикастланиш) билан боғлиқ бўлади. Умуртқа ва орқа мия жароҳатлари автомобил салон ичидаги шикастланишларда кўпроқ учрайди, шунинг учун аниқ локализацияни, умуртқалар синишлари ва орқа мия боғламалар жарохатини аниқлаш муҳим. Ҳайдовчиларда бўйин, кўкрак ва бел умуртқалари шикастланишлари кўпроқ учрайди [Воронович И.Р., Белецкий А.В., Дулуб О.И., ва бошқ., 2007; Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Седых Е.П., Мосоян А.С., 2016; Дубровин И.А., Седых Е.П., Мосоян А.С., ва бошқ., 2018]. Баъзи тадқиқотчилар фикрича, автомобилнинг олд ўриндиқдаги ҳайдовчи ва йўловчининг жароҳатларнинг табиати ва жойлашишини аниқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлиши мумкин, жароҳатлар эса бош, умуртқа ва оёқ-қўлларга таъсир қилади [Гусаров А.А., Фетисов В.А., Смиренин С.А., 2016; Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Седых Е.П., Мосоян А.С., 2016; Мантаков М.С., 2014; Смиренин С.А., Хабова З.С., Фетисов В.А., 2015].

Хулоса. Баландликдан йиқилишда умуртқа-орқа мия тузилмалари жарохатланишида (51,2%) унинг икки ёки ундан ортиқ қисимлари зарарланади, аксарият холларда компрессион парчаланиб синишлари кузатилади. Харакатланаётган автомабилларнинг пиёдалар билан тўқнашувида умуртқа-орқа мия тузилмаларида асосан дистракцион хамда ротацион синишлар шаклланади ва улар орқа ўсимталарининг зарарланиши билан кечади ва бунда асосан бўйин-кўкрак хамда қисман бел тузилмаларида жароҳатланишлар шакилланади. Ҳайдовчиларда салон ичи травмаларда умуртқа орқа-мия тузилмаларида бўйин-энса жароҳати, шунингдек бўйин-кўкрак соҳалари зарарланиши билан тавсифланади.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

Шопулатов И.Б.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Аннотация. В статье изложены морфология переломов шейного отдела позвоночника при некоторых видах травмы от воздействия тупых предметов. В соответствии морфологией переломов с учетом их локализации, обсуждены механизм формирования изолированных переломов позвонков верхнего шейного отдела и субоксиальной части её.

Актуальность. Позвоночно-спиномозговая травма и последствий её до сегодняшнего дня остается глобальной медицинской и социально-экономической проблемой для большинства стран мира. Урбанизация развития высокоскоростных видов транспорта, предостроительства, высотных сооружен, активизация военных конфликтов в современном в современном общества приводят к прогрессивному росту подобного травматизма.

Шейный отдел позвоночника (ШОП) будучи динамической структурой осуществляет особую функцию - защита нервной иннервации всего тела и поддержание диапазона с движений головы и шеи. В связи с этим травмы этой части позвоночного столба являются наиболее жизнеопасной и до сегодняшнего дня остается одной из частых причин инвалидности и смертности людей разного возраста.

Цель исследования - выявления морфологических особенностей изолированных переломов шейного отдела позвоночника от воздействия тупых предметов с установлением механизма их формирования.

Материалы: Проведен поиск мировой литературы в Pub Med для исследований, опубликованных на английском, русском, китайском, узбекском языках. При этом использовали заранее определенную стратегию поиска, рассматривая последние достижения в области клинической травматологии, морфологии, диагностики и лечения, а также последствия травм шейного отдела позвоночника. Также проведен анализ морфологических особенностей изолированная переломов шейного отдела позвоночника у 186 больных, пострадавших при различных видах тупой травмы.

Результаты: Установлено что, изолированные переломы шейного отдела позвоночника выявлены у 186 больных (71%) из 262 лиц пострадавших при различных видах тупой травмы. В происхождениях переломов ШОП ведущее место занимают различные виды падения (44,3%), затем-столкновений пешеходов с автомобилями (14,9%), ныряние в воду и травма водителей при ДТП (по 10,7%) спортивная травма (9,2%), остальных-составили травмы пассажиров (5,7%), велотравмы (2,3%), избиений (1,5%) и сдавления тела тяжестью (0,8%). Перелом C_1 (8 из 186) характеризовались травмированные передней и задних дуг, тела и суставных поверхностей. У C_2 часто отмечены переломы зубовидного и поперечного отростков, также выявлены переломы тела, суставных поверхностей, вывих и переломов тела и дуг. В субаксиальном отделе в основным определены переломы тела, задних дуг, поперечных отростков и вывихи. Из 186 больных с травмой ШОП у 99 ти

пострадавших установлены неврологические дефекты в связи с поражением структур спинного мозга.

Обсуждения: Травмы шейного отдела ползвоночка (ШОП) по данным разных исследователей составляет от 25-30 % среди ПСМТ и 50-64% среди повреждений спинного мозга. Причинами ПСМТ и травм ШОП, а также спинного мозга являются ДТП (более 50%). Падения (25%), огнестрельные травмы (15%), спортивные травмы (10%). Пожилые люди и дети более сложны к травмам спинного мозга. Повреждения ШОП зачастую связаны с неврологическим дефектам, варьирующим от обычной радикулокатно до частичного или полного поражения спинного мозга. Высокие показатели летальности и инвалидности обусловливают медицинскую, социальную и экономическую значимость травм ШОП. [преимущественно у лиц мужского пола Chen Y, He Y, DeVivo MJ., 2016; Kristinsdóttir EA, Knútsdóttir S, Sigvaldason K, Jónsson jr. H, Ingvarsson PE., 2016; Oliver M, Inaba K, Tang A, Branco BC, Barmparas G, Schnüriger B, Lustenberger T, Demetriades D., 2016;].

Выводы.

1. Травмы шейного отдела позвоночника (ШОП) в структуре повреждений позвоночника составляет около от 46% до 71%. Частота поражения этого отдела позвоночника объясняется высокой подвижностью и слабостью связочного аппарата её. В этом плане наиболее опасными являются шейно-затылочная травма (ШЗТ), переломы пелача и хлыстовая травма шеи, при которых чрезмерное растяжение или повреждения мышечно-связочных структур, даже в условиях отсутствия переломов позвонков, приводит к тяжелым несовместимым с жезнью поражениям спинного мозга.

2. При травмах ШОП имеется высокий риск развития таких осложнений как пролежни, пневмонии, урологические осложнение и сепсис. В связи с чем в отдаленном периоде травмы могут наблюдаться смертельный исход до 27,9% случаев. Кроме того, при повреждениях спинного мозга чаще всего наблюдается инвалидность пострадавших.

ПОВРЕЖДЕНИЯ СТРУКТУР ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА У ВОДИТЕЛЕЙ СОВРЕМЕННЫХ АВТОМОБИЛЕЙ, ПОСТРАДАВШИХ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ: ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Шопулатов[1] И.Б., Мирзаев[2] Р.Х.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд
Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Аннотация. В статье представлена морфология повреждений структур позвоночника и спинного мозга (ПСМП) у водителей современных автомобилей, пострадавших при ДТП. Установлено, что более характерным для водителей, пострадавших при ДТП, оказалось формирование позвоночно-спинно-мозговых повреждений, в основном в виде отрывных переломов, с преимущественной травматизацией шейного отдела позвоночника, в частности в виде шейно-затылочной травмы и хлыстообразных переломов.

Актуальность. Повреждения, возникающие при травме в салоне легкового автомобиля, в зависимости от места расположения пострадавших, отличаются своей тяжестью, весьма разнообразны по своему характеру и локализации.

Цель исследования. Выявление особенности формирования позвоночно-спинно-мозговых повреждений у водителей современных автомобилей, пострадавших при ДТП.

Материалы. Материалами исследования стали результаты в отношении 119 водителей современных легковых автомобилей Chevrolet-Daewoo-uz, погибших при ДТП. Среди погибших водителей мужчин 116, женщин - 3. В 2-х случаях водители в момент ДТП находились в состоянии алкогольного опьянения. При ДТП водители находились за рулем автомобиля Nexia 69 и за рулем автомобиля Lasetti -50. Возраст водителей составил от 18 до 59 лет.

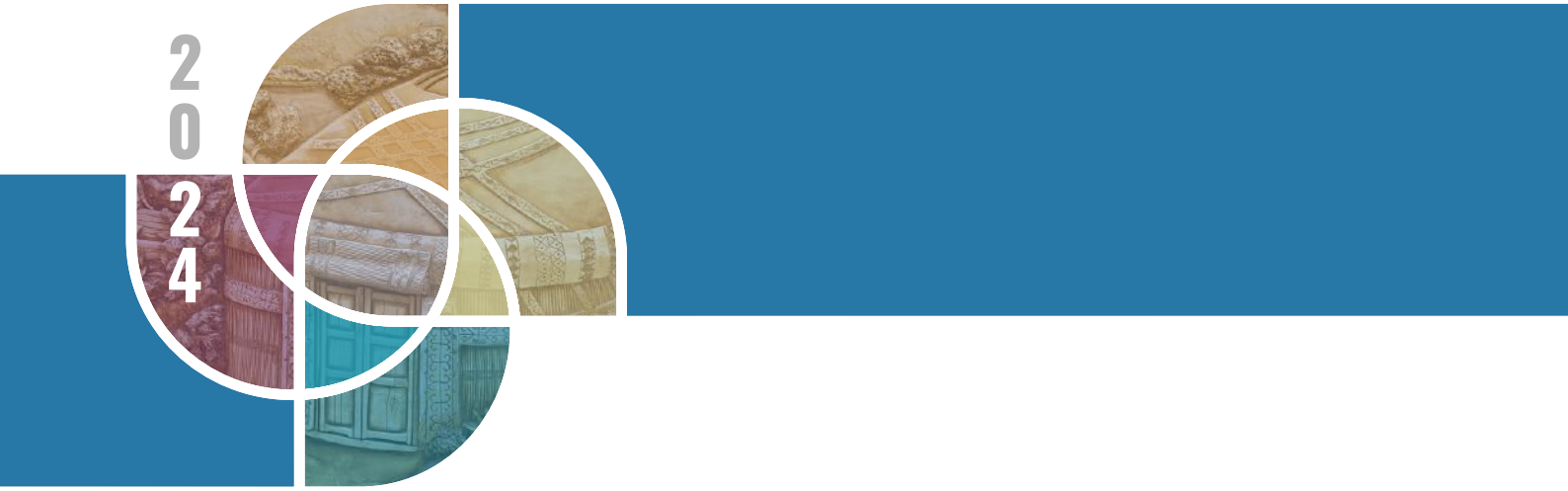
Результаты. Повреждения структуры позвоночника и спинного мозга (ПСМП) отмечены у 11-ти (из 50) водителей автомобиля Lasettiи, у 8-ми (из 69) водителей автомобиля Nexia ПСМП у водителей чаще всего характеризовались отрывными переломами (8 из 14) в основном в шейном отделе (5 из 38), соответственно между С1-С2 либо С5-С6, а также в сочетании их с отрывными переломами грудного отдела (3 из 38). У водителей автомобиля Lasettiи в отдельных случаях наблюдались шейно-затылочная травма (ШЗТ) и у 3-х погибших водителей отмечен переломы тела, либо С2(1) и остистых отростков Thc 6 по 12 (1). Характер переломов структур позвоночников указывает на то, что отрывные переломы являются результатом разгибательно-сгибательных движений позвоночника в момент ДТП, а отдельные компрессионные переломы позвоночника вероятно образовались в результате ротации или компрессии позвоночника в 1-ой и 2-ой фазах ДТП.

ПСМП у водителей чаще всего характеризовались отрывными переломами, в основном в шейном отделе, соответственно между С1-С2, либо С5-С6, а также в сочетании их с отрывными переломами грудного отдела. В отдельных случаях наблюдались шейно-затылочная травма (ШЗТ) и переломы тела С2 и остистых отростков Thc 6 по 12. ПСМП у водителей автомобилей обеих марок во всех случаях сопровождались отрывами, либо размозжением и ушибом спинного мозга на уровне переломов, которые и явилось непосредственной причиной смерти пострадавших на местах травмы;

Обсуждения. По мнению отдельных исследователей, основное диагностическое значение при внутрисалонной травме приобретают локализация и механизм образования повреждений позвоночника. В частности, повреждение шейного отдела указывает на нахождение потерпевшего на водительском или переднем пассажирском сиденье. Наличие травм шейного, грудного и крестцового отдела позвоночника свидетельствует о том, что потерпевший находился на водительском месте. Перелом крестцового отдела позвоночника не является дифференциально-диагностическим признаком и с одинаковой частотой встречается у водителей и пассажиров переднего и заднего сидений. По мнению авторов,выявленные критерии позволяет построить математические модели в виде уравнений логитрегрессии, с помощью которых можно делать вероятностные прогнозы местоположения пострадавшего внутри салона автомобиля при ДТП, основанные на совокупностей патоморфологических признаков [Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Седых Е.А., Мосоян А.С., 2018]. Для установления места расположения, по-

страдавших имеют поражения связочного аппарата и костных структур позвоночника, степень их выраженности и уровень расположения. В случаях фронтальных столкновений, у водителей преобладает частота переломов шейных, грудных и поясничных позвонков, а у пассажиров такие повреждения выражены в меньшей степени (кроме крестцовых позвонков) [Пиголкин Ю.И., Дубровин И.А., Седых Е.А., Мосоян А.С., 2016, 2018].

Выводы. Более характерным для водителей, пострадавших при ДТП, оказались формирование позвоночно – спинно-мозговых повреждений, в основном, в виде отрывных переломов, с преимущественной травматизацией шейного отдела позвоночника, в частности в виде шейно-затылочной травмы и хлыстообразных переломов. Характер переломов структур позвоночников у водителей указывает на то, что отрывные переломы являются результатом разгибательно-сгибательных движений позвоночника в момент ДТП, а отдельные компрессионные и другие виды переломов позвоночника вероятно образовались в результате ротации или компрессии позвоночника в 1-ой и 2-ой фазах ДТП.



РАЗДЕЛ 4

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ТРАВМАТОЛОГИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

НАША ТАКТИКА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Алимов А.П., Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Кодиров Р.Р., Абдурахимов С.Н., Ким К.Э.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский институт, Ташкент

С увеличением средней продолжительности жизни населения в стране, наблюдается рост переломов костей у лиц пожилого возраста. Как правило, эти повреждения костей вызываются с низкой энергией воздействия травматического фактора и являются сложной задачей как для врача так и больного в плане лечения и восстановления анатомо-функциональных способностей опорно-двигательного аппарата в условиях пониженной минеральной плотности костной ткани и коморбидного фона.

Согласно существующим клиническим протоколам переломы проксимального отдела бедренной кости основаны на классификации АО/ОТА

- 31A1.1n – изолированный перелом большого вертела;
- 31A1.1o – изолированный перелом малого вертела.
- 31A1.1 - стабильные чрезвертельные переломы
- 31A1.1 - двухфрагментарный чрезвертельный переломы
- 31A2.2-3 – нестабильные чрезвертельные переломы,
- 31A3 - межвертельный перелом
- 32 A/B/C1 – подвертельный перелом

По представленной классификации АО/ОТА переломы 31A1.1n, 31A1.1o лечатся консервативно в некоторых случаях проводится остеосинтез, при переломах 31A1.1 предпочтение отдается DHS (накладка длиной не более 10 см) в остальных случаях 31A2.2-3, 31A3 рекомендуют применения цефалломедулярного фиксатора (>240 мм, пациенты ниже ростом 150 см 200-220 мм), а при 32 A/B/C1 с удлиненной версией на всю длину бедренной кости дистально выше на 0,5-2,0 см межмыщелковой ямки (линия Блюменсаата).

Безусловно использование такой тактики лечения при переломах проксимального отдела бедренной кости дает свои положительные исходы оперативного лечения, но несмотря на предпринимаемые меры по совершенствованию методик лечения и самих металлоконструкций в пожилом возрасте количество пациентов неудовлетворенных проведенном оперативным лечением растет.

Многие авторы в виде осложнений металлостеосинтеза выделяют следующие: поломку металлоконструкции в следствии не сращения перелома, миграцию элементов конструкции, прорезывание “Cut out” гвоздя и винтов, аваскулярный некроз головки бедренной кости и другие.

Основными причинами несостоятельности остеосинтеза считают, неправильную точку введения (Entry point) конструкции, недостаточную репозицию костных фрагментов, узкий и/или широкий костно-мозговой канал по отношению к фиксатору, полифрагментарные нестабильные переломы и остеопороз. Также полагают, что металлоконструкция рассчитана на фиксацию перелома и нагрузку при наличии хорошей минеральной плотности костной ткани. При ран-

ней нагрузке у пациентов с низкой минеральной плотностью костной ткани происходит не сращение перелома и усталостные переломы металлоконструкции.

Из-за наличия вышеуказанных причин, многие авторы предлагают у больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в пожилом возрасте и коморбидным фоном проведения эндопротезирования для скорейшего восстановления функции конечности. Сравнительное долгосрочное рандомизированное контрольное исследование и метаанализ с участием почти 1200 пациентов, выявили благоприятные исходы в лечение переломов проксимального отдела бедренной кости при использовании эндопротезирования у пожилых пациентов. Также исследователи изучали исходы лечения металлостеосинтезом и эндопротезированием, при этом определили, что несмотря на незначительную разницу в годовой смертности от всех причин, тотальная эндопротезирование продемонстрировала лучшую среднесрочную выживаемость и восстановление функции тазобедренного сустава у пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедренной кости в сравнении с металлостеосинтезом.

На основании литературных данных и собственных наблюдений нами предлагается следующий подход к оперативному лечению переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых.

Показания к проведению эндопротезированию тазобедренного сустава:

- Возраст < 70-75 тотальное, <75 биполярное (в зависимости от активности пациента и коморбидного фона)
- Остеопороз (<-2,5)
- Нестабильные переломы (31A1.2 - двухфрагментарный чрезвертельный переломы 31A2.2-3 – нестабильные чрезвертельные переломы)
- Дегенеративные заболевания т/б сустава
- Ревматоидный полиартрит
- Показания к проведению остеосинтеза (DHS, цефаломедуллярный фиксатор, МИПО) при переломах проксимального отдела бедренной кости у пожилых
- Остеопения (>-2,5)
- Стабильные переломы (31A1.2 - двухфрагментарный чрезвертельный переломы)
- Подвертельные переломы (32 A/B/C1)

Заключения.

Таким, образом в пожилом возрасте при нестабильных многооскольчатых переломах проксимального отдела бедренной кости типа 31A1.2, 31A2.2-3 и выраженном остеопорозе (<-2,5) у пожилых пациентов целесообразнее проведения эндопротезирования тазобедренного сустава. В возрасте < 70-75 тотальное эндопротезирование при наличии дегенеративных изменений в суставе, <75 биполярное в зависимости от активности пациента. При стабильных переломах проксимального отдела бедренной кости с достаточной минеральной плотности костной ткани в пределах остеопении (>-2,5) и тяжелом коморбидном фоне более предпочтительнее применение МИПО и остеосинтез цефаломедуллярным фиксатором. Подвертельные переломы типа 32 A/B/C1 предлагаем проведения интрамедуллярного остеосинтеза с поперечным введением винтов для минимизации повреждения головки бедренной кости.

СОН СУЯГИ ДИСТАЛ ҚИСМИ СИНИШЛАРИДА КАМ ИНВАЗИВ ОСТЕОСИНТЕЗ

Алимов А.П., Абдурахимов С.Н. Камолов Б.Х., Сапаев З.Э.

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

Долзарблиги: Жисмонан фаол бўлган ўрта ёшлилар ва остеопороз билан оғрувчи кексаларда кўп учровчи сон суягини дистал қисмидан синишларида бимодал тақсимот бор. Хар иккала холларда бундай синишларда жаррохлик давосини талаб қилади. Бу операциялар катта хажмдаги операция майдони, операция вақтида кўп қон йўқотиш, қўшимча жарохат, операция давомийлигини узайиши, операциядан кейинги асоратлар ривожланиши, реабилитация жараёнини чўзилиши, беморда ишга лаёкатсизлик даражасини узайиб кетиши каби холатларга сабаб бўлади.

Материал ва услублар: Тадқиқотимиз учун Республика иқтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт марказида даволанган 32 нафар сон суяги дистал қисмидан синган беморлар, турли даражадаги сон суяклари синиб, кам инвазив усулда оператив даволанган беморларнинг таҳлили натижаларидан фойдаланилди.

Натижалар: Ўтказилаган даво усулларидан кейинги кечки муддатда асосий гурух беморларга бахо берилганда, 28 нафар беморда клиникамизда ишлаб чиқилган кам инвазив оператив даво усулида ижобий натижалар улуши 92% гача ошди, анъанавий даво усулларини қўллаб бажарилган беморларда эса ўртача 82% ни ташкил этди. Шунга мос равишда, қониқарсиз натижалар хам кам инвазив жаррохлик усулида 4% ни ва анъанавий даво усули билан бажариладиган беморларда эса15% ни ташкил этди.

СОН СУЯГИ ДИСТАЛ СИНИШЛАРДА РЕТРОГРАД ОСТЕОСИНТЕЗ

Алимов А.П., Абдурахимов С.Н. Сапаев З.Э., Камолов Б.Х.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази

Долзарблиги: Сон суягини дистал қисми синиқларида жаррохлик усулида даволашда усуллари охирги пайида фаол ривожланиб келмоқда. Амалиётнинг хар бир усуллари ўзига хос устунликка ва камчиликларга эга. Кутилган натижани олиш учун сон суяги дистал қисмидан синишларнинг турларига қараб индувудал самарали усулни танлашга керак бўлади. Хар қандай усулни танлашдан қатъи назар беморда ривожланадиган асоратлар учраш частотаси ўзгаришсиз қолмоқда.

Остеосинтездан учун керак бўладиган метал махсулотлар етишмовчилиги, остеопароз хисобига ностабил остесинтез, узоқ муддатли гипсли боғлам операциядан кейинги асоратлар ривожланиши, реабилитация жараёнини чўзилиши, беморда ишга лаёкатсизлик даражасини узайиб кетиши каби холатларга сабаб бўлади.

Мақсад: бу долзарб муаммони атрофлича ўрганиб чиқиб, тажрибамизда амалга оширилган сон суяги дистал қисми синиғи бўлган беморларда кам инвазив ретроград блокловчи штифт ёрдамида остеосинтез амалиёти натижаларини батафсил ёритиш.

Материал ва услублар: Тадқиқотимиз учун Республика иқтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт марказида даволанган 26 нафар сон суяги дистал қисмидан синган беморлар, турли даражадаги сон суяклари синиб, кам инвазив усулда оператив даволанган беморларнинг таҳлили натижаларидан фойдаланилди.

Натижалар: Ўтказилаган даво усулларидан кейинги кечки муддатда асосий гурух беморларга бахо берилганда, 21 нафар беморда клиникамизда ишлаб чиқилган ретроград интерамедуллиар кам инвазив оператив даво усулида ижобий натижалар улуши сезиларли даражада ошди. Шунга мос равишда, қониқарсиз натижалар хам кам инвазив жаррохлик усулида 4% ни ва анъанавий даво усули билан бажарилаган беморларда эса10-15% ни ташкил этди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТОВ ОСТЕОСИНТЕЗА ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Амонов Л.А., Ходжанов И.Ю., Сергеев К.С.

Навоийский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи ,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматоологии и ортопедии, Ташкент
Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Цель. Оценить эффективность вариантов временной фиксации диафизарных переломов костей голени у пострадавших с политравмой.

Материалы и методы. Материалом исследований послужили показатели госпитального лечения с использованием методик чрескостного остеосинтеза у 69 пациентов с диафизарными переломами типов А, В1 и В2 по классификации АО на фоне политравмы с тяжестью повреждений до 40 баллов по шкале ISS. Операции выполнялись на базе Навоийского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (38 пациентов) и ОКБ №2 г. Тюмени (31 пациент). Подавляющее большинство переломов было закрытыми (52 пациента, 73,9 %). В исследование включили переломы односторонней локализации. Мужчины составили - 46 (75%) человек, женщины – 23 (25%) пострадавших. Все пациенты были трудоспособного возраста. Средний возраст мужчин составил 37 ± 17 лет; женщин - 41 ± 19 лет. Во всех случаях причиной травмы была высокая энергия прямого или косвенного удара вследствие дорожно-транспортного происшествия (58 случаев, 87%) или падения с высоты (11 случаев, 13%). В целях проведения сравнительной оценки пациенты были разделены на основную (26 человек) и 2 контрольные группы (43 пациента). У пациентов основной группы в лечении использована технология временного стержневого внеочагового остеосинтеза с его конверсией в ЗИО на этапе окончательного лечения костных повреждений. Пер-

вая контрольная группа представлена пациентами, оперированными методикой чрескостного дистракционнного остеосинтеза, конвертируемый в фиксационный вариант (1 контрольная группа, 20 пациентов). Вторую контрольную группу составили пациенты с чрескостным остеосинтезом, который подвергался конверсией в ЗИО (2 контрольная группа, 23 пациента). Применялись клинический рентгенологический, экспериментальный и статистический методы исследований. Статистическая обработка параметрических данных проводилась при помощи программы Statistica for Windows 4.

Результаты лечения. Клинический исход стационарного лечения обсуждаемой категории пациентов свидетельствуют о том, что наиболее эффективный вариант хирургической фиксации диафизарного перелома голени на фоне политравмы заключается в проведении временного стержневого остеосинтеза с конверсией в окончательный закрытый интрамедуллярный блокируемый остеосинтез.

Заключение. Первичная стабильная фиксация отломков на уровне диафизарной части голени при достижении полной репозиции способствует ликвидации шока, лечению сопутствующих травм, облегчает технику проведения операций внутрикостного остеосинтеза, создает условия для реабилитации пострадавшего.

ДЕФОРМАЦИЯЛАРНИ КОНСЕРВАТИВ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

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

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд

Болаларда тирсак бўғим контрактурасида бўғим функциясини тиклашда функционал даволашнинг самарали усулларини танлаш муҳим аҳамиятг эга.

Тадқиқот мақсади. Тирсак бўғимида контрактураларни ортопедик реабилитацияларнинг самарадор усулларини 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 индувидуал 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” синишларини 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 булакларининг 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 (илиқ) 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 40^0 ҳароратда 40 минут давомида 12-15 та муолажа қўлланилди. Натрий хлор, калий йод, лидоза (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 билак 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 билакнинг бурама ҳаракатли машқларини бажариш эрта бошланган. Шунингдек билакнинг пронацион ҳаракатланишлари билак суяги бошчасини чиқишига сабаб бўлади. Шунинг учун мазкур салбий ҳолатларни олдини олиш мақсадида тирсак бўғимида ҳаракатлантириш машқларини сагитал текисликда бошлаб, операциядан 4 ҳафта ўтгач билакнинг ротацион ҳаракатларини тиклашга қаратилган машқларни бажаришни тавсия қиламиз.

ТОВОН СУЯГИ СИНИШЛАРИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН ИЛИЗАРОВ Г.А. АППАРАТИ ЁРДАМИДА ДАВОЛАШНИНГ НАТИЖАЛАРИ

Аширов М.У., Уринбаев П.У.

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарканд

Мавзунинг долзарблиги: Товон суяги синишлари асоратларининг частотасининг юқорилиги, улар туфайли ногиронлик ва меҳнатга лаёқатлиликнинг вақтинчалик ва барқарор йўқотилишига бағишланган илмий ишлар олиб борилган. Бироқ товон суяги синишларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммолари охиригача ҳал этилган деб бўлмайди.

Республикамизда ва яқин давлатларда суяклар синишларини даволашда Илизаров аппарати компановкалари ва сих-стерженли мосламалар ёрдамида такомиллаштирилган, очиқ пластинка ва винтлар билан ҳамда интрамедулляр кам жароҳатли остеосинтез усуллари такомиллаштирилмоқда. Товон суяги синишларини даволашда вужудга келувчи остеомиелит ёки оёқ панжасини йиринглаши каби асоратларнинг профилактикасида суяк бўлакларини эрта стабиллаш ва синган соҳада қон айланишни яхшилаш ёки эрта тиклаш муҳим эканлиги исботланган.

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, синган суяк бўлакларини нормал анатомик алоқаларни яратиш - товон суяги сегментини ва оёқ панжаси бўғимлари функцияларини тиклаш учун зарур ҳисобланади. Айрим муаллифларнинг фикрига кўра, ташқи фиксаторлардан фойдаланиш даврида суяк бўлакларини стабиллаш, синган соҳада суякни ва оёқ панжа ўқини тўғрилаш битиш жараёнига ижобий таъсир кўрсатади, бошқа муаллифларнинг таъкидлашича, суяк бўлаклари репозиция қилинганда суяк бўлаклари орасида дефект юзага келади, бу регенерация жараёнига салбий таъсир кўрсатади. Жарроҳлик йўли яъни ташқи фиксаторлар билан даволаш бўйича ва асоратларни олдини олиш бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Товон суяги синишларида нафақат суяк тўқимасида, балки суяк атрофи юмшоқ тўқималарида, айниқса Ligamentum fibulacalcaneus бириккан соҳалардаги синишларда кузатиладиган патологик ўзгаришлар хирургик даволашни янада мураккаблаштирмоқда, оқибатида ташқи фиксация амалиётида сихлар ёки стерженларни қайси жойдан ўтказиш бўйича аниқ кўрсатмалар ва иммобилизация муддатлари ишлаб чиқилмаганлиги, синиш тури, локализацияси ва бойламлар бирикадиган соҳани инобатга олиб, жарроҳлик даволаш усулларига индивидуал ёндашишнинг ўзи етарли бўлмай, янги самарали жарроҳлик даволаш усулларини излашни тақозо этди.

Материал ва текшириш усуллари: 2017 йилдан 2021 йилгача Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази Самарканд филиалининг травматология-1 ва травматология-2 бўлимларида биз 254 нафар беморлар илмий тадқиқот ишлар учун олинган бўлиб, ўртача ёши 42,3 ± 0,7ни ташкил қилди. Хирургик даволаш тактикасини ҳисобга олган ҳолда, барча беморлар 3 гуруҳга бўлинди: 1-асосий гуруҳ - 77 (30,3%), 2-асосий гуруҳ - 87 (34,3%) ва 3-назорат гуруҳи - 90 (35,4%).

Товон суяги синиши аниқланган 254 (100%) нафар беморларнинг 34 (13,4%) нафарида Bohler бурчагининг I - даражали синиши, 98 (38,6%) нафарида Bohler бурчагининг II - даражали бузилиши билан синиш ва 122 (48,0%) нафарида яъни 50,0% яқинида Bohler бурчагининг III - даражали бузилиши билан синишлар аниқлан-

ди. Товон суяги синишларини даволашда Ligamentum calcaneofibularнинг қайси локализациясидан синиши хирургик даволаш усулларини танлашда муҳим роль ўйнайди. Ligamentum calcaneofibularнинг юқори бўғим ёки бўғимга яқин жойидан синиш 31 (12,2%) беморларда, 97 (38,2%) нафар беморларда Ligamentum calcaneofibularнинг пастки олд ва орқа қисмидан синиши ва 126 (49,6%) нафарида яъни 50,0%га яқинида Ligamentum calcaneofibularнинг юқори бўғим ёки бўғимга яқин жойидан ва пастки олд ва орқа қисмидан синишлари ташкил қилди.

Барча беморлар клиник, инструментал рентгенография, МСКТ, ультратовуш тўлқини ва плантогарфия текширишлари қўлланилди.

Натижалар: Товон суяги синишларини Ligamentum calcaneofibular соҳасидан синиш турларини ва Bohler бурчагини инобатга олиб, хирургик усулларини қўллаш, баҳолаш мезонлари бўйича яқин ва узоқ даврларда аъло ва яхши натижаларга эришиш даражаси юқорилиги, назорат гуруҳ беморларнинг натижалари билан таққослаш орқали исботлашимиз мумкин яъни назорат гуруҳида умумий балл яқин натижада 78,2±1,6 (ШКК-41-100), 1-асосий гуруҳда 88,1±0,8 (ШКК-71-100) баллни, 2-асосий гуруҳда эса 89,8±0,7 (ШКК-70-100), назорат гуруҳда узоқ натижаларда 89,1±1,1 (ШКК-58-100) баллни, 1-асосий гуруҳда умумий балл 97,1±0,4 (ШКК-86-100), 2-асосий гуруҳда 99,0±0,2 (ШКК-88-100) балларни ташкил қилди. Ётоқ куни назорат гуруҳда 9,8±0,41 (ШКК-10-30) кун, 1-асосий гуруҳда 8,3±0,25 (ШКК-5,0-23) кун ва 2-асосий гуруҳда 9,1±0,41 (ШКК-4-32) кун ва иммобилизация муддати бўйича назорат гуруҳда 102±0,55 (94-114) кун, 1-асосий гуруҳ 90,9±0,27 (ШКК-86-96) кунни ва 2-асосий гуруҳда иммобилизация муддати – 91,0±0,24 (ШКК-87-96) кунни ташкил қилди.

Хулоса: Назорат гуруҳ беморларини товон суяги синишларини хирургик даволашдан кейинги натижаларнинг паст кўрсаткичларда бўлишига сабаб, беморлардаги синиш турларини ва локализациясини инобатга олинмасдан жарроҳлик амалиётлари амалга оширилишидир. Бундан ташқари бойламларни атрофдаги синишларни Илизаров аппаратини ўрнатишда лигаментотоксис ҳолатларини эътиборга олинмаслик оқибатида хирургик даволаш усулларини амалга оширилиши қониқарсиз натижалар кўпроқ кузатилишига сабаб бўлиши аниқланди. Асосий гуруҳ беморларини Ligamentum calcaneofibular соҳасидан синиш турларини ва Bohler бурчаги даражасини инобатга олиб, модификацияланган Илизаров аппаратини қўллаш, ётоқ кунларининг қисқариши, иммобилизация муддатларнинг камайиши ҳисобига эрта реабилитация қилинади ва яқин ва узоқ натижларда товон суяги тўлиқ анатомик ҳолатигача тикланишига эришилади.

РЕИНЖИНИРИНГ МЕТОДА ИЛИЗАРОВА

Багиров А.Б.

ФГБУ «НМИЦТО им. Н.Н.Приорова», Москва, Россия

Метод Илизарова существует 70 лет, который создан на базе аппарата автора. В течение этого периода были созданы много способов и методик применения аппарата Илизарова. Эффективность метода Илизарова подтвержден многочисленными клиническими наблюдениями среди больных травматолога-ортопеди-

ческого профиля. Однако в настоящее время снижен интерес к этому методу. Это связано главным образом с неудобством наружной конструкции аппарата, расположенного на конечности.

Цель исследования. Реинжиниринг, модернизация метода Илизарова, снижение недостатков при его применении.

Материалы и методы. Нами разработаны и применены модифицированные, малогабаритные аппараты внешней фиксации, основанные на базе аппарата Илизарова. Разработана и применена компьютерная программа по управлению аппаратом Илизарова и его модификациями.

Требованиями к применяемым аппаратам наружной фиксации являются следующее. Аппарат должен:

1) выполнять свои функциональные обязанности;
2) меньше затрагивать мышечный массив;
3) быть комфортным для ношения пациентом;
4) быть удобен при наложении одновременно на нескольких сегментах в т.ч. на противоположную конечность;
5) быть простым для управления;
6) не препятствовать проведению лучевой диагностики;
7) не требовать много времени для установки на конечности.

Результаты. Выполнены 313 реконструктивных операций по устранению варусных и вальгусных деформаций конечностей, восстановление длины конечностей с применением модифицированных компоновок аппарата Илизарова и компьютерной программой по управлению аппаратом. Средний возраст пациентов составляет 35,7 лет, из них 241 женского пола, 72 мужского пола.

Выводы. Применяемая нами методика улучшает качество лечения пациентов методом наружной фиксации.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОСТЕОСИНТЕЗА ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Баратов А.Б., Ярлакабов Ж.Т., Камолов Ё.О., Баратов Ж.А.

Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Открытые переломы трубчатых костей у детей относятся к тяжёлым повреждениям опорно-двигательного аппарата. За последние 5 лет(2020-2023г) в травматологическом отделении Джизакского филиала РНЦЭМП лечилось 37 детей с открытыми переломами длинных трубчатых костей.

После первичной хирургической обработки ран и репозиции костных отломков с целю фиксации у 21(43Б7%) больным были применены различные виды остеосинтеза. Нами проанализированы ближайшие и отдаленные результаты лечения этих больных. Пострадавшие были в возрасте от 5 до 15 лет. Мальчиков -14, девочек-7.

У 9 больных травма произошла в быту, у 5 в автомобильной катастрофе, у 4 уличный травматизм. У остальных 3 детей причиной травмы явилось падение с высоты со спортивных снарядов и т.д. У 5-х больных имели место открытые пере-

ломы бедра, у 2 открытые переломы костей голени, у 8 открытые переломы обеих костей предплечья, у 6 открытые переломы плеча. У всех больных переломы сопровождались повреждением мягких тканей, которые были квалифицированы как колотые, ушибленные и рванные. У 11 детей определены вторичные прокола мягких тканей и кожи изнутри острым концом костного отломка. У 21 больных сразу же после травмы (до3-х часов) в отделение поступили 14, остальные 7 детей были переведены из районных больниц в разные сроки после травмы: от 1 до 4 дней. Из числа больных 13 поступивших в стационар до 3 часов после травмы в состоянии шока (1-2 степени) было диагностировано-8.

В основе лечения открытых переломов у детей должна лежать полноценная первичная хирургическая обработка. Тщательное промывание раны, иссечение всех нежизнеспособных тканей, удаление свободно лежащих мелких костных отломков, репозиция и скрепление перелома, превращение открытого перелома в закрытую рану с последующим направлением антибиотикотерапии создают благоприятные условия для гладкого заживления раны.

Все больные поступившие в стационар разу же после травмы (14) оперированы в первые 3 часа момента поступления. Пострадавшие находившиеся в состоянии шока оперированы после улучшения общего состояния и стабилизации гемодинамических показателей. Из методов обезболивания были применены: общее (10) детей и местное (2) с антибиотиками. После тщательной хирургической обработки ран и репозиции костных отломков первичный остеосинтез был произведен у 12 больных. Для скрепления костных фрагментов были применены спицы Киршнера и наложения Илизарова. Показанием первичному остеосинтезу явилось: косые и поперечные переломы, переломы с единичными крупными костными отломками и ранами мягких тканей IA, IIБ. Внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова 7 больным с открытым переломом плечевой кости.

Раны зажили первичным натяжением у 90.5% пострадавших, вторичными-у 9.5%.

Отдаленные результаты лечения изучены у 27 детей. Полное восстановление функции конечности наблюдалось у 23 обследованных, удовлетворительный исход – 4. Таким образом, при тщательной хирургической обработки ран, и под прикрытием массивными дозами антибиотиков в отдельных случаях можно применять первичный остеосинтез у детей с открытыми переломами длинных трубчатых костей.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР СИНИШЛАРИДА ЎТКАЗИЛАДИГАН ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАР ТАХЛИЛИ

Бегалиев Р.М., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Садуллаев О.И., Абдиров А.Б., Ибрагимов Т.К.

У.Холмуратов номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт маркази, Нукус

Охирги бир неча ўн йилликда илм-фан ва техника ривожланиши натижасида травматизм учраши ва турлари хам кўпайиб кетаётганлиги травматология ва ортопедия сохаси олдида янгидан-янги вазифаларни қўймоқда. Бу эса ўз навбатида

юқори узун найсимон суякларнинг синишида юқори технологик операцияларни бажариш нақадар мухимлигини кўрсатиб турипти.

Қорақалпоғистон Республикаси Нукус шахрида У.Холмуратов Номидаги Республика кўп тармоқли тиббиёт маркази, РТЁИАТМ Нукус филиали, Республика кўп тармоқли болалар тиббиёт маркази ва Республиканинг барча туманларида узун найсимон суяклар синишларида ювори технологик операциялар (БИОС, LCP, Илизаров аппарати билан остеосинтез қилиш) мунтазам бажарилиб келинади.

Текширув мақсади: Қорақалпоғистон Республикасида узун найсимон суяклар синишларида юқори техгнологик операцияларни бажаришимизда бизнинг тажрибамизни хамкасблар билан бўлишиш.

У.Холмуратов ноидаги Республика кўп тармовли тиббиёт маркази ва РИТОИАТМ Нукус филиалида 2023-йилда жами 94 та беморда узун найсимон суяклар синишларида юқори технологик операциялар бажарилди. Шундан 57-холатда БИОС амалиёти, 37 холатда эса LCP пластиналари билан остеосинтез қилиш операциялари бажарилди.

Бу каби юқори технологик операцияларни ўтказишдаг олдин беморларнинг барчасида қуйдаги текширув усулларидан ўтишди. УҚТ, қон биохимик тахлиллари, коагулограмма, умумий сийдик тахлили, допплерография, ЭКГ, МРТ ва МСКТ текширувлар, УТТ текширувлар, ревматологик синамалар.

Операциядан кейинги яқин натижаларни бахолашда беморлар шикастланган сигмент атрофидаги юмшоқ тўфималари, суяк кансалидациялари, яқин бўғимлар функцияларининг холати инобатга олинди.

Бажарилган операциялар ичида 78% холатда яхши натижалар, 15% қониқарли натижалар, 7% қониқарсиз натижалар олинди. Қониқарсиз натижалар олинган беморларнинг барчасида иккинчи маротаба оператив муолажалар ўтказилди.

Шундай қилиб, узун найсимон суяклари синишларида юқори технологик операцияларни тўғри танлаш ва бажариш, операциядан кейинги даврда бемор тез фурсатларда соғлигини тиклаб олиш ва олдинги актив хаётига қайтишда мухим омиллардан бири хисобланади.

АНАЛИЗ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИФОКАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Валиев[1] Э.Ю., Сайпиев[2] А.А., Отакулов[2] Ш.С., Саибов[2] А.Б.

[1]Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент
[2]Навоийский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Навои

Проблема лечения полифокальных, двойных переломов длинных костей конечностей на сегодняшний день являются одной из нерешенных в травматологии. Нарушения периферического кровообращения возникают как вследствие повреждения сосудистого русла (особенно внутрикостных питающих артерий), так и повреждения эндоста, роль которого в репаративном процессе костной ткани очень велика. Двойные переломы диафизов длинных трубчатых костей сопровождаются более обширными повреждениями прилежащих мягких тканей (в том числе сосудов и нервов), что тоже негативно влияет на процессы кон-

солидации отломков.

В течение 2021-2024 годы нами ретроспективно было изучено 226 больные с полифокальными переломами длинных костей конечностей, в частности плечевой, бедренной кости и костей голени. Все больные лечились в условиях РНЦЭМП и его Навоийском филиале в отделении сочетанных и осложненных травм и всем выбранным больным проведены оперативные вмешательства различным методами остеосинтеза в зависимости от типа перелома.

По механизму полученных травм были следующие: 131 (58,0%) дорожно-транспортные происшествия (ДТП), бытовые травмы 68 (30,0%), производственная травма 22 (9,7%), также травмы криминального характера 5 (2,3%).

Из числа обследуемых больных разделили по возрасту следующим образом: 18-44 лет (молодой возраст) 81 (35,8%), 45-59 лет (средний возраст) 69 (30,6%), 60-74 лет (пожилой возраст) 65 (28,9%), 75-90 лет (старческий возраст) 10 (4,8%), что соответствует по классификацию ВОЗ. Средний возраст составил 46,5.

Также больные распределены по сроку поступления в стационар. Из числа обследуемых больных (226), в 177 (78,6%) случаях были доставлены в стационар течении часа с момента травмы, в течение 1-3 суток 35 (15,7%), от 3 до 7 суток 10 (4,4%), после 7 суток 4 (1,8%) больные.

Пути поступления пострадавших в стационар распределили следующим образом: попутным транспортом были доставлены 135 (59,7%) пострадавшие, в 74 (32,8%) случаях по линии скорой медицинской помощи и в 17 (7,5%) случаях по линии санитарной авиации больные были переведены в Центр для дальнейшего оказания специализированной помощи.

Характеристика травм по сегментам конечностей (226): плечевая кость 42 (18,6%), бедренная кость 79 (35,1%), на большеберцовой кости 105 (46,3%). Из числа обследуемых больных характер перелома в 35 (15,5%) случаях имело открытого типа, у 191 (84,5%) больных диагностирован закрытый тип перелома.

Всем пострадавшим при поступлении согласно по стандартам экстренной медицинской помощи проведены рентгенологические исследования, УЗИ, допплерография, ЭхоЭС, при необходимости МСКТ исследование, клинико-биохимические исследования крови. Обследования проводились на фоне интенсивной терапии и противошоковых мероприятий.

Сроки выполнения оперативных вмешательств в зависимости от тяжести сочетанных повреждений: до 3 суток после травмы 36 (15,8%), 3-5 сутки 76 (33,7%), 5-7 сутки 87 (38,3%) и позднее 7 сутки 28 (12,2%).

Оперативные вмешательства проводили следующими методами: интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами (БИОС) в 112 (49,6%) случаях, экстрамедуллярный остеосинтез блокирующими накостными пластинами (LCP) 89 (39,4%) и внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез (ВКДО) 25 (11,0%) случаях.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде, также в отдаленных сроках наблюдались следующим образом: ложные суставы 48 (21,2%), несрашение промежуточного фрагмента в определенных сроках 26 (11,5%), вторичное смещение промежуточного фрагмента 8 (3,5%), контрактуры ближних суставов 52 (23%), нагноение 12 (5,3%), тромбозы сосудов поврежденной конечности 17 (7,5%).

Таким образом, лечение больных с двойными переломами длинных костей конечностей является не только актуальной, но и до настоящего времени недо-

статочно изученной проблемой травматологии, требующей индивидуального подхода при выборе метода лечения, причем основными критериями выбора способа фиксации отломков являются характер перелома и тип смещения промежуточного фрагмента в зависимости от какого сегмента конечностей. Кроме того, значительные успехи в решении многих сторон проблемы репаративной регенерации костной ткани остаётся далёким от решения ряд вопросов, связанных с васкуляризацией костей, особенно на микроциркуляторном уровне. Отсутствуют углубленные комплексные исследования микроциркуляции и остеогенеза как при различных биомеханических условиях фиксации отломков повреждённой кости, различных степенях острой ишемии конечности, так и при различных сочетанных повреждениях костей конечностей вместе с артерией, веной, нервом. Все вышеперечисленное и многие другие вопросы на наш взгляд нуждаются в дальнейшем экспериментальном исследовании.

ДВУХЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ПОЛИТРАВМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТА НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НА СТЕРЖНЕВОЙ ОСНОВЕ

Валиев Э.Ю., Каримов Б.Р., Хасанов З.Р., Ганиев О.А., Норполвонов А.У.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Цель. Улучшение результатов лечения пострадавших с политравмой, путем разработки и внедрения различных конфигураций разработанного аппарата наружной фиксации при первичной стабилизации повреждений опорно-двигательного аппарата.

Материалы и методы. Было изучено результаты лечения 97 больных с политравмой в РНЦЭМП которым применено двухэтапное лечение повреждений ОДА с применением малоинвазивных технологии на основе разработанного стержневого аппарата внешней фиксации. Мужчин было - 62 чел., возраст составил (21-50 лет). Среди причин травм превалировал дорожно-транспортный травматизм – 69 чел., падение с высоты -23пострадавших.

По шкале **ISS** (Injure Severity Score) тяжелое и крайне тяжелое, жизни угрожающее состояние на момент поступления в стационар (**ISS** 16-25 бал и выше) было отмечено у 74 (77%) пострадавших.

Результаты. Наибольшее количество оперативных вмешательств выполнены при повреждениях костей таза, бедра и голени.

После выполнения оперативных вмешательств по поводу, доминирующих патологий, переломы костей таза и длинных костей первым этапом были стабилизированы с использованием разработанного аппарата внешней фиксации, что соответствовало принципу «damage control».

В 32 случаях выполнена стабилизация костей таза, 22 случае случаях были стабилизированы переломы бедра и 25 случаях костей голени, в 18 случаях разные сочетание переломов костей таза, бедренной кости и костей голени.

При простых переломах костей таза (тип А, В) выполнена стабилизация костей одноплоскостной компоновкой аппарата с введением 2х стержней в крылья

подвздошных костей, при нестабильных переломах костей таза (тип B2, C) была применена двухплоскостная компоновка аппарата с введением четырёх стержней. При переломах вертлужной впадины с центральным вывихом головки бедра также проксимального отдела бедренной кости была применена компоновка аппарата треугольной формы – таз-бедро, с двухплоскостной стабилизацией костей таза и бедра.

При диафизарных переломах бедра и голени применена одноплоскостная компоновка аппарата введением 4-6 стержней по наружной и внутренней поверхностям сегмента соответственно.

При переломах дистального отдела бедренной кости и проксимального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновку аппарата с фиксацией одновременно обеих сегментов, при этом метафизарная область поврежденных сегментов оставляли интактным во избежание инфекционных осложнений на втором этапе окончательного остеосинтеза. Стержни на уровне бедра вводили по наружной поверхности, а на уровне голени по внутренней поверхности, имеющиеся фиксационные узлы аппарата позволяли произвести стабильную фиксацию сегмента без применения дополнительных приспособлений.

При переломах дистального отдела костей голени применяли одноплоскостную компоновка с введением стержней на уровне верхней трети большеберцовой, пяточной и основания 1-плюсневой костей.

При двухсегметных повреждениях (односторонние переломы бедра и голени) фиксация обоих сегментов проводилась одноплоскостной компоновкой в каждом сегменте соединение между ними производили с применением шарнирного механизма аппарата.

После респираторной и гемодинамической стабилизации больных (в среднем через 7 сут.) больным был выполнен внутренний остеосинтез.

Осложнения: у 94 наблюдалась постгеморрагическая анемия. У 5 больных развилась посттравматическая пневмония. После соответствующей терапии состояние их с улучшением.

У трех больных отмечалось нагноение послеоперационной раны, проводили рациональную антибактериальную терапию. Процесс с купированием.

Летальные исходы отмечены у 7 больных (7,2%). У 5 больных в результате тяжелой черепно-мозговой травмы, у 2х в результате развития осложнения течения травматической болезни от полиорганной недостаточности.

Заключение: Таким образом, значение выбора конфигурации и характера компоновки разработанного аппарата внешней фиксации, универсальность его применения внезависимости от вида и локализации повреждений опорно-двигательного аппарата способствует для получения хороших результатов и профилактики осложнений при лечении больных с политравмой при двухэтапном остеосинтезе.

НАШ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ТАЗА

Валиев Э.Ю., Хасанов З.Р., Тиляков Х.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Актуальность проблемы. Проблема оказания помощи пострадавших с нестабильными повреждениями таза, является сложной и актуальной среди специалистов экстренной медицинской помощи. Летальность при сочетанных повреждениях таза варьирует от 28,5 до 80%, причинами неблагоприятных исходов в остром периоде травмы являются шок, кровопотеря, наличие повреждений со стороны внутренних органов. Среди пациентов, перенесших травму таза, до 45-50% становятся инвалидами. Все сказанное диктует более широко применения хирургических методов лечения при нестабильных переломах таза.

Цель исследования: изучить результаты хирургического лечения у больных с нестабильными повреждениями таза по материалу клиники РНЦЭМП.

Материал и метод. В отделении взрослой травматологии РНЦЭМП за период 2021-2024г.г., хирургическое вмешательство выполнено 225 больным с нестабильными переломами таза (Типа B, C). Преобладали лица мужского пола 75%, в наиболее трудоспособном возрасте до 45 лет – 83,5%. Основными причинами повреждений служили - травма в результате ДТП - 71,5% и кататравма - 21,6%. Всем больным при поступлении объем оказания помощи и диагностических мероприятий строго регламентирована алгоритмами и стандартами разработанных в клинике. Практически у всех пострадавших имели место сочетанные повреждения. Наиболее частое сочетание наблюдали повреждение ОДА - 86,1%; ЧМТ - 44,5%; травмы груди - 19,8%; травма живота, включая травы мочеполовых органов - 17,5%. Средний балл тяжести состояния по шкале ISS составил 21,5±0,5.

Результаты и обсуждения. В плане диагностики нами в клинике использован весь арсенал высокотехнологичных лучевых методов диагностик: рентгеновские методы исследования, в т.ч с контрастные методы; УЗС органов брюшной полости и малого таза по программе FAST, проба Зельдовича под контролем УЗИ; МСКТ, МСКТ-ангиография, МСКТ-цистография; МРТ и ангиография. Нами проведено научное исследование по изучению чувствительности, специфичности и диагностической значимости различных методов визуализации. При этом диагностическая эффективность (общая точность) при изучении костной патологии нестабильных переломов таза и вертлужной впадины при рентгенологическом исследовании отмечена 87% и 51% соответственно, при МСКТ – 98% и 96,2% и при МРТ – 77,5% и 86% соответственно. При диагностике повреждений сумочно-связочного аппарата и внутри тазовых мышц, отмечена эффективность диагностики при использовании МСКТ 68% и 75% соответственно, и наиболее эффективным методом визуализации оказалась МРТ 97% и 97,2% соответственно. При диагностике распространения забрюшинной гематомы, эффективность применения МРТ составила 97,2%, а МСКТ 95%. При повреждениях мочевого пузыря, наиболее информативным была МСКТ 93%.

В плане оказания хирургической помощи нами, на раннем госпитальном этапе, у 98 больных с гемодинамической нестабильностью был использован малоин-

вазивный метод - закрытой стабилизации таза аппаратами разработанных в клинике на стержневой и спице-стержневой основе. Ранний остеосинтез таза с помощью АВФ способствовал уменьшению внутренний тазового объема, снижению или остановки кровотечения из костей, уменьшение болевого фактора. Использование аппарата внешней фиксации клиники не препятствовал при выполнении лапароскопии и лапаротомии. Окончательный метод хирургической стабилизации повреждений таза был выполнен у 167 пострадавших. Погружной остеосинтез выполняли больным после полной стабилизации состояния пострадавших, наиболее оптимальными сроками для их выполнения были 5-8 сут, с момента поступления. При повреждениях вертлужной впадины у 50 больных выполнен остеосинтез реконструктивными пластинами, при этом использован доступ Kocher – Langenbeck. При полифокальных переломах таза и вертлужной впадины у 36 больных выполнен остеосинтез пластинами, винтами, при этом в 12 случаях использован расширенный подвздошно-бедренный доступ и в 24 случаях Передний подвздошной паховой доступ по Letournel. При разрыве симфиза у 23 больных выполнена стабилизация лонного сочленения пластинами и использован надлобковой доступ по Pfannenstiel. Так же у 17 больных с полифокальными повреждениями таза на уровне симфиза и вертлужной впадины и при переломах подвздошной кости и вертлужной впадины (Тип С) применены комбинированные доступы Kocher – Langenbeck, Letournel, Pfannenstiel. В 19 случаев использованы комбинированные методы фиксации повреждения, при этом наиболее чаще использована комбинация погружного остеосинтеза и АНФ. В последнее время нами при нестабильных переломах таза и вертлужной впадины у 22 больных применены закрытые перкутанные малоинвазивные методы, такие как БИОС для стабилизации лонных костей, конюлированные винты при стабилизации кресцово-подвзошного сочленения, и вертлужной впадины.

При изучении результатов лечения повреждений таза нами учитывались тяжесть состояния и повреждения при поступлении, наличие и характер сопутствующих повреждений, развитий осложнений течения травматической болезни, сроки и вид стабилизации переломов и степенью восстановления функции. Следует отметить, что нами у 177(83,4%) наблюдений был получен положительный результат лечения, у 24 (11,3%) больных развились общие и местные осложнения, потребовало проведения длительного реабилитационного лечения. Летальный исход отмечен в 11(5,3%) случаях, причиной неблагоприятных исходов послужили осложнения раннего периода травматической болезни.

Заключение. Вопросы диагностики и выбора тактики лечения пациентов с нестабильными повреждениями таза требуют стандартизации, при этом необходимо учитывать тяжесть повреждения и тяжесть состояния, необходимо четкость в определении показаний и противопоказаний к выбору того или иного метода лечения, определение четких показаний к оперативным способам лечения и сроки по их выполнению. Широкое применение стабилизации повреждений таза с использованием АНФ на раннем госпитальном этапе и дальнейшая разработка новых, современных методов хирургического лечения данной категории пострадавших позволит улучшить анатомо-функциональные результаты лечения.

ОПЫТ ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТРАВМАТИЧЕСКИМ ВНУТРИФАСЦИАЛЬНЫМ ГИПЕРТЕНЗИОННЫЙ СИНДРОМ ПРИ СОЧЕТАННЫХ КОСТНО-СОСУДИСТЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Валиев Э.Ю., Исмаилов А.Дж, Сайпиев А.А.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Актуальность проблемы. В последние десятилетия отмечается возрастание интереса исследователей и клиницистов к проблеме сочетанных костно-сосудистых травм. Основной причиной этого является неуклонный рост травматизма с тяжелыми последствиями, увеличение числа дорожно-транспортных происшествий. Количество множественных переломов костей нижних конечностей неуклонно растет и составляет 6,6–49,8% общего числа повреждений. Голень по своей топографо-анатомической структуре является сложным сегментом нижней конечности. Закрытые переломы костей голени — частый вид травм, отмечающийся у 20–25% травмированных. При повреждении костей голени развивается отек тканей, охватывающий циркуляторно конечность и повышающий давление в закрытом фасциальном пространстве. Имеющиеся фасциальные футляры являются причиной расстройств регионарного кровообращения, тем самым дополнительно провоцируя синдром острой внутритканевой гипертензии. Развившийся отек ухудшает кровоснабжение и лимфоотток из регенерирующих тканей с выраженным болевым синдромом, развитием местной воспалительной реакции, а при сочетании с повреждениями сосудисто-нервных образований данная проблема становится ещё более актуальной.

Цель исследования улучшить результаты диагностики и лечения при сочетанных костно-сосудистых повреждениях нижних конечностей, осложненных посттравматическим внутри фасциальным гипертензивным синдромом.

Материал и методы исследования. Обследовано и проведено хирургическое лечение 53 больных с закрытыми сочетанными костно-сосудистыми переломами костей голени и травматическим шоком, находившимся на лечении в РНЦЭМП, в период 2019–2024 гг.

Всем больным при поступлении, помимо стандартных исследований, проводили пульсоксиметрию на периферии конечности, по показаниям — цветное дуплексное сканирование магистральных сосудов голени. Также для выявления ПВГС применяли визуальную оценку отека с сопоставительной антропометрией конечности. Для объективного измерения внутрифасциального давления использовали прибор «Intra-Compartmental Pressure Monitor System» фирмы «Stryker». Измерения проводили во всех четырех фасциальных футлярах голени. Исследования проводили в момент поступления, каждый час в течение первых 4 ч, через 6 и 12 ч; на 1; 5; 7-е и 10-е сутки. Из них посттравматический внутрифасциальный гипертензионный синдром (ПВГС) отмечен у 27 (81,8%) пациентов.

Пострадавшим выполнены хирургические вмешательства по восстановлению костных структур и кровообращения. Больных по тактике ведения распределили на две группы, группа контроля (n=13) полу¬чали стандартную противоотечную терапию с применением диуретиков, антиагрегантов, кристаллоидных препаратов, нестероидных противовоспалительных препаратов и ос-

новная группа (n=20) в составе ком¬плексного лечения с целью профилактики развития и устранения отечного синдрома использовали 0,1% раствор L-лизина эсцината в дозе 5–10 мл 2 раза в сутки в течение 7 дней и раствора сукцинасола.

Результаты и их обсуждение. Легкую степень ПВГС (уровень подфасциального давления на 30-40 мм рт. ст. ниже диастолического) наблюдали у 33,3%, среднюю (уровень подфасциального давления равен диастолическому) - у 37,8%, тяжелую (уровень подфасциального давления выше диастолического) - у 28,9% пострадавших. Ранняя фасциотомия в типичных точках произведена у 12 (36,4%) пациентов.

У больных основной группы, отмечено уменьшение пастозности и отека поврежденной конечности уже через 1 сут, с полным исчезновением к 5-м суткам посттравматического или послеоперационного периода, в контрольной группе - только к 7–8-м суткам. У больных, получавших сукцинасол, отмечено более успешное улучшение показателей гемодинамики по сравнению с контрольными группами, применявшими традиционную терапию. Также отмечены достоверное увеличение часового диуреза, улучшение кислотно-основного состояния, снижение тахикардии и стабилизация артериального давления. Результаты исследования показали, что применение инфузионной формы сукцинасола способствует восстановлению объема циркулирующей крови и интерстициальной жидкости, повышению энергетического потенциала организма в экстремальных условиях. Сочетанное применение сукцинасола и L-лизина эсцината в комплексной интенсивной терапии как при средней тяжести, так и при критических со¬стояниях, сопровождающихся шоком и отеком конечностей, обусловило более выра¬женный клинический эффект. Это проявилось в ускорении образования поверхностных морщин конечностей, уменьшении объема конечностей, а также снижении показателей внутритканевого давления.

Заключение. Одним из перспективных направлений противоотечной терапии является сочетанное применение L-лизина эсцината и сукцинасола. Их включение в комплекс интенсивной терапии оказывает выраженное противоотечное действие путем стабилизации сосудистой проницаемости. При этом сукцинасол уменьшает повреждающее действие гипоксии и нарушения кровотока.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕСРАЩЕНИЙ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Дурсунов А.М[1]., Рузикулов О.Ш[2].,Саматов Ж.Ж[2]., Мирзаев А.К[2]., Маннонов А.А[2].

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии[1], Ташкент
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии[2], Самарканд

Введение. Атрофическое несращение является наиболее распространенным типом и обычно наблюдается в области средней части плечевой кости. Развитие несращения плечевой кости связано со многими факторами, такими как оскольчатый перелом, неадекватная репозиция и нестабильная фиксация, плохое кровоснабжение мягких тканей, системное состояние пациента (особенно

сопутствующие заболевания, такие как диабет или недоедание), инфекция, возраст, курение и ожирение. Несращение часто имеет многофакторное происхождение.

Особенно сложно лечить пациентов с несращением плечевой кости, которые уже перенесли по крайней мере одно неудачное хирургическое лечение, несращения из-за остеопении, деформации, потери костной массы, рубцевания мягких тканей, миграция, перелом имплантов и металлоза в месте несращения.

Материал и методы исследования. Нами проведена ретроспективный анализ историй болезней, проходивших лечение в Самаркандском Филиале РСНПМ-ЦТО с 2018 по 2023 годах в количестве 24 больных. Из них мужчин составило 21, женщин 3. Возраст больных от 21 года до 87 лет. Средний возраст пациентов составило 46,5 лет.

На основе классификации ложных суставов по Вебера -Чеха у 15 пациентов было отмечено атрофическое, у 8 пациентов гипертрофическое, у 1 олиготрофическое ложных суставов. По механизму первоначальной травмы: бытовая травма 12, уличная травма 2, спортивная травма 4, дорожно-транспортная травма 4. Из анамнеза у 22 было закрытые переломы, у 2 открытие переломы. Средние сроки образования ложных суставов составило 8-12 месяца. Пациенты переносящийся одну операцию до обращения составило 17, двухкратную операцию 4, трёхкратную операцию 3. Всем больным было выполнено общеклиническое обследование, по стандартам лечения. Хирургический доступ было выбрано в зависимости от предыдущей операции, и места ложного сустава. Удаление прежних металлоконструкций если такова имелись, фиброзных тканей, вскрытие костномозгового канала. Адаптация концов отломков с экономной резекцией неконгурентных образований до появления точечного кровотечения на концах кости. После вскрытия костномозгового канала были исправлены деформация и устранено ротационное смещение. При костных дефектах больше 3 см применение аутотрансплантанта взятого от подвздошной или малоберцовой кости, фиксация блокируемым интрамедулярным, накостным, чрескостным остеосинтезом. В зависимости от локализации псевдоартроза были использовано LCP пластины, БИОС штифты, аппараты внешней фиксации. В послеоперационном периоде было назначено антибиотики, препараты улучшающихся микроциркуляции аналгетики. С 1-3 сутки начата функциональная реабилитация, через 4 недели дозированная упражнения в смежных суставах.

Выводы. 1.При обследовании больных необходимо в обязательном порядке провести рентгенография пораженного сегмента в двух проекциях, МСКТ, допплерография сосудов конечности, ЭНМГ, денситометрия, остеомаркеры, витамина Д. и другие общеклинические лабораторные исследование.

2. Изучить состояние больного с учетом выраженности имеющийся сопутствующих заболеваний со стороны жизненно важных органов и систем и проводить патогенетическую терапию в предоперационном периоде.

3. Необходимо особую внимание обратить на выраженности остеопороза и проведение не только остеопротекторную терапию, но и для улучшения трофику и микроциркуляции конечности в целом.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Дурсунов А.М[1]., Рузикулов О.Ш[2]., Мирзаев А.К[2]., Саматов Ж.Ж[2]., Сирлиев Ш.А[2].

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии[1], Ташкент
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии[2], Самарканд

Переломы дистального метаэпифиза лучевой кости, так называющиеся переломы «типичного места» в структуре травматизма составляют 50-65% от всех переломов костей конечностей. По механизму травмы также является низкоэнергетической травмой , часто страдают люди старческого и пожилого возраста, которые подвержены изменениям костной структуры на фоне остеопороза. Для лечения таких повреждений часто применяется консервативные методы, составляющим которого являются стремления точной анатомической репозиции, восстановление функции лучезапястного сустава и прочной фиксации костных отломков гипсовой повязке. Гипсовая иммобилизация не предотвращает вторичное смещение, может усилит явление остеопороза, приводит к развитию нейротрофических осложнений. Наряду с консервативными методами лечения в последние годы часто применяются хирургический методы лечения, к которым относится компрессионно-дистракционный остеосинтез с различными аппаратами и накостный остеосинтез пластинами.

Цель исследования. Сравнительное изучение результатов лечения переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с различными методами.

Материалы и методы исследовани. Мы провели ретроспективный анализ результатов лечения 111 пациентов с переломами метаэпифиза лучевой кости за 5 лет пролеченных в двух отделениях Самаркандского Филиала РСНПМЦТО. Демографические показатели составляли от 21 года до 72 лет. Все пациенты были разделены на 3 группы. В I группе 46(41.4%)пациентам применялись консервативный метод лечения с применением гипсовой иммобилизации. Во II группе 29 (26.1%) пациентам выполнено компрессионно-дистракционный остеосинтез (КДО) с применением аппаратов внешней фиксацией. В III группе 36 (32.4%) пациентам выполнены открытый накостный остеосинтез с применением пластины.

Больным I группы под местным или регионарной анестезией выполнена рео позиция костных отломков с фиксацией гипсовой повязкой. Средний срок иммобилизации составило от 5-6 недель, с последующей реабилитационными мероприятиями. Больным II группы применялось КДО с наложениям аппарата Илизарова или стержневым аппаратом системы «Drocon» на 4-5 недели. После деа монтажа аппарата фиксация на 2 недели ортезами с дальнейшей восстановительными лечениями. Пациентам III группы проведена оперативные вмешательства с применениями пластин LCP с анатомическим дизайном. Остеосинтез поводиз лось под регионарной или обшей анестезией с применениями волярного доступа к месту перелома. Пациентам этой группы гипсовая иммобилизация не потребовалось, больные приступали к восстановлению движений в лучезапястном суставе на 4-6 сутки после операции.

Результаты. В I группы у 8 (17.4%) больных наблюдалось вторичные смещее ния костных отломков, которым проведено повторная репозиция, у 12(26%) боль-

ных контрактура пальцев кисти и лучезапястного сустава.

Во II группы наблюдались осложнения в виде контрактура пальцев кисть и лучезапястного сустава 14(30.4%), усиление остеопороза 12(26%), несращение перелома 2(4.3%), нейротрофические изменения 1(2.17%).

У больных III группы поверхностная инфекция в раннем послеоперационном периоде развивался у одного больного, которое купировался после усиленной антибактериальной терапией. У 1 пациента наблюдался миграция винтов, несращение перелома 1 пациента. Восстановления лучезапястного сустава в данной группе 1.5 раза раньше по сравнению с I –ой и II ой группой.

Выводы. Применение накостного остеосинтеза с использованием LCP пластин обеспечивает точную репозицию и надёжную фиксацию костных отломков и способствует восстановить функцию лучезапястного сустава в короткие сроки.

КАШКАДАРЁ ВИЛОЯТИДА ТРАВМАТОЛОГИЯ ВА ОРТОПЕДИЯ ХИЗМАТИ ТАХЛИЛИ

Дурсунов А.М.[1], Андакулов Э.[2], Мавлонов О.[3]

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалмий тиббиёт маркази[1] , Тошкент
Қашқадаре вилояти куп тармокли тиббиёт маркази[2], Қарши
Қашқадарё вилояти Китоб тумани тиббиёт бирлашмаси[3]

Қашқадарё вилояти умумий ер майдони – 28 570 м2 ни ташкил қилади. Шулардан шаҳар аҳолиси сони – 1 507 000 та, қишлоқ аҳолиси – 2 008 700 та ни ташкил қилади. Шундан аёллар сони – 1 734 600 киши, эркаклар сони – 1 781 100 кишини ташкил қилади. Вилоят бўйича умумий рўйхатга олинган оилалар сони – 4 771 951 та ни ташкил қилади. Вилоят бўйича Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази Травматология ва Ортопедия бўлими бутун Қашқадарё вилояти бўйича режали равишдаги беморларнинг Травматологик ва Ортопедик касалликларни ўрганиш, даволаш ва таҳлили бўйича иш олиб боради. Шунингдек, вилоятда учрайдиган Травматологик ва Ортопедик касалликларнинг энг долзарб ва аҳоли орасида кўп учраётган ва ногиронликка олиб келаётган касалликларини мурожаати, даволаниши ва таҳлилини ўрганади.

Вилоятда жарохат олган беморларга бирламчи ва стационар ёрдам РШТЁМ Кашкадарё Филиалида, ВККТМ, ВБКТТМ, Китоб ТТБ, Касби ТТБ ва Шахрисабз ШТБ травматология ва ортопедия бўлимларида ва барча ТТБ булимларида, барча туман КТМП кўрсатилади.

Вилоятда 114 та травматолог-ортопед врач хизмат курсатади, шулардан 4 нафар мутахассис -тиббиёт фанлари номзоди, 63 таси олий тоифали, 24 таси I – тоифа, 15 та II - тоифалидир. Колган шифокорлар якинда клиник ординатурани ва магистратурани утаб келган ёш мутахасисслардир.

Йил давомида Марказ ходимлари 4 марта вилоят ва туман касалхоналарида булиб 750 дан ортик беморларни консультация, 24 беморда юкори технологик операциялар ва махорат дарслари утказилди. Вилоят травматолог-ортопедлари билан 12 марта телемедицина консультациялари утказилди. ОАВ 4 марта маълумот берилди.

Вилоят травматолог ортопедларидан 2 нафари чет элда(Белоруссия), 3 нафари РИТОИАТМ, 12 нафари малака ошириш кафедрасида ва РШТЁИМда малака оширишди.

Республика травматология ва ортопедия илмий маркази Қашқадарё минтақавий филиали 25 ўринга мўлжалланган бўлиб, шундан 15 койка бюджет ҳисобидаги ва 10 койка хўжалик ҳисобидаги койкадан иборат. Булимда 6 врач иш фаолияти олиб боради ва шундан 1 таси тиббиёт фанлари номзоди, 1 та олий тоифали ва 4 таси 1 тоифасига эга врачлар. Вилоят буйича кадрлар етишмовчилиги йук.

Филиал Травматология ва ортопедия илмий маркази кўламида бажариладиган ва тиббий хизмат кўрсатиладиган даволаниш ва операцияларнинг қарийб 70-80 % ини вилоятни ўзида бажаришни йўлга қўйган. Шунингдек, Республика Травматология ва Ортопедия илмий марказида бажариладиган юқори технологик операциялардан – йирик бўғимларда тотал эндопротезлаш, узун найсимон суякларда БИОС бажариб келинмоқда. 2021 йилдан Профмедсервис Хусусий Клинасида бўғимларда Артроскопик операциялар йулга куйилган.

2021 йилда эндопротезлаш вилоят буйича 26 беморда, БИОС 42, артроскопия 28 та беморда,, 2022 бу курсаткич 47(эндопротез), 96(БИОС) ва артроскопия беморда бажарилди. 2022 йилда 4та мутахассиснинг максадли малака оширишдан сунг вилоятда букса бугимини эндопротезлаш 2023 йилда 144 тага етди. БИОС операцияси вилоятнинг барча туманларида бажарилаяпти. Артроскопик операциялар Карши шахрида жойлашган 2 та хусусий клиникада ва РШТЁИМ Карши Филиалида 238 беморда амалга оширилди. Жорий йилнинг бугунги кунга кадар 132 та беморда артроскопик операциялар бажарилди.

СОН СУЯГИ ДИАФИЗИДАН СИНИШЛАРИДА ЖАРРОХЛИК УСУЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Сон суяги диафиз қисмининг синишлари сон суяги барча синишларини 60%ни ташкил қилади. Сон суяги диафиз синишлари мушаклар-скелет тизимига энг оғир таьсир етказади ва уларнинг учраши 10,4% дан 30,8% гача етади. Бу синишлар кўпинча меҳнатга лаёқатли одамларда учрайди, узоқ муддатли меҳнат қобилияти йўқолиши, ногиронлик натижасида ўлим нисбатан юқори ва автоҳалокатда жароҳатланганлардан сон суяги жароҳатланишини деярли 90%га тўғри келиши, битмаслик ва сохта бўғимлар 22%гача кузатилиши кабилар жамиятга жиддий иқтисодий зарар етказишни белгилайди ва булар эса муаммонинг тиббий ва ижтимоий аҳамиятини белгилаб беради.

Сон суяги диафиз қисми синишларида нафақат суяк тўқимасида балки атрофдаги юмшоқ тўқималарда яъни мушаклар бириккан соҳасидан синганда, ҳам патологик ўзгаришлар кузатилади, бу эса хирургик даволашни янада қийинлаштиради. Сон суяги диафиз қисми синишида синиш тури, синган соҳанинг ло-

кализацияси ва мушаклар бирикадиган соҳани инобатга олиб, хирургик даволаш усулларига индивидуал ёндашиш етарли эмаслиги янги самарали хирургик даволаш усулларини излашни такозо этади.

Сон суяги диафиз қисми синишларини жарроҳлик даволаш усуллари ва хирургик тактикасини танлашда дифференциал ёндашувлар оптималлаштирилмоқда. Сон суяги диафиз қисмини ёпиқ ёки очиқ усулда БИОС билан остеосинтез қилиш, суяк бўлаклари майдаланиб синганда айлана симлар ва штифтлар билан фиксациялаш ҳамда суяк усти пластиналарни ўрнатиш каби турли жарроҳлик муолажалари бажарилмоқда. Технологияни аниқ тўлиқ бажариш, бу БИОС операциясидан кейин суяк бўлакларининг қаттиқ мусатаҳкам барқарорлигини таъминлашга ёрдам беради. Бироқ бу остеосинтездан кейин сон суяги битмаган синиши кўринишидаги асоратлар сони 11,5%гача етади. Амалга оширилаётган замонавий диагностика ва хирургик даволаш усулларининг кўплигига ёки турли – туманлигига қарамай, сон суяги синишини даволашдан кейин асоратларнинг кўплиги ва бу беморлар асосан меҳнатга лаёқатли инсонлар эканлиги муаммонинг янада долзарблигини кўрсатмоқда.

Мақсад – сон суяги диафизар синишларида синиш локализациясини ва синиш турини эътиборга олиб дифференциал ёндошув орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборатдир.

Ишнинг материаллари ва усуллари. Сон суяги диафиз қисми синишлари бўлган беморлар 2008 йилдан 2022 йилгача Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази катталар травматологияси ва травма асоратлари бўлимларида 237 нафар беморларнинг натижалари келтирилган. Даволаш тактикасини ҳисобга олган ҳолда барча беморлар 2 гуруҳга бўлинган: асосий гуруҳ - 153 (64,5%) ва назорат гуруҳи - 84 (35,5%).

Назорат гуруҳдаги 84 нафар беморларнинг 21 (25,0%) нафарида ёпиқ усулда блокловчи интрамедулляр штифт билан остеосинтез амалиёти бажарилган. Шулардан 9 нафарида кўндаланг синиш, 7 нафарида қийшиқ синиш, 2 нафар беморларда майдаланиб синиш ва 3 нафар беморларда эса спиралсимон синиш кузатилган. Асосий гуруҳда эса 94 (61,4%) нафар беморларида ёпиқ клиника усулида блокловчи интрамедулляр штифт билан остеосинтез усули амалга оширилган. 94 нафар бемордан 19 нафарида кўндаланг синиш, 28 беморда қийшиқ, 30 нафар беморда майдаланиб синиш ва 17 нафар беморларда спиралсимон синишлар аниқланган.

Асосий гуруҳдаги беморларнинг 94 (61,4%) нафари сон суяги диафиз қисми синишларини ёпиқ клиника аппаратида репозиция қилиш ва БИОС билан остеосинтез қилиш операция амалиёти бажарилди. Шулардан 6 (6,4%) нафарида сон суягининг кўстлар остидан синиш, 15 (15,9%) нафар беморларда сон суяги диафизининг юқори учлигидан синиш, диафизнинг ўрта учлигидан синиш 41 (43,6%) нафар ва қолган 32 (34,1%) нафар беморларда диафизнинг пастки учлигидан сон суягини синиши аниқланган (таблица 2.1.4). Асосий гуруҳда сон суяги диафиз қисми синишларини “Очиқ усулда БИОС + клиника аппаратида репозиция қилиш” операция амалиёти назорат гуруҳига нисбатан 2 баробар кам яъни 22 (11,4%) нафар беморларда амалга оширилган бўлиб, шуларнинг 2 (9,0%) нафарида кўстлар остидан синиш, 8 (36,4%) нафар беморларда сон суягининг диафиз юқори учлигидан синиш, яна 8 (36,4%) беморларимизда ҳам диафизнинг ўрта учлигидан синиш ва қолган 4 (18,2%) нафар беморларда сон суяги диафизининг пастки учли-

гидан синишлар аниқланди. 14 (9,1%) беморларда сон суяги “Очиқ усулда БИОС +клиника аппаратида репозиция ва серкуляр симлар билан билан остеосинтез қилиш” қилиш операция амалиёти бажарилди. Диафизнинг юқори учлигидан синиш 4 (28,6%) нафарида, 3 (21,4%) нафарида диафизнинг ўрта учлигидан синиш ва қолган 7 (50,0%) нафарида эса сон суяги диафиз қисмининг пастки учлигидан синиши кузатилди. Асосий гуруҳда сон суяги диафизар қисми синишларини “очиқ усулда БИОС + клиника аппаратида репозиция ва винтлар билан остеосинтез қилиш” 23 (15,1%) беморларда амалга оширилган, аммо назорат гуруҳда эса “очиқ усулда БИОС + клиника аппаратида репозиция ва винтлар билан остеосинтез қилиш” жарроҳлик амалиёти бажарилмаган. Асосий гуруҳдаги 23 нафар беморларнинг 4 (1-7,4%) нафари кўстлар остидан синиш, диафизнинг юқори учлигидан синиш 3 (13,0%) нафарида, диафизнинг ўрта учлигидан синиш 10 (43,5%) нафар беморларда ва қолган 6 (26,1%) нафарларида диафизнинг пастки учлигидан синишлар аниқланди.

Хулоса. 1. Жарроҳлик даволаш тактикасини танлашда суяклардаги шикастланишнинг жойлашиши (сон суяги диафизининг кўстлар остидан, юқори, ўрта ёки пастки учдан бир қисми) ва синиш турини (кўндаланг, қийшиқ, спиралсимон ва майдаланиб) ҳисобга олиш керак.

2. Жарроҳлик амалиётидан кейин МСКТ текшируви орқали оёқ ўқини аниқлаш ва остеорепарация жараёни босқичларини инобатга олиб, синган соҳада HU кўрсаткичларини кузатиб бориш тавсия этилади.

3. МСКТ текширувида HU индекси 100-300гача бўлса юмшоқ қадоқ, HU индекси 300дан юқори бўлса қаттиқ қадоқ зичлигини англатади, яъни бунда синган соҳадаги юмшоқ қадоқнинг қаттиқ қадоқга ўтиши даври ҳисобланади ва HU индекси 300дан юқори бўлганда динамизация қилиш амалга оширилади.

АТРАВМАТИЧНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Реимов Н.Б., Ешимбетов Р.М., Наубетов С.Д.

Каракалпакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Нукус

Статистика детского травматизма свидетельствует о том, что переломы костей у детей возникают при нетяжелой травме и при банальных обстоятельствах – в быту, на улице, на спортивной площадке, во время бега и ходьбы. Переломы костей рук у детей встречается в 2 раза чаще, чем ног. Наиболее частым местом перелома являются плечевой и локтевой сустав, и кости предплечья. К счастью тяжелые множественные травмы у детей встречаются не часто, и составляют 2,5-10% среди всех травм опорно-двигательного аппарата.

За последние годы травматология детского возраста выделилось в самостоятельную дисциплину. Травма костей конечностей является тяжелым заболеванием у детей и является одной из главных причин инвалидности.

При лечении переломов костей предпочтение следует отдавать наиболее щадящим методам, не усугубляющим расстройства крово- и лимфообращения в по-

врежденной конечности и характеризующихся минимальным риском развития осложнений.

Целью работы являлось применение атравматичных методов лечения при переломе костей конечностей у больных детского возраста. В период 2019–2020 года в отделении сочетанных травм на стационарном лечении находились 124 больных с переломами проксимального отдела плечевой кости, костей предплечья, бедренной кости и костей голени в возрасте от 6 до 15 лет. Среди них дети мужского пола – 89 (71,7), женского пола – 35 (28,3). Распределение больных по локализации перелома: перелом хирургической шейки и верхней трети диафиза плечевой кости – 20, перелом средней трети диафиза костей предплечья – 48, перелом нижней трети диафиза лучевой кости – 29, перелом верхней трети диафиза бедренной кости - 8, перелом средней трети диафиза костей голени – 19 больных.

У всех больных при лечении переломов атравматичный оперативный метод лечения – под контролем ЭОП. При переломах хирургической шейки плечевой кости под контролем ЭОП проводили репозицию костных отломков и с помощью электрической дрели проводили спицы Илизарова.

В случаях переломов шейки бедренной кости у 4 больных производили пучками спиц Илизарова. У 12 больных под контролем ЭОП было проведено оперативное вмешательство с применением спонгиозных винтов, у 4 больных с переломом шейки бедренной кости производили первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. При вертельных переломах бедренной кости производили остеосинтез пластинкой НИИТО МЗ РУз

Все пациенты были активизированы на 2 сутки после операции, уже к 14–16 дню они могли двигаться самостоятельно, с использованием средств опоры, и к этому времени обычно выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечено, а флеботромбозы составили только 8%.

Таким образом, дифференцированное активное хирургическое лечение в зависимости от характера перелома, сроков с момента травмы позволило нам в три раза уменьшить общую летальность и значительно улучшить результаты лечения.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ.

Еримбетов Д.А., Наубетов Д.Д., Реимов Н.Б., Ешимбетов Р.М., Наубетов С.Д.

Каракалпакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Нукус

Переломы проксимального отдела бедренной кости – распространенная травма в пожилом возрасте, которая в комплексе с сопутствующей патологией приводит к обвальному «синдрому декомпенсации» систем и органов и обусловливает высокую летальность. Возраст пациента, сопутствующие заболевания, тип перелома стали основой разработки индивидуальной тактики оперативного

вмешательства. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией, способной свести на нет все усилия травматолога являются - сердечно-сосудистые заболевания, неврологические расстройства, снижению умственной деятельности. Сегодня перед травматологами стоит задача меньшим объемом хирургического вмешательства, и естественно меньшими экономическими затратами восстанавливать здоровье и улучшить качество жизни больного пожилого возраста. Не менее важной остается проблема восстановления двигательной активности, возможности самообслуживания и возвращения больных к привычной среде обитания. Такую возможность открывает срочное оперативное лечение всех больных независимо от возраста и сопутствующих заболеваний.

Целью работы являлось определение тактических принципов лечения переломов шейки бедренной кости. В период 2019–2020 годов в отделении сочетанных травм 24 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости в возрасте от 60 до 75 лет, мужчин – 19 (79,2) женщин 5 (20,8). Среди них: городские жители – 9 (37,5%), сельские – 15 (62,5%). С переломами шейки было 14 больных и с переломами вертельной области – 10 пациента.

При консервативном лечении переломов проксимального бедренной кости у 65% больных были отмечены пролежни, у 23% – гипостатическая пневмония. В 18% случаев на стороне перелома выявлялись тромбозы вен нижних конечностей. Неудовлетворительные результаты консервативного лечения привели к необходимости внедрения активной хирургической тактики с дифференцированным подходом к проблеме.

В случаях переломов шейки бедренной кости у 4 больных производили пучками спиц Илизарова. У 12 больных под контролем ЭОП было проведено оперативное вмешательство с применением спонгиозных винтов, у 4 больных с переломом шейки бедренной кости производили первичное эндопротезирование тазобедренного сустава. При вертельных переломах бедренной кости производили остеосинтез пластинкой НИИТО МЗ РУз

Все пациенты были активизированы на 2 сутки после операции, уже к 14–16 дню они могли двигаться самостоятельно, с использованием средств опоры, и к этому времени обычно выписывались на амбулаторное лечение. У оперированных больных пролежней, пневмоний, тромбоэмболий легочной артерии не отмечено, а флеботромбозы составили только 8%.

Таким образом, дифференцированное активное хирургическое лечение в зависимости от характера перелома, сроков с момента травмы позволило нам в три раза уменьшить общую летальность и значительно улучшить результаты лечения.

БОЛДИР ТАШҚИ ВА ИЧКИ ТЎПИҚЛАРИ СИНИШИДА ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ РЕГИОНАР ОҒРИҚСИЗЛАНТИРИШ

Зухритдинов А.И., Рахимов Д.Ё., Акбаров Н.Н., Джололидинов И.И.

Андижон вилояти травматология ва ортопедия шифохонаси, Андижон

Андижон вилояти травматология ва ортопедия шифохонасида 2019-2020 йиллар мобайнида болдир суяги ички ва ташқи тўпиқларида 200 дан зиёд жаррохлик

амалиёти ўтказилди. Ушбу беморларнинг 48 тасида сон ва умумий болдир нерви регионар ориқсизлантириш ўтказилди. Булардан 20 таси аёл ва 28 таси эркак кишини ташкил қилади.

Ташрих олди таёргарлиги премедикация керакли дозаларда атропин мушак орасига юборилиб ўтказилди. Қон томирга 18-20 G ангиокард қўйилди. Барча ташрихлар спинал анестезия воситаси ўтказилди. Ташрих якунида спинал анестезия фонида ташрихдан кейинги оғриқсизлантириш мақсадида , сон ва тизза орти сохаси асептик шароитда Sonoscape A6 чизиқли датчик (12 Мгц) воситасида сон ва умумий болдир нерви топилиб , хар бир нерв атрофига аспирация фонида Sol.Longokaini 0.25%-20 мл+ дексаметозон 1 мг + кеторалак 0.5 мл юборилди.

Ташрих ва ташрихдан кейинги даврда беморни гемодинамик ва респиратор кўрсаткичлари Edan монитори воситасида доимий назоратда бўлди. АҚБ 125/75-110/60 мм.см.уст. ЮҚС 94-78 та нафас сони 16-20 та , SpO_2 98-100% кўрсаткичларини қайд этилди.

Сон ва умумий болдир нерви ўтказувчи оғриқсизлантириш усули Sonoscape A6 чизиқли датчик (12 Мгц) қўлланилиши амалиётни тез ва сифатлик ва хеч бир асоратларсиз ўтказиш имконини берди. Спинал анестезия фонида ўтказилиши эса муолажани ориқсиз ўтказишга замин яратди. Беморларни хеч бирида махаллий анестетикларни умумий белгилари ва бошқа асоратлар кузатилмади.

Ташрихдан кейинги оғриқсизлантириш адекватлигини аниқлаш мақсадида , оёқларда харакат тикланганидан сўнг ВАШ шкаласидан фойдаланилди. Беморларнинг хеч бири спинал анестезиядан кейинги ўткир оғриққа шикоят қилмади. Оғриқсизлантириш давомийлиги 18-20 соатни ташкил этиб, беморларнинг 2 тасида (4 %) ташрих сохасидаги юқори интенсивликдаги оғриққа (ВАШ бўйича 5-6 балл) шикоят қилди. Наркотик аналгетиклар воситасида оғриқ бартараф этилди. 6та (12.5%) беморда ўртача интенсивликда (ВАШ бўйича 3-4 балл) оғриқ бўлди ва ностероид аналгетик билан бартараф этилди. Қолган 40 та (83.5 %) беморлар ВАШ бўйича 1-2 балл билан бахоланди, ушбу беморлар аналгетикларга мухтожлик сезмади.

Хулоса. Ошиқ сохасидаги ташрихидан кейинги УЗИ назоратида сон ва умумий болдир нерви регионар блокадаси беморларда ташрихдан кейинги эрта даврда адекват ва асоратсиз оғриқсизлантиришда мухим ахамиятга эга.

ВЫБОР МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА С ПОМОЩЬЮ МАТЕМАТИЧЕСКОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ ПРИ МЕЖВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМАХ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

[1]Ирисметов М.Э, [1]Кодиров Р.Р., [2]Кадиров Р.С.

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент
[2]Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Ташкент

Планирование операции блокируемым интрамедуллярным стержем (БИОС) с использованием математического моделирования в предоперационном периоде переломов проксимального отдела бедренной кости. В то же время сокращает-

ся время операции и относительно снижается количество осложнений, которые могут возникнуть вовремя и после операции. Таким образом, путем математического моделирования сокращаются средние койко-дни пациентов, кровопотери во время операции.

Пациенты и методология. В исследовании сравнивались демографические показатели 99 пациентов, возраст, пол, время операции, объем кровопотери, время, проведенное в операции, а также средние показатели койко-дней между двумя (немоделируемыми и моделируемыми) группами. В исследование были включены 99 пациентов (43 мужчины и 56 женщин) со средним возрастом 52,06 года (от 42 до 72 лет). Больным проводились все стандартные обследования: предоперационная рентгенография, компьютерная томография, общий анализ крови, определение уровня витамина D и кальция в крови. В ходе хирургического вмешательства пациентам после операции проводилось рентгенологическое исследование области бедра через ЭОП (электронный оптический удлинитель) с целью оценки состояния металлоконструкции и блокирующего стержня. Одновременно были проведены общие анализы крови и биохимические исследования крови.

Всем пациентам перед операцией проводилось компьютерно-томографическое исследование, из них 44 пациента (25 женщин и 19 мужчин) были проспективно включены в исследование, и по результатам МСКТ-обследования им был выполнен остеосинтез с использованием предоперационного математического моделирования.

Статистический анализ. Все данные о возрасте, поле, индексе массы тела, времени до операции и времени, потерянном во время операции, были распределены нормально. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Все статистические анализы проводились в Microsoft Excel версии 16.0 и JMP pro версии 15.

Полученные результаты. В моделируемой и немодулированной группах установлено, что средняя продолжительность времени операции (в минутах) снизилась со 105,6 (SD12,9) до 75,1 (SD10,4), на 30,5 минут (p=0001). Установлено, что объем потерянной во время операции крови (мл) достоверно снизился (p<0,005) с 380 (СО 98,0) до 298 (СО 128,0). Также установлено, что среднее количество койко-дней уменьшилось с 11,64 (SD 1,225) до 9,434 (SD 1,53), на 2,5 дня достоверно (p<0001).

Заключение. Полученные результаты показывают, что предоперационное математическое моделирование планирования хирургического вмешательства при переломах бедренной кости позволяет существенно сократить время хирургического вмешательства, объем кровопотери во время операции и среднее количество койко-дней.

ПРОБЛЕМЫ ПРИВЫЧНОГО ВЫВИХА ПЛЕЧА И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Исаков Х.А.

Центральный военный клинический госпиталь, Ташкент

Введение. Вывихи плеча встречаются часто и составляют порядка 50-60% от общей массы всех вывихов, чаще всего причиной является перенесенные ранее травмы плечевого сустава.

Инвалидность при вывихе плечевого сустава с одновременным повреждением сосудисто-нервных пучков, наряду с медицинским значением, определяет и социальную значимость данной проблемы.

Цель исследования. Разработать эффективный способ хирургического лечения привычного вывиха плечевого сустава сохраняя тонус капсулы плечевого сустава и анатомическую целостность подлопаточной мышцы.

Материалы и методы. В течение 2017–2023 годов нами проведено хирургическое лечение 93 пациентов из городов Ташкент и Фергана. Хирургический метод был разработан авторами и имеет авторские права (№FAP-2019-0249, 11.12.2019г.). Все пациенты были мужчинами, средний возраст - 33 года. Средняя продолжительность койки в военном госпитале составила 7 дней.

Предлагаемый способ следует выполнять следующим образом: кожу больного с рецидивирующим вывихом плечевого сустава после общей анестезии рассечь по передней поверхности плечевого сустава, проходящей между большим и малым бугорками плечевой кости. Обнажают сухожилия длинной головки двуглавой мышцы, затем обнажают межсосудистую борозду плечевой кости. Подлопаточную мышцу следует отсечь от места ее прикрепления к небольшому бугорку плечевой кости, после чего произвести артротомию плечевого сустава с места ее прикрепления к анатомической шейке плечевой кости. Обрезанный край капсулы плечевого сустава следует подшить лавсановыми нитями к небольшому бугорку плечевой кости, тем самым повысив тонус суставной капсулы и ушив дефект капсулы. Срезанный край подлопаточной мышцы фиксируют к большому бугорку плечевой кости. Обнаженное сухожилие длинной головки двуглавой мышцы прикрепляют к сухожильной части подлопаточной мышцы.

Результаты. Продолжительность операции была до 2-х часов. Анатомическая целостность элементов плечевого сустава был сохранен при выполнении нового метода хирургического лечения. У всех пациентов показатели плечевого сустава, такие как, сгибание (121-1800), разгибание (300<), отведение (116-1800) были в пределах нормы после данной операции. Эффективность операции также была подтверждена показателями рентгенографического исследования, у всех пациентов после операции диафизарно-эпифизарный угол был в пределах 1350, просвет суставной щели – 2 мм, угол между анатомической шейкой и диафизом плечевой кости - 450.

После операции плечевой сустав был иммобилизован абдукционной шиной, и всем пациентам наложили гипсовую повязку. Всем пациентам назначены антибактериальные средства широкого спектра действия в течение 5 дней, антикоагулянты по схеме и средства, улучшающие микроциркуляцию. Гипсовая повязка

снята через 3 недели. Все результаты были удовлетворительными.

Выводы. Таким образом, предлагаемый способ является перспективным методом хирургического лечения привычного вывиха плечевого сустава, имеет меньше хирургических травм пораженного плеча, укороченной продолжительности хирургической операции и вызывает меньше осложнений. Метод и может быть использован в практической медицине для лечения рецидивирующего вывиха плеча.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИТРАВМОЙ

Исмаилов А.К., Кодиров Р.С., Қодирова Р.Р., Хасанова Р.Р.

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 решеной.

Цель работы. Оптимизация оперативных лечения множественных переломов длинных трубчатых костей с применением малоинвазивных технологией остеосинтеза.

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 Состояние больных оценивали по шкале ISS и определяли тактику лечения.

I-группа средней степени тяжести до 16 баллов переломы костей предплечья, плечо 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 ЗЧМТ ушиб головного мозга тяжелой степени. Шок II-III степени.

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

Переломы эпиметафиза плечевых костей оперированы пластинками LCP, переломы диафиза по методику 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 лечении черепной мозговых травмы.

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

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПРИВЫЧНОМ ВЫВИХЕ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Кадыров С.С., Ражабов К.Н., Усмонов Ф.М., Ни Г.В.

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

Травматический вывих чаще всего возникает при получении травмы в состоянии отведенной руки. Большую роль в возникновении данного заболевания отводят повреждению связочно-сумочного аппарата плечевого сустава и нарушению мышечного равновесия между внутренними и наружными ротаторами плеча, дефектам суставной губы, переломам суставной поверхности лопатки и головки плечевой кости, увеличению суставного объёма капсулы сустава, различным вариантам строения плечевого сустава и дисплазии сустава.

Артроскопическая мягкотканная стабилизация, в первую очередь подразумевает выполнение операции Банкарта — пластику суставной губы, в ходе которой устраняется основная причина нестабильности сустава. После осмотра сустава выделяется и мобилизуется поврежденная суставная губа, освежается место отрыва губы на суставном отростке лопатки, после чего, при помощи специальных якорных фиксаторов, производится шов и рефиксация суставной губы к месту анатомического крепления. В настоящее время мы применяем не металлические, биоинтегрируемые, либо полностью мягкотканные фиксаторы минимального диаметра (1,3-2,6 мм), ведущих мировых производителей, После адекватного восстановления анатомии суставной губы, натяжения капсулы сустава, стабильность плечевого сустава значительно улучшается. При необходимости, дополнительно выполняется ремплиссаж – подшивание и якорная фиксация части сухожилия подостной мышцы плеча в область дефекта на головке плеча (повреждение Хилл Сакса). При наличии значительных костных дефектов на суставной поверхности лопатки (более 15%), двухсторонних повреждениях на суставной поверхности и головке плеча, повреждениях типа «on track», проводятся костнопластические операции. Наиболее часто, выполняется пересадка части клювовидного отростка, в область дефекта передней поверхности суставной поверхности лопатки - операция Латерже, либо другие варианты замещения костных дефектов. Операция может быть проведена как артроскопическим, так и открытым методом.

Цель исследования: Повышение эффективности хирургическое лечения пациентов привычным вывихом плеча.

Материалы и методы исследования. Работа базирована на опыте хирургического лечения 45 пациентов с привычными вывихами плеча в отделении артроскопии РСНПМЦТО, где была использована методика пластики плечевого сустава с 2022 по 2024 год. Больные в возрасте от 16 до 32 лет. Среди пострадавших мужчин было 38 (84,4%), женщин – 7 (15,6 %). Больные оперированными нами были разделены на 2 группы. Из них 16 больным была применена операция Bankart (первая группа), а у 29 больных выполнили операцию по Latarjet (2 группа). При первом бращении все пациенты предъявляли жалобы на периодические вывихи плеча, боли ноющего характера в области сустава, атрофию мягких тканей плеча и надплечья. При клиническом осмотре нами были определены поло-

жительные тесты Вайнштейна, Бабича, Степанова, симптомы «ножниц» и «борозды». По данным МРТ плечевого сустава определяли локализацию и размер повреждения губы (лябрума) суставной впадины лопатки. По данным МСКТ определяли степень повреждения костного компонента суставной впадины лопатки и головки плеча. У всех пациентов которым нами была выполнена операция Bankart по данным обследования был выявлен отрыв хрящевой губы суставной впадины лопатки в передненижнем отделе, повреждение Hill-Sachs легкой степени, дефект костного компонента суставной впадины лопатки меньше 20 % площади “cavitas glenoidalis”. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Положение пациента – «лежа на боку», с использованием специального фиксатора верхней конечности.

Второй группе больных мы выполняли операцию Latarjet. Показанием для проведения операции Latarjet считали дефекты переднего или передненижнего края суставного отростка лопатки, занимающие более 20 % его площади в сочетании (или без) с импрессионными повреждениями Hill-Sachs, наличие анатомического варианта строения суставного отростка лопатки в форме «перевернутой груши». Для определения степени костного дефектов сделали МСКТ и на здоровом суставе. Операция предполагает перемещение клювовидного отростка (лопатки) с прикрепленными к нему мышцами к дефектной области над передней частью суставной впадины. Происходит замещение недостающей костной ткани, а перемещённая мышца также действует как дополнительная мышечная поддержка, предотвращающая дальнейшие вывихи. Данная операция имеет высокую долю успеха и это благодаря «тройному эффекту», описанному Дидье Патте. В послеоперационном периоде верхнюю конечность иммобилизировали на 4 недели съемным ортезом. Упражнения лечебной физической культуры, направленные на восстановление функции плечевого сустава, начинали с 8—10 дня после операции.

Результаты исследования: После проведенных операций рецидивов не наблюдалось, за исключением одного пациента со вторичным заживлением раны. У 1 больного у которого выполнено операцию Latarjet наблюдалась периодическая боль в плечевом суставе вследствии неправильно выполненного движения в период ранней реабилитации, который устранился через 60 дней после операции.

Выводы: Таким образом, выбор тактики хирургического лечения при прививочном вывихе плеча производился по следующим критериям и условиям: операция Bankart применялась при - отрыве хрящевой губы суставной впадины лопатки в передненижнем отделе, повреждение Hill-Sachs легкой степени, дефект костного компонента суставной впадины лопатки меньше 20 % площади. Показанием для проведения операции Latarjet считали дефекты переднего или передненижнего края суставного отростка лопатки, занимающие более 20 % его площади в сочетании (или без) с импрессионными повреждениями Hill-Sachs, наличие анатомического варианта строения суставного отростка лопатки в форме «перевернутой груши».

БОЛДИР СУЯКЛАРИНИ ПАСТКИ УЧЛИГИДАН СИНИШЛАРИДА ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ РЕТРОСПЕКТИВ ТАҚҚОСЛАШ

Камолов Б.Х., Абдурахимов С.Н.

Республика ихтисослаштирилган илмий амалий тиббиёт маркази

Маълумот: Болдир суякларини пастки учлиги синиши узун суяклар жарохатлари орасида кенг тарқалган бўлиб, мухим ўринни эгаллайди. Сўнгги ҳисоботлар шуни кўрсатадики, қисқа кам инвазив жаррохлик усулида даволанганлар, ананавий усулда даволанган беморларга нисбатан яхшиланган функционал ва рентгенологик натижаларга эга. Бироқ, бугунги кунга қадар синиқларни кам инвазив ва ананавий усулдагилар билан таққослайдиган тадқиқотлар кам ўтказилган. Бизнинг ушбу тадқиқот мақсади болдир суяги пастки учлигидан синишларни кам инвазив ва ананавий усулда жаррохлик йўли билан даволанган беморларда радиологик натижалар ва юк бериш вақти натижаларини солиштириш.

Усуллари: 2020 йилдан 2023 йилгача Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт марказида(РИТОИАМ) 56 та беморлар устида ретроспектив текшируви ўтказилди. Асосий натижалар охирги рентгенологик кўрсатгичлар, асоратлар, реостесинтез ва юкланиш вақтини ўз ичига олган.

Натижалар: Болдир суяклари пастки учлигидан синиши билан даволанган беморлар 18 ёшдан 76 ёшгача бўлиб, умумий сони жами 56 тани ташкил этди. бемор. Шундан 22 бемор (25-45 ёш), 21та бемор ўрта ёшда (46-65 ёш), 13 та бемор ёши улуғлар (65 ёшдан катталар) даволанган. Ушбу иккала даволаш гуруҳлари ўртасида якуний кузатувдаги рентгенологик кўрсатгичлар, асоратлар, реостесинтез ва юкланиш вақтини фоизи бўйича статистик жиҳатдан сезиларли фарқ кўринади. Беморларнинг 1- гурухидан асоратлар бор. Хар иккала гуруҳларининг бирортасида кейинги қайта манипуляция ёки жарроҳлик даволанишни талаб қилмади.

Хулоса: нисбатан қисқа кузатув даври бўлган ушбу ретроспектив текширувда болдир суяклари пастки учлигидан синишларни даволашда кам инвазив усулда бажарилган жаррохлик амалиётларлар натижалари қониқарли эканлиги аниқланди.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО 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

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 2024 года. 48 больных (42,9%) произведено оперативное лечения, 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 сутки — 16 (33,33%), 5-8 сутки — 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.

НАШ ОПЫТ В ДИАГНОСТИКЕ ЭЛЕКТРОНЕЙРОМИОГРАФОМ ТРАВМАТИЗАЦИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Каххаров А.С., Исматуллаев Р.А., Тожиев А.Н.

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение. переломы нижней треть плечевой кости составляют 30-50% всех переломов, локализующихся в области локтевого сустава. Часто встречающимся тяжелым оскольчатом переломом нижней треть плечевой кости. Этот перелом по частоте ряда авторов составляют от 4 до 26% всех повреждений локализирующего в области нижней треть плечевой кости. До настоящего времени нет единого научного мнения по вопросам лечения свежих переломах и их последствий. Из-за выбора неоптимального метода лечения наблюдаются вторичное смещение, несращение, псевдоартроз, в некоторых случаях неврит лучевого нерва. При своевременном многостороннем обследовании нарушения консолидации переломов могут быть выявлены на ранних сроках.

Цель исследования: Изучить этиологию и способ лечения оскольчатых переломов нижней трети плечевой кости с повреждением лучевого нерва.

Изучить эффективность диагностики электронейромиографа при повреждении лучевого нерва.

Изучить социальную значимость в предотвращении инвалидности при повреждениях лучевого нерва.

При переломах нижней трети плечевой кости, повреждение лучевого нерва развивается при оскольчатых переломах нижней трети плечевой кости, со смещением костных отломков, при интерпозиции нерва, во время неправильного оказания первой помощи в приемном покое. Непосредственной причиной может стать отек окружающих мягких тканей, который приводит к ишемическому повреждению нерва.

Материалы и методы: В отделение Реабилитации и медицинского туризма СФРНПМЦТО, в течении 2021 года, под наблюдением находилось 5 больных с оскольчатыми переломами нижней трети плечевой кости, с повреждением лучевого нерва.

Для диагностики характера повреждения лучевого нерва использовали электронейромиографию лучевого нерва, аппаратом фирмы «Нейрософт» и МРТ лучевого нерва.

У всех больных был выполнен оперативный метод лечения по поводу оскольчатого перелома нижней трети плечевой кости. В 3х случаях выполнили открытий накостный остеосинтез пластинами LCP. В одном случае открытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом (БИОС), с ревизией лучевого нерва, в одном случае закрытый интрамедуллярный остеосинтез штифтом (БИОС).

Ревизию лучевого нерва выполнили у четырех больных. Оперативный доступ был по проекции лучевого нерва, начинался с латеральной поверхности плеча переходя на латеральную поверхность локтевого сустава. Во время оперативного вмешательства, устранялась причина повреждения лучевого нерва.

Также применяли медикаментозную терапию повреждения лучевого нерва.

Для устранения отечности мягких тканей назначали Плазмозамещающие препараты, препараты улучшающие микроциркуляцию, Никотиновая кислота, Витамины группы В, стимуляция прозерином, спазмолитики, физиотерапевтические процедуры, магнитотерапия, электростимуляция электоронейромиографом.

Результаты: Электронейромиографическим исследованием были выявлены непрерывность нервного ствола у 4 х больных,блок нерва у 2 х больных.

У 3х больных выполнена ревизия лучевого нерва с устранением причины повреждения, компрессии и ущемления между отломками. У всех больных восстановились функции лучевого нерва.

Для сравнения результатов мы также взяли из архивов 10 идентичных больных, леченых до 2020 года с повреждением лучевого нерва, из них у 5 больных восстановление нервной проводимости не произошло, что привело их к инвалидности.

Выводы: Электронейромиография повреждения лучевого нерва позволяет оценить состояние поврежденного нервного ствола. Так как до 2020 года в СФР-НПМЦТО не было электронейромиографа, достоверность диагностики повреждения лучевого нерва была недостаточно велика, что приводило к инвалидности некоторых больных. Комплексный подход в лечении поврежденного лучевого нерва при оскольчатых переломах нижней трети плечевой кости позволяет уменьшить сроки восстановления поврежденного нерва.

АКТУАЛЬНОСТЬ СОЗДАНИЯ СИСТЕМЫ ПОДДЕРЖКИ ПРИНЯТИЯ ВРАЧЕБНЫХ РЕШЕНИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СИСТЕМЕ ОКАЗАНИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Клинцов Е.В.[1], *Новиков К.И.[1,2,3], Климов О.В.[1], Глухих Д.И.[4]

[1]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия,
[2] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия
[3]Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
[4]Тюменский Государственный университет Тюмень, Россия
**kinovikov@mail.ru*

Аннотация. Во всём мире повышение доступности медицинских обследований, их избыточное назначение (гипердиагностика), повышение нагрузки на врачей приводит к увеличению числа медицинских ошибок и, как следствие, повышению расходов на лечение пациентов. Ввиду тенденции к дальнейшему увеличению травматизма, а также рождаемости пациентов с патологией опорно-двигательной системы частота неправильной установки диагноза и планирования лечения будет закономерно расти.

Цель. Продемонстрировать эффективность применения нейросетей в медицине, показать необходимость создания отечественной системы поддержки принятия врачебных решений в травматологии и ортопедии.

Материалы и методы. Для написания данной статьи использовались данные электронных библиотек Elibrary и PubMed.

Результаты. На различных примерах продемонстрирована высокая эффективность использования нейросетей в диагностике, прогнозировании и принятии решений о тактике лечения. Продемонстрирована частота ошибок в различных сферах медицины. Выявлено отсутствие на данный момент отечественной системы поддержки принятия врачебных решений в травматологии и ортопедии, в частности, в разделе диагностики и лечения биомеханических нарушений опорно-двигательной системы.

Обсуждение. Ввиду отсутствия отечественных и зарубежных программ, способных улучшить качество оказания травматолого-ортопедической помощи населению Российской Федерации, а также тенденций к росту травматизма и рождаемости пациентов с патологией опорно-двигательной системы для снижения финансовых затрат на лечение этих групп больных необходимо создание нейросети, способной анализировать рентген-изображение по травматолого-ортопедическому профилю, выставлять диагноз, отмечать особенности и отклонения от средних значений у конкретного пациента.

Заключение. Была продемонстрирована высокая эффективность использования нейросетей в медицине и необходимость создания отечественной системы поддержки принятия врачебных решений по профилю травматология и ортопедия.

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кодиров М.А., Маматкулов О.Х.

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

Актуальность. Переломы дистального отдела бедренной кости встречаются в любом возрасте, чаще у лиц пожилого возраста, которые страдают остеопорозом и соматическими сопутствующими заболеваниями. У молодых пациентов подобные переломы являются в основном следствием высокоэнергетического воздействия (дорожно-транспортное происшествие, падение с высоты) и сопровождаются травматическими повреждениями других сегментов.

Остеосинтез с использованием накостных пластин или интрамедуллярных штифтов является золотым стандартом лечения пациентов с вне- и внутрисуставными переломами дистального отдела бедренной кости. Подходы к выбору способа остеосинтеза (накостный или интрамедуллярный) при переломах дистального отдела бедренной кости продолжают активно обсуждаться в литературах, при этом в источниках отсутствует информация о функциональных результатах лечения пациентов, которым был выполнен интрамедуллярный остеосинтез, с достаточной выборкой и длительным периодом наблюдения. Не определены показания к использованию интрамедуллярного ретроградного штифта при переломах данной локализации что показывает насколько эта проблема актуальная.

Цель исследования. Улучшить результатов лечения переломов дистального отдела бедренной кости, путём выбора оптимальной металлоконструкции для

оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. В период с 2015 по 2024 годов в Самаркандском филиале Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии лечились 325 пациенты, из которых 30 пациентов с переломами дистального отдела бедренной кости вошли в группу наблюдений.

Комплекс обследований пациентов с переломом дистального отдела бедренной кости включает в себя ряд методов: клинический, рентгенологический, функциональный, лабораторный, денситометрический, биомеханический и компьютерная томография.

При лечении переломов дистального отдела бедренной кости возникает проблема в остеосинтезе бедренной кости, так как при этом наблюдается большое смещение костных отломков, укорочение конечности от 2 до 4 см и контрактура коленного сустава, нарушение кровообращения и нестабильность имплантата. В нашем центре в лечении больных с переломом ДОБК предложена новое устройство (патент №221217 РФ) для временной репозиции осколков и новый способ лечения: Комбинированный интрамедуллярный блокирующий остеосинтез бедренной кости при переломах в дистальном отделе(патент 32816624 РФ).

Больные были разделены на две группы: Оснавная группа - N=18: (64%), для хирургического лечения ДОБК применялся различные методы; открытая репозиция, с последующим наружной и внутренней(наксотный) фиксации костными металлоконструкциями. Контрольная группа - N=12, (36%), для хирургического лечения ДОБК применялся предложенный комбинированный метод(аппарат временной репозиции и БИОС). Последний заключался в проведении открытой репозиций переломов и фиксация внутренним интрамедулярним блокирующим стержнем. Для остеосинтеза ДОБК мы использовали два вида фиксаторов: Антеградный блокирующий стержень (N=7, 65%), Ретроградный блокирующий стержень. (N=5, 35%). На 7-10 сутки выполнена операция: «Открытая репозиция перелома, блокирующий остеосинтез правой бедренной кости». Окончательный остеосинтез выполняли блокирующими стержнями. Полный объем активных движений в коленном суставе был восстановлен через 1 месяца после операции. Консолидация перелома наступила через 12 недель. Рентгенологический контроль показал, что анатомия бедренной кости и коленного сустава восстановлена, суставные поверхности коленного сустава конгруэнтные. В процессе наблюдения (контрольные явки через 3, 6, 12 и 24 месяцев) оценивали функциональное состояние пораженного сегмента конечности и коленного сустава, наличие признаков сращения в области перелома, ширину и конгруэнтность суставной щели.

Результаты. Были проанализированы ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения 30 больных с переломами ДОБК, поступивших в травматологическое отделение за период с 2015 по 2024 годы. Отдаленные результаты изучены у больных в сроке до 36 месяцев после операции. Оценку сохранения репозиции производили сравнением послеоперационных рентгенограмм с контрольными рентгенограммами в сроки 12, 24 и 36 месяцев после операции. Полная консолидация переломов получена у всех пациентов до 18 месяцев. У 2 х пациентов с открытым переломом и с использованием аппаратов наружной фиксации получены контрактуры коленного сустава. Благодаря предложенного нами аппарата временной фиксации и репозиции нам удалось сократить времени опе-

рации и добиться репозиции костных отломков без существенного укорочения анатомической длины бедренной кости.

Выводы. На основании изложенных выше статистически достоверных данных доказано, что, усовершенствованная технология хирургического лечения больных с и использованием интрямедуллярных фиксаторов бедренной кости имеет существенное преимущество перед традиционной технологией хирургического лечения переломов дистального отдела бедренной кости.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С ПОЛИТРАВМОЙ

Кодиров Р.С., Қодирова Р.Р., Хасанова Р.Р., Исмаилов А.К.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Одним из наиболее частых повреждений в детской возрасте являются переломи бедренный кости и костей голени, который по данным литературы составлять от 18% до 35%. У 37% пострадавших переломы бывают множественными Несмотря на значительные успехи в лечении множественных диафизарных переломов нежных конечностей у детей с политравмой, нельзя считать эту проблему полностью решенной.

Цель работы. Необходима дальнейшая разработка и широкое внедрение способов ранней оперативной стабилизации костных отломков. Оптимизация оперативных лечении переломов бедренной кости и костей голени у детей с политравмой с применением малоинвазивных технологии остеосинтеза.

Материалы и методы исследования. Нами были проанализированы 96 историй болезни детей с политравмой у которых кроме диафизарных переломов бедренной кости и костей голени были Черепно мозговой травмы, травмы внутренних органов. Все пострадавшие дети при поступлении в приемно-диагностическое отделение были осмотрены травматологам, нейрохирургам, реаниматологами, хирургами и педиатром. Где наряду с интенсивной противошоковой терапии продолжали комплексное обследование: Рентгенография, МСКТ. УЗД.

По тяжести травмы больные были разделены на три группы:

Первая группа средней степени тяжести: переломы бедренной кости, костей голени с одной стороны и закрытая черепно-мозговая травма сотрясения головного мозга. Шок 1 степени 37 пострадавших (38%).

Вторая группа тяжелая степен травмы: перелом бедренной кости и костей голени. Закрытая черепно мозговая травма, ушиб головного мозга легкой степени, травма грудной клетки с переломами ребер. Шок 1-2 степени 33 больных (34,4%).

Третье группа крайне тяжелой тяжести: множественные переломы длинных трубчатых костей две и более сегмента. Закрытая черепно мозговая травма. Переломы костей черепа с переходам на основании, внутри мозговые гематомы, ушиб головного мозга тяжелой степени, травма живота, шок 3 степени 26 пострадавших (27%)

Хирургическое лечение больных первой группы включило в себя лечение шока, стабилизировано витальных функции. После чего произведен малоинвазивный остеосинтез по методике ESIN Elastic stable intramedullary nailing диафизарных переломов бедренной кости и костей голени на 2-3ое сутки. Пострадавшие второй группы у которых кроме переломов костей конечностей были Закрытая черепно мозговая травма. Субарахноидальный кровоизлияния, множественнее переломы ребер. Проводили профилактическое лечении жировой и тромбоэмболии, лечении совместно реаниматологом, нейрохирургом, торакальный хирургам. После стабилизации витальных функции на 5ое сутки произведен малоинвазивный остеосинтез по методике ESIN диафизарных переломов костей нежных конечностей.

26 пострадавших (третий группы больных) оперировании по поводу множественных переломов нижних конечностей на 10-12 сутки после лечении черепно мозговой травмы.

Рациональный выбор метода лечения с учетом тяжести локального повреждений, общего состояния пострадавшего обеспечит достижение максимально возможного результата в каждом конкретном случае.

ЗАВИСИМОСТЬ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ОТ ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ

Козлов Е.С., Гордеев А.В., Солдатов Ю.П., Ходжанов И.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А.Илизарова « Минздраа России, Курган, Россия
ГАУЗ Свердловской области «Городская больница «травматологическая», Екатеринбург, Россия,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр, Ташкент

По данным литературы, остается высоким процент осложнений и неудовлетворительных исходов лечения больных с переломами мыщелка плечевой кости. Это обусловлено наличием различных ошибок и осложнений из-за неправильного представления о характере перелома, нерационального выбора метода лечения без учета его характера, погрешностей при выполнении остеосинтеза, ведении больных в периоде реабилитации. Поэтому для оптимизации лечения больных с переломами дистального отдела плечевой кости целесообразным является анализ возможных ошибок и осложнений, возникающих в процессе лечения, и разработка способов их профилактики.

Цель исследования: изучить зависимость ошибок и осложнений при хирургическом лечении больных с переломами мыщелка плечевой кости от оперативной тактики.

Материал и методы исследования. Проанализированы ошибки и осложнения у 217 пациентов с переломами мыщелка плечевой кости в возрасте старше 18 лет. Критерии включения: наличие внутрисуставных переломов мыщелка плечевой кости, возраст больных старше 18 лет. Критерии исключения: отсутствие подписанного добровольного информированного согласия на участие в научных

исследованиях, наличие декомпенсированных состояний со стороны внутренних органов и систем, а также обострение хронических заболеваний перед травмой.

В зависимости от тактики хирургического и реабилитационного лечения пострадавшие с внутрисуставными переломами дистального отдела плечевой кости распределены на две группы: I группа – контрольная (ретроспективная), составила 137 пострадавших, средний возраст которых соответствовал 58+11 года, в их лечении использовались общепризнанные методики лечения; II группа – основная (проспективная), составила 80 пострадавших в возрасте 49+13 года, лечение у которых проводилось на основе применения разработанных новых способов реабилитационного лечения и устройств, направленных на профилактику осложнений, сокращение длительности лечения. У всех больных данной группы проведено комплексное лечение с применением всех усовершенствованных и разработанных новых технологий. Способами оптимизации лечения таких больных являлись применения: разработанного устройства (компоновки аппарата Илизарова) для репозиции костных фрагментов мыщелка плечевой кости; рационального трансолекранного операционного доступа, позволяющего осуществить точное сопоставление фрагментов плечевой кости, сократить длительность операции, обеспечить стабильную фиксацию костей; методики прогнозирования развития гетеротопической оссификации; физиотерапевтического воздействия электромагнитных волн терагерцевого диапазона с целью профилактики оссификации и остеоартрита локтевого сустава; рациональной стержневой компоновки аппарата внешней фиксации для разработки движений в суставе, профилактики развития контрактур и увеличения объема движений..

Результаты исследования и их обсуждение. У больных было зафиксировано 57 (41 в контрольной группе – 71,9% и 16 - в основной группе – 28,1%) случаев различных осложнений. Наибольшее количество осложнений соответствовало тяжелым контрактурам локтевого сустава и оссификациям его тканей, которых было больше в первой (контрольной) группе в 2,5 раза по сравнению с основной. Наибольшее количество осложнений в контрольной группе было у больных, пролеченных через 5 и более суток после травмы. В зависимости от типа перелома (по классификации Mehne и Matta) у больных контрольной (первой) группы наибольшее количество осложнений (контрактура локтевого сустава, оссификация его тканей, нагноение, нейропатии) после погружного остеосинтеза винтами отмечено при 7-м типе перелома мыщелка плечевой кости; после накостного остеосинтеза - при 6-м типе перелома; после чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации – также при 7-м типе перелома. Выявлены ошибки, которые привели к данным осложнениям. К диагностическим ошибкам в первой (контрольной) группе больных относились недооценка характера повреждения, недостаточное рентгенологическое обследование или отказ дополнительного КТ-сканирования и ошибки в интерпретации рентгенограмм. Всё это обусловливало погрешности в определении характера повреждения, интраоперационные трудности и необходимость смены тактики послеоперационного ведения (реабилитации) пациентов. Тактическими ошибками являлись несоблюдение методики лечения, сроков дополнительной фиксации, позднее оперативное вмешательство, игнорирование применения ортопедических приспособлений и пренебрежение функциональным методом лечения в восстановительном перио-

де, отсутствие профилактики параартикулярной оссификации. Исключение ошибок при лечении пациентов в дальнейшем привело к снижению количества осложнений. Количество осложнений у больных основной группы не отличалось в группах больных в зависимости от сроков выполненной операции. Превалировали осложнения после накостного остеосинтеза (50,0% от количества всех осложнений в данной группе больных). В основном осложнения встречались при оскольчатых переломах с вовлечением обеих колонн плечевой кости (типы 4-7 по классификации Mehne и Matta). У больных основной (второй) группы после погружного остеосинтеза винтами осложнения не были зависимы от типа перелома мыщелка плечевой кости. Также такой зависимости не обнаружено и после накостного и чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации. Большой интерес представляет у таких больных гетеротопическая оссификация, которая приводила к тяжелым ортопедическим осложнениям – анкилозам, контрактурам, и обусловливала тяжелую инвалидность. Случаи оссификации были у пострадавших после различных видов остеосинтеза (как в контрольной, так и в основной группах), что было связано с открытым, агрессивным и травматичным оперативным пособием, оперативным лечением через 2 недели после травмы. Однако у больных второй группы количество таких осложнений было снижено в 3 раза.

Заключение. Анализ ошибок и осложнений при лечении больных с внутрисуставными переломами плечевой кости свидетельствует о том, что для их устранения требуются адекватные диагностические манипуляции и методы хирургического лечения первичных переломов плечевой кости, атравматичная репозиция и стабильная фиксация отломков в первые часы после травмы, рациональное послеоперационное ведение больных, ранняя и комплексная реабилитация. Способы оптимизации лечения больных, которые заключаются в комплексном применении: рационального устройства (компоновки аппарата Илизарова) для репозиции костных фрагментов мыщелка плечевой кости; трансолекранного операционного доступа, методики прогнозирования развития гетеротопической оссификации; физиотерапевтического воздействия электромагнитных волн терагерцевого диапазона с целью профилактики оссификации и остеоартрита локтевого сустава; рациональной стержневой компоновки аппарата внешней фиксации для разработки движения в суставе - позволили снизить количество различных осложнений в 2,5 раза, в том числе оссификаций – в 3 раза.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КЛЮЧИЦЫ У ДЕТЕЙ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю., Югай А.В.

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

Актуальность. Несмотря на современное развитие травматологии и ортопедии, на сегодняшний день в лечении переломов костей у детей встречаются следующие осложнения: -замедленное сращение - от 4,5% до 6,3%, неправильные

сращения после первичного перелома составляют от 7,2% до 8,5%; -повторные переломы составляют от 4% до 21,3% случаев, ложный сустав - от 2,4% до 4,3%. По данным литературы, осложнения, возникшие у консервативно пролеченных детей с повторными переломами, выглядят следующим образом: ре- рефрактура - от 4,2% до 5,6%, несращение - от 6,5% до 7,0%, ложный сустав - от 7,6% до 8,2%, замедленная консолидация - от 9,8% до 12%. По нашим наблюдениям и данным литературы после операции отмечались такие осложнения, как неправильное сращение рефрактуры - 0,7%-0,9%, ложный сустав – от 2,2% до 3,8%, несращение рефрактуры – от 4,27% до 4,9%, замедленное сращение - от 5,1% до 7,8%, и, наконец, ре - рефрактура - от 2,1% до 2,3% случаев.

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения повторных переломов костей у детей путем применения новых способов хирургического лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением было 96 детей с повторными переломами, из них 79 мальчиков и 17 девочек, возраст колебался в пределах 0-15 лет, большую часть составили дети в возрасте 7-11 лет.

Первый новый метод: Под рентген-контролем (ЭОП) из проксимального отломка поврежденной кости вводят спицу в костномозговой канал выше места перелома. Также из дистального отломка поврежденной кости вводят спицу в костномозговой канал ниже места перелома. По достижении одной из спиц эндостальной мозоли, закрывающей костномозговой канал, мозоль просверливают спицей многократно до её свободного прохождения в костномозговой канал второго отломка. Точно так же просверливают из второго отломка в противоположном направлении, разрушая эндостальную мозоль до полного открытия внутренней части канала. Об открытии внутренней части канала говорит свободное прохождение через него каждой спицы. При повторном переломе одной кости предплечья или при переломе обеих костей предплечья каждую кость обрабатывают аналогично.

Второй новый метод: При ПП ключицы операция проводится открытым путем, проводят спицу через костно-мозговой канал, проксимальный конец ее выводят из кортикальной части и сгибают под углом°, дистальный ее конец выводят через акромиальный конец ключицы, осуществляют тракцию по оси, а затем загибают в противоположном направлении под углом, то есть производят “Z” – образную фиксацию отломков. После сопоставления отломков рану ушивают послойно.

Результаты. Согласно клинико-рентгенологическим данным произведена оценка результатов лечения в ближайшем и отдаленном периодах. Критериями оценки являлись: отсутствие патологической подвижности, появление рентгенологических признаков формирования костной мозоли в отдаленном периоде, отсутствие закрытия костномозгового канала. Таким образом, из 96 пролеченных детей, хорошие результаты получены у 89 детей (92,7%), удовлетворительные – у 6 (6,2%), неудовлетворительные – у 1 (1,1%) ребенка.

Выводы. Таким образом, предлагаемые способы хирургического лечения создают условия для нормального течения костной регенерации на месте повторного перелома. Рекомендуемые способы доступны травматологам всех уровней от периферических медицинских учреждений до центральных и не требуют дополнительных финансовых расходов. Новые методы могут быть предметом выбора при повторных переломах костей у детей, предотвращающих возможные

осложнения, как замедленное сращение, несращение и образование ложного сустава в отдаленном сроке лечения.

ЧАНОҚ–СОН БЎҒИМИ ЖАРОХАТЛАРИДА МУЛЬТИ СПИРАЛ КОМЬПЮТЕР ТОМОГРАФИЯНИНГ ҚЎЛЛАНИЛИШИ

Қосимов М.А., Тожибоев Б.А.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилояти филиали, Гулистон

Чаноқ сон бўғими жарохатларида рентгенографиянинг қўлланилиши суяк тўқимаси жарохатларини аниқлаш учун 80% тўғри маълумотни бериб, реабилитация даврида суяк синиқларини кеч аниқланиши кўплаб беморларнинг ногиронлик кўрсаткичини Корнилов бўйича 5% дан 12% гача ошишига олиб келади. Ногиронлик кўрсаткичларини юқорилилиги ва чаноқ сон бўғими таянч харакат аппаратинининг энг йирик бўғимларидан бўлганлиги сабабли диагностика жараёни актуал муаммолардан бири бўлиб келмоқда.

Чаноқ суяклари ғовак ва ясси суяклар туркумига кирганлиги сабабли чаноқ – сон бўғимини ташкил қилган суякларнинг 1.3смдан кичик синиқ парчалари рентгенографияда яхши кўринмаслиги баъзи холларда соғлом суяк тўқимасини тасвирини акс эттириши мумкин. Бу ўз навбатида жарохатдан сўнги олти ойдан сўнг кўп учрайдиган сон суяги бошчасининг ассептик некрози ва бир йилдан уч йилгача бўлган муддатда чаноқ – сон бўғимининг оғир даражадаги коксоартрози билан асоратлинишини ташкил этади.

2023 ва 2024 йиллар давомида Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сирдарё вилоят филиалига чаноқ – сон бўғими жарохатлари билан мурожаат қилган беморларнинг 11 нафарининг ренгенологик текшириш натижалари бўйича ретроспектив тахлили жараёни натижасида рентгенологик текширишларда суяк тўқимаси бутунлиги аниқланган беморларнинг мульти спирал компютер томография текшириш натижаларига кўра чаноқ сон бўғимининг синиқлари кузатилган. Кузатувда бўлган 11 нафар беморларнинг клиник текшириш жараёнида беморларнинг чаноқ сон бўғимида харкат амплитудасининг 15 градусдан 20 градусгача бўлган қисман харакат чекланиши аниқланган.

Кузатувда бўлган 11 нафар беморларнинг 8 тасини эркаклар ва 3 нафарини аёллар ташкил этган. Беморларнинг 6 нафари 23 ёшдан 31 ёшгача бўлган беморлардан иборат бўлган бўлса 5 нафари 31 ёшдан 47 ёшгача бўлган беморлардан иборат бўлган. Беморларнинг ёш ва мехнат қобилятида бўлган ёшдаги одамларда учраши билан муамонинг ижтимоий ахамиятга эга эанлигини кўрсатиб беради.

Беморларнинг 5 нафарида шифохонамизга мурожаатгача бўлган вақтга қадар мустақил оқсоқланиб юрганлиги кузатилган. Мульти спирал компютер томография текширишларда 11 нафар беморнинг 3 нафарида сон суяги бошчасининг 1.2смдан –0.6 ммгача бўлган қирғоқли бўғим ичи синишлари кузатилган бўлса 2 нафар беморда сон суяги бошчасининг импрессион синиқлари, 2 нафар беморда сон суяги бошчасининг чизиқли синишлари кузатилган. 3 нафар беморда қуймич косасининг орқа юқори деворининг 0.8-0.3ммгача бўлган қирғоқли синиқлари 1 нафар беморда қўймич косасининг чизиқли синиқлари мульти спирал компютер

томография текширувида аниқланган.

11 нафар беморларнинг синиқ фрагментларининг 2смдан кичиклиги ва қўпол функционал бузилишлар кузатилмаганлиги сабабли беморларга консерватив даво таклиф этилди. 6 хафтагача бўлган муддатда қўйилган коксит гипс боғламлари ва комплекс даво натижасида ногиронлик кўрсаткичи 3% гача камайди.

Чаноқ сон бўғимини жарохатларида чаноқ сон бўғимида давомий оғриқлар, функционал бузилишлар, харакат амплитудасининг 5 градусдан кўп бўлган харкат чекланишларида рентгенология текшириш натижасида суяк тўқимаси бутунлиги билан кузатилган жарохатларда қўшимча мульти спирал компютер томография текшируви беморларнинг эрта муддатларда соғлигини тикланиши хамда ногиронлик кўрсаткичларини камайишига олиб келади.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КСЕНОПЛАСТИКИ + ПЛАЗМАЛИФТИНГ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Курбанов С.Х., Абдулоев М.С., Мухамедова И.Г.

Таджикский государственный медицинский университет имени Абу Али ибни Сино, Душанбе, Таджикистан

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения больных с ложными суставами костей предплечья.

Материал и методы исследования. Настоящая работа основана на результатах обследования, лечения, и оценке отдалённых результатов 16 больных, находившихся на лечении в отделении ортопедии на базе кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ГОУ « ТГМУ им. Абуали ибни Сино» за период 2022-2023 гг. Основной контингент больных составили мужчины - 12 (75%), женщин было 4 (25%); средний возраст - 33,4 ± 14 лет.

Одним из клинических проявлений не сращения перелома являлось наличие подвижности в области перелома с нарастающим болевым синдромом. При рентгенологическом исследовании наблюдается наличие щели в области перелома, склеротические изменения и диастаза в участках повреждения, формирование гипертрофической мозоли либо полное отсутствие таковой.

Результаты исследования и их обсуждение. Проведённый анализ оперативного лечения ложного сустава костей предплечья показал, что формирование ложных суставов было обусловлено наличием остеомиелита, выбором ошибочной тактики лечения, выполнением без необходимости частой смены гипсовой повязки с преждевременным ее удалением. Следует отметить, что в основе успешного лечения ложного сустава лежит стимуляция механизмов ангиогенеза и микроциркуляторных процессов в области повреждения. На состояние процессов регенерации большое влияние оказывает его течение и трофическое обеспечение, которое зависит от состояния кровообращения в области регенерации. С целью улучшения микроциркуляции в участках крупных диафизарных дефектов применялись антикоагулянты - препарат клексан, рекомендуемая доза которого составляет 40 мг 1 раз в сутки п\к течению 7 дней и антиоксиданты - препарат цитофлавин 10 мл препарата в разведении на 200мл 0,9% раствора натрия хлори-

да 1 раз в сутки в течение 10 дней. Хирургическое лечение при ложном суставе заключалось в краевой резекции ложного сустава, декортикации, открытии костномозгового канала и фиксации пластинками угловой стабильности с применением костной пластики в сочетании с плазмотерапией. Продолжительность периода сращения во многом зависит от характера и места расположения ложного сустава, варьируя от 4 до 7 месяцев. Стоит подчеркнуть, что в 14 случаях у пациентов с ложными суставами костей предплечья, которым применялась усовершенствованная методика (костная пластика в сочетании с плазмотерапией), срок сращения ложного сустава сократился на 1-1,5 месяцев. У 14 больных было достигнуто сращение ложного сустава, у 2 больных добиться этого нам не удалось. Отдалённые результаты лечения больных оценена по шкале (СОИ- 1).

Выводы. Правильно проведённая предоперационная подготовка больного, выбор метода лечения и его выполнение, оптимальный стабильно функциональный остеосинтез с применением костной пластикой + плазмалифтинг способствовал устранению ложного сустава и восстановлению функции конечности.

ПРОФИЛАКТИКА СИНДРОМА ЖИРОВОЙ ЭМБОЛИИ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ И СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ

Машарипов К., Юсупова И.А., Атажанов М.Х.

Ургенчский филиал Ташкетской медицинмкой академии, Ургенч

Современное состояние проблемы синдрома жировой эмболии (СЖЭ) при политравме характеризуется нерешенностью вопросов и недостаточным отражением в литературе данных о специфике прогнозирования, ранней объективной диагностики, несовершенством и недостаточной представленностью схем рациональной патогенетический обоснованной профилактики травматической ЖЭ.

В нашей клинике Хорезмского филиала РНЦЭМП разработан, апробирован и применяется «Способ профилактики СЖЭ у пострадавших с политравмой при переломах длинных трубчатых костей»

Цель и задачи иследования. Цель способы состоит в повышении эффективности профилактики синдрома жировой эмболии при политравме с переломами длинных трубчатых костей. Поставленная цель достигается путем проведения пункции гематомы в зоне перелома, иммобилизационного остеосинтеза, медикаментозной коррекции нарушений гомеостаза, способствующих развитию СЖЭ. Сущность предлагаемого способа заключается в следующем: производят пункцию гематомы в зоне перелома для снятия напряжения в костно-фасциальном футляре, затем производят иммобилизацию длинных трубчатых костей с применением внеочагового остеосинтеза посредством стержневого аппарата или аппарата Илизарова по принципу малоинвазивного иммобилизационного остеосинтеза, как 1-го этапа последовательного остеосинтеза. Для профилактики риска развития у пациента синдрома жировой эмболии проводят лечение по следующей схеме: вводят внутривенно 200 мг раствора мексидола на 200 мл изотонического раствора два раза в сутки, в течение 3-х дней, а последующие 2 суток – по 200 мг 2 раза в день внутримышечно. Кроме того, пациент получает эссенци-

але 40 мл в сутки внутривенно, гепарин (при отсутствии противопоказаний) по 5000 ед. 4 раза в сутки подкожно под контролем свертываемости крови в течение 5 суток. Данные препараты в таком сочетании ранее не использовались, именно предлагаемая в качестве изобретения схема профилактики СЖЭ дает положительный результат. Применение раствора мексидола для поставленной в изобретении цели является новым. Способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет окисления образующих жировую глобулу липидных компонентов и образования их водорастворимых форм, что приводит к деструкции самой капли жира.

Повышение давления в зоне перелома и внутри костно-мозгового канала является индуцирующим фактором СЖЭ. Поэтому пункция с аспирацией в зоне перелома способствует снятию напряжения в зоне перелома и соответственно в костно-мозговом канале, тем самым снижается возможность попадания жировых эмболов в сосудистое русло, за счет разности давления.

Применение способа профилактики по указанной выше схеме у 32 пациентов, с множественными и сочетанными повреждениями опорно-двигательного аппарата, способствовало профилактике развития ЖЭ, лишь у 3 пациентов отмечали проявление ЖЭ в виде кратковременного появления петехиальных высыпаний. Таким образом, становится очевидным, что особую сложность представляет собой ранняя диагностика ЖЭ, в связи с отсутствие четкой клинической картины и патогномоничных симптомов, а лабораторная диагностика малоспецифична.

Жировая эмболия встречается гораздо чаще, чем диагностируется, и может возникнуть при любом критическом состоянии.

Выводы. Предложенный способ позволяет предотвратить развитие СЖЭ за счет снижения внутрикостного давления в зоне перелома, инактивации перекисного окисления липидов, снижения дефицита высоконасыщенных фосфолипидов, которые являются естественными эмульгаторами жиров, и подавления агрегации тромбоцитов.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У ПОЖИЛЫХ

Машарипов К., Машарипов Ж.К., Бакиев Т.Б.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч

Цель исследования. Оценить варианты хирургических вмешательств у пациентов старшей возрастной группы при переломах проксимального отдела бедра и проблемы при оказании хирургической помощи.

Материалы и методы. Использованы статистические данные травматологического отделения Хорезмского филиала РНЦЭМП и Хорезмского мнгопрфильного медицинского центра по лечению переломов проксимального отдела бедра у пожилых пациентов в условиях стационара.

Результаты. В период с 2018 по 2023 гг. в отделении травматологии была внедрена в повседневную клиническую практику активная хирургическая тактика. Хирургическая активность увеличена в 3 раза по сравнению с 2008-2010 гг. При этом удалось добиться снижения летальности с 40 до 26 человек в год.

В 2018-2022г г. из 254 госпитализированных пожилых пациентов с переломами проксимального отдела бедра хирургическое лечение проведено в 92%(233) случаев: 150 операции остеосинтеза и 104 операций эндопротезирования.

При переломах проксимального отдела бедра используются следующие виды вмешательств: перкутанный остеосинтез шейки бедренной кости канюлированными винтами, политензофасцикулярный остеосинтез шейки бедренной кости пучками V-спиц по методике проф. А.Ф. Лазарева, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезом цементной фиксации с двойной мобильностью, гемиартропластика т\бедренного сустава. Остеосинтез выполняется в возрастной группе 60-70 лет, тотальное эндопротезирование т\б сустав в группе 70-85 лет, гемиартропластика т\б сустава выполняется пациентам старше 85лет. Возможные осложнения после перелома: ТЭЛА, делирий, пролежни, обострение сопутствующей патологии. В послеоперационном периоде проводится: эластическая компрессия н\конечностей, назначение низкомолекулярных гепаринов через 6 часов после операции, АБ-профилактика, обезболивание (трамадол, дексалгин), активизация пациента в пределах постели на следующие сутки (пациент сидит, свешивая ноги), вертикализация пациента и обучение самостоятельному передвижению при помощи ходунков на вторые сутки после операции.

Выводы. С целью предотвращения осложнений лучшей клинической практикой является только хирургическое лечение, экстренная госпитализация пожилого пациента после перелома проксимального отдела бедра, поскольку при выполнении операции позднее 48 часов от момента перелома многократно возрастает риск делирия. Оптимален командный метод работы: травматолог/терапевт/анестезиолог/реабилитолог. Необходимо экономическое стимулирование хирургического лечения при переломах бедра. Пути повышения хирургической активности при переломах бедра: материально-техническое оснащение травматологических центров, преодоление профессиональной инертности, решение проблемы кадрового дефицита.

РАЗРАБОТАННЫЙ НОВЫЙ ПОДХОД К ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМУ МОДЕЛИРОВАНИЮ ПСЕВДОАРТРОЗА

Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К., Тураев Ш.Х.

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

Посттравматические псевдоартрозы (синоним ложный сустав) составляют 2-3 % среди всех переломов. Чаще всего они возникают на большеберцовой кости, костях предплечья, реже — на бедренной и плечевой костях. Врождённые псевдоартрозы локализуются на голени и составляют 0,5% от всей врождённой патологии опорно-двигательного аппарата.

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 вмешательства по латеральной поверхности бедра осуществляли продольный разрез кожи и подкожной жировой клетчатки. Разъединяли глубжележащие 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 преклинических исследований – отработки методов биологической и фармакологической терапии, хирургической тактики лечения с использовнием новых биоматериалов и др.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Кадамбоев М.Г.

Ургенчский филиал Ташкентской медицисчнкой академии, Ургенч

Повреждение лучевого нерва даже в условиях оказания высококвалифицированной помощи развиваются стойкие нейрогенные контрактуры, вызванные денервацией мышц с различной степенью выраженности нарушения функции и к

стойкой деформации кисти и как следствие – к инвалидности пациентов.

С 2020 по 2024 года в центре «Центр реабилитации и протезирования инвалидов Хорезмского областа" находились 24 больных с повреждением лучевого нерва. Повреждение лучевого нерва была при закрытых переломах плеча, в средней и нижней трети плеча у-14., на уровне локтевого сгиба у 3, на уровне верхней трети предплечья у 7 больных, ятрогенных ранений во время остеосинтеза плечевой кости у 2 больных.

При частичных блокадах проводимости нерва, когда явно не нарушено целостности нерва у 11 больных проводили выжидательная тактика.

При полном нарушении проводимости нерва с выпадением чувствительности на кисти и функции мышц задней группы предплечья у 7 больным произведена нейрорафию (сшивание нерва - восстановление его анатомической непрерывности), у 5 больным произведено невролиз (ревизия нервного ствола и освобождение нерва от рубцов). Основным методам лечения при бесперспективности восстановления лучевого нерва является транспозиция сухожилий сгибателей на сухожилия разгибатели у 12 больных.

Отдаленные результаты восстановительного лечения прослежено у 23 больных, что составляет 95,8%. Результаты оценивались по 3 большой системе, в зависимости от жалоб больного, трудоспособности и данных объективных исследований. Хорошие у – 18 (78,2 %), удовлетворительные у - 4 (17,5 %), неудовлетворительные у - 1 (4,3 %) больных.

Таким образом, оперативное лечение пациентов с застарелыми повреждениями лучевого нерва включает рациональное использование хирургических методик. В ранние сроки госпитализации предпочтительным является восстановление лучевого нерва. В поздние сроки требуется применение различных вариантов сухожильно-мышечных транспозиций и консервативных методов лечения, что способствует восстановлению функции конечности, возвращению трудоспособности и значительному снижению отдалённых осложнений.

Выводы:

1. В случаях компрессии нервов применяется невролиз, при полных повреждениях – нейрорафия (сшивание конца в конец); в случаях дефекта нерва – аутонейропластика.

2. При параличе нервов производится транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатели.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПОЗИЦИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ НА РАЗГИБАТЕЛИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ СТОЙКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нуримов Г.К. [1]***, Асилова С.У.*** [2]***, Г.Г. Кадамбоева*** [1]

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч[1]*,*
Ташкентская медицинская академия[2]

Актуальность: Повреждение периферических нервов на уровне плеча и предплечья является нередкой травмой. Особое внимание заслуживает повреждение лучевого нерва, приводят к стойкой деформации кисти и инвалидности.

Лучевой нерв повреждается при закрытых травмах-переломах плечевой кости, открытых повреждениях в нижней трети плеча и на уровне локтевого сгиба, ятрогенных ранений во время остеосинтеза плечевой кости. При полном нарушении проводимости нерва с выпадением чувствительности на кисти и функции мышц задней группы предплечья невозможно избежать операции.

Существует много методов лечения повреждений нервов направленных на восстановление целостности нервного ствола и восстановления функции с применением современной микрохирургической техники, электростимуляции нервных стволов после операционном периоде.

Основным методом лечения при бесперспективности восстановления лучевого нерва является транспозиция сухожилий сгибателей на сухожилия разгибатели. В 1898г.Franke произвел мышечно-сухожильную транспозицию при параличе лучевого нерва, он укоротил лучевой разгибатель кисти, пересадил локтевой сгибатель кисти на общий разгибатель пальцев, а часть расщепленного сухожилия лучевого сгибателя кисти на длинный разгибатель 1 –го пальца.

В центр реабилитации и протезирования инвалидов Хорезмской области и специализированной центр хирургии суставов и кисти при многопрофильной клиники ТМА 2016-2024 г. находилась 57 больных с повреждениями лучевого нерва. Больным произведена нейрорафия у 4, невролиз у 10, невролиз с транспозицией у-9 и транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатель разных вариантах у 34 больных

Комбинация донорских сухожилий с наложением сухожильного шва: сухожилие лучевого сгибателя кисти – на сухожилия разгибателя и длинной отводящей мышцы 1-го пальца, сухожилие локтевого сгибателя кисти – на сухожилия разгибателей – 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев. В послеоперационном периоде производилась гипсовая иммобилизация в течение 4 недель. На второй недели не снимая гипсовой лангеты, пациент выполняет изометрические движения с перерывами не более 10 минут. Спустя еще 2 недели упражнения выполняются без шины или гипсовой лангеты: постепенное дозированное увеличение движений перемещенной мышцы. Массаж, упражнения с мячом, электростимуляция мышц кисти – амплипульс, теплые ванны – подводный массаж, парафиновые аппликации, магнитотерапия , трудотерапия.

Исход после транспозиции с хорошем функциональным результатом отмечено у 89% и 6% получен удовлетворительный результатом.

Выводы: Таким образом, для восстановления разгибательного аппарата кисти, при стойком повреждении лучевого нерва выполнение мышечно-сухожильной транспозиции обеспечивают положительный функциональный результат.

Транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатели является основным методом лечения при стойком повреждении лучевого нерва, обеспечивая положительный функциональный результат у большинства пациентов.

Эффективность данного метода подтверждается высоким процентом хороших результатов (89%), однако существуют случаи, требующие дополнительного внимания и возможного совершенствования лечебных подходов.

Необходимо продолжать исследования и оптимизацию методов реабилитации для повышения процентного соотношения удовлетворительных результатов и снижения осложнений.

RECENT ADVANCEMENTS IN MASSIVE ROTATOR CUFF TEAR MANAGEMENT- SYNTHETIC PATCH AND SUBACROMIAL BALLOON SPACER

Oberoi Inderpreet Singh

Artemis hospital, India

Rotator cuff tears commonly cause shoulder weakness and reduced quality of life in the elderly. Though most of them are small & asymptomatic, about 40% are reported as massive retracted cuff tears.

The crux of any cuff repair involves tension-free excursion of a healthy muscle-tendon unit covering the entire footprint leading to tendon-to-bone healing. Medialized partial cuff repairs have high retear rates with large uncovered footprint. Superior Capsular Reconstruction is a technically demanding surgery with favorable results. Tendon transfers are excellent in atrophied/ fatty degenerated muscle with pseudo-paralysis but they are technically demanding surgeries and require diligent rehab involving muscle activation education which might be too demanding in the elderly. Reverse shoulder arthroplasty can provide a good pain-free range of motion but it is unsuitable for the younger population. Moreover, infection, periprosthetic fractures, and neurovascular injuries are notable complications of the procedure.

Relatively newer options include synthetic patch augmentation & subacromial balloon spacer. Synthetic patch augmentation covers the bursal surface of a partially/ completely repaired cuff and the entire footprint, bridging any gaps in the process. It offloads the repair site by redistributing the load over a larger surface area and provides a scaffold over which tendon ingrowth can occur. It is invaluable in the repair of degenerative tears where the quality of the tendon is questionable. Though the synthetic material is inert and doesn't cause foreign body reaction, infection is still a possibility.

A subacromial balloon spacer reverses the altered glenohumeral mechanics of massive cuff tears by depressing the head, improving the loading mechanics of the deltoid. It can be performed quickly with less blood loss which can be invaluable in the elderly with multiple medical comorbidities. It can be performed as an interim procedure for any eventual reverse shoulder arthroplasty. Baloon migration and rupture are notable complications.

A failed conservatively managed massive cuff tear can be a surgeon's nightmare since there are no well-defined surgical algorithms. Synthetic patch augmentation & subacromial balloon spacer represent promising newer arsenal in the ever-increasing armamentarium for managing massive rotator cuff tears though longer duration studies & RCT s are needed to cement their presence on the surgical shelf.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ БЛОКИРУЮЩЕЙ ПЛАСТИНОЙ

Равшанов Ш.Н.

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

Введение. Внутрисуставные переломы пяточной кости представляют собой сложные травмы, требующие хирургического вмешательства для восстановления анатомии и функции пятки. Оперативное лечение позволяет добиться лучшего восстановления анатомии пяточной кости, имеет лучшие функциональные исходы. Однако оно сопряжено с более высоким количеством осложнений: проблемы заживления послеоперационной раны, инфекция и неврологические осложнения.

Цель: оценить результаты хирургического лечения внутрисуставных переломов пяточной кости с использованием блокирующих пластин.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО в период с 2019 по 2024 год. В исследование вошли 127 пациентов с переломами пяточной кости, из них 55 имели неправильно срастающиеся переломы. Операции проводились через 5-7 дней после травмы, все пациенты подвергались открытой репозиции с накостным остеосинтезом. Оценка результатов: Оценка проводилась с использованием шкалы AOFAS для лодыжки и заднего отдела стопы.

Результаты. Из 127 проанализированных случаев:

Некроз кожи наблюдался у 2,3% (n=3) пациентов.

Инфекционные осложнения развились у 1,6% (n=2).

Подтаранный артроз был зафиксирован у 11,8% (n=15) больных.

Нарушение чувствительности наблюдалось у 3,1% (n=4) пациентов.

Отличные и хорошие результаты по шкале AOFAS были достигнуты у 82,2% (n=103) пациентов.

Обсуждение. Блокирующие компрессионные пластины продемонстрировали лучшие результаты и меньшее количество осложнений при лечении внутрисуставных переломов пяточной кости. В нашей практике наблюдается меньшая частота послеоперационных осложнений по сравнению с опубликованными данными (3,9% по сравнению с 13,6%), однако частота подтаранного артроза в нашем исследовании выше (11,8% по сравнению с 1,2%). Это подчеркивает важность дальнейшего совершенствования методов лечения и повышения квалификации хирургов.

Заключение. Блокирующие компрессионные пластины являются предпочтительным методом для лечения внутрисуставных переломов пяточной кости, так как они связаны с меньшим числом осложнений и лучшими клиническими результатами.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ: АНАЛИЗ ОШИБОК И ОСЛОЖНЕНИЙ

Равшанов Ш.Н.

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

Введение. Переломы пяточной кости представляют собой сложную патологию, среди переломов костей стопы. Большинство из них являются внутрисуставными, что значительно усложняет лечение и повышает риск осложнений. В нашем исследовании мы сосредоточились на анализе ошибок и осложнений, возникших при хирургическом лечении данных переломов, и стремились выявить пути их устранения.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО в период с 2019 по 2024 год. В исследование вошли 127 пациентов с переломами пяточной кости, из них 55 имели неправильно срастающиеся переломы. Операции проводились через 5-7 дней после травмы, все пациенты подвергались открытой репозиции с накостным остеосинтезом. Оценивались частота и типы послеоперационных осложнений, а также исходы лечения.

Результаты. Из 127 проанализированных случаев:

Некроз кожи наблюдался у 2,3% (n=3) пациентов.

Инфекционные осложнения развились у 1,6% (n=2).

Подтаранный артроз был зафиксирован у 11,8% (n=15) больных.

Нарушение чувствительности наблюдалось у 3,1% (n=4) пациентов.

Отличные и хорошие результаты лечения были у 82,2% (n=103) пациентов.

Обсуждение. Наше исследование показало, что несмотря на успешное снижение частоты инфекционных осложнений и некроза кожи, частота подтаранного артроза в нашем отделении была выше по сравнению с данными из литературы. Это указывает на необходимость дальнейшего улучшения методов профилактики и лечения данного осложнения. Квалификация хирурга, техническое оснащение операционной и соблюдение строгих правил асептики оказали значительное влияние на снижение частоты осложнений. Накопление опыта хирурга также способствует улучшению результатов лечения.

Заключение. Анализ показал, что современное оборудование и высокий уровень квалификации хирургов существенно уменьшают риск инфекционных осложнений и некроза кожи при хирургическом лечении переломов пяточной кости. Однако проблема подтаранного артроза остается актуальной и требует дальнейшего исследования и совершенствования методов лечения.

РОЛЬ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЛОДЫЖЕК ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Равшанов Ш.Н., Худаёров Ф.Р., Иботов Б.И., Эргашов М.М., Толочко К.П., Неьматжонов Б.О., Хасанбоев С.Х.

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

Актуальность. Переломы лодыжек являются наиболее распространенным типом перелома среди переломов конечностей. Этот тип перелома возникает из-за высокоэнергетической травмы и встречается чаще у женщин и у мужчин активного возраста. Оперативное лечение рекомендуется при значительном смещении или с целью восстановления стабильности и анатомию голеностопного сустава. Однако результат даже очень качественно проведенного хирургического вмешательства может быть неудовлетворительной при отсутствии своевременной реабилитации.

Материалы и методы. В период с июля 2023 по июль 2024, 162 пациента были прооперированы по поводу переломов лодыжек в отделении хирургии кисти и стопы РСНПМЦТО МЗ РУз. Средний возраст прооперированных пациентов составлял 32,5 года. 78 пациентов были мужского пола и 84 мужского. Изолированные переломы наружной лодыжки встречались в 45 случаях, переломы обеих лодыжек в 101 случаях и трехлодыжечные переломы в 16 случаях. У всех пациентов была произведена операция – остеосинтез LCP пластинами и винтами. У всех пациентов прооперированная конечность иммобилизирована пластиковой повязкой на срок 4 недели. На 29-30й день снята пластиковая повязка и начаты реабилитационные упражнения для восстановлении функции голеностопного сустава. Для увеличения диапазона тыльного сгибания голеностопного сустава было назначено движение Маллигана. Дозированння нагрузка на оперированную конечность разрещалась с 7-й недели. Пациентом было рекомендовано ношение компрессионныз чулков на 4 недели с момента снятия гипса для предотвращения отека и венозного застоя. Пациентам были назначены физиотерапевтические процедруры: Ультразвук и электрофорез голеностопного става. Позиционные винты удалялись на 12-14й недели после операции.

Результаты: У пациентов которые полноценно выполняли реабилитационные рекомендации наблюдались положительные результаты- полное восстановление амплитуды движения голеностопного сустава к 16-20 недели после операции, восстановление нормальной походки без хромоты и отсутствии боли и дискомфорта. У 5 пациентов, которые не наблюдались в послеоперационном периоде в течении года развивалась контрактура голеностопного сустава несмотря на полное анатомическое восстановления лодыжек.

Заключения: Послеоперационная реабилитация играет ключевую роль при переломах лодыжек для полного анатомического и функционального восстановления голеностопного сустава. Отсутствии своевременной реабилитации может привезти к вторичным осложнения т.к. контрактура и туго подвижность 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 несросшимся переломами и ложными суставами диафиза костей предплечья, получивших лечение за период 2021 по 2023 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 дистракции 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.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСРОСШИМСЯ ПЕРЕЛОМАМИ И ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ КОСТЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К., Тураев Ш.Х.

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

Цель исследования: Учитывая вышесказанное, нами изучены особенности изменения клеточного и гуморального звена иммунитета, а также функционирования активационных маркеров лимфоцитов у больных с несросшимся переломами и ложными суставами костей верхней конечности.

За период 2021-2023гг. в отделении взрослой травматологии НИИТО МЗ РУз. получили лечение 123 больных с несросшимся переломами и ложными суставами костей верхней конечности, 57 больным проведены иммунологические исследования. А также иммунологические исследования проведены у 23 здоровых людей.

- I группа: группа здоровых людей n= 23.
- II группа леченные с применением кукумазима n=36.
- III группа леченные с применеием костного мозга+кукумазима n= 21.

Для оценки состояния иммунной системы используются следующие методы: выделение лимфоцитов из периферической крови на градиенте фиколл-верографин, определение субпопуляционного состава лимфоцитов с помощью моноклональных антител CD3, CD4, CD8, CD16, CD19, CD38, CD25 и CD95 определение концентрации иммуноглобулинов A, M, G.

Оценку состояния иммунной системы проводили по экспрессии антигенов CD – дифференцировочных и активационных. Определяли следующие маркеры иммунокомпетентных клеток: CD3 – Т-лимфоциты, CD4 – Т-хелперы/индукторы, CD8 – Т-супрессоры/цитоксические лимфоциты, CD19 – В-лимфоциты, CD16 – естественные киллеры, а также CD25+ – лимфоциты, несущие рецепторы к ☒-цеф пи ИЛ-2, CD95+ – апоптоз. Экспрессию рецепторов CD проводили в реакции розеткообразования с помощью моноклональных антител.

Проведенные иммунологические исследования показали, что при несросшихся переломах и ложных суставах костей верхней конечности, при комплексном применении механического (КДО), химического (введение кукумазима) и биологического (костный мозг) факторов воздействия на репаративный остеогенез, наблюдается повышение показателей клеточного и гуморального звена иммунитета.

РОЛЬ КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННОГО ОСТЕОСИНТЕЗА С ВВЕДЕНИЕМ КУКУМАЗИМА И КОСТНОГО МОЗГА ПРИ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ И ЛОЖНЫХ СУСТАВАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Гаипов З.А., Кахрамонов С.К., Тураев Ш.Х.

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

Ложные суставы и несрашение плечевой кости являются наиболее тяжелым и нередким осложнением переломов этой области. Ложные суставы плечевой кости в практике восстановительной хирургии, по данным разных авторов, составляют 31-47% по отношению ко всем псевдоартрозам длинных трубчатых костей.

Цель исследования - изучение эффективности метода чрескостного компрессионного - дистракционного остеосинтеза с применением кукумазима и костного мозга при лечения несросшихся переломов и ложных суставов плечевой кости.

Наше сообщение основано на изучении результатов лечения 51 больных с несросшимися переломами и ложными суставами плечевой кости, получивших лечение за период 2021 по 2023 гг. в отделении взрослой травматологии НИИТО МЗ РУз. Из них мужчины составили-23 женщины-28. Абсолютное большинство больных были в возрасте от 18 до 60 лет.

При предлагаемом способе под общим наркозом для ускоренного сращения костных отломков, включающем предварительное осуществление правильной ориентации костных фрагментов с исправлением оси и устранением укорочения сегмента в условиях стабильного остеосинтеза, введение в область ложного сустава препарата, ускоряющего костную регенерацию, причем в область ложного сустава за сутки до операции вводят кукумазим в дозе 50 ПЕ. На следующий день после введения кукумазима в стерильных условиях под общим обезболиванием в положении больного на спине накладывают аппарат Илизарова на поврежденный сегмент. Затем из толщы гребня подвздошной кости производиться забор смеси костного мозга в объеме 2 мл. Взятый костный мозг вводят в область ложного сустава в асептических условиях. Введение красного костного мозга в область ложного сустава приводит к образованию гематомы, богатой кальцием, что ускоряет регенерацию костной ткани в очаге повреждения. После этого накладывают асептическую повязку на поврежденный участок, вокруг спиц аппарата Илизарова и в места вкола иглы.

Введение кукумазима способствует фибринолизу, а введение смеси костного мозга, взятого из гребня подвздошной кости, способствует оптимизации процесса регенерации костной ткани. Наложение аппарата Илизарова обеспечивает стабильность фиксации костных отломков.

Со следующего дня начинают дистракцию аппаратом Илизарова, что способствует увеличению гематомы. После достижения необходимой дистракции производят рентгенографию в двух проекциях, при наличии остаточных смещений производят компрессию с помощью аппарата Илизарова.

Отдаленные результаты изучены у 44 больных в сроки от 1 года до 3 лет. Хороший исход отмечен в 75% случаях, удовлетворительный у 18,1%, неудовлетворительный у 6,9% больных (у трех больных признаки регенерации не отмечены, которым произведены повторные операции с применением аутокостной пластики).

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Салиев С.М., Ирисметов М.Э.

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

Введение: Дегенеративные повреждения вращательной манжеты плеча представляют собой значительную проблему в ортопедии, занимая третье место среди наиболее частых дегенеративных заболеваний после патологий коленного сустава и позвоночника. Хроническая травматизация мышц ротаторов плеча является основной причиной развития данной патологии, особенно у лиц старшего возраста. Традиционные методы диагностики и лечения, включая субакромиальную декомпрессию и артроскопическую фиксацию, часто оказываются недостаточно эффективными.

Методы и материалы: Целью нашего исследования является улучшение результатов лечения пациентов с дегенеративными повреждениями вращательной манжеты плеча путем совершенствования диагностики и разработки нового хирургического подхода. В исследовании приняли участие 72 пациента, которым были проведены комплексные клинические, лучевые и статистические исследования. Пациенты были разделены на две группы: основная группа прошла дебридемент с аутопластикой субакромиального пространства, а сравнительная — без пластики.

Результаты исследования показали, что использование аутопластики способствует более успешной реабилитации и снижает риск повторного повреждения по сравнению с традиционными методами. Также отмечено, что измерение акромиально-плечевого расстояния на рентгенограммах может служить прогностическим маркером для определения тяжести дегенеративных изменений и выбора тактики лечения.

Выводы: Таким образом, разработанный метод хирургического лечения с использованием аутопластики демонстрирует высокую эффективность и может быть рекомендован для широкого применения в клинической практике.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ РАЗРАБОТАННОЙ АППАРАТОМ НАРУЖНОЙ ФИКСАЦИИ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю., Хайитов А.А.

Ташкентской медицинской академии, Ташкент

Цель: улучшить результаты лечения больных с переломами вертлужной впадины разработанным стержневым аппаратом.

В отделении экстренной травматологии Многопрофильной клиники Ташкентской Медицинской Академии с 2019 по 2024г.г. проводились оперативное лечение разработанной стержневой аппаратом наружной фиксации 9 пациентам. Все пациентв была мужского пола. Возраст пациентов варьировал от 28 до 56 лет. Все пациенты получили травму во время работе, высотными, т.е. упали около 3-4 метра высоты. Согласно по АО классификации -2018. B3.1; B3.3 C1 и C3

Всем пациентам после проведения соответствующих клинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования были проведены оперативное вмешательство.

Нами разработан стержневой аппарат (патент FAP 01441 от 26.11.2019г. Способ лечения переломов костей таза, вертлужной впадины и центральных вывихов головки бедренной кости). Оперативное вмешательство проведено под спинномозговой анестезией и под контролем электронно – оптическом преобразователь. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 2-3 сутки всем пациентам начинали ЛФК и начинали ходить при помощи костылей через 4 недель, без нагрузки поврежденной нижней конечности. У всех больных клинически оценивали боли при нагрузке поврежденной конечности, амплитуды движений в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах, также оценивалось состояние мягких тканей вокруг костных стержней. Средняя продолжительность стационарного лечения составило 9,7 суток. Пациентам разрешали ходить через 10 месяцев после операции. Проводили контрольно-динамический рентгенография через 2, 4 и 6 и 12 месяцах. Демонтаж аппарата проводили после клинико – рентгенологических исследований: при отсутствии боли и отеков на поврежденной конечности и наличии рентгенологических признаков консолидации перелома костей таза. Средней срок фиксации составило 120 ± 25 дней.

Преимущество предложенного нами стержневого аппарата являются: из-за мининвазивности - можно использовать в первые часы после травмы и ранняя стабильная фиксация костей таза способствует остановке кровотечения, уменьшению болевого синдрома и является важных моментов противошоковых мероприятий; технические условия и компоновность обеспечивают репозицию костных отломков, и даёт стабильную фиксацию; имеется различных вариантов компоновки аппарата в зависимости от переломов костей таза и возможность монтажа аппарата системы «таз-бедро» позволяет репонироват костных отломков дно вертлужной впадины; облегчает уход за больным и обеспечивает возможность проведения ранней активизации и уменьшает различных вторичных осложнений.

Таким образом, предложенная новая модель аппарата позволяет стабильно фиксировать не только переломы костей таза, вертлужной впадины и централь-

ные вывихи головки бедренной кости, но и успешно вправлять центральные вывихи головки бедренной кости без технических трудностей, осуществляя репозицию костных отломков дна вертлужной впадины.

ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ В ПЕРИОДАХ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю., Хайитов А.А.

Ташкентской медицинской академии, Ташкент

Цель работы: изучить причин летальных исходов у пациентов с множественными повреждениями в периодах травматической болезни.

Для достижения цели изучено 62 пациента с множественными повреждниями и летальными исходами, находившихся на лечении в Многопрофильной клинике Ташкентской медицинской академии, за период с 2010 по 2022 г.г. Среди поступивших больных с множественной и сочетанной травмой летальный исход преобладал у лиц мужского пола 45 (72,6 %), чем у женщин – 17 (27,4 %). По возрасту больные распределялись следующим образом: до 20 лет - 3 (4,8 %) человека, от 21 до 55 лет - 41 (66,1%) пострадавший, в группе старше 56 лет - 18 (29%) случаев. Летальный исход в большинстве случаев наблюдался в группе лиц наиболее трудоспособного возраста, что ставит данную проблему в разряд социально значимых.

По механизму травматизма было выявлено, что наиболее высокие показатели госпитальной летальности, были у пациентов, получивших травму в результате ДТП (49; 79%). Травмы в результате падения с высоты были отмечены у 4 (6,45%) пострадавших, при криминальных и производственных травмах соответственно 2 (3,2%) и 3 (4,8%) пациента и бытовая травма – у 4 (6,45%).

Для анализа зависимости летальности от длительности пребывания в стационаре были выделены три группы умерших, соответствующие острой (1-3 сутки), ранней (4-14 суток) и поздней (более 14 суток) стадиям травматической болезни.

Распределение по срокам травматической болезни было следующим: в остром периоде умерло - 39 (62,9%) больных, из них доля д суточной летальности составила - 50 %, в раннем периоде ТБ погибло 11 (17,7%) и в позднем периоде - 12 (19,4%) больных. Как правило, на 1-й неделе летальные исходы были связаны с тяжестью полученной травмы, кровопотерей, шоком и ПОН, а в более поздние сроки - с развитием гнойно-септических осложнений.

У всех пациентов при госпитализации политравма оценивалась, как крайне тяжелая (47,75±1,07 баллов по ISS). У выживших в первые 24 часа были констатированы тяжелейшие опасные для жизни осложнения, чаще связанные с развитием тяжелой полиорганной недостаточности, ставшие непосредственной причиной смерти.

Анализ летальности по доминирующему повреждению показал следующие результаты: доминирующие повреждения двух и более областей были верифицированы у 19 (30,6 %) пациентов, доминирующие повреждения органов груди и живота - у 21 (33,9%) больных. Относительно низкими показатели летальности

были у пострадавших с пациентов с доминирующей скелетной травмой - 12 (19,4 %) и ЧМТ - 10 (16,1 %).

Госпитальная летальность напрямую зависела от тяжести травматического шока на момент поступления пострадавшего в стационар. Травматический шок различной степени выраженности при поступлении наблюдали у 44 (70,7%) пострадавших. Из пострадавших с I степенью травматического шока умерло 3 (6,8%), со II степенью - 7 (15,9%), с III степенью - 21 (47,7%) и с IV степенью - 13 (29,6 %).

У 62 пострадавших было выполнено 36 различных оперативных вмешательств, хирургическая активность составила - 58%. В первые сутки по экстренным и неотложным показаниям было оперировано - 24 (66,7%) больных, в более поздние сроки - 13 (36,1%). Высокая летальность в остром периоде ТБ и высокая хирургическая активность в отношении повреждений была обусловлена тяжестью повреждения и тяжестью состояния пострадавших. Среди них преобладали оперативные вмешательства по поводу повреждений внутренних органов - 19 (52,7%), затем шли операции на ОДА - 12 (33,3%), далее операции при повреждениях черепа и головного мозга - 3 (8,3%) и на магистральных сосудах конечностей - 2 (5,5%).

Наиболее частой причиной развития летальных исходов в остром периоде ТБ явился травматический шок - 23 (37%) вследствие сочетаной тяжелой травмы, на втором месте - кровопотеря 9 (14,5%). У 4 (6,45%) пострадавших с ведущей ЧМТ летальный исход наступил в основном от отека и дислокации головного мозга повреждением стволовых отделов. От острой кровопотери и шока умерло 32 пациента, из них оперативные вмешательства были проведены только 7 (11,3%) пострадавшим. 4 пациента, госпитализированные в реанимационное отделение не прожили 3 часов.

Также непосредственным причинами смерти являлись: пневмония и РДСВ - 5 (8,1%), гнойная интоксикация из нагноившихся ран и открытых переломов - 3 (4,8 %), ТЭЛА - 4 (6,5%), жировая эмболия - 5 (8,1%) на 4-14 сутки.

У 7 (11,3%) пациентов причинами летальных исходов явилась ПОН, развитие которой соответствовало второму периоду травматической болезни. В развитии ПОН важное место занимал возраст пострадавших, так как в 52,7% случаях данное осложнение развилось у лиц старше 60 лет.

У 2 (3,2%) пациентов развитие ТЭЛА наблюдалось на 4-14 сутки, у остальных она возникла на 2-3 неделе после травмы и имела молниеносную форму течения. Из грозных осложнений в раннем периоде травматическая болезнь наблюдалась и жировая эмболия, которая в наших наблюдениях была выявлена и явилась непосредственной причиной смерти у 5 (8,1%) пациентов.

Ещё одним из грозных осложнений в раннем периоде травматической болезни явился сепсис. Так летальный исход в результате генерализации инфекционного процесса (сепсиса) был отмечен у 3 пациентов (4,8%). Данное осложнение у 1 (1,6%) пациента развилось на 10-й день после травмы, чему способствовала имевшаяся соматическая патология, у остальных 2-х (3,2%) пациентов осложнение развилось спустя 10-14 дней после травмы.

Основной причиной развития генерализованной инфекции были обширные травматические повреждения мягких тканей конечностей, осложненной гнойной инфекцией. Высокоэнергетическое повреждение, сопровождающееся нестабильной гемодинамикой, развитием различного рода осложнений, на фоне

пожилого возраста и неблагоприятного коморбидного фона способствовало обострению терапевтических заболеваний. У 2 (3,2%) пациентов причиной летального исхода было развитие острого инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома. Данное осложнение развивалось у 1 пациента на 3 сутки и у 1 пациента - спустя 10 дней с момента получения травмы.

Таким образом, высокий показатель летальности был связан главным образом с высокоэнергетической травмой и падением с высоты при наличии черепно-мозговых травм и повреждений внутренних органов, особенно при их сочетании. Была выявлена прямая зависимость уровня летальности от степени тяжести травматического шока и доминирующих повреждений двух и более анатомических областей при поступлении пострадавших. Ведущими причинами летального исхода у пациентов с политравмами в остром периоде являлась травматическая болезнь.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Солдатов Ю.П., Столбиков С.А., Лукин С.Ю., Ходжанов И.Ю.

ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А.Илизарова « Минздраа России, Курган, Россия
ГАУЗ Свердловской области «Городская больница «травматологическая», Екатеринбург, Россия
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Проблема лечения больных с повреждениями опорно-двигательной системы с каждым годом приобретает все большее значение, так как растет число пострадавших, увеличиваются инвалидность и смертность от травм. Особую остроту вопросу придает то, что большинство пострадавших - люди наиболее трудоспособного возраста - 28-40 лет - с тяжелыми травмами. В наибольшей мере это связано с увеличением дорожно-транспортного травматизма: от 40,2 до 97 % тяжелых повреждений являются результатом дорожно-транспортных происшествий. Ежегодно регистрируется все больше различных переломов костей конечностей, среди которых на долю переломов костей голени приходится 36,6 - 40 %.

Целью исследования явилось улучшение анатомо-функциональных результатов лечения больных с закрытыми диафизарными переломами костей голени.

Материал и методы. Под наблюдением находились 183 пострадавших с закрытыми переломами костей голени, которые находились на лечении в городской больнице № 36 г. Екатеринбурга (136 больных) и в НМИЦ ТО имени академика Г.А.Илизарова (47 больных). Возраст больных составил от 18 до 84 лет.

Рентгенологическим методом исследования установлено, что часто встречаемая локализация переломов диафиза большеберцовой кости - в нижней трети (41,7 %), 29,4 % переломов локализовались в средней трети диафиза большеберцовой кости, 22,2 % - в верхней трети и на границе средней и нижней трети - 6,7 %. Наименьшая распространенность закрытых переломов большеберцовой кости приходилась на верхнюю треть. Смещения костных отломков (по длине, ширине, под углом, а также торсионные смещения) констатированы в 187 случаях (96,4 %).

Переломы малоберцовой кости наблюдали во всех 194 случаях. Наиболее часто переломы в верхней трети большеберцовой кости имели оскольчатый характер (38 переломов, 88,4 % от переломов данной локализации), в средней трети - оскольчатый (29 случаев, 50,9 % от переломов данной локализации), косой (13 случаев, 22,8 %) и винтообразный (10 случаев, 17,5 %). На границе средней и нижней трети большеберцовой кости были распространены винтообразные переломы (7 случаев, 53,8 % от переломов данной локализации). В нижней трети диафиза болыпеберцовой кости большое количество переломов было представлено винтообразными (37 переломов, 45,7 %) и оскольчатыми (31 случай, 38,3 %).

В соответствии с целью и задачами работы все пострадавшие для исследования были разделены на 4 группы в зависимости от применявшейся методики лечения. У 58 пострадавших (31,7 %) с диафизарными переломами костей голени был выполнен накостный остеосинтез пластиной, у 39 (21,3 %) - интрамедуллярный остеосинтез, у 53 человек (29,0 %) был применен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, а у остальных 33 (18,0 %) - консервативное лечение (гипс, скелетное вытяжение с последующим наложением гипсовой повязки).

Результаты. Из 136 больных с закрытыми переломами диафиза большеберцовой кости, пролеченных в условиях городской больницы, у 68 возникли 119 различных осложнений. К осложнениям приводили нерациональный выбор методики лечения перелома, несоответствие размеров погружных фиксаторов размерам и анатомическим особенностям большеберцовой кости, неполная репозиция костных отломков, нестабильность системы «фиксатор-кость», неадекватная статическая нагрузка на конечность, нарушения режимов динамической нагрузки и принципов ЛФК, погрешности в управлении аппаратом Илизарова, раннее снятие швов. Осложнения в группе больных, пролеченных консервативно, составили 58,3%, накостным остеосинтезом - 26,2% от количества конечностей, оперированных данным методом, при интрамедуллярном остеосинтезе - 51,2% от количества прооперированных голеней. У больных после чрескостного остеосинтеза процент осложнений лечения составил 16,7 % от количества прооперированных сегментов данным методом. После чрескостного остеосинтеза у больных, пролеченных в нклиниках, осложнений не было.

Учитывая опыт и сведения по результатам лечения, выработаны организационные и лечебные мероприятия, направленные на снижение количества ошибок и осложнений. Организационные мероприятия: знание особенностей методов лечения, обучение травматологов-ортопедов технике остеосинтеза, соблюдение оптимальных сроков выполнения открытых операций (до 2 суток или 14-16 дней после травмы), широкое внедрение в практику больниц метода чрескостного остеосинтеза.

Заключение. Выполнение мероприятий, направленных на улучшение качества лечения, позволил добиться 99,0 % положительных исходов, а по данным литературы положительные результаты лечения оперативным методом встречаются у 68 - 97 % больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСКОЛЬЧАТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Сувонов О.С., Бекмурадова Д.С.

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

Введение. Сложное анатомическое строение дистального отдела бедренной кости, состояние костной ткани, механогенез травмы определяют локализацию, характер и тяжесть перелома. В последние десятилетия отмечаются рост травматизма в целом и в частности, этой локализации за счёт катастроф медицины. Поскольку данные переломы часто происходит в работоспособным возрасте, а доля этой популяции среди населения увеличивается. В подходах к лечению внутрисуставных переломов дистального отдела бедренной кости определяются следующие тенденции: стремление к идеальной репозиции, надежная и управляемая фиксация, ранняя функция коленного сустава, дозированная, постепенно увеличивающаяся, нагрузка на конечность. Результаты лечения больных с дистальными переломами бедренной кости во многом зависят от того, как быстро и в каком объеме возобновятся движения в коленном суставе. Результаты лечения, несмотря на хорошую анатомическую коррекцию, не всегда в функциональном смысле удовлетворяют хирургов и пациентов. Причем, чем дистальнее перелом бедренной кости, тем тяжелее контрактура коленного сустава.

Цель работы: изучить результаты лечения больных с оскольчатыми переломами дистального конца бедренной кости с использованием пластины Liss.

Материалы и методы исследования: под нашим наблюдением были 69 больных с оскольчатыми переломами дистального конца бедренной кости в возрасте от 20 до 60 лет. Распределение больных по возрасту: 20-25 лет – 15 больных (21,7%), 26-45 лет – 35 больных (50,7%) и 46-60 лет – 19 больных (27,6%). По полу: мужчины – 51 (73,9%), женщины – 18 (26,1%). Всем больным были проведены клинические и рентгенологические обследование. На основании рентгенограммы были определены методы оперативного лечения. Для изучения эффективности выбранной методы оперативного лечения больные были распределены на 3 группы. В I группе 13 (18,8%) больных, им была проведена операция сопоставление отломков, фиксация спицами Илизарова и внешняя иммобилизация гипсовой повязкой. Во II группе 22 (31,9%%) больных, им было проведено открытое сопоставление костных отломков с фиксацией пластинами и внешняя фиксация гипсовой повязкой. В III группе 34 (49,3%) больных, было проведено открытое сопоставление костных отломков с использованием стабилизирующей пластины Liss, которая фиксирует с латеральной стороны бедренной кости.

Оперативное лечение с применением стабилизирующей пластины Liss, заа ключается в стабильной фиксации многооскольчатого внутрисуставного перелома дистального конца бедренной кости. При этом обнажается коленный сустав наружным доступом. Репозиция отломков костей проводится открытым путем, временно фиксируется спицами и восстанавливается анатомическая целостность дистального конца бедренной кости. Далее фиксируется кость с наружной стороны пластиной Liss, которая охватывает до средней трети диафиза бедрен

ной кости. Пластина фиксируется с помощью стабилизирующими шурупами. После гемостаза с ревизией стабильности фиксации костных отломков на операционном столе проводится рентгенография в 2-х проекциях. Одновременно проверяется пассивное движение коленного сустава оперированной конечности. Операционная рана ушивается послойно, асептическая повязка и внешняя фиксация гипсовой повязкой.

Результаты: при изучении результатов было проведено сравнительный анализ хирургических лечений больных 3 групп, при этом обращали внимание на следующие: длительность лечения и постоперационные осложнения. В I группы 13 больных, которым была произведена фиксация отломков со спицами Илизарова, сращение костных отломков длился до 8 месяцев. Из-за долгой иммобилизации конечности наблюдались контрактуры коленного сустава и атрофия мышц прооперированной конечности. Из-за чего больные долгие время получали физиофункциональное лечение. Во II группы 22 больных, которым было произведено открытое сопоставление отломков и фиксация пластинами, внешняя фиксация гипсовой повязкой. Репаративная регенерация костных отломков продлилась не менее 6 месяцев. После снятия гипсовой повязки у всех больных наблюдались стойкие сгибательно-разгибательные контрактуры. Этим больным проводилось значительное время физиофункциональное лечение. В III группы 34 больных, у которых для фиксации была использована пластина Liss, после операции конечность фиксируется деротационным гипсовым сапожком, который предупреждает контрактуры коленного, тазобедренного суставов и атрофии мышц конечности. Через 2,5-3 месяца производили контрольную рентгенографию, в ней видны были хорошая регенерация костных тканей и после операционных осложнений не наблюдались.

Выводы. Проведенные анализы показали, что больные I и II группы долго лечились, методика фиксации спицами и простыми не компрессирующими шурупами недостаточно удержали костных отломков, наблюдались микро-движении. Из-за чего результаты лечения не удовлетворили, больных и лечащих врачей. У III группы больных, у которых костные фрагменты были фиксированы пластинами Liss, показала весьма успешных результатов. Функция коленного сустава восстанавливается за 1,5-2 месяца, мышечной атрофии редко наблюдали, со стороны мягких и костных тканей воспаление не наблюдали. Через 3-4 месяца после операции трудоспособности восстановились и не наблюдали после операционных инвалидности.

Заключение. При оскольчатым внутрисуставном переломе дистального конца бедренной кости большинство случаев не удаётся закрытая репозиция или недостаточная наружная фиксация затрудняет консервативные методы лечения. Использование пластины Liss, которая обеспечивает жесткую фиксацию отломков и возможность ранней и активной мобилизации сустава. Пластины Liss обуславливает для достижения нормального костного сращения и восстановления правильных осевых соотношений и конгруэнтности суставных поверхностей, а также для обеспечения ранней мобилизации сустава и конечности в целом.

СОН СУЯГИ ПРОКСИМАЛ КИСМИДАН СИНИШИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА БИЗНИНГ ТАЖРИБАЛАРИМИЗ

Тожибоев Д.К. Шакиров Х.Х., Максудов Ж.И., Юнусов Ш.У., Қаландаров И.Ш.

«Гавхар» ихтисослашган травматология ва ортопедия клиникаси, Тошкент

Мавзунинг долзарблиги: Сон суягининг проксимал кисми синиши (ССПКС) энг куп учрайдиган жарохатлардан бири хисобланади. Бу жарохатнинг асосий характери беморни тулик харакатдан чеклашидир.

МКБ-10 буйича ССПКС классификацияси

S72.0 сон суяги буйинчасидан синиши.

S 72.1 Сон суягининг Кўстлараро сохасидан синиши

S 72.2 сон суягининг кўстлар ости сохасидан синиши

Тадкикотнинг максади: Замонавий технологияларни кўллаган холда сон суяги проксимал кисми синишини хирургик амалиётларини тадбик килиш.

Клиник материаллар ва текшириш усуллари: «Гавхар» ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия клиникасида 2022-2024йиллар давомида 60 нафар беморда сон сон суяги кўстлар аро сохасидан синшини PFNA билан остеосинтез килиш амалиёти утказилган. Шулардан 47 (78.3%) нафар эркаклар, 13 (21.7%) нафар аёллар. Беморларнинг ёши 56 дан 92 ёшгача. 52 нафар беморда кўстлараро сохаси жарохатлари, 6 нафари кўстлараро хамда кўстлаpости сохасидан жарохат олганлардир. 2 нафари эса кўстлаpости сохасидан жарохат олган беморлар кузатилган.

Беморларга ташхис кўйишда куйидаги текширув усулларидан фойдаланилди: Рентгенологик, УТТ, МСКТ-текшируви. Бу текшириш усуллари бир-бирини тўлдиради. Асосий текширув – Рентгенологик, МСКТ-текшируви маьлумотларига асосланди.

Натижалар ва унинг мухокамаси: клиник гурухга кирган 60 бемордан 58 та беморда сон суяги проксимал кисмидаги синик бўлаклар тулик консолидация боскичини ўтади.

1 нафар беморимизда сон суяги бўйинчасидан ўтадиган антиротацион винтнинг бошчани тешиб чикиши (Cut out) ва яна 1 нафар беморимизда эса суяк булаклари битмаслиги каби асоратлар кузатилди.

клиник гурухга кирган 60 бемордан 4 нафари очик усулда (суяк булаклари сони кўплиги, тракцион столда репозиция имкони булмаганлиги учун) оператив ёндошув булган булса, колган 56 нафар бемор эса ёпик усулда PFNA билан остеосинтез килиш амалиёти утказилган.

Беморларни жаррохлик амалиётидан сунг кузатиш даври 2 йилни ташкил килади.

Хулоса: Сон суяги проксимал кисмидан кўстлараро синишида PFNA билан остеосинтез килиш амалиёти каминвазив эканлиги, беморларни эрта реабилитацион боскичга ўтиши осонлиги ва ёндош касалликлар бор беморларда карши кўрсатмалар деярли бўлмаслиги каби ютуклар мухим урин тутди ва клиникамизга тўлик тадбик этилмокда.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Толочко К.П., Равшанов Ш.Н.

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

Введение. Застарелые переломы дистального метаэпифиза (ДМЭ) лучевой кости представляют собой серьезную проблему, особенно среди пожилых людей. Переломы ДМЭ лучевой кости и локтевой кости являются наиболее распространенными переломами верхней конечности (16,2:10000) (Karl JW, 2009). Хирургическое вмешательство восстанавливает конгруэнтность сустава, но улучшение радиографических параметров не всегда приводит к лучшим клиническим результатам у пожилых пациентов (Chen Y, 2016). При адекватной и удовлетворительной первичной репозиции перелома (Dutch Society for Surgery, 2018), в частности у лиц старшей возрастной группы консервативное лечение является предпочтительным, но при вторичном смещении или же нарушении сращения перелома может требоваться хирургическое вмешательство, до 28% случаев (Selles CA, 2021).

Цель. Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с застарелыми переломами ДМЭ лучевой кости.

Материалы и методы. В отделение Хирургии Кисти и Стопы Республиканского Научно-Практического Медицинского Центра Травматологии и Ортопедии РУз обратилось 25 пациентов с жалобами на боли и ограничение движений в лучезапястном суставе с переломом ДМЭ лучевой кости в анамнезе. Средний срок обращения пациента после получения травмы составил 8,1 недель. Всем пациентам в анамнезе была произведена репозиция в травмпункте и даны рекомендации по ношению гипсовой повязки в течении 5-6 недель. Средний возраст больных 58,3 лет. Распределение по полу: 19 женщин (76%) и 6 мужчин (24%). На основании рентгенограмм и МСКТ проведенных при обращении мы можем характеризовать перелом по классификации Fernandez: 1 тип – 8 переломов (32%), 2 тип – 9 переломов (36%), 3 тип – 7 переломов (28%), 4 и 5 тип не встречались и один случай перелома по типу Die-punch. Среди пациентов с переломом первого типа по Fernandez отмечалось значительное смещение со следующими показателями: угол лучевой инклинации ⩽10°, высота лучевой кости (radial height) ⩽5 мм и ладонк ный наклон суставной поверхности ⩽5° вплоть до отрицательного. Среди пациентов с переломом 2-3 типа по Fernandez отмечалось смещением суставной поверхности на 3-4 мм и больше. При обращении пациентов основные жалобы пациентов были на болевой синдром (средний ВАШ 6,7 баллов) и ограничение движений, в частности супинация и пронация предплечья, сгибание кисти в лучезапястном суставе.

Результаты. Больным с переломом первого типа по Fernandez была произведена внесуставная корригирующая остеотомия лучевой кости с фиксация ладонной пластиной с восстановлением длины лучевой кости и угла ладонного наклона; больным со 2-ым типом – была произведена мобилизация ладонного фрагмента и фиксация ладонной пластиной. Учитывая оскольчатый характер переломов 3-го типа по Fernandez и застарелый характер перелома, при отсутствии артро-

скопического оборудования и невозможности контроля состояния суставной поверхности была произведена мобилизация отломков «одним блоком» без разобщения последних и остеосинтез ладонной пластиной. Основной целью операции было получение правильных рентгенологических параметров (наклона суставной поверхности и длины лучевой кости, лучевой инклинации), восстановление объема движения в лучезапястном суставе и объема супинации-пронации. В 3-х случаях отдаленного лечения перелома при 3-м типе по Fernandez и выраженном повреждении дистального радио-ульнарного сочленения после корригирующей остеотомии лучевой кости была произведена операция Darrach, как единственный путь восстановления супинации-пронации. В послеоперационном периоде срок иммобилизация прооперированной конечности составлял до 2-4 недель, после чего больные приступали к активной реабилитации. Оценка отдаленных результатов была проведена среди 16 пациентов (64% от всей группы) с определением значительного увеличения объема движений в период полугода после операции и уменьшением выраженного болевого синдрома до 2,3 по ВАШ.

Обсуждение. Ранняя диагностика переломов дистального отдела лучевой кости, требующих оперативного лечения, играет ключевую роль в предотвращении долгосрочных функциональных ограничений и улучшении клинических исходов, что является немаловажным упущением большинства травмпунктов. У пациентов старше 65 лет оперативное лечение переломов ДМЭ лучевой кости не имеет различий в показателях в долгосрочной перспективе (1 год или более), несмотря на улучшение рентгенологический картины, что отличается у пациентов младше 65 лет, у которых оперативное лечение не только улучшает рентгенологическую картину, но функциональные показатели (Kamal RN, 2022).

Заключение. Хирургическое лечение застарелых переломов лучевой кости играет ключевую роль в восстановлении функции запястья и уменьшении боли у пациентов. Важно учитывать индивидуальные особенности пациента и характеристики перелома при выборе метода лечения. Индивидуальная ориентированность на пациента, учитывающая индивидуальные особенности и предпочтения пациента, может принять соответствующее решение в выборе тактики лечения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ВТОРИЧНОГО ОБРАЩЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ НА УРОВНЕ КОСТНО-ФИБРОЗНОГО КАНАЛА

Толочко К.П., Равшанов Ш.Н., Неъматжонов Б.О., Худоёров Ф.Р., Иботов Б.И., Эргашов М.М.

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

Введение. Сухожилия сгибателей пальцев проходят через узкие костно-фиброзные каналы, которы обеспечивает их эффективное функционирование при сгибании пальцев. Однако, сложное анатомическое строение, высокий риск образования рубцовых спаек, ошибки хирургической техники и последующей реабилитации, приводит к большому числу осложнений, приводящих к отсроченному

восстановлению функции, а в некоторых случаях потерю возможности самообслуживания и трудоспособности.

Цель. Оценка результатов хирургического лечения повреждений сухожилий сгибателей пальцев при вторичном обращении, выявление наиболее частых ошибок и осложнений.

Материалы и методы. Наш опыт, основывается на большом числе вторичных обращений к нам пациентов, в том числе с осложненными случаями, получивших первичное хирургическое лечение, как на региональном уровне в областях РУз, так в других клиниках г. Ташкента. За период 2023-2024 гг. обратилось 46 пациентов с результатами первичного восстановления сухожилий сгибателей пальцев на уровне костно-фиброзного канала. Основными жалобами пациентов при обращении были ограничение или полное отсутствие активных сгибательных движений пальцев, наличие стойких контрактур, деформация и нарушение чувствительности пальцев. Средний возраст пациентов 32,7 лет. Распределение по полу: мужчин – 28 (60,9%), женщин – 18 (39,1%). Механизм получения травмы: бытовая травма (ранение стеклом, металлом и т.п.) – 24 случая (52,2%) и 22 случая (47,8%) производственной травмы. Срок обращения пациентов в наше отделение после получения травмы и проведенного оперативного лечения: после 4-х недель – 12 случаев (26,1%), после 8-и недель – 18 случаев (39,1%), в срок более 3-6 месяцев – 11 случаев (23,9%) и 5 случаев (10,9%) обращения через 1 год и больше. В 32 случаях (69,2%) пациенты обращались с результатами оперативного лечения сухожилий сгибателей 2-х и более пальцев.

После проведенного клинико-инструментального обследования пациентов были зафиксировано повреждения сухожилий сгибателей пальцев на уровне кольцевидной связки А2 – 25 случаев (54,4%), А3 – 6 случаев (13%), А4 – 13 случаев (28,3%) и 2 случая повреждения дистально уровня А2 (4,3%). Также необходимо отметить диагностированное повреждение как минимум одного сосудисто-нервного пучка в 8 случаях (17,4%), наличие неправильно сросшегося перелома проксимальной или средней фаланги в 7 случаях (15,2%); наличие дефекта кожи или наличие контрактуры сустава, вследствие ушивания дефекта без кожной пластики – 3 случая (6,5%). В 10 случаях (21,7%) ранее проведенное оперативное вмешательство было произведено через продольный ладонный разрез. Также стоит отметить, что при сборе анамнеза у пациентов, было отмечено, что в 84,8% случаях после оперативного восстановления сухожилий сгибателей, была наложена гипсовая повязка в сгибательном положении пальцев и лучезапястного сустава на срок до 6 недель, с абсолютным запрещением каких-либо движений прооперированных пальцев.

Показанием к оперативному лечению было отсутствие активных сгибательных движений пальцев в срок более 8 недель при наличии явных признаков нарушения техники оперативного вмешательства (продольный разрез, дефект кожи или не устранённое повреждение сосудисто-нервного пучка, неправильно сросшийся перелом), при инструментально диагностированном диастазе в области сухожильного шва и наличие контрактур в сроке более 3-х месяцев, при отсутствии положительной динамики в ходе реабилитации. В итоге 18 пациентам (39,1%) было рекомендовано обратиться к кистевому терапевту для начала реабилитации, в 28 случаях (60,9%) было проведено ревизионное или реконструктивное оперативное вмешательство.

В результате проведенной ревизии было обнаружено следующее: обширный рубцово-спаечный процесс или блок в 12 случаях (42,6%), объемный шов – 5 случаев (17,9%), диастаз на уровне сухожильного шва – 8 случаев (28,6%), ошибочное сшибание поверхностного и глубокого сгибателя пальцев в 6 случаях (21,4%), повреждение или отсутствие восстановления сосудисто-нервного пучка в 7 случаях (25%) и 50% случаев наблюдалось повреждение, в том числе и ятрогенное, системы кольцевидных связок и/или сшивание сухожилия вне костно-фиброзного канала.

В результате нами были произведены операции по устранению рубцового блока и тенолизу сухожилий сгибателей, одно- или двухэтапная тендопластика с/без восстановления системы кольцевидных связок при помощи аутотрансплантата, в отдельных случаях восстановление собственных пальцевых нервов и остеотомия-остеосинтез фаланг пальцев, кожная пластика местными тканями или ротационными лоскутами. Всем пациентам после проведенного ревизионного вмешательства были рекомендованы протоколы ранней пассивной или активной мобилизации в зависимости от конкретного случая, было рекомендовано обращение к кистевому терапевту.

Обсуждение. Знание анатомии сухожилий пальцев на уровне костно-фиброзного канала и особенностей их восстановления и реабилитации являются важными аспектами для успешного хирургического вмешательства и последующего восстановления функции руки, о чем может говорить большое число выявленных ошибок хирургической техники.

Заключение. Успешное восстановление функции пальцев после повреждений сухожилий на уровне костно-фиброзного канала зависит от тщательного соблюдения хирургической техники, использования современных швов, обеспечивающие минимальный объем и предотвращение спаек, а также внимательно подходить к выбору реабилитационных протоколов. В целях повышения качества оказываемой медицинской помощи, врачам занимающимся лечением больных с травмами и заболеваниями кисти, требуется более глубокое знание анатомии и специальная подготовка.

EFFICACY OF A NOVEL SURGICAL TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF CARPAL TUNNEL SYNDROME: A COMPARATIVE STUDY

[1]Takhirov Zh.M., [2]Asilova S.U., [2]Nurimov G.K.

[1]Urganch branch of the Tashkent Medical Academy
[2]Tashkent Medical Academy

Introduction: Surgical treatment of carpal tunnel stenosis (CTS) is a pressing problem in orthopedics. CTS is considered a common disease, affecting people of working age. Overstrain of the muscles and tendons of the hand and fingers when performing professional duties or physical exercises plays an important role in the development of CTS. CTS has characteristic clinical signs that classify it according to severity, from mild to severe. Characteristic signs of CTS are pain and paresthesia in the zone of innervation of the median nerve (a feeling of “crawling goosebumps”, burning, tingling, numbness. Along with this, there is pain in the carpal canal area, motor disturbances and decreased

sensitivity along the median nerve, positive symptoms: tunnel, Tinel , Hoffman-Falen. In the early and middle stages of the development of the disease, as a rule, conservative treatment is carried out and the wearing of orthoses that hold the wrist joint in a position safe for blood vessels and nerves. Patients are recommended to wear them on an ongoing basis, both during the day and at night. Comprehensive drug treatment is aimed at relieving inflammation, swelling and improving trophism. If conservative treatment is ineffective, surgical treatment is performed.

Materials and methods of research. The results of surgical treatment of 60 patients with carpal canal stenosis in the Department of Emergency Traumatology of the Khorezm branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Urgench and the "Family doctors" Clinic, Tashkent were studied from 2015 to 2022 Of these, there are 21 male, 39 female. At the age of 30 – 40 years – 20 patients, 41-50 years – 21 patients, 51-60 years – 15 patients and 61 and above years – 4 patients. The patients were divided into 2 groups. The main group consisted of 30 patients who were operated on according to the surgical treatment method we developed. Patients in the Control group underwent traditional methods of surgical treatment. The patients underwent dynamometry, MRI and ultrasound examinations before and after surgery. CTS is considered a common disease. People of working age are sick. CTS most often develops as a result of overstraining the muscles and tendons of the hand and fingers while performing professional duties or physical exercise.

CTS has characteristic clinical signs that classify it according to severity, from mild to severe. This disease has certain methods of diagnosis and surgical treatment. Surgical treatment is performed when conservative treatment is ineffective and when patients present late. Available methods of surgical treatment for decompression of the median nerve and increasing the volume of the carpal tunnel when dissecting the transverse carpal ligament without its subsequent suturing, which generally leads to normalization of the active state and strength of the hand and fingers within 6 months after surgery. Taking into account the above, we developed a new method of surgical treatment, which more often showed good immediate treatment results. "Method of surgical treatment of neuropathy of the median nerve in the carpal tunnel"

Thus, the use of the claimed method makes it possible to minimize the volume of the operation, eliminate the risk of damage to the nerve and great vessels, insufficient decompression, the development of cicatricial adhesions, improve the clinical result, reduce the length of hospital stay and temporary disability in patients with neuropathy of the median nerve in the carpal tunnel e. The method is simple, easy to implement, and highly effective. Recommended for wide use in practical medicine.

Thus, the new method we have developed can be used for the surgical treatment of neuropathy of the median nerve in the carpal tunnel .

After surgical treatment using the method developed by us, there is a restoration of the functions of the upper limb, pain relief, a decrease in the cicatricial adhesive process, minimization of the volume of surgical intervention, elimination of the risks of surgical complications and insufficient decompression, a reduction in the time of hospital stay, the cost of treatment, and the period of temporary disability .

The indicators were assessed before and after surgical treatment of patients with carpal tunnel syndrome. The immediate results were studied in the period from 3 to 6 months after surgery. Long-term results of treatment were carried out at 6, 9 and 12 months after surgery .

1 month after treatment in the main group, excellent and good results were obtained in 18 (57%) patients; in the control group, excellent and good results were not observed; a satisfactory result in the main group was obtained in 11 (40%), in the control group – 17 (53%). .5%), unsatisfactory results in the main group - 1 (3%), in the control group - in 2 (6.5%).

After 3 months after treatment in the main group, excellent and good results were observed in 21 (72%) patients, in the control group - in 16 (53%), satisfactory - in the main group - 8 (25%), in the control group - 13 (44%), unsatisfactory in the main group - 1 (3%), in the control group - 1 (3%).

After 6 months after treatment in the main group, excellent and good results were obtained in 24 (80.5%) patients, in the control group - in 20 (67%), satisfactory in the main group - in 6 (19.5%), in the control group - in 9 (30%), there was no unsatisfactory in the main group, in the control group - 1 (3%).

After 12 months after treatment in the main group, excellent and good results were obtained in 26 (87%) patients, in the control group - in 32 (77%) patients, satisfactory in the main group - 4 (13%) patients, in the control group - 6 (20%) , an unsatisfactory result in the main group was absent; in the control group, it was observed in 1 (3%) patient.

Thus, the surgical treatment method we developed showed a decrease in the likelihood of recurrence of tunnel neuropathy of the median nerve in the carpal tunnel; we noted not only clinical improvement in the form of regression of pain and sensory disorders, but also positive results of neurophysiological and ultrasound indicators during instrumental examination of the median nerve. treatment in both groups there were no excellent and good results, there were 5 (33.5%) satisfactory in the main group, 8 (25%) in the control group, 25 (66.5%) in the unsatisfactory main group, 22 (75%) in the control group. After 12 months after treatment the main group had excellent and good results in 26 (87%), control group 23 (77%), satisfactory in the main group 4 (13%), control group 6 (20%), unsatisfactory in the main group and no control group 1 (3%). Improvement in treatment results after surgical treatment of the main group (excellent and good results of 87 %, compared to the control group of 77%), indicates the effectiveness of this surgical treatment method.

Conclusions:

1. The advantage of surgical treatment for carpal tunnel stenosis is a pronounced reduction in pain, a decrease in swelling and an increase in the range of motion in the carpal joint, and a decrease in compression of the median nerve.

2. Regression of clinical symptoms of the median nerve, as well as improvement of conductivity along it, which is proven on the basis of neurophysiological studies.

3. Before surgical treatment, there were no excellent or good results in both groups; satisfactory results in the main group were noted in 33.5% of patients, in the control group - in 25%, after treatment after 12 months. The main group obtained excellent and good results in 87% of cases, in the control group - in 77%, improvement in treatment results indicates the effectiveness of this treatment method.

ТИРСАК БЎҒИМИ ВАЛЬГУСЛИ ДЕФОРМАЦИЯСИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЁШГА БОҒЛИҚ ХУСУСИЯТЛАРИ

Убайдуллаев Ш.Ф., Ходжанов И.Ю.

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

Болалик ёшида таянч ҳаракат тизими жароҳатларининг аксарият қисми тирсак бўғими шикастланишларига тўғри келади. Дунё миқёсида, болаларда тирсак бўғими шикастланишларини даволаш турли сезиларли қийинчиликларни туғдириб, ҳозирги кунгача болалар травматологиясининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Ушбу қийинчиликлар болаларда тирсак бўғими шикастланишларининг турли туманлиги, тирсак бўғимининг жароҳатга бўлган реактив жавоби ва бу ёшда репаратив жараёнларнинг жадал кечиши билан характерланади. Кўпчилик ҳолатларда, даволанишдан кейинги тирсак сохасида ўсишнинг давом этиши, турли хил жарроҳлик амалиётларидан кейинги жароҳатланишлар ва ҳаттоки, даволашнинг кечикиши оқибатида бу деформациялар катта ёшга ўтиб кетиши кузатилади. Ҳар хил ёшда суякларнинг жарроҳлик амалиётларидан кейинги битиш муддатларининг турли туманлиги туфайли, деформацияларни турли ёшларда бир хил усулда даволашнинг имконияти чегараланган. Чунки 10-12 ёшгача бўлган беморларда тирсак бўғими деформацияларини ташхислаш ва даволашнинг кўпчилик чоралар ишлаб чиқилган бўлиб, бу ёшларда даволаниш натижалари юқори, лекин, беморлар ёши улғая бориши билан бу беморларда даволаниш натижадорлиги пасайиб, асоратлар улуши ошиб боради. Шу сабабли, бу деформацияларни кўп йиллар давомида этапли операциялар билан даволаниши ва кейинчалик тирсак бўғимининг функционал ҳолатининг тикланиш даврининг чўзилиши бу патология билан шуғулланиш кераклигини англатади. Тирсак бўғимининг вальгусли деформациясига, тирсак нерви аксонотмезиси орқали юз берувчи периферик нейротрофик ўзгаришларга олиб келувчи асосий омил бу елка суяги бўғим юзи бошчасининг сохта бўғимидир. Бундай ҳолатларда тирсак бўғими вальгусли қийшиқлигининг асоратланган турларида жарроҳлик амалиётини бажариш вақти, унинг ҳажми ва ҳаттоки тўғри даво тактикасини танлаш ҳам ўта мураккабдир.

Бу ҳолатни охирги йиллар адабиётлари таҳлили ҳам кўрсатиб турибди, яъни ушбу жароҳатларни ташхислаш ва оператив даволаш усулларига ягона фикрлар мавжуд эмас, ҳаттоки елка суяги бўғим юзи бошчаси жароҳат муддатини инобатга олган ҳолда амалга ошириладиган ягона даволаш тактикаси ишлаб чиқилмаган. Шу сабабли, елка суяги бўғим юзи бошчаси битмаслиги ва сохта бўғимларини жарроҳлик усулида даволаш натижалари жуда ташвишли бўлиб қолмоқда. Юқорида келтирилган фикрлар, аксарият ҳолларда болалик даврига тўғри келиб, ўсмирлар ва катта ёшли беморларда тирсак бўғими вальгусли қийшиқлигини ташхислаш, даво тактикасини танлашга доир маълумотлар деярли мавжуд эмас.

Мақсад: тирсак бўғим вальгусли деформациялари мавжуд бўлган турли ёшдаги беморларни ташхислаш ва даволаш усулларини такомиллаштириш орқали даволаш натижаларини яхшилаш.

Текширишнинг предмети ва усули: 2021-2024 йиллар давомида тирсак бўғимини жарохатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини ташхиси билан 42 та

бемор даволанди. Кузатувда бўлган беморлар ёши 7 ёшдан 30 ёшгача. Кузатувдаги беморлар жарохатдан кейин 2-17 йиллардан сўнг мурожат қилиб келишган. Беморларга асосан яшаш жойида биринчи ёрдам кўрсатилган ва гипс боғламда даволанган. Ўғил болалар 22 та, киз болалар 20 тани ташкил қилади. Ўнг томонлама жароҳат асорати 17 та, чап томонлама жароҳат асорати 25 та беморда кузатилган. Бу беморларнинг барчаси Рентген, МСКТ, ЭНМГ текширувларидан ўтказилди. Бўлимда даволанган 42 та бемордан 42 тасида оператив муолажа ўтказилди. Оператив даволанган 42 та бемордан 11 тасида икки этапли операция қилинди, 31 та беморда бир этапли оператив муолажа бажарилди. Операциядан сўнг 12-14 суткаларда жарохатдаги чоклар олинди. Икки этапда қилинган операцияларда елка суягини бўғим юзи бошчаси винтлар, сихлар va Ilizarov apparati ёрдамида остеосинтез қилинди. Илизаров аппаратида остеосинтез қилинганда бирламчи суяк қадоги хосил бўлгандан сўнг (6-8 хафтада) Илизаров аппарати ечилиб тирсак бўғимида харакатлар бажаришга рухсат берилди. Бир этапда бажарилган операцияларда эса елка суягини бўғим юзи бошчаси винтлар ёрдамида остеосинтез қилиниб елка суяги дўнглар устидан коррексияловчи остеотомия қилиниб Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтеқ қилинган. Бу беморларда елка суягида бирламчи суяк қадоғи хосил бўлгандан сўнг (6-8 хафтада) Илизаров аппарати ечилиб тирсак бўғимида актив харакатлар бажаришга рухсат берилди.

Натижалар: Яқин ва узоқ натижалар 6 ойдан 3 йилгача бўлган вақт оралиғида ўрганиб чиқилди. Олинган натижалар беш баллик шкалада бахоланди. Яхши натижалар 90%ни ташкил қилди, қониқарли натижалар 10% ни, қониқарсиз натижалар кузатилмади.

Хулоса: хулоса қилиб айтганда тирсак бўғимини жарохатдан кейинги вальгусли қийшиқлигини даволаш хозирги кунда долзарблигича қолмоқда. Асоратли ҳолатларнинг келиб чиқиши асосан беморларнинг кеч мурожати, ўз вақтида тўғри ташхис қуйилмаганлиги, ўз вақтида оператив даво бажарилмаганлиги билан боғлиқ. Тирсак бўғимини жарохатдан 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.

ТРАВМАТОЛОГИК ВА НЕЙРОХИРУРГИК ЮҚОРИ ТЕХНОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КЕЙИНГИ ВЕНОЗ ТРОМБОЭМБОЛИК АСОРАТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р. , Тахиров Ж.М., Омонбоев С.А.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиали, Ургенч

Кириш: Хаёт учун ўта хавфли бўлганлиги сабабли травматологик ва нейрохирургик юқори технологик операцияларда веноз тробоэмболик асоратлар кузатилганда профилактика мақсадида 1984 йиллардан буён антикоагулянт терапия усуллари қўлланилиб келинган. Бутун дунё статистикаси бўйича оёқлар йирик бўғимларини эндопротезлаш операцияси йилига 2,5 млн кишини ташкил этади. Масалан: Германияда 2018 йилларда 548 886 та чаноқ сон ва тизза бўғимларини

эндопротезлаш операциялари бажарилган бўлса, АҚШ да 2030 йилга бориб йилига 4 млн га яқин юқоридаги эндопротезлаш операциялари бажарилиши мумкинлиги кутилмоқда. Кўпчилик ривожланган давлатларда эндопротезлаш операцияларининг сони ошиши кузатилмоқда, бунинг сабаби эса инсон умрининг узайиши, ахолининг умумий қариши ва семизликка дучор бўлаётган инсонлар сонининг ошиши билан боғлиқ.

Хирургик травмалар хажмини камайтириш, операция давомийлигини қисқартиришимиз, беморларнинг стационарларда ётиш вақтини қисқартириш, беморларни эрта даврлара ўрнидан турғазиш каби факторлар веноз тромбоэмболик асоратлар ривожланиш хавфини камайтириши мумкин, аммо шу билан бир вақтда катта травматологик ва нейрохирургик операцияларда операция сохаларида антикоагулянтлар қўлланилганда катта гематомалар кузатилиши мумкин, бу эса юзаки ва чуқур перипротез инфекцион процесслар ривожланишига олиб келади.

Ишнинг мақсади: Бу тўғридан тўғри таъсир этувчи орал антикоагулянт препаратларининг қўлланилиши тўғрисидаги маълумотлар дан келиб чиқиб юқори технологик травматологик ва нейрохирургик операцияларда веноз тромбоэмболик асоратлар профилактикасида қоннинг ивиш системасига таъсир қилмайдиган замонавий антикоагулянт препаратларни қўллаш

Текшириш материали ва усуллари: РШТЁИМ Хоразм филиалида 2018-2021 йилларда сон суяги бўйни синиши билан 66 та бемор даволанган. Улардан 38 (57,5%) тасида сон суяги бўйнидан синиб силжиши, 28 (42,4%) та беморда субкапитал синиб силжиш кузатилди. Беморлар ёши 28 дан 90 ёшгача, ўртача 60 ёшни ташкил қилади. Аёллар 33 (50%), эркаклар 33 (50 %) ни ташкил қилади.

Хозирги замон чет эл ва махаллий жахон адабиётларида ёзилишича чаноқ-сон ва тизза бўғимларини эндопротезлаш ва умуртқа поғонасида бўладиган операциялардан сўнг тромбопрофилактиканинг турли хил давомийлигини тавсия қилишади.

Антикоагулянтларни қўллашнинг юқорида кўрсатилган муддатлари травматологик операциялардан кейинги бир неча хафта давомида сақланувчи қоннинг коагуляция системасидаги ўзгаришлар билан боғлиқ, яъни қоннинг фибринолитик активлиги пасайиши, табиий антикоагулянтлар яъни АТ -3 миқдорининг пасайиши ва коагуляция активлашиши.

Веноз тромбоэмболик асоратлар койка кунининг қисқарганлиги хисобига беморларни стационар шароитидан чиқаргандан кейинги амбулатор этапда кўпроқ кузатилади. Шу сабабли амбулатор шароитларда фармакологик тромбопрофилактикани антикоагулянт препаратлар хамда оёқлардаги веналарни доимий эластик компрессияси билан бирга олиб бориш зарур.

Травматологияда веноз тромбоэмболик асоратлар профилактикасида хозирги кунгача ишлатиб келинаётган препаратлардан фракцияланмаган гепарин (НФГ), паст молекулали гепарин (НМГ), витамин К антогонистларидир, уларни 30 йилдан ортиқ ишлатилишига қарамасдан бир қатор камчиликлардан холи эмас, яъни НФГ, НМГ парентерал усулда ишлатилганлиги сабабли молиявий ва инекция учун амбулатор шароитлара кўп мехнатни талаб қилади.

Хулоса: Бугунги кундаги мавжуд қўлланилиб келинаётган тромбопрофилактика усуллари ўлим холатлари билан тугайдиган веноз тромбоэмболик асоратларнинг хаддан ташқари қисқаришига сабаб бўлмоқда. Тўғридан тўғри таъсир

доирасига эга орал антикоагулянтлар пайдо бўлганидан бошлаб, ушбу препаратлар травматологик ва нейрохирургик операциялардан кейин веноз тромбоэмболик асоратлар профилактикасида кенг қўлланилиб келинмоқда, бу эса дунёнинг кўпгина мамлакатларида ўзларининг қўлланмаларига киритилган.

ПОАК нинг афзалликларидан: Перорал усулда қўлланилиши, узоқ муддатли қабул қилиш доирасига эгалиги, доимий лабораторик назорат заруриятининг йўқлиги, озиқ овқат махсулотлари ва бошқа дори дармон препаратлари билан ўзаро кам таъсирга эгалигидир. Бошқа бир томондан эса ПОАК препаратлари яъни ривароксабан - ксарелто қўлланилганда баъзи бир камчиликлари кўпгина дори препаратлари билан ўзаро таъсирга эгалиги ва шунингдек бюуйрак орқали чиқарилиши сабабли буйрак етишмовчилиги бор беморларда коррекциялашни талаб қилишлигидир. Шундай қилиб травматология ва нейрохирургияда фармакологик тромбопрофилактика кенг йўлга қўйилиш тарихига эга бўлишига қарамасдан, жиддий текширишлар ўтказилишини талаб қилувчи кўпгина ечилмаган масалалар мавжуд.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Уразбаев А.А., Хударганов Х.Р., Омонбоев С.А.

Хорезмский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Ургенч

Цель: Предметом постоянной дискуссии врачей скорой помощи и сотрудников приемных отделений специализированных стационаров является вопрос о качестве догоспитальной диагностики.

Материал и методы: Материалом исследования явились карты скорой помощи и истории болезни 350 пострадавших, поступивших в 2020-2022 гг в РНЦЭМП Хорезмский областной филиал. Средний возраст пострадавших составил 43,3+- 1,0 года, большинство из них были мужчины: 65% травм были получены в результате дорожно транспортных происшествий, падение с высоты имели место в 20% случаев. На месте происшествия у 23 % пострадавших систолическое АД превышало 100 мм рт ст., у 38% был диагностирован шок 1- степени, у 15% -шок 2- степени, у 16% -шок 3- степени, 8% находились в терминальном состоянии. Кроме того, 25% пострадавших находились в состоянии травматической комы. Срок доставки 71,3+- 1,5 мин.

Наиболее серьезной ошибкой догоспитальной диагностики при тяжелых ранениях и травмах является неоправданное стремление к установлению максимально подробного диагноза, что сопровождается удлинением времени догоспитального этапа и дополнительной травматизацией пациента при его полном раздевании.

Обязательной должна являться диагностика на догоспитальном этапе повреждений и жизнеугрожающих последствий травмы, выявление которых требует проведения конкретных лечебных мероприятий врачом скорой помоши:

- тяжелой черепно-мозговой травмы
- тяжелой травмы позвоночника

- открытого и напряженного пневмоторакса
- ран сопровождаюшихся кровотечением

В целом на первом месте стоит выявление жизнеугрожаюших последствий травмы, которые могут привести к гибели или ухудшению состояния пострадавшего в период транспортировки, диагностика должна иметь синдромный характер. Однако, к сожалению, еше не стала общепризнанной среди практических врачей и руководителей скорой помоши.

эвентрации внутренных органов при ранении живота

переломов длинных трубчатых костей типичной ошибкой в устранении нарушений внешнего дыхания у пострадавших с тяжелой сочетенной травмой является несоблюдение показаний к интубации трахеи и ИВЛ.

Другим распространенным недостатком обезболивания на догоспитальном этапе является по –прежнему нередкое применение промедола в качестве основного , а часто и единственного средства аналгезии.

Результаты: Наиболее частые ошибки инфузионной терапии, проводимой на догоспитальном этапе связаны с тем , что ее обьем и характер не в должной мере определяются травматическими факторами. Основными недостатками являются неоправданный отказ от проведения инфузионной терапии при шоке II,III степени и терминальном состоянии , необоснованное увеличение обьема инфузии при отсутствии шока и шока I степени (9%) ,превышение максимально допустимого обьема введения коллоидных растворов (1 %).

Выводы:

1. При травме опорно-двигательного аппарата при оказании помощи и лечении показаны наркотические анальгетики, однако при сочетании повреждения конечности с черепно-мозговой травмой введение их становится противопоказанным или, например, сочетание повреждения грудной клетки и перелома плеча не даёт возможности наложить отводящую шину или торакобрахиальную гипсовую повязку.

2. Оказание помощи и лечение с множественной сочетанной травмой на догоспитальном этапе сопряжено с трудностями, связанными с тяжестью общего состояния больных и со сложностью диагностики ведущего повреждения.

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ И КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС

Уразбаев Ж.Д., Уразбаев А.А, Хударганов Х.Р.

Хорезмский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Переломы костей голени и плеча частый вид травмы. Основную массу переломов голени и плеча довольно успешно лечат консервативными методами. Одномоментная репозиция отломков при хорошем обезболивании места перелома дает возможность хорошо сопоставить отломки, а правильно наложенная гипсовая повязка удержать их в этом положении до наступления консолидации. В тех случаях, когда не удастся одномоментно сопоставить отломки, с успехом может

быть использована внутрикостная фиксация интрамедуллярных гвоздей с блокированием. Применение блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС) является - золотым стандартом -остеосинтеза диафизарных переломов длинных трубчатых костей. Интрамедуллярная фиксация большеберцовой кости может быть успешной только при переломах диафиза в пределах в проксимальном отделе менее 8-10 см от суставной поверхности, в дистальной части не менее 6- см. Высокие и низкие переломы не могут быть в достаточной степени фиксированы интрамедуллярными стержнями, введенным в костномозговой канал.

Цель: Улучшение эффективности результатов лечебно – тактического подхода с применением малоинвазивных методов остеосинтеза при переломах костей голени и плеча с внедрением метода БИОС.

Материалы и методы. С 2020.г - по 2022 г.г. в РНЦЭМП Хорезмского областного филиала у 200 больных с множественными переломами костей голени и плеча произведены – 300 операций остеосинтеза плечевой и большеберцовой костей методом БИОС. Из них 170 (56,6 %) мужчины, 130 (43,3 %)женщины. Все операции проводились с помощью электронно – оптического преобразователя (ЭОП). Оперативные вмешательства у 140 (46,6 %) больных проводили под СМА, у 80 (26,6 %) больных регионарная , у 40 (13,3%) больных перидуральная, у 40 (13,3%) больных в/в анестезия. Производилась закрытая одномоментная ручная репозиция костных отломков большеберцовой и плечевых костей, и из небольшого разреза после соответствующей обработки кожи антисептиками в области коленного сустава и проксимального эпифиза плечевой кости антеградный остеосинтез большеберцовой и плечевой кости блокирующими гвоздями продукция фирмы ChM(Польша), Irene (Китай), DoubleMedical (Китай) полые цельь ные гвозди.

Результаты: В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения начинали с 2-3 суток. Ходьба с частичной нагрузкой на поврежденную конечность разрешалась с 3-4 дня индивидуально. В раннем послеоперационном периоде у 3 больных отмечалось нагноение мягких тканей в области перелома , которое удалось купировать антибиотиками и антисептиками, в 7 случаях отмечалась замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведена динамизация гвоздя, перелом винтов – в 3, миграция винтов в 2, сращение после остеосинтеза в 290 (96,6%) случаях. Несращение у 1 больного - остеомиелит, 2-больные недавно оперированные.

Выводы.

Малоинвазивный остеосинтез переломов большеберцовой и плечевой кости с интрамедуллярными стержнями с блокированием способствует восстановлению опороспособности конечностей.

Применение малоинвазивных методов остеосинтеза позволяет сэкономить время операции, не вызывает кровопотерю, стабилизация поврежденных конечностей, снижает опасность вторичного смещения.

При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Умаров Ф.Х., Уразбаев Ж.Д.

Хорезмский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Ургенч

Переломы проксимального отдела бедренной кости (ППОБК) составляют от 3,9 до 18% среди всех переломов и являются одними из наиболее тяжелых в связи с высокой инвалидизацией и смертностью. В Международной классификации болезней-МКБ-10, переломы в области ПОБК представлены: S-72.0. Перелом шейки бедренной кости, перелом в области тазобедренного сустава; S-72.1. Чрезвертельный перелом, перелом межвертельный, перелом вертела; S-72,2. Подвертельный перелом.

Среди переломов ПОБК наиболее частым и тяжелым является перелом шейки бедренной кости.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения с переломами проксимального отдела бедренной кости с учётом факторов риска.

Материал и методы исследования. В Хорезмский филиал РНЦЭМП в 2023-2024 гг. госпитализировано 49 больных с различными переломами проксимального отдела бедренной кости. Из них число мужчин составило 23 (46,9%), женщин – 26 (53,1%). Переломы шейки бедренной кости были у 17 (34,6%) больных, чрезвертельные переломы – у 23 (46,9%), подвертельные переломы – у 9 (18,3%). Возраст больных составил от 60 до 74 лет. У всех больных в анамнезе фиксировалась низкоэнергетическая травма (падение с высоты собственного роста). При переломах шейки бедренной кости использовались классификации Garden, Pauwels. Для уточнения диагноза дополнительно проводились МСКТ исследования. С учётом возраста больных для определения остеопороза проводили дополнительные лабораторные исследования (определяли микроэлементы, витамин D, Ca, P, Mg в крови) и делали рентгенологический полуколичественный метод оценки остеопороза проксимального отдела бедра по индексу M.Singha.

Среди методов оценки риска перелома значительное место занимает алгоритм FRAX (Fracture Risk Assesment Tool). Метод FRAX широко используют в 70 странах мира, для каждой страны создана своя версия, имеется версия и для Республики Узбекистан. Этот метод разработан в Шеффилдском университете ведущими специалистами по остеопорозу для определения у мужчин и женщин 10-летнего риска основных переломов с учётом индивидуальных особенностей: возраст пациента, индекса массы тела (ИМП), наличия перелома, перелома ПОБК у родителей, курения, употребления алкоголя (больше 3 ед/день, т.е. 30 г. абсолютного алкоголя), приёма глюкокортикоидов, присутствия заболеваний – ревматоидного артрита, сахарного диабета и др. Преимуществом ФРАКС является тот факт, что метод может быть использован с показателями минеральной плотности шейки бедренной кости, определяемой на костном денситометре, так и без него. Алгоритм ФРАКС, также применяют для оценки риска перелома у пациентов в профилактических целях, а также для назначения лечения пациентам старше 40 лет, которые имеют высокий риск перелома.

Результаты и обсуждения. У всех больных были произведены хирургические вмешательства с применением методов остеосинтеза с различными металлоконструкциями. Лабораторные данные показали, что у большинства больных микроэлементы (витамин D, Ca, Mg) в крови оказались ниже нормы. По рентгенологическим данным индекс Singha в пределах 3-4 балла. С учётом остеопороза больным были назначены остеотропные препараты (бисфосфанаты, препараты Ca, витамина D, Mg).

Выводы: Определение и оценка факторов риска переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых больных имеет важное значение для профилактики и лечения их. В послеоперационном периоде лечение больных с учётом этих факторов даёт возможность получить хорошее результаты.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОАРТРОЗОВ НАРУЖНОГО МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ КОМБИНИРОВАННЫМИ МЕТОДИКАМИ КОСТНОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ И С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА

Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Уринбаев И.П.

*Самаркандский государственный медицинский университет,
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра травматологии и ортопедии*

Актуальность. Хирургическое лечение внутрисуставных псевдоартрозов – чрезвычайно трудная задача(John A.Herring,MD,2017. Мнение авторов о показаниях к операции при псевдоартрозах головки мыщелка плечевой кости у детей расходятся. По клиническим наблюдениям авторов(П.У.Уринбаев с соавт.,2017) у больных с псевдоартрозами ГМПК с долгим сроком давности развивается костный дефект центрально наружной части эпиметафиза плечевой кости. Авторами разработана и внедрена в практику операция “замещение костного дефекта костными трансплантатами из диафиза малоберцовой кости больного,применение аппарата Илизарова ”(Уринбаев П.У., Уринбаев И.П.,Аширов М.У.,2019).

Цель исследования – описание результатов лечения ложных суставов ГМПК путем змещение костного дефекта ложного сустава с применением костной пластики, трансплантатами, взятыми из диафиза собственной малоберцовой кости больного,с применением аппарата Илизарова.

Материал и методы: За 2009-2023 гг. 55 больные (взрослых – 5, детей – 50) получили хирургическое лечение, в том числе по методике костная пластика, аутотрансплантатом из диафиза малоберцовой кости. Представители мужского пола были – 33, женского – 22. Возраст больных от 5 – до 36 лет, давность травмы от 6 месяцев до 27 лет.

В настоящем сообщении мы опишем результаты лечения у 51 больных. По методам оперативного лечения наши больные распределялись на смедующие группы:

1 – группа больных у которых была произведена операция открытый метолло остесинтез спицами - 11 больных. 2 – группа больных, которым была выполнена операция замещение костного дефекта между метафизом плеча и несросшимся

отломком наружной части мыщелка (ГМПК) трансплантатами, взятыми из малоберцовой кости самого больного ,фиксация 4 спицами с наружной иммобилизацией гипсовой повязкой – 30 больных. 3 – группа больных, которым после операции костной пластики была применена фиксация со спицами и аппаратом Илизарова – у 10 больных. Среди последней группы у 6 детей аппарат Илизарова применялся как 2 – этап после костной пластики, когда мы наблюдали сращение трансплантата с метафизом , но нет сращения трансплантатов с отломком ГМПК. У них у всех после применения аппарата Илизарова было достигнуто сращение.

Результаты лечения мы изучали на основе критерии оценки отдаленного результата, где учитывали сращение псевдоартроза, функции сустава, ось руки, состояние зоны роста.

У 11 больных у которых была произведена операция открытый метолло остеосинтез спицами получено сращение несросшего отломков – у всех.

Из 30 операций с костной пластикой, с фиксацией спицами и наружной иммобилизацией гипсовой повязкой у 24 (80%) достигнуто сращение. Срок сращение составил 2-3 месяцев. Среди 30 у 6 (20%) больных получено сращение на месте стыка метафиза с трансплантатом, а со стороны отломка ГМПК и трансплантата отмечена слабая консолидация, рентгенологически несращение. После применение им закрытого наложения аппарата Илизарова, как второй этап, у всех получено сращение ложного сустава. Стабильный остеосинтез обеспечивал сращение в 100%.

ЛЕЧЕНИЕ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА НА ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПОДХОДА

[1]Уринбаев П.У., [2]Норбадалов Ф.Х., [2]Маматов У.Ж.

[1]Самаркандский государственный медицинский университет
[2]Самаркандский Филиал Республиканского специализированного научно практического медицинского центра травматологии и ортопедии

Актуальность: Одной из распространенной методикой лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей является закрытая репозиция костных фрагментов. Однако, процент неудач при ней достаточно велик, иногда достигает до 35% (Меркулов В.Н., с соавт 2011, Прощенко Н.А., Овсянкин Н.А., Поздеева Н.А., 2011, П.Уринбаев с соавт.2021). Некоторым автором после ручной репозиции удалось получить в 25% случаев положительных результатов (Битюгов И.А., с соавт., 1986). Имеется данные о том, что наиболее часто безуспешные результаты закрытой репозиции - 78% имели место у детей со смещением дистального отломка в локтевую сторону (Жабин Г.И., 2006).

Цель работы: описание самых частых направлений смещений дистального отломка чрезмыщелковых переломов плечевой кости. Описание результатов лечения нами применяемой методики закрытой репозиции с последующим дистракционным остеосинтезом, аппаратом Илизарова.

Материалы и методы: Наше сообщение основано на анализе результатов лечения у 61 детей, лечившиеся за 2023 г. Мальчиков было 42 (69%), девочек – 19

(31%). По возрасту больные распределялись: до 4г-16 (26%) от 5 до 8 л.-28 (46%) от 9 до 17л.-17 (28%) детей. Дети поступили в стационар от 1 до 7 дней после получения травмы.

Наш анализ частоты и направления смещения дистального отломка показало, что смещение дистального отломка чаще всего имело направление в ульнарную сторону-ульнарное смещение-у 67% детей, смещение кзади-49%, ротационное смещение-45%, аддукционно-угловой у 44% детей.

Нами применяющаяся методика закрытой ручной репозиции с последующей примененим дистракции в аппарате Илизарова основана:

- на изучение частоты направления смещение дистального отломка,

-на понятия плоскости смещения отломков чрезмыщелкового перелома,

-на вновь выявленные рентгенологические признаки ротации дистального отломка,

- на основание понятие среднего ротационного физиологического состояние плеча.

Ротационное смещение дистального отломка определяется в боковой проекции рентгенографии локтевого сустава по выступающему краю центрального отломка. Следующий рентгенологический признак: в переднее задней проекции дистальный отломок имеет обычный рисунок, характерный для здорового сустава, а проксимальный отломок уже, чем обычный. Третий рентгенологической признак: на переднее-задней проекции рентгенограммы с радиальной стороны перерыва кортикального слоя незаметно, с ульнарной стороны конец центрального отломка наслаивается на дистальный, и аддукция дистального отломка.

Методика закрытой репозиции основана на научном анализе патогенеза смещений дистального отломка, включающей мысли о роли возникновения смещения дистального отломка в силу положения предплечья, прижатое к груди ребенка; о роли спазма двусуставных мышц (m.biceps, m.triceps, m.brachialis), о роли удержании центрального отломка в определенном положении среднефизиологической ротации мышцами ротаторами проксимального конца плеча.

Методика закрытой репозиции. Обезболивание общее. Положение ребенка лежачее на спине, плечо придается вертикальное положение,рука сгибается под углом 90º, тракцией по оси устранятся смещение по длине, для сопоставление ротационной оси дистального отломка к ротационной оси проксимального отломка, дистальный отломок ротируется кнаружи, при этом продольная ось предплечья расположенного спереди груди, пересекает противоположной ключицы, в области ее средней трети, чем учитывается среднефизиологическая ротация плеча.

Помощник не ослабляет тракции по оси, врач пальцами выводит дистального отломка из ульнарного смещения, аддукционно-углового смещения, ориентируюсь на среднее положение локтевого отростка, восстановления треугольникаГютера.

Осуществляется дистракционный остеосинтез. Аппарат собран из двух полуколец аппарата Илизарова, спицы проводятся через метафиз локтевого отростка и средней трети плеча во фронтальной плоскости; в аппарате даётся дистракция .Проведедении спицы с медиальной поверхности плеча в средней трети требует большую осторожность. Для уверенности проведения спицы отойдя от сосудистого пучка паьпаторно определяется пульсации плечевой артерии

и по ориентации безопасности проводится спица.

В нашей методике лечения мы придаём большое значение ручной репозиции отломков с учетом средне-ротционное положение плеча и фиксации отломков в достигнутом сопоставлении путем дистракции в аппарате Илизаров.

Методом предупреждается угловой аддукционное – варусное смещение отломков, что является профилактикой cubitus varus.

Выводы. Наш анализ показал что, у 77,2% больных был достигнут отличные результаты. У 7,5% детей мы получили «хорошие» результаты. У 2,8% удовлетворительные, неудовлетворительных результатов не было. Таким образом, применяющаяся нами оптимизированная методика лечения явно улучшает показаткль успешных результатов.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Хаджибаев А.М., Туляганов Д.Б., Валиев Э.Ю., Байрамтаганов А.А., Садыков И.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Службы экстренной медицинской помощи (СЭМП). Головным учреждением СЭМП является Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП), в Республике Каракалпакстан и каждом областном центре функционируют региональные филиалы РНЦЭМП, на районном уровне – отделения экстренной медицинской помощи (Emergency Department) при районных/городских медицинских отделениях. В 2021 году согласно Постановлению Президента Республики Узбекистан № ПП-5198 «О мерах по дальнейшему повышению качества медицинской помощи, оказываемой населению» во всех регионах страны организованы межрайонные центры политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Создаваемые межрайонные центры размещаются на базе расширенных районных субфилиалов РНЦЭМП, выбранных исходя из их локации, количества населения, близости автомобильных трасс и других факторов. Каждый из подобных центров охватывает до 1 млн населения 3–4 близлежащих районов, оснащается всем необходимым диагностическим (рентген, КТ, ангиограф) и лечебным оборудованием, а также квалифицированным персоналом, что позволяет оказывать в этих центрах специализированную помощь при основном перечне ургентных состояний. В результате радиус обслуживания указанных центров в среднем снизился с 80 км до 15 км, соответственно, время доставки пациентов снизилось с 30–60 до 10–20 минут.

С введением в строй межрайонных травмоцентров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний во всех регионах страны создана трехуровневая система травмоцентров:

– травматологические центры I уровня: РНЦЭМП и 13 его областных филиалов;

– травматологические центры II уровня: 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний;

– травматологические центры III уровня: 133 экстренных приемных отделений (Emergency Department) при ЦРБ/ЦГБ.

Травмоцентры I уровня (РНЦЭМП и 13 областных филиалов РНЦЭМП) обеспечивают организацию и оказание всего спектра специализированной медицинской помощи на госпитальном этапе пострадавшим с сочетанными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком, их осложнениями и последствиями. Эти центры имеют специализированные отделения и оснащены современным медицинским оборудованием, что обеспечивает им возможность оказания полного цикла специализированной помощи при тяжелых изолированных и сочетанных повреждениях органов всех без исключения анатомических зон организма (при ЧМТ, ПСМТ, травматических ампутациях конечностей, повреждениях сосудов и нервных стволов, травмах груди и живота, переломах костей таза и конечностей и пр.).

При приемно-диагностических отделениях РНЦЭМП и его филиалов круглосуточно функционируют операционно-шоковый блок для проведения всего перечня противошоковых мероприятий и основного перечня диагностических мероприятий (ЭКГ, УЗИ, рентген). В шаговой доступности к приемно-диагностическому отделению находятся отделение рентген-радиологии с кабинетами МСКТ и МРТ, отделение ангиографии, кабинет эндоскопии, клинико-диагностическая лаборатория. В этих учреждениях обеспечено круглосуточное дежурство специалистов разного профиля: анестезиолога-реаниматолога, общего хирурга, эндовидеохирурга, нейрохирурга, травматолога, сосудистого хирурга, микрохирурга, уролога, терапевта, гинеколога, челюстнолицевого хирурга.

Организационная структура и оснащенность РНЦЭМП и его филиалов позволяют применить мультидисциплинарный подход при сочетанной травме, с первых минут поступления пациента одновременно с диагностическими мероприятиями проводить и лечебные процедуры и хирургические вмешательства, включая МСКТ по протоколу всего туловища, весь основной перечень методов лучевой диагностики и эндовидеохирургические вмешательства. При выборе объема и очередности лечебных вмешательств учитывается выявленное доминирующее повреждение, при наличии показаний к хирургическим вмешательствам имеется возможность одновременного выполнения операций на различных анатомических зонах специалистами соответствующего профиля, по возможности широко используем возможности малоинвазивных хирургических технологий. Лечебно-диагностический процесс в условиях операционно-шокового блока приемно-диагностического отделения регулируется ответственным хирургом или реаниматологом противошокового зала.

РНЦЭМП и его филиалы имеют необходимое кадровое обеспечение и оснащение для оказания полного цикла специализированной высокотехнологичной помощи пострадавшим с политравмой, с травмами любой тяжести и локализации, а также больным, переведенным из других стационаров, в том числе из травмоцентров 2-го и 3-го уровней. Кроме того, специалисты РНЦЭМП и филиалов занимаются оказанием этапного хирургического лечения последствий травм.

В СЭМП Узбекистана требованиям к травмоцентрам 2-го уровня отвечают созданные в 2022–2023 гг. 39 межрайонных центров политравмы и острых сердечно-сосудистых заболеваний. На эти центры возложены функции по оказанию специализированной стационарной медицинской помощи пострадавшим с соче-

танными, множественными и изолированными травмами, сопровождающимися шоком. Создание этих центров во всех регионах страны позволило увеличить число учреждений, оказывающих специализированную помощь при шокогенных травмах с 14 (РНЦЭМП и 13 его областных филиалов) до 53, значительно сократив тем самым средний радиус доставки пострадавших в травмоцентры 1-го и 2-го уровней с 300–500 км до 50–70 км.

В зависимости от числа населения, проживающего в прикрепленных территориях, коечный фонд межрайонных центров имеет 2 типа: 6 центров имеют по 60 коек (всего 360), в том числе 12 – реанимационных (всего 72); 33 центра – по 50 коек (всего 1650), в том числе 9 – реанимационных (всего 297). Таким образом, общее число коек 39 вновь созданных межрайонных центров составляет 2010, из них реанимационных – 369 (18,4%). Организационная структура каждого центра состоит из приемно-диагностического отделения, стационарного блока и операционно-реанимационного блока.

Специализированную помощь пострадавшим в межрайонных центрах оказывают врачи круглосуточных постов по следующим направлениям: общая хирургия, детская хирургия, нейрохирургия, травматология-ортопедия и анестезиология-реаниматология, что обеспечивает круглосуточное функционирование шоковой операционной, врача анестезиолога-реаниматолога, операционных сестер и сестер-анестезисток. Кроме того, типовая структура и штатное обеспечение этих центров подразумевает круглосуточное функционирование кабинетов лучевой диагностики, включающих ультразвуковую и рентгеновскую диагностику, в том числе компьютерную томографию, клинико-диагностические лаборатории. Оснащение хирургической службы центров обеспечивает круглосуточное выполнение диагностической и лечебной эндоскопии и эндовидеохирургических операций. Таким образом, межрайонные центры политравмы имеют возможность оказания всего спектра экстренной медицинской помощи пострадавшим с травмами любой тяжести и локализации, а также пострадавшим, переведенным из травмоцентров 3-го уровня (Emergency Department при РМО/ГМО). Однако следует учесть, что в этих центрах может быть оказана специализированная помощь только в остром периоде травматической болезни. После стабилизации состояния пострадавшие, переведенные в позднем периоде травматической болезни с тяжелыми гнойными осложнениями травмы, а также больные с повреждениями относительно редкой локализации (орган зрения, мочевыводящие пути, ЛОР-органы, лицевой скелет, трахея и т.д.) будут нуждаться в лечении в условиях специализированных отделений соответствующего РМО/ГМО или РНЦЭМП и его филиалов.

Показаниями к переводу из межрайонных центров политравмы в РНЦЭМП и его филиалы являются: 1) пострадавшие с повреждениями редкой локализации или сложности, требующие лечения в условиях узкоспециализированных отделений; 2) больные с высоким риском септических осложнений, требующих длительного лечения; 3) пострадавшие, требующие выполнения этапных реконструктивно-восстановительных хирургических вмешательств.

В системе экстренной медицинской помощи Узбекистана аналогом травмоцентра 3-го уровня является экстренные приемные отделения Emergency Department при районных/городских медицинских объединений (РМО/ГМО). В каждом отделении Emergency Department круглосуточно функционируют экс-

тренные дежурные посты врачей хирурга, травматолога-ортопеда, нейрохирурга, терапевта (кардиолога) и педиатра. Кроме того, для экстренных приемно-диагностических отделений (Emergency Department) больниц с числом коек более 300 и более 500 дополнительно выделены штаты для круглосуточных дежурных постов хирурга, детского хирурга, детского нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, токсиколога, комбустиолога, анестезиолога-реаниматолога шоковой палаты (красной зоны), терапевта (кардиолога) диагностической палаты и невропатолога. Для крупных больниц дополнительно выделены также дневные штаты врачей уролога, гинеколога, детского невропатолога, педиатра диагностической палаты, отоларинголога взрослого и детского, а также взрослого и детского офтальмолога.

В связи с организацией во всех регионах страны межрайонных центров политравмы и острых ССЗ, удаленность большинства из которых не превышает 100 км вдоль магистральных автомобильных трасс и крупных населенных пунктов, пациенты с шокогенными сочетанными и изолированными травмами по возможности транспортируются в близлежащие травмоцентры 2-го и 1-го уровней, а в Emergency Department при РМО/ГМО преимущественно госпитализируются пациенты, сроки лечения которых не превышают 10–14 дней, преимущественно с изолированной травмой, сопровождавшейся шоком I степени и сотрясением головного мозга, травмой груди с единичными переломами ребер без повреждения органов груди, травмой живота с повреждением одного паренхиматозного органа, кровопотерей легкой или средней тяжести, а в случае разрывов печени – с неглубокими разрывами I–II степени, изолированным разрывом мочевого пузыря, переломами костей, не требующими противошоковой терапии и оперативного лечения, одиночными переломами костей таза без нарушения целостности тазового кольца, необширными повреждениями мягких тканей.

Однако бывают ситуации, требующие неотлагательного (в течение ближайших 10–20 минут) хирургического вмешательства в условиях Emergency Department при РМО/ГМО, без которого проводимые реанимационные мероприятия оказываются безуспешными. К такого рода повреждениям можно отнести профузные кровотечения из магистральных сосудов или из синусов головного мозга, обширные дефекты грудной или брюшной стенки.

В Emergency Department при РМО/ГМО могут быть госпитализированы пациенты, доставленные в состоянии травматического шока, обратившиеся самотеком попутным транспортом, и пациенты с амбулаторными травмами, требующие осмотра врача. Кроме того, на практике бывают случаи, когда бригада СМП не имеет возможности оказания надлежащей реанимационной помощи в условиях санитарного транспорта класса «С», в связи с чем пострадавший доставляется в ближайший Emergency Department при РМО/ГМО.

В Emergency Department при РМО/ГМО отсутствуют «узкие» специалисты, имеющееся лечебно-диагностическое оборудование позволяет оказывать квалифицированную помощь пострадавшим с проведением сердечно-легочной реанимации, обезболивания, инфузионной терапии травматического шока, остановки наружного и внутреннего кровотечения, иммобилизацию переломов длинных трубчатых костей, лечебную иммобилизацию несложных переломов костей кисти, предплечья, лодыжек, выполнение несложных хирургических обработок ран мягких тканей, экстренную профилактику столбняка, вызов «узкого» специали-

ста из филиала РНЦЭМП.

Заключение. На сегодня в Республике Узбекистан создана трехуровневая система оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми шокогенными травмами, к которым, безусловно, относятся также пациенты с сочетанной травмой груди и живота. Организация во всех регионах страны разветвленной сети травмоцентров 1-го и 2-го уровней позволило территориально приблизить специализированную медицинскую помощь для населения и расширить ее доступность.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ МЕТОДОМ Г. А. ИЛИЗАРОВА

Хайитбоев Б.М., Юлдашев Т.Н.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Ферганский областной многопрофильный медицинский центр, Фергана

В отделении экстренной травматологии Ферганского филиала РЦНЭМП с 2023 по 2023 гг. находились на стационарном лечение с переломами плечевой кости 36 больных, мальчиков-24, и девушек-12, в возрасте от 7 до 12 лет. Из них 25 больным проведено консервативное лечение, 11-больных произведена оперативное лечение по методу Г. А. Илизарова. Срок стационарного пребывания больных при оперативном лечении составили 8 дней.

Операция стабильного-функционального остеосинтеза аппаратом Илизарова осуществлялась следующим образом: в асептических условиях под общим обезболиванием чрезкожно проводились взаимоперекрещивающиеся спицы Илизарова на уровне средней и нижней третьи плеча, в которые монтируются кольца аппарата Илизарова. Кольца аппарата Илизарова между собой соединяются с помощью стержней. Для сопоставления костных отломков производится дистракция между верхним и нижним кольцом. Для полного убеждения что костные отломки сопоставлены и устранён смешение костных отломков производилась контрольная рентгенография с помощью ЭОП (Электрооптический преоброзователь).

В случае, когда остаётся смещение проксимального конца плечевой кости, проводится дополнительная корригирующая спица с упорной площадкой, 2.0 см выше перелома проксимального конца плеча. Спереди проводя спицу в заднюю часть плеча, это спица закрепляется в монтированный флажок нижнего кольца аппарата Илизарова. С помощью спицы с упорной площадкой для устранения смещенных костных отломков спица натягивателем, проксимальная кость плеча отводится в заднюю часть и что касаясь с дистальным концом плечевой кости закрыто сопоставляется между собой, после чего производится заключительная контрольная рентгенография.

После операции разрешается движение в локтевом суставе.

В первой недели после операционного периода у 3 больных наблюдался воспаления вокруг спицы и она была купирована. Результаты изучены после полтора месяца после оперативного вмешательства. Оценка результатов осуществляли

с помощью рентгенограмм, наличие или отсуствие боли при нагрузке на оперированную конечность.

У 10-больных хороший результат работа-способность конечности восстановлена. У 1-больного получен удовлетворительный результат-ограничение движений в локтевом суставе за счёт неразработанного сустава.

Вывод: В заключение следует отметить, что при хирургическом лечение надмыщелковых переломов костей плеча, остеосинтез по Г. А. Илизарову является методом выбора дающий полноценный анатомо-функциональный результат.

К ВОПРОСУ ОБ УЛУЧШЕНИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ И СОЧЕТАННЫХ ТРАВМ В ФЕРГАНСКОМ ФИЛИАЛЕ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хайитбоев Б.М.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Фергана

Введение: Травматизм последних десятилетий приобретает характер множественных и сочетанных травм (МСТ), поэтому данная проблема актуальна в процессе диагностики и терапии неотложных состояний. Как свидетельствуют статистические данные, в настоящее время пострадавшим первая медицинская помощь оказывается на месте происшествия, а доставка в лечебные учреждения осуществляется «самотеком», поэтому в этих условиях нередко допускаются диагностические, тактические ошибки и не полностью используются возможности современных методов профилактики и лечения осложнений.

Цель исследования: Целью данной работы является изучение результатов организация службы экстренной медицинской помощи (ЭМП), является оперативность в работе и своевременность оказания медицинской помощи. Это положение определяет важность четкой и отлаженной работы всех систем и служб ЭМП начиная от сотрудников линейных и выездных бригад скорой помощи, до работы служб приема, диагностики и стационарных отделов, особенно при таких тяжелых травмах, как множественные и сочетанные травмы.

Материалы и методы: Нами проанализированы результаты лечения 109 пациентов с МСТ. Анализ механизма травмы показал, что в результате автотранспортных происшествий поступило – 57(52,3%), при падении с высоты - 36(32,8%), от прочих причин - 16(14,9%) больных. Среди пострадавших преобладали мужчины (86 пострадавших - 78,6%), женщин было 14(21,4%). В возрасте 21-50 лет - 74 пострадавших –что составляет 68%. В зависимости от сроков, прошедших с момента травмы до поступления в стационар мы различали острые (до 3 суток), подострые (в течение 3 недель), хронические (более 3 недель) повреждения. В первые сутки после травмы поступили 67(61,6%) больных, что объясняется, в основном, несвоевременным переводом их в нашу клинику из других лечебных учреждений и поздними вызовами специалистов по линии санитарной авиации, неправильной оценкой тяжести состояния и в определении транспортабельности больных.

Сочетание повреждений грудной клетки, органов грудной клетки и живота отмечено у 19(17,8%) травмированных; черепа, позвоночника и конечностей – у 17(15,7%); множественные и сочетания повреждений позвоночника и других систем наблюдались в случаях 38(34.6%); травмы черепа, грудной клетки, живота и конечностей - у 35 (31,9%), из них в 80 случаях (73%) осложнилось травматическим шоком той или иной степени тяжести. Поступление в стационар в 18,3% случаях (20 больных) происходило по линии «скорой помощи», в 12,0% случаях (13 больных) – по линии сан. авиации, 69,7% случаях (76больных) – самотеком.

Обсуждение результатов исследования: Особенности диагностики и терапии МСТ характеризуется следующими положениями:

1. Помощь необходимо оказать в возможно более короткий срок от момента травмы.

2. Обследование должно начинаться с определения состояния жизненно важных функций – дыхания и кровообращения.

3. Оценка сознания проводится в совокупности с результатами неврологических расстройств, офтальмологических и отоларингологических исследований.

4. Общее обследование направлено на выявление повреждения позвоночника и внепозвоночных повреждений, их степени тяжести и локализации.

5. Допустима синдромологическая постановка диагноза.

При тяжелых повреждениях диагностические мероприятия должны быть направлены на выявление патологий сочетанных повреждений одновременно с реанимационными мероприятиями.

По материалу нашего центра в 58% случаях (53 пострадавших) доставленным пострадавшим на догоспитальном уровне противошоковые и реанимационные мероприятия применялись в недостаточном объеме или вообще не проводились, что усугубляло состояние пострадавшего. Наибольшая доля осложнений и тяжелых состояний зафиксирована при поступлении по линии «Сан.авиации» и самотеком. В первом случае, тяжесть состояния пострадавших обусловлена госпитализацией их, в неспециализированные стационары, а также поздним вызовом специалистов, уже при развившихся симптомах осложнений. Во втором случае, высокий процент осложнений явился результатом незнания элементарных правил транспортировки пострадавших с повреждениями позвоночника. Согласно нашим наблюдениям, тяжесть состояния пострадавших, как правило, связана с травмой жизненно важных органов, массивной кровопотерей или острой дыхательной недостаточностью.

На основание выборочного исследования (по материалам бюро СМЭ Ферганской области и РНЦЭМПФФ) была изучена структура причин летальности пострадавших, за истекший период показавший, что из 2322 умерших смерть вследствие механической травмы возникло у 1182 пострадавших, причем подавляющие большинство которых пострадавшие с МСТ.

Изучение и анализ времени наступления смерти после травмы показал, что 75,7 % она возникло в результате механической травмы на месте происшествия или во время транспортировки в лечебное учреждение. У части из них повреждения были не совместимы с жизнью, в ряде же случаев требовались мероприятия по оказанию первой помощи. Из общего числа умерших 24,3% составили больные умерших в стационарах, половина из них находилась там более суток, при этом у 31 (9,3%) пострадавших не были диагностированы переломы ребер, у 11 (3,3%) –

разрывы и ушибы внутренних органов, переломы черепа – у 7 (2,1 %), позвоночника – еще у 7 (2,1 %), таза – у 5 (1,5 %), голени – у 1 (0,3 %). У остальных клинический и суд-экспертиз диагноз совпали. Наиболее тяжелой группой больных с МСТ являются лица с множественными переломами костей скелета в сочетании с повреждениями органов брюшной полости - 74 (22,3%) наблюдений. Основной причиной гибели пострадавших в стационаре явился травматический шок, диагностированный в 83% случаях.

Детализируя приведенные данные, следует отметить, что данная категория травм характеризуются высокой степенью досуточной летальности -57 (31,9%) случаев и встречается почти во всех возрастных группах и постоянной периодичностью. Как правило, погибшие больные доставлены в предагональном состоянии с тяжелыми МСТ и, прежде всего с повреждениями грудной клетки и органов живота, или с массивными необратимой кровопотерей. У 68 (40,3%) больных причиной летальности явились факторы вторичного повреждения головного мозга и различные осложнения, которые возникают в ходе течения острого периода травматической болезни.

Основная задача первого периода обследования – быстрое выявление ведущего повреждения, непосредственно угрожающего жизни больного. Ввиду опасности просмотреть жизненно важные повреждения, мы стремились к максимальной объективизации диагностических методов используя диагностическую плевральную пункцию, ретроградную уретро- и цистографию, эхоэнцефалографию, ЭЭГ, УЗИ, КТ и др. Методы лапороцентеза и лапароскопии были проведены у больных с закрытыми повреждениями живота. Диагностическая трепанация костей черепа необходима при диагностике внутричерепных гематом, катетеризация мочевого пузыря должна выполнятся у всех больных в бессознательном состоянии и при травмах позвоночника,

При сочетанных повреждениях позвоночника лечебная тактика определяется их характером, т.к. повреждения позвоночника и спинного мозга, несмотря на их выраженную тяжесть, впервые часы после травмы не представляли непосредственную угрозу для жизни пострадавших. Для определения показаний к срочному вмешательству на позвоночнике и спинном мозге (СМ) при отсутствии деформации позвоночного канала и инородных тел в нем большое значение имеют данные, полученные при люмбальной пункции (характер спиномозговой жидкости, её давление) и миелографии (признаки блока субарахноидального пространства). Проведение их в остром периоде обычно не вызывает каких-либо осложнений.

Показанием к экстренной операции на позвоночнике и СМ являются повреждения позвоночной артерии с продолжающимся кровотечением, а также быстро прогрессирующий отек спинного мозга.

При повреждениях заднего полукольца со смещением отломков в сторону позвоночного канала операция состоит в ламинэктомии и удалении отломков, ревизии СМ, вправлении смещенных тел позвонков и образовании устойчивого заднего спондилодеза. В отдельных случаях, при компресси тела позвонка более половины его нормальной высоты и стабильные переломы позвоночника подлежали консервативному лечению, применяя механическую реклинацию. При нестабильных переломах показана закрытая или открытая реклинация с последующей фиксацией. В отдельных случаях, при компрессии тела позвонка

более половины его нормальной высоты, применяли механическую реклинацию под поверхностным наркозом и миорелаксантами, в отдаленном периоде с ношением специальных реклинирующих корсетов. При нестабильных переломах была показана закрытая или открытая реклинация с последующей фиксацией, которая состояла в ламинэктомии, ревизии СМ, вправлении смещенных тел позвонков и образовании устойчивого заднего спондилодеза с применением различных устройств.

Операцией второй очереди осуществлялись при повреждениях, сосудов конечностей, угрожающих развитием некроза, обширных размозжениях, отрывах и открытых переломах конечностей, когда мы считали возможным отказаться от немедленного оперативного вмешательства, учитывая степень шока и гемодинамических нарушений. В таких случаях степень экстренной помощи ограничивался в - обезболивание, наложение асептических, окклюзирующих повязок, кровоостанавливающего жгута, иммобилизирующих шин.

Анализ клинического материала показал, что МСТ остается наиболее трудной в плане определения тяжести повреждений, превалирования шоковых состояний, определении первоочередности диагностических и лечебных мероприятий, решении тактических проблем оперативного вмешательства и транспортировки.

Вывод: Таким образом, в достижении успеха при оказании помощи пострадавшим с МСТ особенно важным является догоспитальное звено первой медицинской и врачебной помощи. При подготовке медицинских работников особое значение следует уделять обучению принципам транспортировки больных, правилам оказания первой медицинской и первой врачебной помощи при МСТ, противошоковых мероприятий, применяемых на догоспитальном этапе. Важным условием в лечении больных с МСТ является своевременность специализированной медицинской помощи, где оказывается обследование и лечение с привлечением необходимых специалистов. Своевременная диагностика определяет правильный выбор очередности консервативных и оперативных мероприятий, а также ранние реанимационные и лечебные мероприятия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИСУСТАВНЫХ И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО КОНЦА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Халиков Ф.О., Маматкулов О.Х.

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

Актуальность. Рост числа повреждений опорно-двигательного аппарата, множественной и сочетанной травмы, необходимость ранней мобилизации и современные требования к качеству жизни требуют более широкого внедрения оперативного лечения при околосуставных и внутрисуставных переломов плечевой кости в целях восстановления функции верней конечности (Анкин Л.Н., Анкин Н.Л., 2002. Ключевский В.В. 1999). Переломы дистального отдела плечевой кости встреяаются у 0,5-2,0% пострадавших с переломами костей опорнодвигательного аппарата (Wainwright A. 2000). По данным различных авторов повреж-

дения дистального отдела плечевой кости составляют 7.8-24% всех переломов верхней конечности (Каллаев Т.Н., 2002). Составляя небольшую часть среди пострадавших, эти пациенты требуют особого внимания. Это обусловлено как высокой трудовой активностью больных (большинство из них находится в трудоспособном возрасте), так и значительным числом неудовлетворительных исходов лечения (8,3 – 67,0%, которые связаны с особенностями данного сегмента верхней конечности: сложным анатомическим строением и биомеханикой, участием в функционировании трёх суставов, высокой реактивностью тканей (Norris T.R., 1992, Szyskowtz R. 1993). Наблюдения показывают, что при потере функции в плечевом или лучезапястном суставе больные в состоянии себя обслуживать, а при потере функции в локтевом суставе с развитием дискордантной установки наступает инвалидность. Поэтому при лечении необходимо использовать малейшую возможность для сохранения функции локтевого сустава (А.В.Скороглядов, Е.А.Литвина, Д.С.Морозов-2008).

Цель исследования. Целью исследования–является разработать новое методика хирургического лечения, с улучшением эффективности результатов сращение костных отломков дистального отдела плечевой кости и контрактур локтевого сустава.

Материалы и методы исследования. В нашем центре с 2015-2024 годах пациенты с переломами дистального отдела плечевой кости лечились с различными методами. Пациентов разделили на 2 группы: основной и контрольный. В основном группе пациенты составили 10 и в контрольном группе пациенты составили 20. В основном группе использовали разработанную методику, а в контрольной группе использовали различные методики хирургического лечения переломов дистального отдела плечевой кости. Мы обследовали пациентов клинический (объективно и субъективно) и инструментальный (электронейромиография, рентгенография и МСКТ).

Техника операций. Пациентам с внутри суставным оскольчатым переломами дистального отдела плечевой кости использовали следующий ход операций. Наложыли кров останавливающий жгут. После регионарной анестезии повреждённой верхней конечности, проводили хирургическую обработку операционного поля. Задне-латеральным доступом, от верхней трети плеча до головки луевой кости проводили разрез кожи примерно 15 см. Послойно рассекали подкожную жировую клетчатку и фасцию. Отодвигали трёхглавую мышцу (M. triceps brachi) назад отлатеральной межмышечной перегородки плеча (Septum intermuskulare brachii laterale), рассекали плечевую мышцу (M.brachialis) и вскрывали локтевой сустав. Посе рассечения капсулы сустава, польностью выводили все осколько в рану и после репозиций костных отломков, временно фиксировали несколькими спицами Киршнера. После временной фиксаций, костные отломки с внутренной и с наружной стороны фиксировали пластинами угловой стабилизаций. Фиксированный дистальный конец плечевой кости вправляли в локтевой сустав и проверяли движения в локтевом суставе. После дренирования, рану зашивали послойно и накладывали асептическую повязку в рану. Пассивные движения начинали с 3-4 дня, активные движения проводили с 3-4 недели после операций. Нагрузку на верхную конечность давали после 3-4 месяцев.

Результаты исследования. Через 3-4 месяцев после операций у всех 10 пациентов отмечали 100% сращение костных отломков и польный объём движений

в локтевом суставе.

Выводы. Правильный выбор хирургического лечения действует на исход лечения. Использование разработанной новой методики хирургического лечения даёт улучшение эффективности результатов сращение костных отломков дистального отдела плечевой кости и контрактур локтевого сустава.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АПОФИЗЕОЛИЗОВ ВНУТРЕННЕГО НАДМЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Хакимов Ш.К., Акрамов В.Р., Мухамедов Б.С. Тешаев А.А. Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Бухарский государственный медицинский институт

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 апофизеолизов ВНПК у детей.

К материалу исследования включены 30 ребенка в возрасте 2 - 18 лет с переломами внутреннего надмыщелка плечевой кости разной тяжести. 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.

Результаты. 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 вес иммобилизационный период. Применение функционального метода лечения с ранней разработкой локтевого сустава предупреждает контрактуру и тугоподвижность сустава.

PREVENTION OF POSTTRAUMATIC ARTHROFIBROSIS IN PATIENTS WITH FRACTURES OF THE DISTAL METAEPIPHYSIS OF THE HUMERUS

Khodjanov I.Yu.[1], Oripov A.A.[2], Muminov A.Sh.[2], Khakimov Sh.K.[3], Jabborov Zh.Yu.[2], Yusupov S.Yu.[3]

[1]Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics
[2]Bukhara Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care
[3]Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali Ibn Sino

Relevance: Arthrofibrosis occurs when generalized connective tissue proliferation results in painful joint stiffness. The clinical impact of arthrofibrosis represents a wide spectrum of disease, ranging from minimal to devastating for the patient. Arthrofibrosis may result in a loss of motion of the involved joint, a commonly encountered and challenging problem after fixation of periarticular fractures. Joints across the body tolerate stiffness to a variable degree, with the elbow and knee being less accommodating than the shoulder or ankle. The functional range of motion has been described previously for the shoulder, elbow, and knee, and when arthrofibrosis results in the loss of this functional range, intervention may be indicated. Anatomic articular reduction is critical to minimizing posttraumatic arthritis in many periarticular fractures. Subsequently, many historic rehabilitation protocols called for prolonged periods of immobilization to minimize the risk of fracture displacement during the period of fracture healing. Early motion of the injured joint is now frequently emphasized over a prolonged period of immobilization, as immobilization is a well-established risk factor for the development arthrofibrosis after fixation of periarticular fractures.

Complications and unsatisfactory treatment results for fractures of the distal metaepiphysis of the humerus develop in 18–85% of patients, and 29.9% of victims have signs of permanent disability, which gives these fractures a reputation as injuries with a poor prognosis for restoring the function of the elbow joint.An important role in disability is played by shortcomings and underestimation of the role of functional rehabilitation treatment. The occurrence of functional disorders is often caused by late, unsystematic use of functional treatment and incorrect methods of therapeutic use of physical exercises.

The purpose of the work is to improve the results of treatment of patients with fractures of the distal metaepiphysis of the humerus by improving the physical rehabilitation program.

Materials and methods: We observed 103 patients with fractures of the distal metaepiphysis of the humerus. The average age of the patients was 45.4 years (from 19 to 70 years), there were 58 (56.3%) men, 45 (43.7%) women. Conservative treatment was used in 11 (10.7%) patients, and surgical treatment in 92 (89.3%).Fractures of the distal metaepiphysis of the humerus in 51 (49.5%) cases, the left upper limb was damaged and in 52 (50/5%) - the right. The subject of the research was observational materials of patients with fractures of types 13-A2, 13-A3, 13-B1, 13-B2, 13-B3, 13-C1, 13-C2 and 13-C3 according to the AO/ASIF classification. There were 7 (7.4%) patients with 13-A fractures, 18 (19.2%) with 13-B fractures, and 69 (73.4%) with 13-C fractures according to the AO/ASIF classification.In order to optimize rehabilitation treatment, 4 periods of rehabilitation have been allocated: the first is preoperative (up to 3 days after injury) or

immobilization (up to 4 weeks from the moment of injury); the second is the period of early mobilization of drugs; third - the period of late mobilization of drugs;the fourth is the period of outpatient rehabilitation treatment. In each period of rehabilitation, based on well-known methods, a modified exercise therapy complex has been developed, consisting of independent exercises (passive and active) performed by the patient, and exercises performed with an exercise therapy instructor

A typical training session included performing exercises for 10–45 minutes to increase the range of motion in the upper limb, stretching exercises for the muscular-ligamentous apparatus of the upper limb, and exercises to strengthen the muscles of the upper limb, which were repeated by the patient independently 4–8 times a day, and exercises with Exercise therapy was carried out by an instructor 2–3 times a day.To consolidate the effect achieved by using physical exercises, the final stage of the training was the so-called. "corrective positioning of the limb": the limbs were given a certain fixed position by a stretching effect of moderate intensity, accompanied by tension of the capsular-ligamentous apparatus for 10–15 minutes. In the breaks between classes, the drugs were fixed with an orthosis or a scarf. The first classes lasted 10–20 minutes with a daily increase towards the end of the course to 20–30 minutes. By the end of the rehabilitation period, the patient resumed work.

Results and discussion. The average duration of follow-up was 11 months (from 7 months to 2 years from the moment of injury). At the end of the follow-up period, the average amplitude of active flexion-extension movements in the elbow joint was 1300 (from 700 to 1500), pronation /supination – 850 (from 800 to 900). When assessing treatment results using a modified scale.The average score was 75 (range 65 to 80 points), and the Mayo Clinic score was 85 (range 75 to 100 points). Complications were noted in 4 (4.3%) patients with type 13-C3.3 fractures and were associated with the development of flexion-extension contractures (range of motion in the elbow joint at the end of follow-up was less than 1000 (from 700 to 1000)

Conclusions: Physical rehabilitation of patients with fractures of distal humerus, based on the characteristics of the fracture and the method of treating the victims, allows for the reasonable implementation and application of the achievements of modern medicine, helps to reduce the number of unfavorable treatment results and indicators of primary disability in this group of patients.A staged and dosed increase in load during physical rehabilitation of patients with fractures of the distal end of the humerus allows one to restore the physiological range of motion in the elbow joint and prevent the formation of contractures and vegetative dystrophic complications.An improved program of physical rehabilitation of patients with fractures of the distal metaepiphysis of the humerus and rational tactics of restorative treatment made it possible to optimize the effectiveness of treatment and achieve excellent and good functional results in 99 (96.1%) patients.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 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]

[1]Республиканский специализированный научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии,
[2]Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,
[3]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино

Актуальность. 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.

Цель. Изучить результаты лечения при переломах дистального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. С 2021 по 2024 год на базе травматологических отделений Бухарского филиала РНЦЭМП пролечены 48 пациентов с переломами дистального отдела плечевой кости (по классификации АО: 13 – С2 – С3). В 48 случаях в лечении применялись различные способы хирургического лечения. В данной категории больных преобладали мужчины 27 случая (56,25%), женщины составили 21 случая (43,75%). Средний возрастпациентов – 33,8 лет.

Нами предложено двухэтапное лечение околосуставных и внутрисуставных переломов плечевой кости. На первом этапе хирургического лечения (при поступлении 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, 22 случаев) осуществляли одномоментный открытый остеосинтез погружными фиксаторами в течение 2 – 12 суток после травмы.

- у больных второй группы (основная группа, 19 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. Выполняли пункция и промывание локтевого сустава с 50.0мл 0.5%-новокаином. 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 обяза-

тельным 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 24-25 недели, у больных второй группы – 21-22 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 мыщелка плечевой кости, реализовать трансолекранонный доступ к мыщелку 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.

BOLDIR SUYAKLARI YOPIQ SINIQLARIDA KOMPARTMENT-SINDROMINI TASHXISLASH VA DAVOLASH

Xudayberdiev K.T., Abdulazizov O.N., Mamadaliev A.B.

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon

Dolzarbligi. Boldir suyaklari siniqlarini murakkabligi uning muhim anatomik xosilmalar bilan yonma-yon joylashganligida bo‘lib, massiv mushaklar guruhi, nerv va qon-tomirlarni fassial g‘ilofning ichida joylashganligi sababli, mushak o‘z xarakatlarini ma’lum xudud doirasida amalga oshiradi.

Klinik materiallar va tekshiruv usullari. Tadqiqotning xususiy klinik materiallari 2018-2022 yillari davolangan 483 nafar bemorning 18 nafarida (3,7%) o‘tkir kompartment sindromiga xos belgilari kuzatilgan bemorlar tashkil etdi. 18 nafar bemorning barchasi erkaklar bo‘lib, yoshlar doirasi 16-34 ni tashkil etdi. Shundan 14 nafari yo‘l harakat xodisasidan so‘ng, 4 nafari baxtsiz xodisa tufayli balandlikdan yiqilishidan so‘ng olib kelingan. Kasalxonaga 13 nafar bemor birinchi 6 soatda, 5 nafari esa 9 soatdan so‘ng murojaat qilgan. Qabulxonada bemorlarga birinchi yordamdan so‘ng, rentgen tekshiruvi o‘tkazilgan va davolash standarti bo‘yicha muolaja o‘tkazilgan. Boldir suyaklarini siniqlari AO klassifikatsiyasi bo‘yicha guruxlarga bo‘lib o‘rganildi. 18 nafar bemorning 9 nafarida boldir suyagini proksimal segmentini A tipi, 6 nafar bemorda C – tipi, 3 nafar bemorda diafizar siniqning V tipi aniqlangan. Bemorlarda kuzatilayotgan og‘riq sindromini intensivligi VASh bo‘yicha baholandi.

Natijalar va ularning muxokamasi. Kuzatuvimizda bo‘lgan 18 nafar bemorning barchasida O‘KS ga xos belgilarni aniqlash uchun quyidagi tashxislash indikatorlariga murojaat qildik va mavjudligini o‘rgandik.

18 nafar bemorda 5 ta “P” belgilarini mavjudligi o‘rganildi (Pallor-teri rangini jaroxat yuzasida oqishligi, Poikilothermia-maxalliy xaroratning o‘zgaruvchanligi, Pulselessness-pulsatsiyani o‘zgarishi, Paresthesia-jaroxat bo‘lgan xudud terisini sezuvchanligini o‘zgarishi. Paralysis-jaroxat olgan mushakning faoliyatida falajlik tufayli parez xolatini kuzatilishi). 5 ta “P” belgilarini namoyon bo‘lishi O‘KS ni rivojlanishini darajasiga bog‘liq bo‘ladi. Kuzatuvimizda bo‘lgan 18 nafar bemorda terini oqarishi, paresteziya va teri xaroratini 2 gradusga pasayishi aniqlandi.

O‘tkazilgan tezkor tibbiy muolajalar o‘z samarasini berdi. Kuzatuvdagi 18 nafar bemorning 17 nafarida O‘KS – belgilari 1-sutkada pasaydi, 3 sutkada sezilarli darajada regress bo‘ldi. 1 nafar bemorda O‘KS belgilari kuchayishi kuzatilishi munosabai bilan Ilizarov apparati o‘rnatilib, rabdimiolizni kamaytirish uchun fassiotomiya operatsiyasi amalga oshirildi.

Xulosa. Bemorda O‘KS ni erta aniqlashda qo‘llanilgan 5 prediktorning qimmatini turlicha baxolash mumkin bo‘ladi. Monofaktorli analiz orqali O‘KS ni aniqlash, og‘ir darajada rivojlangan klinik ko‘rinishda bo‘lgan bemorni tashxislashda qo‘llanishi mumkin bo‘ladi. Ammo ko‘p faktorli analizga asoslangan O‘KS ni tashxislash, o‘xshash xastaliklar bilan differensiyallash, ajratish imkonini beradi. Tashxislashda - bo‘lishi mumkin bo‘lgan xatoliklarni oldini oladi, tashxisni asoslash imkonini beradi.

ОПЕРАЦИОННАЯ ПОЛИТРАВМА – СТАРТОВАЯ ПОЗИЦИЯ ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КОНЕЧНОСТЕЙ И РЕГУЛЯЦИИ РОСТА

[1]Шевцов В.И., [1,2]Новиков К.И.

[1]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия
[2] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия

Введение. Более ста лет прошло после первых попыток оперативного удлинения укороченной конечности. За это время технология удлинения претерпела значительные изменения. В развитии данного направления неоценимый вклад внесен профессором Г.А. Илизаровым и созданной им ортопедической школой. Совершенствовался инструментарий, менялись технологии, увеличивалось количество остеотомий, но при этом, в послеоперационном ведении корреляция терапии, во взаимосвязи от общего состояния пациента, по нашему мнению, до сих пор недостаточна и требует корректив и дополнения.

Материал и методы. В работе использованы опубликованные результаты исследований, проведенных в НМИЦ ТО им.акад. Г.А. Илизарова, а также в базах данных. Под руководством Г.А. Илизарова были разработаны основные детали удлинения конечностей: удлинение осуществляется разработанным автором оригинальным аппаратом, обоснованы темп и ритм постепенного удлинения (по 0.25 мм 4 раза в день), разработан способ малотравматичного нарушения целостности кости, подражая природе разработана и внедрена в практику технология полисегментарного и полилокального удлинения и коррекции деформации конечностей и регуляции роста.

Обсуждение. Анализируются результаты удлинения конечностей с использованием кольцевых и монолатеральных внешних фиксаторов, удлинение на

стержне и удлинение интрамедуллярных дистракторов или их комбинации.

Заключение. Полилокальный полисегментарный дистракционный остеосинтез по Илизарову используется в разных странах, несмотря на осложнения и болевые ощущения в процессе удлинения. На основании международного накопленного опыта эту технологию можно считать жизненеопасной.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ У ДЕТЕЙ

Шоматов Х.Ш.[1], Ходжанов И.Ю.[2], Рустамов Х.Х.[3] Эдилов У.А.[4]

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

На сегодняшний день не потеряли свою актуальность переломы костей нижней конечности у детей. Наиболее часто встречаются повреждения на уровне средней трети обеих костей голени. Из них переломы диафиза большеберцовой кости составляют около 15–25% в структуре повреждений длинных трубчатых костей у детей. Исходя из возраста пациента выбирается тактика лечения, так из консервативных методов широко используются иммобилизация гипсовыми повязками и скелетное вытяжение. В настоящее время, отмечается тенденция к малоинвазивным методам фиксации и ранней реабилитации пациентов. Выбирая тактику хирургического лечения, не стоит забывать, что консолидация перелома у детей происходит на фоне репарации костной ткани и дальнейшего ее роста. Немало важным является выбор доступа, учитывая наличие эпифизарных ростковых пластинок, повреждение которых приводит к отставанию поврежденной конечности от здоровой, даже при стабильном остеосинтезе и последующей консолидации. Так при использование эластичных стержней доступ производится через надлодыжечную область или сбоку от бугристости большеберцовой кости, а при блокирующем интрамедуллярном остеосинтезе канал образуют над бугристостью, не задевая при этом ростковые зоны. Нерешенными остаются и сроки иммобилизации пациента после переломов голени, так с целью ранней реабилитации и восстановление функций, позволительны остаточные боковые смещения при закрытой репозиции.

Цель исследования. Показать эффективность применение интрамедуллярного остеосинтеза при диафизарных переломах большеберцовой кости у детей.

Материалы и методы исследования. За период с 2021-2024 гг. было оперативно пролечено 34 пациента с диафизарными переломами костей голени. По половому признаку пациенты разделены на 26 (71%) мальчиков и 8 (29%) девочек соответственно. 28 пациентам остеосинтез произведен эластичными стержнями, в 6 случаях блокирующей штифт.

При выборе интрамедуллярного остеосинтеза, основывались на возрасте пациента, состояние ростковых зон и костного канала на рентгенограммах, характера линии излома и диастаза. Возраст пациентов при эластичном остеосинтезе варьировался от 6 до 12 лет, при блокирующем интрамедуллярным остеосинтезе от 14 до 17 лет. Наличие открытой ростковой зоны не считалось противопоказанием, ввиду адекватного доступа. В зависимости от диаметра костного канала

при эластичном остеосинтезе, преобладающие количество раз были выбраны стержни размером 3.0-3.5 мм. Возраст старше 14 лет, рефрактуры, диастазы 1.5-2.5 см. и оскольчатые переломы являлись показаниями к блокирующему остеосинтезу, при этом преимущественно использовались штифты диаметром 7.0-8.0 мм. Всем пациентам производились стандартные двухпроекционные рентгенограммы.

Результаты и обсуждение. При применение закрытой методики эластичного остеосинтеза, наиболее благоприятные были поперечные переломы диафиза большеберцовой кости (21 пациент), наблюдались технические трудности закрытого проведения стержней при косой линии излома (6 случаев). Лишь в одном случае при захождении осколка в проксимальный канал была произведена открытая репозиция, разрез составил длину 3 см.

В 3 случаях с отрицательной динамикой на скелетном вытяжение в течение 10 дней, пациентам произведен блокирующий интрамедуллярный остеосинтез. В 2 вариантах с оскольчатым характером перелома произведена операция на 3-6 сутки.

Выводы. Обязательным, считаем выполнение всех принципов эластичного остеосинтеза при переломах большеберцовой кости: оптимальный диаметр стержня, фиксация 2 антеградно введенных стержней, адекватный загиб стержней, достаточная компрессия. Подбор диаметра эластического стержня рассчитывался, чтобы конструкция заполняла 40-45 % диаметра костного канала. Для создания стабильно-эластичного состояния дугообразные изгибы стержней должны пересекаться в области перелома и располагаться против друг к другу.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Шукуров Э.М., Жаббаров А.А.

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

Цель исследования: разработать алгоритм выбора тактики лечения повреждений акромиального конца ключицы позволяющие оптимизация хирургическое лечения у больных с повреждениями акромиального конца ключица

Материал и методы. Исследовано 120 пациентов с переломами и переломовывихами акромиального конца ключицы у которого выполнено оперативное лечение. в клинике республиканского специализированного научно-практического центра травматологии и ортопедии с 2019 по 2024 г.г. Возраст больных составлял от 18 лет по 60 лет. Мужчин было 82, женщин -28. Нами разработано алгоритм выбора тактики лечения повреждений акромиального конца ключицы. (DGU № 387. 01.06.2024г)направленные на оптимизация хирургического лечения повреждения акромиального конца ключицы.

Алгоритм выбора тактика лечениея осуществляется в следующими:

1. Все больные с повреждениям акромиального конца ключицы доставляются в приемное отделение

2. Диагностика повреждения акромиального конца ключица: клинико-рентгенологическим МРТ МСКТисследованиями.

3. Больные с повреждением АКС предъявляют:Жалобы: на боль, которая сопровождается отеком в верхней части плеча.

4. Симптомы: при пальпации с целью оценки наличия и выраженности боли, нарушения функции верхней конечности, ограничение движений в плечевом суставе.

4. Рентгенография- двусторонние панорамные рентгенограммы с нагрузкой и аксиальные рентгенограммы являются надежными методами оценки повреждений акромиально-ключичного сустава.

5. УЗИ- для выявления наличие полного или частичного разрыв АК связки, наличие гематом в зоне сочленения, состояние окружающих сосудов.

6. МРТ- позволяет дифференцировать растяжение связок от разрыва связок и повреждения фасции, а также выявлять сопутствующие внутрисуставные патологии плечевого сустава,

7. Выбор метода лечения зависит от характера повреждения акромиального конца ключица.

При выбора методов лечения мы основалась на классификации C.Rockwood :

I тип - Легкое растяжение АС, локальная болезненность и припухлость, ограничение движений из-за болевых ощущений. Лечение: Косыночная повязка на неделю, медикаментозное лечение.

II тип - Капсула и АС частично разорваны. Проводится: рентгенография,УЗИ и МРТ. Лечение: Гипсовая повязка на 2 недели. Пластика в этих случаях не показана.

III тип - Разрыв капсулы, АС и СС, подвывих ключицы, Проводится: рентгенография,УЗИ и МРТ. Оперативное лечение: Закрытая репозиция с последующей перекутанной фиксацией спицами или винтом ,открытая пластика ключично-акромиального сочленения.

Тип IV - повреждение (полный разрыв) АС,Проводится: рентгенография,УЗИ и МРТ. Оперативное лечение: Шинирование сочленения крючковидной пластиной без вскрытия сустава и пластики связок ключично-акромиального сочленения.

Тип V - разрыв всего АС ключично-акромиального сочленения.Проводится: рентгенография,УЗИ и МРТ. Оперативное лечение: Шинирование сочленения крючковидной пластиной, пластика связок ключично-акромиального сочленения дополняется пластикой клювовидно-ключичной связки. Резекция акромиального конца ключицы оправдана только при невозможности устранения вывиха.

Тип VI –при вывихе отмечается смещение дистального конца под клювовидный отросток позади сухожилия двуглавой мышцы плеча Этот тип травмы встречается чрезвычайно редко и обычно связан с другими травмами и требует хирургического вмешательства.

Нами разработано устройство для лечения переломов акромиального конца ключицы (FAP 2022 0214 09.06.2022).

Устройство для лечения вывихов и переломов акромиального конца ключицы выполнено в виде пластины, с отверстиями, причем: один конец пластины закруглен, а противоположный конец - выполнен с тремя зубцами с заостренны-

ми концами, два из которых – выполнены симметрично перпендикулярно оси пластины, а третий - выполнен в продольном направлении.

Больные с повреждениями ключицы, разделены нами на основную и контрольную группу в зависимости от метода оперативного лечения, и выполнен анализ в каждой группе раздельно.

Больные в основной группе (n=35) оперированы по разработанной нами алгоритм выбора тактика лечения с применением накостного устройство , (FAP 2022 0214 09.06.2022), а в контрольной (n=85) – по традиционной общепринятой методике (интрамедуллярный остеосинтез спицей). По полу, возрасту, характеру переломов обе группы были равнозначны. Возраст больных колебался от 16 до 64 лет. Средний возраст в основной группе составил 31,2±11,19 года, в контрольной – 32,1±10,8 года. В Узбекский научно-практический центр травматологии и ортопедии (РСНПМЦТО) разработан и с 2021 года используется новый способ накостного остеосинтеза ключицы .

Мы при оценке результатов лечения повреждений ключицы использовались с модифицированный опросником Constant-Murley Shoulder.

Результаты анкетирования на основе модифицированного опросника Constant-Murley Shoulder были оценены следующим образом: 0-3 балла – хорошо; 3-6 баллов – удовлетворительно; 7 и более баллов – неудовлетворительно.

Боль	**Баллы**
Нет	0
При физиологических физических нагрузках	1
При значительных физтческих нагрузках	2
При минимальных нагрузках или в покое	3
Ограничение движений в смежных суставах	
Ограничений нет	0
Ограничения, не препятствующие привычному образу жизни и профессиональной деятельности	1
Ограничения, приводящие к изменению привычного образа жизни	2
Грубые ограничения	3
Состояние мягких тканей	
Норма, «ообычный» послеоперационный рубец	0
Легкая припухлость,отек,увеличивающиеся после физической нагрузки	1
Отек в покое	2
Гипертирофированный послеоперационный рубец, мацерация кожи	3
Удовлетворенность косметическим результатом	
Да	0
Нет	1
Психологический комфорт	

Да	0
Нет	1
Онемение в области ключицы или по переднее-верхней поверхности плеча	
Да	1
Нет	0
Итого	

Обследование больных в отдалённом послеоперационном периоде подразумевало обязательный клинический осмотр, анкетирование и выполнение рентгенограмм. Результаты и их обсуждение. Используя предложенный метод остеосинтеза в лечении переломов ключицы, мы дали сравнительную оценку ближайших и отдалённых результатов оперативного лечения у 120 больных с переломами данной локализации. Анализ сроков пребывания в стационаре показал, что до операции в обеих группах больные находились одинаково, а имелись различия в продолжительности лечения после операции Обследование больных в отдалённом послеоперационном периоде подразумевало обязательный клинический осмотр, анкетирование и выполнение рентгенограмм.

Нами проведён сравнительный анализ ближайших и отдалённых результатов остеосинтеза переломов ключицы за период от 3 месяцев до 1 года. Исследование пациентов с повреждением ключицы проводилось по общепринятым стандартам по модифицированному опроснику Constant – Murley Shoulder в сроки 3, 6 и 12 месяцев после остеосинтеза.

Результаты остеосинтеза в сроки 3 месяцев (ближайшие результаты) . У больных в контрольной группе, где была применена стандартная методика остеосинтеза, хорошие результаты получены в 76 (89,4%) случаях, а в основной группе – в 33 (94,3%). Неудовлетворительные результаты в контрольной группе отмечены у 9(10,6%) больных, в основной группе – у 2 пациентов, что составило 5,7% от общего числа (n=60).

Количество хороших результатов в основной группе составило 33 (94,3%), при этом количество удовлетворительных и неудовлетворительных результатов – 2 (5'7%). Контрольная группа представлена следующими результатами: хороший результат получен в 76 (89,4%) случаях, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты – в 9 (10,6%) случаях. При этом необходимо отметить, что разница удовлетворительных и неудовлетворительных результатов в основной и контрольной группах составила 12% (n=14), что, в который раз, доказывает эффективность предложенного метода остеосинтеза перед обычным интрамедуллярным остеосинтезом спицей.

Итак, анализируя результаты остеосинтеза (n=120) переломов ключицы мы пришли к следующим выводам:

1. Алгоритм создан на основе классификации C.Rockwood и позволяет определить оптимальный вариант хирургического вмешательства для каждого конкретного варианта повреждения. Предложенный алгоритм выбора тактика лечения больных с переломами и переломо-вывихами акромиального конца ключицы позволяет определить оптимальный вариант хирургического вмешательства оказать специализированную и высококвалифицированную помощь

пострадавшим. Программа может быть использована в практической медицине, в частности в травматологии, при оказании экстренной помощи пострадавшим в условиях шоковой операционной приемного отделения.

2. Разработан и внедрён в клиническую практику новый способ накостного остеосинтеза ключицы , который обеспечивает равномерное распределение стабилизирующего эффекта на месте перелома, путём взаимной компрессии, и исключает миграцию винтов в послеоперационном периоде до полной её консолидации и имеет преимущества по сравнению со стандартной методикой.

3. Сравнительный анализ результатов лечения пациентов с повреждением ключицы проводился по общепринятым стандартам – по модифицированному опроснику Constant-Murley Shoulder в сроки 3, 6, 12 месяцев после остеосинтеза. При этом разница в количестве удовлетворительных и неудовлетворительных результатов составила 12% от их общего количества, что доказывает эффективность предложенного алгоритма и метода остеосинтеза перед традиционными лечениями.

ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ

Шукуров Э.М., Соипов Р.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинкой помощи, Ташкент

Актуальность. Хирургическое лечение пострадавших с политравмой остается одной из актуальных проблем современной травматологии и ортопедии. Политравма, которая характеризуется высокой летальностью, является одной из трех основных причин смерти, а среди лиц в возрасте до 40 лет как причина смерти выходит на первое место. В настоящее время общепринятой является двухэтапная тактика оперативного лечения тяжелых открытых переломов костей голени.

Целью первого этапа является предотвращение инфицирования путем проведения этапных хирургических обработок раны и временная стабилизация перелома, второго этапа – восстановление функции конечности путем окончательной стабилизации перелома методом внутренней фиксации.

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных с открытыми переломами костей нижних конечностей при сочетанной травме путем разработки двухэтапной системы лечения.

Материал и методы. Под наблюдением были 120 больных с открытыми переломами длинных костей нижних конечностей при сочетанной травме, находившихся на стационарном лечении в отделения сочетанной травма с нейрохирургией Ташкентский областной филиал РНЦЭМП в 2022-2024 гг. Лиц мужского пола было 98 (82%), женского – 12 (18%). Средний возраст больных – 40,5±11,9 года.

Травматический шок I-II степени наблюдался у 102 (85,6%) пострадавших. В состоянии тяжелого шока или в терминальном состоянии находились 12 (10,7%) человек. Переломы костей бедра и голени имели место у 29 (24,5%) пациентов, костей голени – у 45 (37,7%), бедренной кости – у 8 (6,8%). Тяжесть открытых переломов оценивали по классификации О.Н. Марковой, А.В. Каплана (1975). Согласно этой классификации, у пациентов чаще встречались повреждения I (46 – 38,8%) и II (42 – 34,3%) типа. Несколько реже регистрировались повреждения III (32 – 26,9%) типа.

Переломы сочеталось с повреждением других сегментов: с черепно-мозговой травмой – у 55 (45,9%), с переломами плечевой кости – 12 (9,4%), 7 (5,9%), с переломом позвоночника – у 12 (10,6%), переломами ключицы – у 4 (3,5%), переломом костей таза – у 8 (7%), переломом пяточных костей – у 10 (8,2%), переломом надколенника – у 5 (4,7%), переломами ребер – у 5 (4,7%).

Жировая эмболия смешанной формы наблюдалась у 32 (12,7%) больных, преимущественно (71,4%) на 2-3-и сутки после поступления. У 18 (15,0%) больных, в основном с переломами костей голени и сочетанными переломами костей голени и бедренной кости, чаще на 2-6-е сутки развился тромбоз глубоких вен нижних конечностей.

Анализ особенностей оказания медицинской помощи показал, что более половины (55,9%) пациентов были оперированы на 2-6-е сутки, почти треть (30,9%) – на 7-10-е сутки после госпитализации.

Выбор метода лечения зависел от локализации, количества и характера переломов, а также давности травмы Для улучшения результатов лечения больных с открытыми переломами костей нижних конечностей при сочетанной травмы нами разработан Стержневой аппарат для лечения переломов длинных костей (FAP: 2023 0097 от 17.03.23 г.). Стержневой аппарат для лечения переломов длинных костей конечностей содержит штангу , выполненную на всем протяжении с резьбой, на которой установлено четыре талрепа с резьбовыми отверстиями , костные стержни , стержнедержатели с отверстиями под штангу и костные стержни , гайки для жесткой фиксации талрепов .

Нами предложен также алгоритм двухэтапного лечения открытых переломов длинных костей конечностей у больных с сочетанной травмой (№ DGU 28443 от 19.10.2023 г).Алгоритм, созданный на основе классификации Каплана – Маркова, позволяет выбрать индивидуальный метод лечения (внеочаговый, накостный, интрамедулярный остеосинтез) в зависимости от объема повреждения мягких тканей.

Двухэтапное хирургическое лечение открытых переломов при сочетанной травме заключалось в следующем: при нестабильном тяжелом состоянии больного выполнялись операции по жизненным показаниям, терапия шока, туалет раны с фиксацией перелома стержневым аппаратом внешней фиксации (АВФ) После заживления раны и стабилизации состояния пострадавшего аппарат внешней фиксации заменяли на интрамедуллярный синтез блокирующими стержнями и на пластину при внутри- и околосуставных переломах (таблица).

Выбор метода лечения зависел от характера сочетанной травмы и локализации перелома. Для характеристики травмы использовали классификацию О.Н. Марковой и А.В. Каплана, в которой для обозначения размера и степени повреждения применяется система цифр и букв:

- I – размер раны до 1,5 см,
- II – размер раны 2-9 см,
- III – размер раны более 10 см,

А – перелом с незначительным ограниченным повреждением мягких тканей, жизнеспособность мягких тканей сохранена или незначительно нарушена,

- Б – перелом с повреждением мягких тканей средней степени тяжести, наблюдается частичное или полное нарушение жизнеспособности тканей в ограниченной зоне,
- В – перелом с тяжелым повреждением мягких тканей и нарушением их жизнеспособности на значительном протяжении.

Кроме того, в данную классификацию дополнительно включена IV степень, обозначающая переломы с крайне тяжелым повреждением тканей: размозжением, раздавливанием, раздроблением и нарушением целостности магистральных артерий.

Варианты стабилизации костных отломков:

- иммобилизация в гипсе,
- первичный, отсроченный остеосинтез,
- интрамедуллярный синтез блокирующими стержнями,
- при переломах I, II и IIIA степени – без рассверливания костномозгового канала,
- при околосуставных переломах II и IIIA-Б степени – минимально инвазивным доступом установка латеральной пластины,
- при I-IIIБ степени – немедленный интрамедуллярный остеосинтез,
- при IIIB степени – внеочаговая фиксация,
- при IV степени – решение об ампутации.

Решение о ранней ампутации принимали с учетом величины костного дефекта, характера повреждения мягких тканей, состояния местного кровообращения конечности, наличия травматического шока, возраста пострадавшего.

У 120 пострадавших наблюдалось 188 переломов костей нижних конечностей. После стабилизации общего состояния при IA (8), IБ (6), IIA (4), IIIA (2) типах перелома 20 пациентам была наложена гипсовая повязка, при IБ (18), IB (14), IIБ (14), IIB (12), IIIБ (18), IIIB (14) типах переломов у 100 пострадавших выполнена фиксация переломов АВФ, при IБ (12), IIA (8), IIIA (4) типах переломов у 24 пациента произведен интрамедулярный остеосинтез блокирующеми стержнями, при IБ (12), IIA (8), IIБ (4), IIIA (8) типах переломов у 32 больных выполнена операция накостного остеосинтеза пластинами АО. У 2 пострадавших с IV типом перелома пришлось прибегнуть к ампутации конечности.

Жировая эмболия развилась у 28 (12,7%) пациентов, преимущественно у лиц с двусторонними переломами. У 9 (32,1%) пострадавших имелись открытые переломы. Всем больным на первом этапе проведено клинико-рентгенологическое обследование, после чего он был госпитализирован в шоковую палату, на фоне проводимых интенсивных мероприятий после стабилизации показателей и общего состояния пациента осуществлен остеосинтез кости стержневым аппаратом. После стабилизации состояния пострадавшего произведена замена аппаратов внешней фиксации на интрамедулярный остеосинтез блокирующими стержнями или накостным пластине АО: LCP и DCP в зависимости характера и локализация переломов .

Выводы:

1.Лечение открытых переломов костей конечностей у пострадавших с сочетанными травмами является продолжительным процессом ,сопровождающий высокими осложнениями.

2. Выбор метода лечения открытых переломов костей конечностей у пострадавших с сочетанными травмами зависит от тяжести состояния, характера повреждения внутренних органов и локализации переломов костей конечностей.

3. Двухэтапное лечение открытых переломов костей конечностей у больных с сочетанной травмой, которое включает ПХО и фиксацию перелома аппаратами внешней фиксации, после стабилизации состояния пострадавшего замену аппаратов внешней фиксации на интрамедуллярный остеосинтез блокирующими стержнями и на пластину при внутри- и околосуставных переломах, позволяет улучшить анатомо-функциональные результаты лечения пострадавших.

4. Разработанный алгоритм двухэтапного лечения открытых переломов костей нижних конечностей можно рекомендовать для использования в клинической практике.

БОЛАЛАРДА БИЛАК СУЯГИ ЭСКИРГАН ЧИҚИШЛАРИНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ УЗОҚ НАТИЖАЛАР

Эдилов У.А.[1] , Ходжанов И.Ю. [2]

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

Долзарблиги: Болаларда билак суяги бошчасини эскирган чиқишлари тирсак бўғими жароҳатларида, кўп учрайдиган оғир асоратлардан ҳисобланади. Билак суяги бошчасини эскирган чиқишида, нафақат билак суяги бошчасида, балки тирсак суяги томонидан ҳам патологик ўзгаришлар кузатилади, бу эса ўз навбатида даволаш жараёнларини янада қийинлаштиради ва бу мутахассислар томонидан хатоликлар юзага келишига олиб келади. Билак суяги бошчасининг эскирган посттравматик чиқиши, болаларда таянч-ҳаракат тизимининг барча посттравматик чиқишларида биринчи ўринни эгаллайди, шунинг учун кўпгина беморларда қўл функцияларининг чуқур оғир бузилишлари юзага келишига олиб келади, бундай ҳолат эса эрта ногиронликнинг белигисидир.

Мақсад: Тадқиқот мақсади-Болаларда билак суяги бошчаси эскирган чиқишларини, тирсак бўғими, тирсак суяги деформацияларини диагностикаси ва ҳалқасимон бойлам пластикасининг оптимал усулини яратиш орқали даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқот объекти сифатида Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт марказимизда 2020-2023 йиллар мобайнида даволанган билак суяги бошчаси эскирган чиқиши бўлган 72 нафар беморлар олинган.

Тадқиқот натижалари: Билак суяги бошчаси чиқиши билан даволанган беморларнинг “Билак суяги бошчасини жойига солиш, ҳалқасимон бойлам пластикаси ва трансартикуляр сих билан фиксацияси” хирургик муолажаси бажарилган 2 (3,4%) нафар беморларда, яқин даврда тирсак бўғими контрактураси ҳисобига

қониқарли натижа билан баҳоланди, узоқ даврда эса барча тур жарроҳлик муолажалардан кейинги беморларда яхши ва аъло натижалар кузатилди. Бундан юқори натижаларга эришишнинг сабаблари, бу болалар билак суяги бошчаси экирган чиқиши билан мурожаат қилган беморларда, тирсак суяги нормадаги анатомик ва механик ўқлари ўтказилгандан референт чизиқлардан ҳосил бўлган бурчакларни эътиборга олиш, билак суяги бошчасини тирсак бўғимида мустаҳкам ушлаб туриш ва жарроҳлик муоалажасидан кейин билак бошчани тирсак бўғимида эркин ротоцион ҳаракатларни таъминлаш мақсадида ҳалқасимон бойлам пластикасини бажариш орқали, асоратлар (контрактура, билак суяклари синостози, тирсак бўғими ностабиллиги) сонининг камайиши кузатилди.

Хулоса: Операциядан кейинги узоқ даврда қўл функцияларининг тўлиқ клиник, функционал ва анатомик тикланиши, асосий гуруҳ тирсак суяги проксимал қисми деформация бурчаги яъни фронтал, сагиттал текисликдаги анатомик ва механик ўқларидан ўтказилган референт чизиқлардан ҳосил бўлган бурчак 5°дан 10°гача бўлган беморларида 96,5%, деформация бурчаги 10°дан юқори бўлган беморларида 100% аъло нажалар қайд этилди.

МЕТОД КАПСУЛОПЛАСТИКИ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Ш.Н., Мустафаева К.Г.

*Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд*

Введение. Застарелые вывихи головки лучевой кости редко приводят к нарушению функции всей верхней конечности и особенно локтевого сустава. В настоящее время известны различные методики, позволяющие восстановить поврежденные связочные структуры и обеспечить стабильность в локтевом суставе. Однако в подавляющем своем большинстве они являются травматичными, в особенности те, которые предлагают пластику кольцевидной связки аутосухожилиями.

Описан в литературе способ открытого вправления головки лучевой кости с пластикой кольцевидной связки лавсановой лентой. Недостатком способа является истончение шейки лучевой кости в отдаленном периоде вследствие механического воздействия неэластичной лавсанной лентой, а также отсутствие ротационных движений предплечья.

Целью является создание связочного аппарата головки лучевой кости из собственной капсулы сустава больного для достижения стабильности локтевого сустава, а именно удержания правильных внутрисуставных взаимоотношений плечелучевого сочленения и тем самым улучшения функции локтевого сустава.

Материалы и методы: Наше сообщение основано на изучения результатов лечения у 42 детей, которые находились в стационаре с 2020 по 2023 гг. Из них изолированные передне-медиальные вывихи у 28 больных (66,6%), с повреждениями Монтеджи у 14 больных (33,4%). Мальчиков было – 24 (57,1%), девочек – 29 (42,9%). Повреждения локализовались справа у 23, слева у 19 больных. По возрасту: до 5 лет – 8 больных, 6-12 лет – 26 больные, 13-18 лет – 8 больные.

Доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустава, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепаровывается. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку рассекается спереди, снизу, сзади надмыщелка. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсульная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажать головки лучевой кости. Обычно места луче-локтевого сочленения заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферию, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая кзади новообразованной связкой (лоскутом из капсулы), проверяют степени фиксации головки луча при сгибании, разгибании, ротации предплечья. Выкраивается лоскут, для создания кольцевидной связки из передней поверхности капсулы сустава. Направление разреза до внутренней границы головки лучевой кости идет горизонтально, затем меняет направление в дистальную сторону, в сторону к переднему краю лучевой вырезки локтевой кости, где, обычно, естественно прикрепляется кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Для предотвращения ее растяжения и возможного рецидива вывиха проводится дополнительная временная иммобилизация спицей Киршнера, проведенной через головчатое возвышение плеча и головку лучевой кости. Послойные швы. В послеоперационном периоде иммобилизация гипсовой лонгетой продлилась до 4 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

Результаты: Результаты оценивались по разработанной шкале, где учитываются анатомо-функциональные состояние оперированной конечности. При этом отличные и хорошие результаты наблюдались у 39 больных (92,9%), удовлетворительно у 2 больных (4,8%) и неудовлетворительный результат у 1 (2,3%) больного.

Обсуждение: При выполнении открытого вправления головки лучевой кости у детей, с застарелой травмой мы считаем целесообразным, обратить внимания на следующие моменты: воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава; иссечение рубцовой ткани из лучевой вырезки локтевой кости. Так, во время оперативного вмешательства, показало прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящаются по новому патологии застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения больных.

Выводы: Фиброзно-измененная капсула сустава позволяет образовать лоскут для восстановления (пластики) кольцевидной связки при хирургическом лечении застарелых вывихов головки лучевой кости, а восстановление кольцевидной связки из фиброзно-измененной капсулы сустава в свою очередь удерживает головку лучевой кости во вправленном положении.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Эранов Н.Ф., Нуралиев А.М.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Введение. Часто встречающимся тяжелым повреждением внутрисуставного повреждения являются переломы головки мыщелка плечевой кости (ГМПК). До настоящего времени нет единого научного мнения по вопросам лечения свежих переломах ГМПК и их последствий. Также нет единой точки зрения у специалистов к вопросу лечения в зависимости от типа повреждений ГМПК. В связи чего из-за разнообразного лечения повреждений, неизбежно ведет к трудностям выбора метода лечения. Из-за выбора неоптимального метода лечения наблюдаются вторичное смещение головки мыщелка, несращение, асептический некроз, псевдоартроз, вальгусная деформация локтевого сустава, в некоторых случаях неврит локтевого нерва. При своевременном многостороннем обследовании нарушения консолидации переломов ГМПК могут быть выявлены на ранних сроках. Это требует пересмотра принципов лечения, которые предполагают проведение максимально щадящего остеосинтеза на ранних сроках лечения переломов с учетом стадии несращения при осложненном течении перелома ГМПК, а также помогают выбрать рациональный метод лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения переломов головки мыщелка плечевой кости у детей.

Материалы и методы исследования. В работе проанализированы результаты обследовании и лечения 42 детей с переломами ГМПК. Возраст больных колеблется от 3 до 17 лет. По полу мальчики 24 (57,1%) и девочки 18 (42,9%). По давности травмы у 26 (61,9%) больных до 3 дней (I группа) и у 16 (38,1%) более 3 недель (II группа). Всем больным было проведено клиническое и инструментальные методы исследования. Больным была произведена операция открытая репозиция головки мыщелка плечевой кости.

Техника операции: общее обезболивание, положение больного на спине, доступ по наружной поверхности локтевого сустава, над отломком, от уровня шейки лучевой кости, до надмыщелковой области плеча. Послойно обнажается разрыв мягких тканей, гематома удаляется. Костный отломок освобождается со стороны плеча в дистальном направлении, далее сопоставляется. Для фиксации костного отломка одна спица направляется от латеральной поверхности отломка головки мыщелка к медиальному надмыщелку. При этом особое значение придается направлению спицы: почти параллельно к суставной поверхности или перпендикулярно к оси плеча. А вторая спица проводится под углом 30^0 по отношению к проведенной первой спицы. Проверятся стабильность и анатомическое расположение костного отломка, после чего послойно ушивается операционная рана. Рука фиксируется задней гипсовой лонгетой.

Данная техника проведения спиц, вызывает рефлекторный спазм мышц предплечья, прикрепляемых к отломку, препятствует диастазу между отломками и способствует к плотной фиксации.

Результаты. У больных I группы 26 (61,9%) больных из-за своевременного диагностирования и лечения получены отличные у 22 (84,6%) и у 4 (15,4%) хорошие результаты, II группы больных 16 (38,1%), у 9 (56,3%) хорошие, у 4 (25%) удовлетворительные и у 3 (18,7%) неудовлетворительные результаты в виде несращения и псевдоартроза головки мыщелка. Данным больным проведена повторная операция.

Выводы. Своевременная диагностика, умелое проведение оперативных методов при переломе ГМПК предотвращает осложнений: неправильное сращение и псевдоартрозов. Фиксация отломка по предложенной методике позволяет уверенной стабильности и предотвращений вторичного смещения отломка.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫМИ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Юсупов Н.А. Акбаров Х.Т . Абдуллаев М.Х.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган

Мы располагаем опытом лечения 221 пострадавшего с закрытыми переломами костей конечностей, сочетанных с черепно-мозговой травмой.

Причиной повреждений у 62.9% явилась дорожно-транспортная травма.

Клиническое обследование больных с сочетанной черепно-мозговой травмой проводилось совместно травматологом и нейрохирургом по общепринятой методике с привлечением вспомогательных диагностических методов рентгенографии, ЭХО-энцефалоскопии, электроэнцефалографии.

У 66 (26.5%) пострадавших диагностирован ушиб головного мозга различной степени тяжести, у 155(73.7%) сотрясение головного мозга. В 165 случаях черепно-мозговая травма сопровождалась повреждением одного сегмента конечностей, в 35- двух, в 15- трех и 6 случаях –четырех. У 221 больного с сочетанной черепно-мозговой травмой выявлено 306 поврежденных сегментов конечностей.

Особенностью лечения больных было проведение одновременно реанимационных мероприятий, интенсивной терапии и диагностических исследований. Травма головного мозга в значительной степени определяла тактику лечения переломов конечностей. К лечению повреждений опорно-двигательного аппарата приступали, как правило, непосредственно после поступления пациентов в стационар, рассматривать в этих случаях остеосинтез как один из элементов противошоковых мероприятий. Всем 221 пострадавшим выполнен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова, причем, в первые сутки после поступления – в 118 случаях (51.1%).

Остеосинтез по Илизарову во всех случаях выполнялся в полном объеме, репозиция костных фрагментов достигалась либо на операционном столе, либо в ближайшем послеоперационном периоде в зависимости от общего состояния больного. По показаниям одновременно или последовательно выполняли оперативные вмешательства на голове, органах грудной и брюшной полостей.

Консолидация костей конечностей достигнута у всех пострадавших. Всего умерло 3 больных, что составило 1.4%. Летальностью исхода была травма, несовместимая с жизнью.

Наш опыт показывает высокую эффективность чрескостного остеосинтеза по Илизарову при лечении закрытых переломов костей конечностей, сочетанных с черепно-мозговой травмой. Малотравматичность, управляемость и высокая фиксирующая способность данного метода делают его оптимальным при лечении данной категории пострадавших.

ПРИМЕНЕНИЕ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЙ

Юсупов Н.А., Акбаров Х.Т., Юлдашев А.К.

Наманганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наманган

Обшеизвестно, что успешное лечение переломов зависит от выполнения основополагающих принципов, которые заключаются: в ранней и точной репозиции фрагментов кости: в хорошем и прочном контакте конгруэнтных поверхностей сращиваемых отделов кости: в прочной и управляемой фиксации отломков на весь период сращения: в максимальном сохранении трофики и остеогенных тканей в области перелома и всего сегмента, а также в адекватной стато-динамической нагрузке с активной функцией суставов (Иллизаров Г.А. 1983 г). При строгом соблюдении этих принципов можно рассчитывать не только на полное восстановление анатомической целостности кости, но и функционального состояния конечности.

Нами произведен анализ результатов лечения 63 больных с переломами костей голени и их последствий (замедленная консолидация, ложные суставы). Пострадавшие условно распеределены на 3 группы. В первую вошли 38 больных с открытыми и закрытыми диафизарными переломами костей голени, где осуществлен первичный остеосинтез по Илизарову. 2-ю группу составили пострадавшие (6), у которых применен прием ранней репозиции и временной фиксации фрагментов при планируемом отсроченном чрескостном остеосинтезе спиралевидных переломов голени. 3 - группа представлена 19 пациентами с осложнениями в виде замедленной консолидации переломов и ложными суставами. У пациентов 1 группы на голень, накладивали аппарат Илизарова классической компановки. При открытых переломах выполнялась первичная хирургическая обработка ран. Репозиция отломков достигалась, в основном, на операционном столе. Заживление ран в области перелома наступало первичным натяжением, лишь у одного пациента открытый перелом осложнился остеомиелитом с тотальной секвестрацией дистального отломка. После удаления секвестра образовался дефект костной ткани. Средний срок фиксации при закрытых переломах составил 68.9 а при открытых 87.3 дня. В клинической практике не всегда удется прибегнуть к остеосинтезу в первые часы и, даже, сутки по объективным причинам (тяжелое состояние пациента, доминирование сопутствующего повреждения, наличие значительного посттраматического отека с фликтенами и т.д.). В таких

случаях одним из основных методов оказания специализированной травматологической помощи на первом этапе является наложение постоянного скелетного вытяжения. С помошью вытяжения удается, как правило, устранить угловую даформацию, смещение отломков по длине и по оси. При этом ликвидировать смещение фрагментов кости по ширине не всегда предстявляется возможным, даже с помощью применения накожных и или внутрикостных боковых тяг. С целью ранней репозиции и временной фиксации фрагментов кости нами применен прием, который заключается в следушем: на вторые сутки после поступления пострадавших и наложения постоянного скелетного вытяжения производили контрольную рентгенографию области перелома. При сохраненном смещении отломков по ширине, не снимая голени с шины Белера продолжая скелетное вытяжение, через концы проксимального и дистального фрагментов во фронтальной плоскости прводили спицы Киршнера с напайками. Спицы фиксировали в 2 – х кольцах аппарат Илизарова, соединённых между собой резьбовыми стержнями, и производили перемещение фрагментов до полного и плотного контакта. При улучшении общего состояния пациентов, ликвидации посттравматического отека и подготовки кожных покровов повреждённого сегмента производили отсроченный остеосинтез (9-16 день после травмы), который заключался дополнительным проведением 6 спиц Киршнера и монтаже ещё 2 – х колец. У всех больных достигнута полная репозиция фрагментов, консолидация наступала в обычные для чрескостного остеосинтеза сроки. У больных 3 – группы на голень аналогично накладывали аппарат Илизарова, закрыто максимально устранялось смещение отломков по длине, ширине и угловая деформация. Практически полное смещение отломков удавалось устранить в ближайшие 10-14 дней после операции дозированным перемещением отломков. После окончательной репозиции, в зависимости от формы концов отломков, на стыке создавали осевую или встречно-боковую компрессию. Средний срок фиксации при замедленной консолидации переломов составил 117.5 и при ложных суставах – 143.1 дня. После снятия аппарата пациенты проходили полный курс реабилитационных мероприятий (магнитотерапия, массаж, ЛФК).

Результаты лечения больных во всех группах прослежены в сроки от 4 – х месяцев до 5 лет. Хорошие результаты отмечены у 59 больных, удовлетворительные – у 3 и неудовлетворительные у 1 больного. Таким образом, метод чрескостного остеосинтеза по Илизарову отличается малой травматичностью, позволяет в самые ранние сроки производить точную репозицию отломков и осуществлять стабильную фиксацию отломков на весь период консолидации перелома, что в конечном счёте позволяет достигать хороших анатомо-функциональных результатов.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Юсупов С.Ю., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара

Цель исследования: оценить результаты различных видов хирургического лечения больных с переломами проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы исследования. Исследование основано на анализ 40 пациентов с повреждениями проксимального отдела плечевой кости, которые проходили лечение в клиниках РСНПМЦТО и БФ РНЦЭМП в период с 2012 по 2019 год. Средний возраст женщин составил 50±1,4 лет. Наибольшее количество пациентов составили больные с трех- и четырехфрагментарными переломами и переломовывихами. Наиболее сложную группу составляют нестабильные трех- и четырехфрагментарные переломы (по классификации Neer C.S., 1970), имеющие наибольший удельный вес неудовлетворительных результатов лечения и осложнений. Консервативное лечение включало в себя закрытую одномоментную репозицию с последующей иммобилизацией гипсовой шиной (2 больных), клиновидной подушкой (1 больной). Оперативное лечение было проведено 37 больным и заключалось в проведении открытой репозиции и металлоостеосинтеза различными фиксаторами (разными видами пластин). Наибольшее число операций было выполнено с применением стабильно-функционального накостного металлоостеосинтеза.

Результаты лечения оценивали в сроки от 6 месяцев до 3 лет. Для оценки применяли шкалу Neer. Наибольший удельный вес отличных и хороших результатов при выполнении открытой репозиции и металлоостеосинтеза достигнут у пациентов с двух-, трех- и четырехфрагментарными переломами. Функциональные результаты оперативных вмешательств показали, что восстановился объем движений в плечевом суставе в таких пределах: сгибание — 90°, разгибание — 30°, отведение — 90°, ротация наружная/внутренняя — 40/0/60° — удовлетворительный результат по Neer.

Выводы. Трехфрагментарные и четырехфрагментарные переломы ПОПК относятся к тяжелым повреждениям опорно-двигательной системы и очень часто приводят к резкому снижению качества жизни больных. Тем не менее современные технологии лечения больных с такими повреждениями позволяют обеспечить у большинства пациентов положительный функциональный результат.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ И ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Юсупов С.Ю., Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара

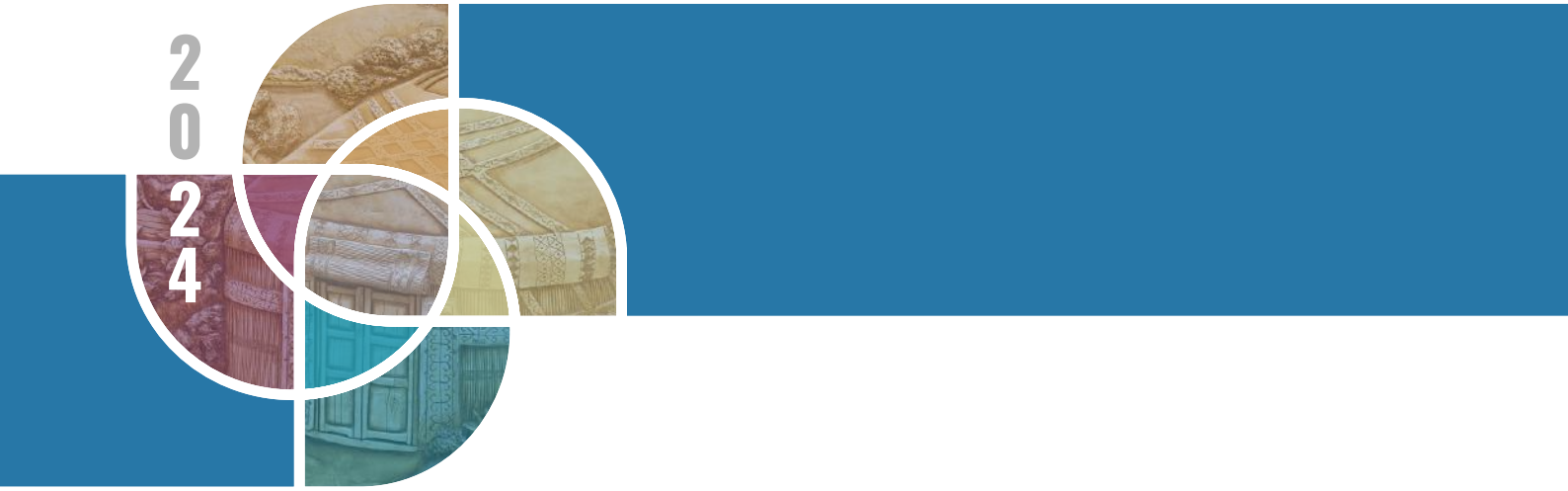
Введение. Переломы и переломовывихи проксимального отдела плечевой кости требуют особого внимания с разработкой оптимальной и индивидуальной тактики оперативного лечения, так как отсутствие или позднее проведение хирургических вмешательств часто приводят к грозным и трудно исправимым осложнениям.

Цель исследования: оценить результаты различных видов хирургического лечения больных с переломами и переломавывихами проксимального отдела плечевой кости.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов с переломами проксимального отдела плечевой кости, которым проводилось хирургическое лечение в условии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в период с 2015 по 2018 годы. Возраст больных варьировал от 30 до 74 лет (средний возраст составил 53год). Все пациенты были разделены на 2 сопоставимые по полу, возрасту и роду группы по 20 человек. Пациентами первой группы был выполнен ИМОС блокируемыми штифтами, а у больных второй группы назначен накостный остеосинтез с использованием специальной пластины с угловой стабильностью.

Результаты лечения оценивались по данным рентгенографии, а также с использованием индексной шкалы для оценки функциональной способности плечевого сустава. Во всех случаях ближайшие результаты в обеих группах были схожими, отдаленные результаты статистически достоверны различались в пользу применения накостного остеосинтеза ($p \leq 0,05$).

Выводы. Исходя из вышеизложенного установлено, что применение накостного остеосинтеза при переломах и переломовывихах проксимального отдела плечевой кости целесообразнее применения блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.



РАЗДЕЛ 5

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ВЫСОКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ОРТОПЕДИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ВРОЖДЕННЫМ ВЫВИХОМ БЕДРА, ОСЛОЖНЕННЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Алпысбаев Х.Ш., Джураев А.М., Тапилов Э.А., Кушабаев А.Н.

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

Введение. Наиболее частой причиной инвалидности у детей с патологией опорно-двигательного аппарата являются диспластические нарушения стабильности тазобедренного сустава, к которым относятся: дисплазия тазобедренного сустава, врождённый подвывих, врождённый и патологический вывихи бедра. В структуре инвалидности детского населения заболевания костно-мышечной системы занимают пятое ранговое место в основном за счет патологии тазобедренного сустава. Врожденный вывих бедра – тяжёлое увечье, даже после правильно проведённого функционального лечения имеются частые осложнения. Дистрофические поражения после бескровного вправления врожденного вывиха бедра могут поражать головки бедренной кости или в сочетании с поражением ростковой зоны шейки бедренной кости.

Методы хирургической коррекций деформаций проксимального отдела бедренной кости 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 децентраци и нарушения конгруэнтности суставных поверхностей.

Цель исследования. Изучить ближайшие результаты лечения детей с врожденным вывихом бедра, осложненным асептическим некрозом головки бедренной кости.

Материалы и методы исследования. Проанализированы ближайшие результаты лечения 72 детей, в возрасте от 3 до 16 лет с многоплоскостными деформациями проксимального отдела бедренной кости при АНГБК после бескровного вправления врожденного вывиха бедра. У всех больных отмечалась многоплоскостная деформация проксимального конца бедренной кости: подвывих бедра, варусная или вальгусная деформация и укорочение шейки бедра, вальгусное отклонение эпифиза, высокое стояние большого вертела и отрицательное значение артикулотрохантерной дистанции. Показанием к применению корригирующих остеотомий явились совокупность клинико-рентгенологических данных: хромота, порочная установка нижней конечностей, значимое ограничение отведения бедра, слабость ягодичных мышц, нарушение соотношений в тазобедренном суставе, подвывих бедра, деформация проксимального отдела бедренной кости: coxa valga (каудальная позиция большого вертела), coxa vara (краниальная позиция большого вертела), coxa breva, высокое положение относительно головки бед

дра (relative overgrowth of the greater trochanter), coxa magna, а не само укорочение нижней конечности. При лечении пациентов применялись следующие виды оперативного лечения: внесуставная или открытая центрация головки бедренной кости с межвертельной деторсионно-варизирующей или деваризирующей и ротационной остеотомией бедренной кости с «апофизеодезом» или низведением «транспозицией» большого вертела в каудальном направлении. При ацетабулярной дисплазии корригирующие межвертельные корригирующие остеотомии бедренной кости сочетали с ацетабулопластикой, которую целесообразно выполнить одномоментно с остеотомией бедра. Результаты лечения проанализированы в срок от 8 месяцев до 3 лет. Клинические исходы оценены по McKey.

Результаты исследования и их обсуждение. Нарушение роста и формирования проксимального конца бедренной кости зависит от преждевременного закрытия ростковой зоны, её «эпифизеодеза» в том или ином её отделе после бескровного вправления врожденного вывиха бедра. Больные поступали в клинику с жалобами на появление боли и чувства усталости в или тазобедренном суставе после физических нагрузок. Все они ранее лечились по поводу врожденного вывиха бедра консервативно. В динамике диагностирован асептический некроз головки бедренной кости с развитием различных деформаций проксимального отдела бедра в зависимости от возраста ребенка, анатомического состояния тазобедренного сустава на тот момент. Большинство больных обратились в стационар жалобами на ходьбу с внутренней ротацией нижних конечностей, хромоту, быструю утомляется при длительных прогулках и усталость в ногах. Нами оценены рентгенологические критерии стабильности, центрации головки бедра в вертлужной впадине и конгруэнтности пораженных тазобедренных суставов. Рентгенологический контроль осуществлялся через 3-6-12 месяцев после операции, а затем один раз в год. Предложенные методы оперативного лечения деформаций проксимального отдела бедренной кости являются достаточно эффективными вмешательствами, позволяющими улучшить клинические и рентгенометрические показатели тазобедренного сустава и тем самым расширить возможности реконструктивно-восстановительной оперативных вмешательств у данной категории детей.

Выводы. Выполнение хирургического вмешательства в детском возрасте необходимо осуществлять не только с учетом существующих отклонений, но и тех деформаций, которые неизбежно возникнут в результате, продолжающегося функционирования поврежденных зон роста проксимального отдела бедренной кости. Корригирующие межвертельные ротационные остеотомий бедра с «транспозицией» большого вертела бедренной кости могут быть с успехом использованы в лечении многоплоскостных деформаций проксимального отдела бедренной кости после бескровного вправления врожденного вывиха бедра у детей. Анализ результатов хирургического лечения АНГБК показал, что коррекция вторичных изменений анатомии проксимального отдела бедра и нарушений суставных соотношений оказывает позитивное влияние на течение репаративных процессов и препятствует дальнейшему прогрессированию патологии. Операции позволяют изменить пространственное положение головки и шейки бедра в трех плоскостях и нормализовать положение большого вертела.

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ БЕДРА

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

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент,
Республиканский специализированный научно практический центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Особенности тазобедренного сустава у детей (внутрисуставной метафиз, глубокая внутримышечная локализация, несущая функция, наличие нескольких физеальных зон) делают его восприимчивым к инфекции и последующим анатомо-функциональным нарушениям сустава. Одним из тяжёлых инвалидизирующих осложнений острый гематогенный остеомиелит является коксит, сопровождающийся деструкцией костной ткани, поражением ростковых зон бедренной и тазовых костей и формированием грубых рубцов. Наиболее часто у больных с данной патологией поражается проксимальный метаэпифиз бедренной кости. При этом течении часто у детей заболевание осложняется патологическим вывихом бедра. Лечение больных с патологическим вывихом бедра и в настоящее время представляет для ортопедов трудную и не до конца разрешенную задачу. Общепризнано-оперативное вмешательство является единственным радикальным способом лечения детей с данной патологией. Оно должно обеспечить устойчивость тазобедренного сустава с целью улучшения статики и походки больного, по возможности восстановить анатомические соотношения, уменьшить укорочения конечности и сохранить достаточную подвижность. При хирургическом лечении ПВБ первостепенной задачей является восстановление опорной функции конечности с сохранением подвижности в суставе с последующим решением задач по устранению вторичных деформаций и уравниванию длины нижних конечностей.

Цель исследования. Изучить исходы хирургического лечения детей с патологическим вывихом бедра.

Материалы и методы исследования. В основу работы положены результаты наблюдения и лечения 174 больных с патологическим вывихом бедра, пролеченных в отделении патологии тазобедренных суставов Республиканского Центра детской ортопедии МЗ РУз с 2010 по 2023 гг. Среди этих больных было 81 мальчиков и 57 девочек в возрасте от 3 до 14 лет. В работе применены: клинический, рентгенологический и магнитно–резанансное и мультиспирально-томографическое исследования. Оптимальным возрастом для оперативного лечения патологического вывиха бедра, по нашим данным, является 4-5 летний возраст ребенка, так как к этому времени у большинства больных заканчивается процесс оссификации структур тазобедренного сустава, когда ещё не сформировались вторичные деформации и процессы регенерации хорошо выражены. Планирование оперативного вмешательства у больных основывалось на оценке нарушений анатомических соотношений в тазобедренном суставе, его функции, нарушений пространственных ориентации костей, формирующих сустав, а также нарушений размеров, формы и целостности костей и проводилось с учетом выделенных симптомокомплексов и возраста пациента. Выбор метода оперативного вмеша-

тельства зависел от возраста больного, обширности разрушении головки, шейки бедра вертлужной впадины, степени смещения бедра. При деструктивном вывихе бедра применялась дифференцированная оперативная тактика в зависимости от степени тяжести деструкции проксимального отдела бедренной кости и вертлужной впадины. Мы осуществляли следующие сложные реконструктивно - восстановительные операции:- открытое вправление культи головки или шейки бедренной кости с межвертельно - деторсионной, укорачивающей, варизирующей остеотомией у 64 детей; - открытое вправление культи головки или шейки бедренной кости с межвертельно - деторсионной, укорачивающей, варизирующей остеотомией с пластикой вертлужной впадины по Пембертону или ротационной остеотомией таза по Salter у 34 детей; - открытое вправление культи головки и шейки с удлинением последней и транспозиция гипертрофированного большого вертела с ягодичной мускулатурой в каудальном направлении с фиксацией винтом и дополнительно кетгутовыми швами у 29 детей.

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения оценивались в соответствии с достижением анатомических и функциональных результатов. Операции открытого вправления головки и культи шейки бедренной кости сводились к вскрытию тазобедренного сустава, ревизии проксимального конца бедренной кости и впадины и обязательному иссечению рубцовой ткани. После медиализации сустава перемещение фрагментов подвздошной кости, сохранившаяся часть шейки и головки бедренной кости погружалась под вновь образованную крышу вертлужной впадины. С ростом детей, постепенно нарастала латерализация бедренной кости, которая способствовала восстановлению функции средней и малой ягодичных мышц. Достигнуто движение в суставе в пределах нормы 80°, отведение оставалось значительно ограниченным, однако приводящих контрактур в отдаленные сроки нами не отмечены.

Выводы. Хирургическое лечение детей с деструктивными патологическими вывихами бедра предусматривает на первом этапе стабилизацию тазобедренного сустава и на втором – восстановление длины нижней конечности. Показания к тому или иному виду внутрисуставного оперативного вмешательства по нашим данным, должны ставиться строго индивидуально для каждого больного в зависимости от возраста больного, вида и степени деформации элементов тазобедренного сустава и величины укорочения нижней конечности. Наши наблюдения свидетельствуют о том, что реконструктивно-восстановительные операции у большинства больных устраняют сгибательно-приводящую и наружно-ротационную контрактуру, обеспечивают устойчивость тазобедренного сустава и тем самым улучшают походку и статику больного, уменьшают перекос таза и ликвидируют симптом Тренделенбурга.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

Амони М.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибни Сино

Цель работы. Выявить основные требования к лечению проксимальных переломов бедренной кости.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 132 пострадавших с проксимальными переломами бедренной кости. С вертельными переломами были 65 с переломами шейки бедра 67 пациентов. Возраст пациентов был от 60 до 87 лет. Пациенты по классификации АО были распределены следующим образом: А2 – 33; А3 -32; В1 – 25; В2 – 27; В3 – 10 пациентов. В стационар впервые сутки после травмы поступили 60 (45,5%) пациентов. Это объясняется тем, что другие пациенты травму получили в отдаленных районах республики и не были транспортабельными. В состоянии шока госпитализированы 11 человек (I степени — 2 пострадавших, II — 4, III — 5). У 12 пациентов были выявлены различные сопутствующие повреждения. Интрамедуллярный остеосинтез гамма фиксатором произведен 65 пациентам при переломах А2, А3, В3. При переломах шейки бедра В2 и В1 выполнены эндопротезирование тазобедренного сустава.

Полученные результаты и их обсуждение. Организация помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра является важной задачей. Все эти пациенты должны своевременно доставляться в травматологический стационар. В Таджикистане из-за отдаленных горных районов эта проблема решается трудно. В этой связи мы рекомендуем двухэтапную и одноэтапную схему маршрутизации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста.

Двухэтапная схема оказания помощи пациентам с переломами проксимального отдела бедра оказывается в специализированном травматологическом центре. С учетом особенностей конкретных субъектов (площадь региона, транспортная доступность, количество травматологических центров) возможна организация одноэтапной схемы маршрутизации пациента с подозрением на ППОБ, когда пациент сразу доставляется непосредственно в медицинскую организацию, где ему будет оказана помощь в полном объеме.

Консервативные методы могут применяться только у нестабильных пациентов с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации, не поддающейся коррекции. Оперативное лечение является методом выбора для этой группы больных. Длительность предоперационного периода рекомендуется минимизировать и не допускать его превышения более 48 часов. Пациенты с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями имеют повышенный риск летального исхода, поэтому хирургическое вмешательство может быть отложено до 48–72 часов после перелома для стабилизации этих состояний. Необходимо учитывать, что по данным проведенных исследований выполнение эндопротезирования в ночное время приводит к увеличению числа осложнений, поэтому операции по замене тазобедренного сустава мы рекомендуем выполнять только днем и при наличии подготовленных бригад.

Выводы. Пациенты с проксимальными переломами бедренной кости считаются тяжёлым контингентом и требуют особого внимания. В зависимости от времени доставки и состояния пациента оперативные вмешательства должны выполняться по одноэтапной или двухэтапной схеме оказания помощи. В зависимости от тактики лечения время для выполнения одноэтапной или двухэтапной оказания помощи должно быть ограничено до 48 и 72 часов соответственно.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ УСТРАНЕНИЕ СПАСТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ И КОНТРАКТУР ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ

Арифжанов К.С., Мирзаев А.Г.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Детский церебральный паралич (ДЦП) — это группа патологических симптомокомплексов, которые возникают в результате недоразвития или повреждения головного мозга в пренатальном, интранатальном и раннем постнатальном периодах. Спастическая форма ДЦП является наиболее распространенным проявлением этого заболевания. Спастика скелетной мускулатуры приводит к тяжелым нарушениям двигательной функции, выраженному болевому синдрому и развитию контрактур – ограничению движений в суставах с вторичными и необратимыми фиброзными изменениями. Применяемые методы физиотерапии, лечебной физкультуры, пероральные миорелаксанты при тяжелом спастическом синдроме оказывают лишь частичный эффект. Известны коррекционные хирургические способы лечения спастичности, с удлинением сухожильной части и переднюю артротомию локтевого сустава с выведением предплечья на разгибание с углом более 150 градусов, ротационная остеотомия костей предплечья со стабильным интрамедуллярным остеосинтезом педиатрическими эластичными стержнями в малоинвазивном варианте выполнения. Крайне редкой является необходимость по устранению аддукционно-пронационной контрактуры плечевого сустава, стандартной является ротационно-абдукционная проксимальная остеотомия плечевой кости. При решении вопроса о показаниях к ортопедической операции оценивают целый ряд факторов: характер спастичности, степень сохранности чувствительности конечности, сопутствующие повреждения. Ортопедические вмешательства совершенствуются и показаны лишь тогда, когда исчерпаны возможности восстановления нарушенных функций.

Целью исследования явилось устранение спастической формы контрактуры лучезапястного сустава у детей с ДЦП, с улучшением охвата кисти, увеличением объема движения в суставе с целью облегчения самообслуживания.

Материалы и методы. Обследовано 58 детей с ДЦП (4-17 лет) с выраженными спастическими параличами верхних конечностей: лучезапястного сустава с нарушениями двигательной сферы: патологические двигательные установки, контрактуры, порочная поза кистей. Больные, после стандартной подготовки, подвергались оперативному лечению: устранение спастической формы контрактуры лучезапястного сустава. По полу превалировали девочки (соотношение М : Ж = 1 : 1,4). Среди форм ДЦП у большинства пациентов была определена спасти-

ческая диплегия (90,9%). Уровень двигательных нарушений по GMFCS II–III превалировал типичной контрактурой «спастической руки», что является флексионно-пронационного характера. Помимо клинического обследования, детям осуществлена рентгенография верхней конечности, частично миография мыщц кисти (30%).

Результаты и обсуждение. Положение предплечья, кисти и пальцев кисти наиболее сильно нарушают функции верхней конечности. Пронационное положение предплечья и кисти, флексионный компонент кистевого сустава и пальцев кисти ограничивают возможности трудоспособности и бытовых движений. Пальцы вовлекаются во флексионную контрактуру лучезапястного сустава, реже – это деформации пальцев по типу «лебединой шеи», аддукционная либо флексионно-аддукционная контрактур первого пальца.

У больных спастическими формами ДЦП определялсь нарушения двигательной сферы: патологические двигательные установки, контрактуры, порочная поза. Формирование данных нарушений обусловлено неврологическим дефицитом и нарушением баланса мышц — антагонистов конечностей. При этом клиническая картина носила типичный характер из-за доминирующей мышечной силы одной группы над другой (доминирующая сила пронаторов над супинаторами и флексоров над экстензорами) с формированием типичной флексионно-пронационной контрактуры верхней конечности.

24 обследованным пациентам, под общим обезболиванием. была проведена плановая оперативная коррекция контрактуры с замещением сухожилия Flexsor carpi ulnaris транспозицией m. Extensor carpi radialis brevis, с устранением гипертонуса. В 34 случаях пациентам было проведено Z-образное удлинение m. pronator teres. Послеоперационный период протекал достаточно эффективно и в дальнейшем (на 10 сутки) осуществлялись этапные физиопроцедуры, использовали этапные редрессации с целью купирования рецидива порочного положения конечностей и восстановления положения коррекции.

Выводы:

Для получения отчетливого положительного результата от хирургического лечения контрактур верхних конечностей операция должна выполняться этапными редрессациями.

Для предупреждения формирований осложнений контрактур суставов верхних конечностей, необходима заключительная диагностика.

В хирургическом лечении контрактур суставов конечностей у детей со спастическими формами ДЦП должны применяться методы лечения, обеспечивающиебыструюактивизацию,минимизациюпостельногорежимаиобездвиживания.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ МЕТОДОМ ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ

Балаев П.И.[1], Ходжанов И.Ю.[2], Борзунов Д.Ю.[1]

[1]ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент,
[1]ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 23», Екатеринбург, Россия

Рассматривая проблему реконструкции конечностей при сформированных дефектах тканей, а также эффективности несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову, ряд авторов признает необходимость длительных сроков внешней фиксации с потерей качества жизни пациентами в этот период, развитие контрактур смежных суставов и возникновение локального воспаления мягких тканей на этапах аппаратного лечения. Чрескостный остеосинтез нашел применение и доказал свою эффективность при восстановлении целостности сегментов конечностей при лечении больных с первичными новообразованиями длинных трубчатых костей. По данным доступной литературы, исследований, затрагивающих проблемы восстановления целостности конечности, а также возникающих осложнений и их причин у больных с первичными новообразованиями длинных трубчатых костей нижних конечностей в процессе лечения, мы не встретили. По нашему мнению, анализ ошибок и осложнений применения метода костной аутопластики по Илизарову у больных с опухолями костей нижних конечностей востребован и актуален.

Цель работы – ретроспективно рассмотреть ошибки и осложнения применения метода несвободной костной аутопластики по Илизарову у больных с первичными новообразованиями длинных трубчатых костей нижних конечностей.

Материалы и методы. Мы изучили результаты лечения 133 больных с первичными опухолями длинных трубчатых костей нижних конечностей в возрасте от 10 до 50 лет с морфологически верифицированным диагнозом первичной костной опухоли. Исследование одобрено комитетом по этике. Использовались методы описательной статистики. Отдаленный результат изучен в сроки от 3 до 20 лет. Пациентов мужского пола было 51 (38,3 %), женского – 82 (61,7 %). Детей в возрасте от 10 до 17 лет было 39 (29,3 %) человек, средний возраст группы составил 22 года. У 30 (22,6 %) пациентов была выявлена злокачественная опухоль кости, у 103 (77,4 %) имелся доброкачественный процесс. На хирургическом этапе лечения нами выполнялась сегментарная резекция пораженного участка кости, образовавшиеся дефекты кости составляли от 5 до 22 см. Дефекты были возмещены регенератами на одном или нескольких уровнях с применением вариантов моно- и полилокального удлинения отломков, смежных сегментов и межкостного синостозирования. По показаниям 30 (22,6 %) больным со злокачественными опухолями костей была проведена неоадьювантная химиотерапия согласно клиническим рекомендациям Ассоциации онкологов России.

Результаты. В процессе исследования мы выявили и проанализировали основные группы ошибок: организационные 36 (27,0 %), тактические 11 (8,3 %), технические 17 (12,8 %). На основании анализа ошибок были изучены связанные с ними лечебные осложнения 24 (18,0 %).

Организационные ошибки. В предоперационном периоде ошибкой явился неправильный выбор по диаметру кольцевых и дуговых опор без учета минимального расстояния от поверхности кожи до внутреннего края кольца (дуги), эта ошибка отмечена у 5 (3,8 %) больных. Задержка перемонтажа аппарата без объек-

тивных причин привела к увеличению периода остеосинтеза на 1-2 месяца у 9 (6,8%) больных. Из-за неправильной укладки больных на койке и игнорирования занятий ЛФК у 13 (9,8%) больных развилась комбинированная контрактура тазобедренного и коленного суставов. Нарушение оценки состояния конечности и рекомендаций по возрастающей функциональной нагрузке у 2 (1,5%) больных явилось причиной деформации регенерата.

Тактические ошибки. На ранних этапах разработки и внедрения сохраняющих конечность операций с применением чрескостного остеосинтеза при опухолях длинных трубчатых костей у 6 (4,5%) пациентов с первично злокачественными новообразованиями были неадекватно определены показания к применению данного метода. Объективное обследование больных указывало на значительные размеры опухоли (более 10 см), быстрый темп роста (более 1 см/месяц), ее незначительный регресс от проводимой в предоперационном периоде химиотерапии (I–II степень лечебного патоморфоза), наличие в анамнезе патологического перелома (3 больных). Все эти факторы снижали вероятность благоприятного исхода сохранных операций в онкологическом аспекте и указывали на целесообразность выполнения ампутации. Продолжение замещения пострезекционного дефекта кости при замедленной перестройке дистракционного регенерата и удлинение сроков лечения отмечено у 3 (2,3%) пациентов. Неправильный выбор варианта адаптации концов отломков был у 3 (2,3%) больных при билокальном дистракционно-компрессионном остеосинтезе после сегментарной резекции суставного конца кости.

Технические ошибки в процессе остеосинтеза были представлены «вырезыванием» тракционно-направляющих спиц с упорами в виде булавовидных напаек из перемещаемых фрагментов, что наблюдалось у 12 (9,0%) больных. Перелом слабо натянутых спиц в аппарате возник у 4 (3,0%) больных. Неполное нарушение целостности отломка при выполнении остеотомии (кортикотомии) было выявлено у 3 (2,3%) пациентов. Лечебные осложнения мы встретили у 24 (18,0%) пациентов. Это было воспаление мягких тканей в области введения спиц или послеоперационной раны, сосудистые нарушения, неврит малоберцового нерва, развитие или усугубление контрактуры тазобедренного, коленного или голеностопного суставов. Наиболее часто наблюдались воспалительные явления в мягких тканях, составившие 15,2%, и контрактуры тазобедренного, коленного и голеностопного суставов (10,7% по отношению к общему числу лечившихся). Сосудистое осложнение было представлено кровотечением в точке выхода спицы из мягких тканей и отмечено в период фиксации аппаратом у 1 (0,7%) пациента. После удаления спицы и наложения давящей повязки гамакообразного типа кровотечение прекратилось. Отек мягких тканей бедра и голени с возникновением синюшности дистальных отделов конечности наблюдался в разные периоды у 7 (5,4%) пациентов и был обусловлен обширным характером оперативного вмешательства и, как следствие, изменениями лимфовенозного оттока и трофики. У 90,2% из пациентов, имевших осложнения, последние ликвидированы в процессе остеосинтеза.

Обсуждение. Указывая на ошибки и осложнения, возникающие в процессе лечения у больных с новообразованиями длинных костей нижних конечностей с применением свободной костной аутопластики по Илизарову, мы можем уменьшить практический интерес к данной методике. Исследуя ошибки и осложнения,

мы находим причины и механизмы их возникновения. Умея вовремя распознать и устранить причины ошибок, мы можем улучшить результаты проводимого лечения. Управляя механизмами, мы можем свести отрицательное действие наших ошибок к минимуму. Следует подчеркнуть, что данные осложнения не сопровождаются значительными анатомо-функциональными расстройствами, в подавляющем большинстве купируются консервативными мероприятиями и не приводят к необходимости прекращения остеосинтеза. Возникающие лечебные осложнения могут значительно удлинять сроки госпитализации, снижать качество реабилитации. Все ошибки и связанные с ними осложнения у 27,0% (36 больных) были вызваны нарушениями мероприятий организационного характера, в 8,3% случаев (11 больных) возникли из-за несоблюдения тактических принципов и в 12,8% (17 больных) – в результате технических погрешностей при проведении чрескостного остеосинтеза. Лечебные осложнения наиболее многочисленны – 18,0% (24 больных). Они представлены явлениями воспаления мягких тканей и развитием вторичных контрактур крупных суставов.

Заключение. Систематизация ошибок и связанных с ними лечебных осложнений позволила определить рекомендации по их профилактике и лечению. Это комплекс лечебно-профилактических мероприятий, которые предупреждают возможные трудности в проведении лечебного процесса, обеспечивают более эффективную и качественную реабилитацию больных, сокращают время стационарного лечения пациентов с опухолевой патологией длинных трубчатых костей.

УЗУН СУЯКЛАР СИНИШЛАРИДАГИ ДАВОЛАШДАГИ ТАЖРИБАМИЗ

Болғаев А.Б., Рахмонов Т.Т., Жойнаров Ё.У., Ишбуриев Н.Р., Шерматов У.М.

Тошкент тиббиёт академияси Термиз филиали,
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази
Сурхондарё филиали

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали 2000 йил ташкил топган бўлиб, Сурхондарё вилояти аҳолисига хизмат кўрсатиб келмоқда. Клиниканинг Травматология қабул бўлими туну кун таянч ҳаракат тизимига ўткир шикаст олган 80 ортиқ беморларга хизмат кўрсатиб келади. Қабул бўлимида рақамли рентгенография бўлими, шок ҳолатда келган беморларга шошилинч тиббий ёрдам кўрсатиш хонаси, травматолог, нейрохирург хоналари, яраларга бирламчи ишлов бериш хонаси, гипслаш хонаси ва беморларга антирабик тиббий ёрдам кўрсатиш хоналари мавжуд. Шунингдек, травматология бўлими туну кун таянч ҳаракат тизимига ўткир шикаст олган беморларга тиббий ва жаррохлик ёрдами кўрсатиб келмоқда. Ҳозирги кунда юртимизда автомобил, саноат ва ишлаб чиқариш корхоналар сонини ортиб бориши травматизм ва ўткир шикастланиш ҳолатлар сонини ортиб боришига сабаб бўлмоқда. Шу муносабат билан бу ҳолатларни ечимини топиш, травматизмни олдини олиш, клиник ва дифференциал текширувларни эрта амалга ошириш, ташхислаш, ўткир шикастларда беморларга шошилинч тиббий ёрдамни тўғри ташкил этиш ва даволаш, реабилитация чора тадбирларни тўғри амалга ошириш травматолог ва ортопед шифокорлар орасида турган асосий вазифаларидан бири бўлиб келмоқда.

Материаллар ва усуллар. Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Сурхондарё филиали травматология бўлимида 2022-2024-йиллар давомида бир қанча беморларга интрамедулляр, экстрамедулляр, ўчоқдан ташқари компрессион ва дистракцион Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтез, шунингдек, юмшоқ тўқима: пай, нерв ва қон томирлар шикастланишида турли хилдаги жаррохлик амалиёти ўтказиб келинади.

Натижаларни муҳокама қилиш: Булардан: Сон суягини синишларида: 17 та беморга БИОС (блокирловчи интрамедулляр остеосинтези) ва 23 та беморларда пластина-шуруплар ёрдамида остеосинтезлаш, болдир суякларини синишларида: 16 та беморга БИОС ва 20 та беморларда пластина-шуруплар ёрдамида остеосинтезлаш, елка суякларини синишларида: 9 та беморга БИОС ва 12 та беморга пластина-шуруплар, билак суякларини синишида: 2 та БИОС ва 12 та беморга пластина-шуруплар, шунингдек, билак ва болдир суякларини синишларида 9 та ҳолатда Илизаров аппарати ёрдамида остеосинтезлаш жаррохлик амалиётлари бажарилган.

Ҳулоса тарзида таянч ҳаракат тизимига ўткир шикаст олган беморларни шошилинч равишда тиббий кўрикдан ўтказиш, умумий ҳолатини баҳолаш, зарурий диагностик текширувларни ўтказиш, шокка қарши даво чора тадбирларини олиб бориш, суякларини синишларида остеосинтезлаш усуллари тўғри танлаш ва ҳамкор метаболик касалликларини инобатга олиб минимал инвазив остеосинтезлаш усули танлаш, беморни ҳаёт сифатини ошириш ва ногиронлик ҳолатларини камайтириш лозим.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ ИЛИЗАРОВА И MASQUELET

Борзунов Д.Ю., Моховиков Д.С., Колчин С.Н., Гильманов Р.Т.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, Россия
ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 23», Екатеринбург, Россия
ФГБУ «НМИЦ ТО имени академика Г.А. Илизарова» Минздрава России

Введение. Основываясь на оценке проблем и эффективности применения индуцированной мембраны и транспорта кости, предложен новый дизайн технологических решений, базирующийся на авторских методиках Masquelet и Илизарова при восстановительном лечении пациентов с костными дефектами и ложными суставами.

Цель работы – поиск новых технологических решений для улучшения результатов хирургической реабилитации пациентов с приобретенными костными дефектами в условиях активной гнойной инфекции и ремиссии.

Материалы и методы. Комбинация технологий успешно применена при восполнении костных дефектов в условиях активной гнойной инфекции и ремиссии у 24 пациентов. Пациенты первой группа (17 клинических наблюдений) имели костные дефекты в условиях ремиссии остеомиелитического процесса, у второй группы пациентов (7 наблюдений) остеомиелитический процесс не был купирован. Комбинированная технология костной пластики включала рекон-

струкцию сегмента в две операционные сессии. На первом этапе лечения выполняли радикальную санирующую обработку мягких тканей и костей в зоне дефекта и ложного сустава с имплантацией спейсера и чрескостной фиксацией костных отломков аппаратом Илизарова. Во время второй операционной сессии спейсер удаляли и после выполнения остеотомии (кортикотомии) отломка (ов) осуществляли транспорт кости по Г.А. Илизарову. Эмпирическую антибактериальную терапию в отношении широкого спектра возбудителей начинали после верификации микробного пейзажа биоматериала и определения чувствительности к антибиотикам проводили коррекцию антибактериальной терапии.

Результаты. У всех пациентов первой группы послеоперационные раны в области имплантированных спейсеров зажили первичным натяжением. У двух пациентов второй группы (29%) к моменту удаления спейсеров были сформированы гнойные свищи и раны заживали вторичным натяжением. Продолжительность дистракции в первой группе составила (45,4±9,8) дней.

Перемещение фрагментов у пациентов второй группы выполняли в течение (52,8±5,3) дней. К моменту стыковки перемещаемых фрагментов с противолежащими отломками замыкательные пластинки на концах отломков были не сформированы. Кроме того, после удаления спейсеров концы отломков дополнительно экономно, а при наличии свищей в двух клинических наблюдениях дополнительно радикально обрабатывали. Отсутствие замыкательных пластинок позволило выполнять закрытую репозицию и адаптацию концевых отделов костных отломков. На стыке отломков поддерживали компрессию до достижения консолидации отломков. Манипуляцию для поддержания компрессии между концами отломков выполняли по 1,0 мм 1 раз в 10-14 дней.

Продолжительность фиксации сегментов аппаратом составила в первой группе пациентов (195,1±9,9) дней, во второй группе – (181,8±11,4) дня.

У всех пациентов, закончивших лечение, было достигнуто восстановление целостности и опороспособности поврежденного сегмента. При контрольных явках остаточное анатомическое укорочение от одного до 6,0 см выявлено у трех пациентов (3,3±1,8 см).

Обсуждение. На начальном этапе комбинации техники Masquelet и несвободной костной пластики по Илизарову сохраняются риски активности гнойного процесса при нерадикальной санации очага инфекции, имплантации массивных спейсеров с профилактической дозой антибиотиков и эмпирической антибактериальной терапии. Формирование на втором этапе хирургического лечения индуцированной мембраны, обладающей бактерицидной активностью, создание благоприятных условий для транспорта кости, адекватная санация гнойного очага и проведение целевой антибактериальной терапии обеспечивает стойкое подавление активности гнойного процесса.

Выводы. В исходе хирургической реабилитации пациентов с сегментарными инфицированными дефектами происходит восполнение костных дефектов дистракционными регенератами, претерпевающими полную органотипическую перестройку, что исключает вероятность формирования деформаций или переломов на уровне новообразованных участков кости и снижает риски рецидивов остеомиелитического процесса.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ НОВОГО ОСТЕОТОМА ПРИ ОСТЕОТОМИИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Давиров Ш.М.[1], Уринбаев П.У.[2], Мансуров Д.Ш.[2]

[1]Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии
[2]Самаркандский государственный медицинский университет

Остеотомия является одним из ключевых методов в ортопедической хирургии, предназначенным для коррекции деформаций и дефектов костной ткани. Эта процедура широко применяется при лечении различных патологий костной системы, включая посттравматические и постостеомиелитические деформации длинных трубчатых костей. В Узбекистане, как и в других странах, остеотомия остается важным инструментом для восстановления нормальной функции конечностей у пациентов с выраженными деформациями, которые могут существенно снижать качество жизни и приводить к инвалидности.

В последние годы в ортопедической практике наблюдается значительный прогресс в разработке и внедрении новых инструментов и методов остеотомии, направленных на минимизацию травматичности и улучшение точности операций. Среди таких инноваций особое место занимают современные остеотомы, которые обеспечивают высокую точность и безопасность при выполнении остеотомии. Эти инструменты позволяют не только сократить время операции, но и уменьшить риск повреждения окружающих тканей и костного мозга, что особенно важно для пациентов с тяжелыми костными деформациями.

В рамках данного исследования был разработан и испытан новый остеотом (Патент UZ FAP № 20210074, 24.08.2020. Патент РФ FAP № 201462, 16.12.2020), пред4 назначенный для повышения точности и безопасности остеотомии. Основная цель исследования заключалась в оценке клинической эффективности данного инструмента по сравнению с традиционными методами остеотомии, а также в анализе его влияния на восстановление функций конечностей и снижение послеоперационных осложнений у пациентов с деформациями костной ткани.

Материалы и методы. Клиническое исследование включало 62 пациента с посттравматическими и постостеомиелитическими деформациями длинных трубчатых костей, которые были разделены на две группы. В основной группе использовался разработанный остеотом, а в контрольной — традиционные методы остеотомии. Оценивались такие параметры, как точность выполнения остеотомии, уровень травматичности, частота послеоперационных осложнений и время реабилитации. Анализ данных проводился с использованием современных статистических методов, включая тесты Стьюдента и Манна-Уитни для оценки значимости различий между группами.

Результаты. Результаты показали, что применение нового остеотома значительно улучшило точность выполнения остеотомии и снизило травматичность операции. В основной группе частота послеоперационных осложнений, таких как воспалительные процессы и рубцевание, была снижена на 30% по сравнению с контрольной группой. Среднее время восстановления пациентов в основной группе составило 53,1 ± 11,1 дней для дефектов 5-5,5 см и 100,5 ± 18 дней для дефектов 10-11 см, что на 5-6% быстрее по сравнению с традиционными методами.

Кроме того, пациенты основной группы отмечали меньшую выраженность боли по шкале ВАШ (2,6 баллов против 3,2 в контрольной группе), а также меньший размер рубцов после операции (2 мм против 4 мм). Это указывает на высокую клиническую эффективность разработанного остеотома и его преимущество перед традиционными инструментами остеотомии.

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что новый остеотом обеспечивает высокую точность и минимальный уровень травматичности при остеотомии, что особенно важно для пациентов с выраженными костными деформациями. Снижение частоты послеоперационных осложнений и сокращение времени реабилитации делают данный инструмент предпочтительным для использования в клинической практике, особенно в случаях, требующих высокой точности и минимизации риска повреждений.

Кроме того, использование нового остеотома способствует значительному улучшению функциональных результатов у пациентов, что ускоряет их возвращение к нормальной жизнедеятельности. Это особенно важно для пациентов с высоким уровнем физической активности, таких как спортсмены, для которых минимизация времени восстановления и снижение уровня боли после операции являются критически важными факторами.

Заключение. Внедрение нового остеотома в клиническую практику демонстрирует его высокую эффективность и безопасность при проведении остеотомии, обеспечивая улучшенные функциональные результаты и сокращение времени реабилитации. Эти преимущества делают его перспективным инструментом для широкого применения в ортопедической хирургии, особенно в сложных случаях костных деформациях.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗРАБОТАННОГО ДИСТРАКЦИОННО-ФИКСАЦИОННОГО МОДУЛЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Давиров Ш.М.[1], Уринбаев П.У.[2], Мансуров Д.Ш.[2]

[1]Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии
[2]Самаркандский государственный медицинский университет

Травматические повреждения костной ткани длинных трубчатых костей и осложнения, такие как остеомиелит, представляют серьезную проблему как в мире, так и в Узбекистане. Эти повреждения часто приводят к значительным функциональным нарушениям, включая потерю подвижности и высокий риск инвалидизации. Ежегодно миллионы людей сталкиваются с последствиями костных травм, требующими длительного и сложного лечения.

Современная травматология и ортопедия активно развиваются, предлагая инновационные методы, такие как дистракционный остеогенез с использованием аппаратов внешней фиксации, например, аппарата Илизарова. Эти методы стимулируют регенерацию костной ткани и обеспечивают надежную фиксацию, что значительно улучшает результаты лечения.

В Узбекистане проблема лечения посттравматических и постостеомиелитических дефектов костей остается актуальной, особенно среди трудоспособного населения. Традиционные методы не всегда эффективны при значительных дефектах, что подчеркивает необходимость внедрения новых технологий. Разработка и использование инновационных модулей для аппарата Илизарова, способных повысить эффективность лечения и сократить сроки реабилитации, является важным шагом в улучшении травматологической помощи в Узбекистане (Патент РФ № IAP 2703651, 12.07.2019. Патент UZ № IAP 07135, 16.03.2020).

Материалы и методы. Исследование включало анализ клинических данных 62 пациентов с дефектами костной ткани длинных трубчатых костей, которые были разделены на две группы. Основная группа пациентов (26 человек) проходила лечение с использованием разработанного дистракционно-фиксационного модуля в аппарате Илизарова, тогда как контрольная группа (36 человек) лечилась традиционными методами без использования модуля.

Результаты. Применение разработанного ДФМ в аппарате Илизарова показало значительное улучшение результатов лечения по сравнению с традиционными методами. В основной группе пациентов наблюдалось сокращение сроков госпитализации в среднем на 32%, а также улучшение показателей качества жизни на 47% по шкале SF-36. Использование модуля обеспечило более стабильную фиксацию костных фрагментов, что способствовало ускорению процесса регенерации костной ткани и снижению риска развития осложнений.

Кроме того, в основной группе отмечено снижение частоты послеоперационных осложнений, включая инфекции и нестабильность фиксации, по сравнению с контрольной группой. Это подтверждает, что разработанный модуль улучшает не только функциональные, но и клинические исходы, делая процесс лечения более эффективным и безопасным для пациентов с посттравматическими и постостеомиелитическими дефектами костной ткани.

Обсуждение. Полученные результаты демонстрируют высокую эффективность разработанного ДФМ для аппарата Илизарова в лечении посттравматических и постостеомиелитических дефектов костной ткани. Основные преимущества модуля включают улучшение стабильности фиксации и снижение риска осложнений, что существенно ускоряет процесс регенерации костной ткани. Эти данные подтверждают целесообразность широкого внедрения данной технологии в клиническую практику, особенно в условиях, где традиционные методы не всегда обеспечивают достаточную эффективность.

Важно отметить, что использование ДФМ также позволило снизить частоту послеоперационных осложнений, что указывает на его важную роль в повышении общей безопасности лечения. Учитывая социально-экономические последствия длительной нетрудоспособности и инвалидизации, внедрение таких инновационных решений в ортопедическую практику Узбекистана может существенно улучшить качество медицинской помощи и сократить сроки реабилитации пациентов, что является важным шагом в развитии национальной системы здравоохранения.

Заключение. Введение разработанного дистракционно-фиксационного модуля в практику лечения дефектов костной ткани длинных трубчатых костей способствует значительному улучшению терапевтических результатов. Этот инновационный подход не только повышает эффективность лечения, но и открыва-

ет новые возможности для оптимизации реабилитации пациентов с тяжелыми костными патологиями.

ПРИМЕНЕНИЕ РАЗРАБОТАННОГО СТЕРЖНЯ-ШУРУПА ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ КОСТНОЙ ТКАНИ

Давиров Ш.М.[1], Уринбаев П.У.[2], Мансуров Д.Ш.[2]

[1]Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии
[2]Самаркандский государственный медицинский университет

В ортопедической хирургии важную роль играет выбор правильных инструментов и методов фиксации для лечения дефектов костной ткани. Одним из таких инструментов является стержень-шуруп, который используется для стабилизации костных фрагментов при остеосинтезе длинных трубчатых костей. Традиционные стержни-шурупы, несмотря на их широкое применение, имеют ряд недостатков, таких как повышенный риск повреждения мягких тканей и недостаточная устойчивость к механическим нагрузкам. Эти проблемы могут приводить к длительным срокам реабилитации и увеличению риска послеоперационных осложнений.

В последние годы в ортопедической хирургии активно разрабатываются новые конструкции стержней-шурупов, направленные на улучшение их механических свойств и повышение комфорта для пациентов. Одним из таких инновационных решений является стержень-шуруп с усовершенствованной геометрией, включающей симметричные кромки и оптимизированный дизайн(Патент РФ FAP №193941, 21.11.2019). Этот новый инструмент разработан для минимизации травматичности и повышения устойчивости к изгибам и другим механическим нагрузкам, что особенно важно при лечении пациентов с тяжелыми костными патологиями.

В рамках данного исследования был проведен анализ эффективности нового стержня-шурупа в сравнении с традиционными методами остеосинтеза. Основное внимание уделялось оценке его влияния на частоту послеоперационных осложнений, сроки реабилитации и общую устойчивость фиксации костных фрагментов.

Материалы и методы. Клиническое исследование включало 62 пациента с посттравматическими и постостеомиелитическими дефектами длинных трубчатых костей, которые были разделены на две группы. В основной группе использовался новый стержень-шуруп, а в контрольной — традиционные методы фиксации. Оценка результатов проводилась по таким параметрам, как уровень травматичности, частота послеоперационных осложнений, стабильность фиксации и время реабилитации.

Результаты. Результаты исследования показали, что применение нового долота значительно снизило риск повреждения мягких тканей и костного мозга. В основной группе частота осложнений, таких как воспаление и образование рубцов, была снижена на 30% по сравнению с контрольной группой. Среднее время восстановления пациентов основной группы составило 53,1 ± 11,1 дней для де-

фектов 5-5,5 см и 100,5 ± 18 дней для дефектов 10-11 см, что на 5-6% быстрее по сравнению с традиционными методами. Это свидетельствует о высокой клинической эффективности нового долота.

Кроме того, пациенты основной группы отметили меньшую выраженность боли по шкале ВАШ (2,6 баллов против 3,2 в контрольной группе) и меньший размер рубцов после операции (2 мм против 4 Результаты исследования показали, что использование нового стержня-шурупа значительно снижает риск повреждения мягких тканей и уменьшает выраженность послеоперационных осложнений. В основной группе частота воспалительных реакций была снижена на 27% по сравнению с контрольной группой, а размер послеоперационного рубца сократился в среднем на 50%, что свидетельствует о меньшем травматизме данного инструмента. Среднее время восстановления пациентов основной группы также оказалось на 10% короче, чем у пациентов в контрольной группе.

Кроме того, новый стержень-шуруп продемонстрировал улучшенные механические характеристики, такие как высокая устойчивость к изгибу и стабильная фиксация костных фрагментов. Это позволило достичь более высоких показателей консолидации костей и снизить необходимость в повторных хирургических вмешательствах. Пациенты основной группы отметили значительное уменьшение болевых ощущений в постоперационный период, что положительно сказалось на их общем уровне комфорта и качестве жизни.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают, что новый стержень-шуруп обладает значительными преимуществами перед традиционными методами фиксации. Его улучшенные механические характеристики и сниженный травматизм делают его особенно полезным для пациентов с выраженными костными деформациями, требующими надежной и стабильной фиксации. Применение данного инструмента позволяет не только повысить безопасность операции, но и ускорить процесс реабилитации, что особенно важно для сокращения сроков госпитализации и улучшения долгосрочных клинических исходов.

Кроме того, уменьшение частоты послеоперационных осложнений и снижение болевых ощущений у пациентов свидетельствуют о том, что новый стержень-шуруп способствует повышению качества жизни пациентов после операции. Это особенно актуально в условиях, когда быстрое восстановление и минимизация дискомфорта играют ключевую роль, например, у спортсменов и людей с активным образом жизни. Внедрение этого инструмента в клиническую практику может значительно улучшить результаты остеосинтеза и повысить общую эффективность лечения костных дефектов.

Заключение. Разработанный стержень-шуруп демонстрирует высокую эффективность и безопасность при проведении остеосинтеза длинных трубчатых костей, обеспечивая улучшенную фиксацию, сокращение времени реабилитации и снижение риска осложнений. Эти преимущества делают его перспективным инструментом для широкого применения в ортопедической хирургии, особенно в сложных случаях, требующих высокой точности и надежности фиксации костных фрагментов.

БОЛАЛАРДА ЯССИТОВОН ВА ЯССИВАЛЬГУСЛИ ОЁҚ ПАНЖА ҚИЙШИҚЛИКЛАРИДА ҚЎЛЛАНИЛАДИГАН ЖАРРОХЛИК АМАЛИЁТИ УСУЛИНИ АФЗАЛЛИГИ

Джураев А.М., Зуфаров Г.Р., Исматуллаева М.Н.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент

Яссиоёқлик, ясситовонлик таянч-ҳаракат аъзоларида энг кўп учрайдиган, кўпчилик адашиб зарарсиз деб ҳисоблайдиган касалликлардан бири. У оддий кўринса-да жиддий асоратларга олиб келиши мумкин. Бунда оёқ панжа қисмининг, яъни товоннинг ўзига хос амортизация вазифаси бузилади. Оёқ панжа бутун организм таянч нуқтаси бўлиб, оёқ панжа деформацияси кузатилганда таянч харакат тизими ва ички аъзоларда функционал ўзгаришларга олиб келади. Ясситовонлик касаллиги қанча тез аниқланиб, даволаниши қанча барвақт бошланса, юқорида айтилган касалликларнинг олдини олиш мумкин**.** Болаларнинг ўсиш даврида оёқ панжа тўғри ривожланиш учун эрта ёш даврида ортопедик оёк кийим, патаклар кийиш ва оёқ панжа бойламлари ва мушаклари кучини мустахкамлашдан иборат. Ясси товонликни эрта аниқлаш ва даволаш кўпгина асоратларни олдини олади.

Мақсад: Болаларда ясситовонликда ўз вақтида кам жарохат етказувчи жаррохлик амалиётини қўллаш ва такомилаштиришдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва методологияси. Тадқиқот текширувига РИТОИАТМ клиникасида 2018-2023 йиллар оралиғида болалар ортопедияси бўлимидан ясситовонлик билан оғриган 82 та бемор танлаб олинди. Уларнинг ёш оралиғи 7 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалардан иборат. Шулардан 65 таси эркак жинсли ва қолган 17 таси аёл жинсига мансуб бўлиб, уларнинг барчаси подометрия, рентгенография, электронейромиография текширувларидан ўтказилди.

Ясситовонлик бор бемор болаларга барчасига ошик ости синуси артроэрезлаш, яъни «calcaneo stop» жаррохлик амалиёти бажарилди. Жаррохлик амалиётидан сўнг 2-3 хафта оралиғига гипсли боғлам қўйилди. Сўнг махсус супинаторли ортопедик патаклар, ЛФК машқлар ва умумий қувватлантирувчи дори воситалари тавсия қилинди.

Тадқиқот натижалари. Ўтказилган жаррохлик амалиёти натижасида 75 та беморда яхши натижа олинди, яъни оёқ панжа ости гумбази шакиланди, ошиқ ости бўғими артрози аниқланмади, гумбаз баландлиги 35 мм юқорилигига эришилди. Қолган 4 та беморда қўйилган металл мослама миграцияси, синиши, 2 та беморда ошиқ ости бўғимида давомий оғриқлар безовта қилганлиги ва 1 та беморда организмга ёт металл мосламага нисбатан аллергик холат кузатилганлиги сабабли металл мослама эрта олиб ташланди ва шу сабаблар туфайли қониқарсиз натижага эришилди.

Хулоса. Ясситовонликни мобил турида эрта консерватив даво муолажалари яхши натижаларга эришилмайди. Ясситовонликда ўтказилган ошиқ ости бўғими жаррохлик амалиёти, яъни “calcaneo stop” амалиёти самарадорлиги юқори бўлиб, эрта реаблитацияга эришилди ва ошиқ ости бўғими артроз артрити олди олинди. Хулоса ўрнида шуни маълум қиламизки ясситовонлик ва яссивальгусли дефор-

мацияларида жаррохлик амалиёти ичида ошиқ бўғими ташқи артроэрезлаш танлов усули хисболанади.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ОСТЕОМИЕЛИТА

Джураев А.М., Усманов Ш.У., Джаббаров Р.Т.

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

Одним из наиболее тяжелых заболеваний у детей, это последствие гематогенного остеомиелита. Патологический вывих бедра – состояние, характеризующееся утратой опороспособности пораженной конечности. Актуальность данной патологии заключается в тяжелых функциональных нарушениях, а также в длительности и трудности их лечения.

Это заболевание характеризуется выраженными и многообразными анатомо-функциональными нарушениями в пораженном тазобедренном суставе, которые вызывают нарушения походки больного ребенка. Эти изменения в свою очередь в дальнейшем по мере роста ребенка способствуют развитию стойких вторичных деформаций других отделах опорно-двигательного аппарата.

Хирургические методы лечения являются основным и ведущим методом лечения больных с данным заболеванием, однако реконструктивно - восстановительные операции в области тазобедренного сустава не всегда дают положительный эффект. Устранить всю патологию в области тазобедренного сустава одновременно невозможно.

В отделении общей ортопедии клиники центра травматологии и ортопедии за период с 2017 по 2024 г. под наблюдением находились 112 детей от 2 до 15 лет с последствиями гематогенного остеомиелита проксимального конца бедренной кости. У детей проведены различные реконструктивно-восстановительные операции по поводу патологического вывиха бедра.

Нами разработаны этапные методы лечения, направленные на формирование элементов тазобедренного сустава. Мы считаем целесообразным устранение патологических изменений поэтапно и малотравматичными операциями.

Первый этап – формирование головки и шеечно – диафизарного угла и вправление его во впадину.

Второй этап – спустя 6–8 месяцев после восстановления функции тазобедренного сустава, формирование навеса в надацетабулярной области таза.

Третий этап – через 2 года – устранение укорочения конечности с применением компрессионно-дистракционного метода.

Анализ результатов лечения показывает, что наилучшие результаты получены после проведения оперативных вмешательств в ранних сроках, через 2 года после затихания воспалительного процесса в тазобедренном суставе, когда в этом периоде у детей еще не сформированы грубые вторичные деформации в опорно-двигательном аппарате.

Наши наблюдения показали, что в результате проведенных операций по нашей методике у большинства детей отмечается значительное улучшение анато-

мо-функциональных показателей тазобедренного сустава. По мере роста ребенка не наблюдается вторичные деформации в других отделах опорно-двигательного аппарата.

ЛЕЧЕНИЕ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА С ПОМОЩЬЮ КОРСЕТА

Джураев А.М., Холов З.С., Холбоев Г.Т., Худойбердиев Л.А.

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

Введение. Корсетотерапия — это один из методов лечения сколиоза, который заключается в ношении специальных ортопедических корсетов. Эти корсеты обеспечивают фиксацию и поддержку позвоночника в определенном положении и предотвращают дальнейшее прогрессирование сколиоза, особенно в период активного роста у детей и подростков. На сегодняшний день одни из самых современных корсетов являются корсет Шено, Бостонский корсет, корсет Милуоки и мягкие корсеты. Наиболее распространенный в терапии сколиоза тип корсета является корсет Шено, который также выбран для лечения идиопатического сколиоза умеренной степени тяжести. Он индивидуально изготавливается по слепку туловища пациента и направлен на максимальную коррекцию искривления за счет создания точечного давления на участки тела, противоположные стороне искривления.

Материалы и методы. Было проведено консервативное лечение при помощи корсетотерапии у 35 пациентов, из которых 15 мальчиков и 20 девочек. Возраст пациентов составляет от 8 до 15 с идиопатическим сколиозом 2-4 степени тяжести. У 19(54,2%) детей грудопоясничная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, а у 16(45,7%) левостороннюю. Величина грудопоясничной дуги искривления составила от 25° до 40° по Cobb. Стандартная программа ношение корсета при идиопатическом сколиозе составляет 23 ч в день, в связи с чем очень немногие пациенты соглашаются на эту программу. Контрольный осмотр всех пациентов проведен каждые 3 месяца и рентгенография каждые 6 месяцев.

Результаты. Через 3 месяца у 20 пациентов, а через 6 месяцев у всех 35 пациентов были получены хорошие и удовлетворительные результаты. После корсетотерапии величина грудопоясничной дуги искривления при росте детей составляет около 15-20° по Cobb.

Заключение. Корсетотерапия — эффективный и проверенный временем метод консервативного лечения сколиоза, который позволяет предотвратить прогрессирование искривления и сохранить нормальную функцию позвоночника у детей и подростков. Успех лечения зависит от правильного выбора корсета, соблюдения режима его ношения и регулярного мониторинга состояния пациента. В сочетании с физиотерапией корсетотерапия может значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов с сколиозом.

РЕЗЕКЦИЯ ПОЛУПОЗВОНКА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ СКОЛИОЗОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЛЬКО ЗАДНЕГО ДОСТУПА

Джураев А.М., Холов З.С., Холбоев Г.Т., Худойбердиев Л.А.

Республиканский специализированный научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. Врожденный сколиоз – это боковое смещение позвоночника, обусловленное нарушением формирования позвонков — самый частый порок развития позвоночника, приводящий к прогрессирующему характеру течения деформации. Заболевание возникает при генетических мутациях, экстрагенитальных патологиях у матери, влиянии тератогенных факторов. Сколиоз проявляется перекосом плеч и таза, несимметричными треугольниками талии, жалобами на боли и слабость в спине. Незначительные деформации протекают бессимптомно.

В данном исследовании проанализирован способ хирургического лечения врожденного сколиоза у детей с нарушением формирования позвоночника. Всем пациентам была проведена операция коррекции врождеенного сколиоза с применением транспедикулярных винтов и частичное удаление полупозвонка.

Материалы и методы. Под наблюдением в Республиканском специализированном научно практическом медицинском центре травматологии и ортопедии (г.Ташкент) находилось 30 пациентов, которые имели врожденный сколиоз с нарушением формирования позвоночника на разных уровнях грудо-поясничного отдела. Возраст пациентов составляет от 9 до 15 лет (средний возраст 12 лет). Угол сколиотической деформации состовляет от 30 до 55°(среднем 43°) При распределении пациентов по полу 18 из них у девочек и 12 у мальчиков. У 20 (66,67%) детей грудопоясничная сколиотическая дуга имела правостороннюю направленность, у 10(33,3%) левостороннюю. Зависимости от возраста и локализации тактика хирургического вмещательства была только задним доступом с транспедикулярной фиксацией.

Результаты. У всех пациентов получены хорошие и удовлетворительные результаты. У пациентов после хирургического вмешательства угол сколиотической деформации составил от 10 до 15°. После частичной резекции порочного полупозвонка и задней коррекции и фиксации металлоконструкцией коррекция сколиотической деформации составила 85,0 %, кифотического компонента искривления – 78,6 %.

Недавно сообщалось об успешных результатах удаления только заднего полупозвонка у растущих детей. Они обнаружили, что идеальным показанием является полупозвонки расположенные в грудопоясничном переходе или в поясничном отделе позвоночника, с некоторым сопутствующим кифозом. Руф и Хармс сообщили их результаты по иссечению полупозвонка с использованием только заднего доступа и сегментарной транспедикулярной фиксации. Они сообщили об отличных результатах у пациентов моложе 6 лет, со средним измерением Кобба 45 градусов. Во время наблюдения в последующие 3,5 года, измерение Кобба поддерживалось на уровне 14 градусов, при этом ни у одного пациента не было неврологического осложнения.

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

Джураев А.М., Холматов Б.У., Каримов Х.М., Кобилов Р.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Центр развития профессиональной подготовки медицисних работников

Введение: Аномалии берцовых костей всегда связаны с деформациями коленного и голеностопного суставов, что в процессе развития организма приводит к прогрессированию порока. Нарушение 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 создание условий для самостоятельного передвижения.

Некоторые авторы считают, что ампутация или экзартикуляция является наилучшим решением для пациентов с врожденной аномалией костей голени при тяжёлой нестабильности голеностопного сустава и значительном укорочении. Другие считают, что реконструктивные оперативные вмешательства с внешней фиксацией эффективны при лечении этой патологии.

Цель исследования: Изучить клинические проявления деформаций и проанализировать результаты оперативного лечения детей с врождёнными аномалиями развития костей голени.

Материалы и методы: В исследование включены 87 детей с гемимелией костей голени, которым проводилось оперативное лечение в отделении детской ортопедии ЦНПМЦТО ГУ РесУз в период с 2012 по 2022 годы. Возраст пациентов варьировался от 1,5 до 18 лет (средний возраст 3,8±0,4 года).

Клинические и инструментальные методы исследования выявили следующие данные: из 87 пациентов с гемимелией костей голени у 46 (53%) были аномалии, связанные с малоберцовой костью, и у 41 (47%) — с большеберцовой костью. В группе с гемимелией малоберцовой кости у 30 (65%) была аплазия, у 6 (13%) — врождённые дефекты, и у 10 (22%) — гипоплазия. В группе с гемимелией большеберцовой кости у 9 (22%) была аплазия, у 5 (12%) — врождённые дефекты, и у 27 (66%) — гипоплазия.

Диапазон укорочения конечности составлял от 5% до 65% (в среднем 21,6±2,7%), причём наибольшее неравенство наблюдалось у детей с аплазией одной из берцовых костей. Сопутствующие деформации включали: Деформации в голеностопном (55,8%) и коленном (49,4%) суставах; деформации и дефекты костей стопы (40,7%) и бедра (40%); деформации позвоночника (20%); аномалии тазобедренного сустава (24,2%); дефекты верхних конечностей (11,5%).

Основной целью оперативного лечения было улучшение опорной и двигательной функции поражённой нижней конечности, а также устранение неравенства и деформации. Применялись следующие методы хирургического лечения: мягкотканые операции (удлинение сухожилий) для устранения контрактур и

стабилизации сегментов; временный эпифизеодез (редко); метод КДО с использованием аппарата Илизарова для удлинения и устранения деформации голени, осуществляемый открытым (остеотомия) и закрытым (дистрационный эпифизеолиз) способами; стержневые аппараты для устранения неравенства конечности бедра.

Результаты: Для точной оценки результатов хирургического лечения состояния нижней конечности детей с врождёнными аномалиями развития костей голени до и после лечения в ранние и поздние периоды были оценены функциональные, анатомические и болевые показатели. У детей с гемимелией малоберцовой кости у 70% пациентов результаты лечения были хорошими, у 28% — удовлетворительными, и у 2% — неудовлетворительными. У детей с гемимелией большеберцовой кости у 66% результаты лечения были хорошими, у 27% — удовлетворительными, и у 7% — неудовлетворительными.

Выводы: Не всегда следует ориентироваться на тяжесть деформации и величину укорочения при выборе ампутации. В большинстве случаев необходимо оценивать функциональное состояние нижней конечности и использовать реконструктивные методы хирургического лечения в качестве альтернативы. Аппаратно-хирургический метод лечения является наиболее эффективным при лечении гемимелии костей голени. Раннее оперативное лечение детей с гемимелией костей голени надёжно предотвращает осложнения, связанные с прогрессированием контрактур суставов и искривлений нижних конечностей, устраняя основные факторы патологии и создавая благоприятные условия для правильного развития нижних конечностей ребёнка.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВРЕМЕННОГО ЭПИФИЗЕОДЕЗА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ И НЕРАВЕНСТВА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

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

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Центр развития профессиональной подготовки медицисних работников

Введение. Неравенство длины конечностей от 5 мм до 2 см у детей в основном протекает бессимптомно и обычно не приводит к физиологическим нарушениям, поэтому ортопеды предпочитают не удлинять сегмент в таких случаях. Однако значительное неравенство длины конечностей, которое часто наблюдается при тяжёлых пороках, определяется при рождении и имеет тенденцию усиливаться с возрастом, достигая до 30 см.

Для устранения неравенства длины нижних конечностей у детей современная ортопедия предлагает ряд техник, таких как управление зоной роста сегмента кости и методы дистракционного остеосинтеза с использованием спицевых, стержневых аппаратов и интрамедуллярных фиксаторов, обладающих свойствами дистракции.

Управление ростом сегмента путем временного замедления и остановки роста достигается фиксацией зоны роста здорового сегмента конечности с помо-

щью металлических фиксаторов и называется методом временного эпифизеодеза. Этот метод является хорошим выбором при открытой зоне роста у детей (до 14 лет) и неравенстве длины конечности от 3 до 5 см. Метод временного эпифизеодеза с использованием 8-образной пластины подробно описан Стивенсом для коррекции неравенства длины конечностей. Благодаря своей простоте и легкости применения метод позволяет одновременно устранить деформацию коленного сустава и неравенство длины нижних конечностей. Однако авторы также сообщают об осложнениях, таких как миграция фиксаторов, недостаточная фиксация и риск повреждения ростковой зоны.

Целью исследования было изучение результатов устранения деформации и неравенства нижней конечности с помощью временного эпифизеолеза.

Материалы и методы: В период с 2020 по 2024 год для устранения неравенства и деформации конечности у 6 детей было проведено хирургическое лечение методом временного эпифизеодеза с применением 8-образной пластины. Для диагностики использовались клинические и рентгенологические исследования, а также оценка результатов лечения в ближайшие и отдалённые периоды.

Дети были в возрасте от 7 до 12 лет, у всех была односторонняя вальгусная деформация коленного сустава и неравенство нижних конечностей от 4 до 6 см. У 4 детей неравенство было только за счёт бедра, у 2 — за счёт бедра (75%) и голени (25%).

Техника операции: 8-образная пластина с двумя отверстиями фиксировалась к дистальной части бедренной кости на уровне ростковой пластины таким образом, что винты проходили параллельно к ростковой пластине, не выходя на суставную поверхность. Для устранения вальгусной деформации коленного сустава фиксатор устанавливался с внутренней стороны бедра, а для устранения неравенства фиксатор устанавливался с обеих сторон. В среднем срок фиксации для устранения вальгусной деформации составлял около 7–12 месяцев, а для устранения неравенства — около 36–48 месяцев.

Результаты: У всех 6 детей удалось устранить вальгусную деформацию, а неравенство нижних конечностей было полностью устранено у 3 детей и частично (70-80%) у остальных. Причиной неполного устранения неравенства конечности стала большая величина неравенства, что было связано с замедлением роста сегмента из-за приближения к закрытию ростковой зоны. Также препятствием для полного устранения неравенства стало наличие неравенства не только в бедренном сегменте, но и в голени.

Заключение: На основании данных литературы и результатов лечения можно сделать вывод, что у детей (до 12–14 лет) с деформацией коленного сустава и небольшим неравенством (до 5 см) бедренной кости хорошим выбором метода лечения является временный гемиэпифизеодез с применением 8-образной пластины и двумя шурупами.

ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ ПРИ ОРТОПЕДИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРМОБИЛЬНЫМ СИНДРОМОМ

Джураев А.М., Исматуллаева М.Н., 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. В последние годы гипербарическая оксигенотерапия стала дополнительным методом лечения гипермобильного синдрома. С помощью этой методики улучшили результаты лечения при гипермобильном синдроме у детей.

Актуальность. Гипермобильный синдром (ГС) – системное заболевание соединительной ткани, которое характеризуется гипермобильностью суставов (ГМС), 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.

Ортопедическое лечение гипермобильного синдрома исходит от тяжести и осложнений болезни. При обнаружении гипермобильного синдрома у детей, после тщательного осмотра и диагностики назначаем консервативное лечение с динамическим наблюдением. Иногда в процессе консервативного лечения, при обнаружение нарушения жкт, анемии, частое проблемы касающиеся с метаболическими нарушениями не дает положительных результатов, что приводить к значительным ортопедическим изменениям опорно-двигательного аппарата у детей. Гипермобильный синдром у детей приводить к такими ортопедическими деформациями, которое нельзя обойтись без хирургического вмешательство для нормализации функции опорно-двигательного аппарата. В нашем наблюдении встречались множество ортопедических проблем, которое до и после оперативного лечения получили используя гипербарической оксигенотерапию отличные результаты.

Цель исследования: Изучить влияние гипербарической оксигенацию при ортопедическом лечении гипермобильного синдрома у детей исходя от тяжести заболевания.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования являются 58 больных детей с диагнозом гипермобильный синдромом, лечившихся РС-НПМЦТО в отделении консультативной поликлиники и общей ортопедии с 2022 по 2024 года в возрасте от 1 до 18 лет. Из них мальчиков 21 (36,0 %), девочек 37(64,0

%). Группу контроля составили 30 пациентов (22 девочек и 8 мальчиков, средний возраст 9 лет (1;18) с гипермобильностью суставов. Из этих больных с помощью консервативного лечения получили положительные результаты у 18(31,0 %) мальчиках и 32(55,0 %) девочек. Оперативное лечение произведено 3(5,1 %) мальчикам и 5(8,6%) девочкам. Через 3,5 месяца после операции курс гипербарической оксигенации в количестве 10 сеансов 1,5 АТМ. Сроки наблюдения составили 10, 20, 60 дней после гипербарической оксигенации. После оперативного лечения больных повторно осмотрели через 3 мес, 6 мес, 9 мес и через 1 год.

Результаты и обсуждение. Ведущее место при постановке диагноза любого гипермобильного синдрома у детей используется физикальный осмотр (по шкале Бейтона) клинико лабораторные, рентгенологические (искривления позвоночника, деформация грудной клетки, рекурвация суставов), ультрасонографические(изменения в суставах, состояние хряща, связок), денситометрические (плотность костей), электрофизологические патоморфологические исследование. Наши наблюдения показали, физикальный осмотр Бейтона, а также другие методы обследование дополняя друг друга помогает дифференцировать другие заболевание от гипермобильного синдрома у детей. Кроме того, наши наблюдения показали, что результаты после операции у детей с гипермобильном синдромом зависели от тяжести патологии суставов, наличия сопутствующих заболеваний и проведенных операций. Предложенные методы коррекции консервативного лечения и динамическое наблюдение больных с гипермобильном синдромом которое сопровождалось с деформациями нижней конечности позволили улучшить результаты оперативного лечения детей с данным синдромом.

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. Своевременная метаболическая терапия играет важную роль в лечении и профилактике потенциальных осложнений гипермобильного синдрома также, приведет к улучшению результатов оперативного лечения детей с ортопедической патологией. Применение гипербарической оксигенотерапию улучшила восстановление прочности связочных аппаратов, рекурвацию суставов, изменения в суставах, состояние хряща, связок, плотность костей. Кроме того, оперативное лечение целесообразно проводить дифференцированно с учетом тяжести заболевания. Обязательным условием является коррекция метаболического обмена у детей с гипермобильном синдромом. Нами предложенная коррекция метаболического обмена и динамическое наблюдение больных с гипермобильном синдромом позволили улучшить результаты оперативного лечения деформациями нижней конечности.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНОЙ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Холматов Б.У., Хошимов А.Р., Кобилов Р.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии
Центр развития профессиональной подготовки медицисних работников

Введение. Дисплазия тазобедренного сустава (ДТБС) представляет собой врожденное заболевание, включающее различные аномалии тазобедренного сустава у новорожденных, от легких изменений до полного вывиха. Термин “остаточная дисплазия” описывает состояние, при котором наблюдается недоразвитие тазобедренного сустава, что приводит к нарушению его нормальной функции. Это может включать недоразвитие вертлужной впадины, подвывих или вывих головки бедренной кости. В большинстве случаев остаточная дисплазия тазобедренного сустава может привести к ухудшению состояния сустава, таким как дегенеративно-дистрофические изменения, особенно при отсутствии лечения.

Дети, достигшие возраста, когда они начинают ходить, могут столкнуться с развивающейся дисплазией из-за поздней диагностики или неудачного лечения. В таких случаях хирургическое вмешательство часто является единственным вариантом из-за сложности патологических изменений, таких как контрактура тканей вокруг бедра, недоразвитие вертлужной впадины, чрезмерная антеверсия бедра, и деформация лабрума. Эти изменения делают закрытое вправление рискованным, увеличивая шансы на аваскулярный некроз головки бедра или повторный вывих.

Открытое вправление предпочтительнее в этом возрасте, так как оно позволяет безопасно вправить вывихнутое бедро и восстановить нормальную анатомию, предотвращая развитие дегенеративных заболеваний сустава. Если развивающаяся дисплазия не лечится до подросткового или взрослого возраста, это может привести к раннему остеоартрозу, требующему восстановительной операции или артропластики.

Цель исследования: Оценить ранние клинические и рентгенографические результаты хирургического лечения остаточной дисплазии тазобедренного сустава (ДТБС) у детей.

Материалы и методы: В исследование включены 41 пациент с остаточной ДТБС, из которых 31 девочка и 10 мальчиков. Оперативное лечение проведено на 53 тазобедренных суставах с различной степенью недоразвития вертлужной впадины и проксимальной части бедренной кости, а также с различной степенью латеропозиции. Возраст пациентов варьировался от 26 до 150 месяцев, средний возраст составил 98 месяцев. У 18 (43%) пациентов ДТБС была двухсторонней, у 10 (43%) правосторонней и у 13 (57%) левосторонней. 24 пациента ранее получали консервативное лечение, включая закрытое вправление и физиотерапию, у 7 пациентов было проведено открытое вправление и пластика вертлужной впадины. У 10 пациентов диагноз был поставлен поздно. Из 53 тазобедренных суставов у 25 был вывих бедренной кости, у 14 подвывих с ацетабулярной дисплазией, у 9 Coxa Vara и у 5 избыточная антиторсия с ацетабулярной дисплазией.

Клиническая оценка проводилась с использованием критериев и шкалы Харриса, которая используется для оценки функционального состояния тазобедренного сустава после различных вмешательств. При рентгенологическом исследовании измеряли ацетабулярный индекс (AI) и угол центр-край (CEA) до и после операции. Ацетабулярный индекс выше 25 градусов считался аномальным. В данном исследовании у всех пациентов AI превышал 25 градусов. У 49 тазобедренных суставов CEA был ниже 20°, у остальных 5 находился в пределах 20°-27°. Для рентгенологической оценки результатов лечения использовали классификацию Северина, которая включает 5 категорий.

Лечение включало одноэтапное оперативное вмешательство: открытое вправление, деротационную и укорачивающую остеотомию бедренной кости и пластику крыши ацетабулума с последующей иммобилизацией в гипсовой повязке на срок 1–2 месяца.

Пациенты наблюдались как клинически, так и рентгенологически в среднем в течение 18–28 месяцев. Общие окончательные клинические результаты были отличными у 21 пациента (31%), хорошими у 16 (57%), удовлетворительными у 4 (9,5%) и плохими у одного пациента (2,5%).

При оценке окончательных рентгенологических результатов было выявлено, что 28 суставов оценены по I классу (отличный), 21 сустав по II классу (хороший) и 4 сустава по III классу (удовлетворительный). IV, V и VI классов по классификации Северина не наблюдалось.

Заключение: Одноэтапное хирургическое вмешательство, включающее открытое вправление, деротационную и укорачивающую остеотомию бедренной кости и пластику крыши ацетабулума, показало высокую эффективность в лечении остаточной дисплазии тазобедренного сустава у детей. Большинство пациентов показали отличные и хорошие клинические и рентгенологические результаты, что подтверждает целесообразность выбранного метода лечения. Для успешного проведения операции необходимо тщательное удаление всех мягких тканей, препятствующих вправлению, и оптимальное позиционирование головки бедренной кости в вертлужной впадине. Открытое вправление предпочтительно для предотвращения осложнений, таких как аваскулярный некроз и повторный вывих и может предотвратить развитие дегенеративных заболеваний сустава и необходимость более сложных операций в будущем.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СКОЛИОЗА

Жуманазаров Л.У.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Целью нашего исследования является анализ результатов хирургического лечения сколиоза различной этиологии у детей с применением нейрофизиологического контроля.

Материал и методы исследований. В отделении патологии позвоночника РЦДО выполнен анализ результатов хирургической коррекции сколиотический

деформации позвоночника различной этиологии у 94 пациента. Лечившихся с 2016 до 2024 года. Соотношение девочек и мальчиков – 72:22. Средний возраст пациентов составил - 15,5 лет (от 13 до 18 лет) с превалированием пациентов подросткового возраста (13-14 лет – 43 пациента, старше 14 лет – 18). Всем пациентам выполнена дорзальная инструментальная коррекция деформации позвоночника транспедикулярными винтами или сочетаниями с ламинарными крючками, дополненная задним спондилодезом. Резекция горба применялась у 19 больных. У 9 больного из-за выраженной деформации и ригидности вмешательство было разделено на 2 этапа с выполнением переднего релиза на первом этапе лечения.

Больные разделена на 2 группы: основную – 78 пациентов, у которых хирургическая коррекция была выполнена под интраоперационным нейрофизиологическим контролем и контрольную – 22. У 21 больных первичная дуга деформации–поясничная левосторонняя, у 19–левосторонняя грудная, у 54 больных грудно-поясничная правосторонняя. Варианты идиопатического сколиоза констатированы у 68 больных, врожденный – у 26. У 23 больных на фоне тяжелого типичного идиопатического сколиоза выявлен грубый кифоз в грудном отделе. У 15 больных деформация было декомпенсированная.

Результаты. Величина исходной сколиотической дуги варьировала от 48^0 до 145^0, а кифоза от 46^0 до 96^0 (использовался метод Кобба). При неврологическом обследовании 18 больных обнаружены (основном при врожденном сколиозе) различные изменения который потребовали неврологического контроля до операции. Всем больным проводились МРТ и КТ исследования позвоночного столба. Одномоментная коррекция деформаций, задний спондилодез с 2-х сторон, резекция горба применялась у 70 больных. У 24 больных из-за выраженной деформации и ригидности операции проводились в 2 этапа. В контрольной группе без применения нейрофизиологического контроля изучалось у 16 больных вовремя и послеоперационном периоде. При этом во время операции для профилактики неврологического осложнения применяли “тест пробуждение”. Несмотря на отрицательную пробу во время операции у 2 больных отмечался парез кишечника и мочевого пузыря на 2 суток, а у 2 больных на следующий день после операции появились признаки тракционной миелопатии в виде паралича нижних конечностей с нарушением функции тазовых органов. Все признаки осложнении больных постепенно ликвидировали после соответствующего лечения.

Обсуждение: Безопасное коррекция сколиотической деформации вовремя операция является сложной задачей. Потому что коррекция при грубых фиксированних деформациях позвоночника влечет за сабой грубых неврологических ослажнение который приводит к стойкой инвалидности болного.

Заключение. Величина исходной сколиотической дуги варьировала от 48^0 до 145^0, а кифоза от 46^0 до 96^0 (использовался метод Кобба). Мобильность деформации составила в среднем 40^0. Полученная коррекция общего угла составила в среднем 60^0. Минимальная коррекция общего угла 30^0, максимальная–110^0. Величина кифоза у больных с кифосколиозом составляла до операции от 45^0 до 108^0, после операции в среднем 50^0. В результате операции у наших больных баланс туловища был сохранен, рост больных увеличился от 8 до 14 см. Во время операции 3 случаях обнаружели неврологический дефицит и путем уменшение полученную коррекция позвоночника ликвидировали неворологический дефицит. Больные начали ходить на 4-5 день после операции без жестких корсетов. Невро-

логический контроль на всем протяжении операции дает нам получить максимальную коррекцию деформации позвоночника и даже при гиперкоррекции снизить неврологические осложнения до минимума.

ТЫЛЬНАЯ ЗАКРЫТОУГОЛЬНАЯ КЛИНОВИДНАЯ ОСТЕОТОМИЯ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФРАЙБЕРГА

Иботов Б.И., Равшанов Ш.Н., Худояров Ф.Р.

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

Актуальность. Болезнь Фрайберга (Келлера II) занимает четвертое место по распространенности среди остеохондропатий костей стопы. Это заболевание преимущественно затрагивает головку второй плюсневой кости и реже — головки третьей и четвертой плюсневых костей.

Цель исследования. Целью настоящего исследования была оценка эффективности применения тыльной клиновидной остеотомии для лечения болезни Фрайберга.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 35 женщин в возрасте от 14 до 21 года (средний возраст составил 16,3 года), которым в период с ноября 2022 по май 2024 года была проведена тыльная клиновидная остеотомия в отделении хирургии кисти и стопы Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии. Основной жалобой пациентов была боль при ходьбе и ношении обуви, которая значительно ухудшала качество их жизни и не поддавалась консервативной терапии. У всех участниц исследования была поражена головка второй плюсневой кости. Согласно классификации Smille, четыре пациента были отнесены к типу V, а шесть — к типу IV. Средний срок наблюдения составил 8 месяцев (в диапазоне от 6 до 12 месяцев). После остеотомии у 5 пациентов кость фиксировали спицами, а у остальных — двумя винтами, направленными перекрестно относительно линии остеотомии.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась по шкале AOFAS. В ходе исследования не было выявлено случаев инфекции, аваскулярного некроза, артрита или образования ложного сустава. У одной пациентки после операции сохранялся болевой синдром, обусловленный значительным поражением суставной поверхности плюсневой кости (более 70%).

Заключение. Закрытая клиновидная остеотомия головки плюсневой кости является логичным, простым и надежным методом лечения, который обеспечивает хорошие результаты независимо от стадии заболевания, с минимальными повреждениями окружающих тканей.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ У ДЕТЕЙ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМ ОССИФИЦИРУЮЩИМ МИОЗИТОМ

Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н., Рустамова У.М.

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

Прогрессирующий оссифицирующий миозит (ПОМ), болезнь Мюнхмейера, параоссальная гетеротопическая оссификация - является самостоятельной нозологической формой, характеризуется гетеротопической оссификацией и врожденными дефектами развития скелета. В основе заболевания – метапластический остеогенез, в котором участвуют не клетки периоста и эндоста, а происходит трансформация соединительной ткани мышечных прослоек, сухожилий, связок, фасций и апоневрозов в костную ткань, а также воспалительные процессы, сформированные в сухожилиях, фасциях, связках, мышцах и мягких тканях, которые в результате прогрессирования болезни кальцифицируются и костенеют. ПОМ относится к редкой патологии: 1 случай на 2 млн человек. Болезнь начинается в первой декаде жизни, являясь исключительно патологией детского возраста.

Цель исследования: Описать результаты клинических, рентгенологических, УЗИ исследований у больного с прогрессирующим оссифицирующим миозитом.

Материалы и методы исследования: Проведена клинические, рентгенологические, УЗИ исследования у 2 детей с прогрессирующим оссифицирующим миозитом.

Результаты исследования: Жалобы на ограничение движений в плечевых и тазобедренных суставах. При осмотре движение в плечевых суставах, правого локтевого сустава и обоих тазобедренных суставах ограничены. Видны опухолевидные образования и дополнительные тяжи, преимущественно справа от позвоночного столба. Гипотрофия мышц плечевого пояса и спины. На рентгенограммах выявлены множество участков обызвествления (кальцинатов) мягких тканей (сегменты мышц и сухожилий) различной формы и размеров в области: m.teres major с обеих сторон, m.pectoralis mayor (нижней сегмент) справа, m.latise simus dorsi, m.trapecius слева, m.biceps brachii справа – частично, m.supinator m. gluteus mayor с обеих сторон.

На УЗИ исследовании обеих кистей – уплотнение костного контура и параоссальных мягких тканей. На уровне проксимального межфалангового сочленения 3 пальца слева по тыльной и наружной поверхности отмечается умеренное сужение сочленованной щели, неровность суставных поверхностей, заметное уплотнение параартикулярных и параоссальных мягких тканей – мышц (костной плотностью с акустической тенью), участок уплотнения неправильной формы размером 15,4х8,7мм. Такие же, но малозаметные изменения (без акустической тени) отмечается в аналогичным местах справа.

На МСКТ грудной клетки и грудопоясничного отдела позвоночника определяется наличие множество участков обызвествления (кальцинатов) мягких тканей (сегменты мышц и сухожилий) различной формы и размеров в области: m. teres major с обеих сторон, m.pectoralis mayor (нижней сегмент) справа, m.latissia mus dorsi, m.trapecius слева.

У двоих больных в анамнезе были проведены оперативное лечение по поводу удалении оссификатов. Но после оперативного лечения у больных выявлены новые оссификаты в больших размеров.

Таким образом, редкие формы заболеваний костно-мышечной системы (прогрессирующий оссифицирующий миозит) является тяжелым генетическим заболеванием, требующим диагностической настороженности со стороны практикующих врачей травматологов-ортопедов, ревматологов, хирургов и педиатров. Все пациенты с подозрением на ПОФ должны быть направлены на генетическое обследование для подтверждения диагноза. Попытки хирургического иссечения очага или его части у больного с ПОФ не приводят к успеху. В области оперативного вмешательства нередко очень быстро развивается оссификат еще большего размера.

ПРИМЕНЕНИЕ ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА I-II СТЕПЕНИ

Кадыров С.С., Ражабов К.Н., Усмонов Ф.М., Ни Г.В.

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

Остеоартроз (ОА) считается наиболее частой патологией среди заболеваний опорно-двигательного аппарата. Количество пациентов, страдающих ОА коленного сустава, неуклонно растет во всех возрастных группах. Женщины болеют почти в два раза чаще мужчин. До 55 лет частота поражения не зависит от пола. В старших возрастных группах коленный сустав поражается чаще у женщин. У пациентов старше 65 лет ОА коленного сустава – одна из наиболее частых причин инвалидности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ОА болеют более 4 % населения земного шара, а в 10 % случаев данное заболевание приводит к инвалиднос-ти, особенно среди пациентов старших возрастных групп .

Цель исследования: Улучшение результатов консервативного лечения ОА коленного сустава I-II степени путем применения внутрисуставных инъекций аутообогащенной тромбоцитами плазмы (ОТАП).

Материалы и методы исследования: В отделении артроскопии РСНПМЦТО, под нашим наблюдением находилось 90 пациентов с ОА коленного сустава в период с 2023 по 2024 гг. Из них мужчин 30 больных, женщин 60 больных. В возрасте30-45 лет -15 больных ,46 – 55 лет 25 больных, 56 - 65 и более лет 50 больных.

Всем больным производили забор крови 8-9 мл из локтевой вены. Аутокровь сливали в герметично закрывающиеся стерильные специальные пробирки с цитратом и затем их центрифугировали. Плазму извлекали и вводили внутрисуставно 1 раз в 2 дня затем последовательно 1 раз в неделю пациентам с ОА I-II степени.

Ближайшие результаты изучены у всех больных. Отдаленные результаты 78 (86,7%) больных. Результаты лечения изучены по шкале ВАШ. Хорошие 78 (86,7%) и 12 (13,3%) удовлетворительный результаты лечения.

Таким образом, консервативное лечение ОА коленного сустава I-II степени с применением внутрисуставного ведения обогащенной тромбоцитами плазмы

(PRP) является наиболее эффективным, противовоспалительным и восстановительным методом лечения и даёт хорошие результаты у 86 % больных.

Выводы: Использование ОТП является современным, эффективным и перспективным методом лечения. Применения этого метода позволило получить хорошие результаты 86,7% удовлетворительны результаты в 13,3 % случаев.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СОЧЕТАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ И ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибни Сино

Введение. Сочетанное травма является одним из тяжелых состояний пострадавших Переломы трубчатых костей являются одним из сложных повреждений, которые, в зависимости от анатомо-функциональных особенностей, приводят к временной потере трудоспособности, а иногда к инвалидизации пациента. Чаще всего повреждение получают люди трудоспособного возраста мужского пола в результате ДТП, кататравмы и других механизмов травмы.

Цель исследования. Анализ структуры сочетанной травмы и принципов диагностики и лечения пострадавших, госпитализируемых в многопрофильную больницу.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на анализе структуры повреждений и результатов лечения 150 пострадавших с сочетанной травмой, госпитализированных на лечении в отделение травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра «Шифобахш» Республики Таджикистан за период 2023-2024 гг. Наибольшую группу составили пациенты с сочетанной травмой опорно-двигательного аппарата 95 (63,4 %), из которых переломы верхней конечности составили 36 (37,9%), нижней конечности - 59 (62,1%), среди которых вторично открытые переломы - 15 (15,8%), открытые переломы - 22 (23,1%) закрытые переломы - 58 (61,1%). Наряду с доминирующей травмой опорно - двигательного аппарата у 55 (36,6%) пациентов отмечалось черепно-мозговая травма 32 (58,2%) и повреждение внутренних органов 23 (41,8%). Большее количество пострадавших составили лица молодого трудоспособного возраста, средний возраст которых составлял 25-35 лет. В зависимости от механизма травм, больше всего отмечалось дорожно-транспортное происшествие у 85 (56,7%), кататравма у 34 (22,6%), спортивная и бытовая у 31 (20,7%) пациента. Мужчин было 98 (65,3%), женщин – 52 (34,7%). Консервативное лечение (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки, ортезы и бандажи) – в 40 (26,7%) случаях. Хирургическое лечение проведено 110 (73,3%) пациентам. Среди оперированных пациентов женщин - 19 (17,28 %), мужчин было 91 (82,72%). При сочетанной травме опорно-двигательной системы, диагностика базируется на клинических и максимально щадящих лучевых методах диагностики. Алгоритмом диагностики и лечения пострадавших с сочетанной травмой осуществлялся по принципу «orthopedics damage control”. Многоуровневый принцип оценки тяжести постра

давших является наиболее оптимальным. Это золотой час, в течение которого развиваются наиболее жизнеугрожающие последствия травм.

Результаты исследования. Ретроспективный анализ показал, что оказанное хирургическое лечение пациентам имеет особую положительную перспективу для восстановления ранних функциональных возможностей. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 7 (7,4 %) случаях, к ним относится нагноение послеоперационных ран - 3 (3,16), ложный сустав - 2 (неврит лучевого нерва (1), металлогранулёма (1), также дополнительная внешняя иммобилизация у оперированных больных наложена в 7 случаях, в связи с имевшими осколочный сегментарный характер переломами. У пациентов, леченных консервативными методами, наблюдались следующие виды осложнений: стойкие контрактуры суставов (7), ложные суставы (1), неправильно сросшийся перелом (4), деформация конечностей (2).

Выводы. Коллективный метод оказания помощи, параллельная интенсивная терапия, являются основополагающим звеном современных возможностей и перспективы диагностики и лечения сочетанных повреждений конечностей и черепно-мозговой травмы. На всех этапах оказание медицинской помощи основой успеха является своевременность диагностики, объективная оценка тяжести и состояние пострадавших. Стабильно-функциональный остеосинтез является методом выбора лечения как при моно-, так и при полиоссальных переломах длинных трубчатых костей. Данный метод приводит к ранней вертикализации пациентов, восстановлению кинематического баланса и статико-динамических функций, а также скорейшей реинтеграции пациентов в прежний социально - бытовой социум.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ПРИ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибни Сино

Актуальность. Дорожно-транспортное происшествие многими авторами рассматривается как один из наиболее постоянных медико-социальных проблем медицинской науки и общества. Развитие современного общества характеризуется резким ростом травматизма, который связан с возрастающими высотным строительством и транспортными потоками. Больше всего такие явление встречаются в крупных мегаполисах. Сочетанная травма и её последствия до сих пор остаётся одной из наиболее актуальных проблем современной травматологии, хирургии и нейрохирургии. Это продиктовано наметившейся устойчивой тенденцией в сторону увеличения удельного веса травм в структуре заболеваемости, летальности и инвалидности. Среди комплекса проблем, связанных с травматизмом, особое место занимают вопросы диагностики и лечения сочетанных повреждений. В структуре заболеваемости одно из ведущих мест занимают травмы. Они сопровождаются длительной нетрудоспособностью, часто приводят к инва-

лидности, иногда летальному исходу.

Цель исследования. Разработка доктрины профилактики и лечения при ДТП, улучшение исхода лечения и реинтеграция пациентов в прежний социально-бытовой социум.

Материал и методы исследования. Исследование проведено на основании изучения историй болезни и результатов лечения травм в отдалённом периоде у 160 пациентов, находившихся на лечении в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш» в период 2023-2024 гг. Доминирующим числом пострадавших представлены мужчины - 123 (76,88%), женщин было 37 (23,12%), средний работоспособный возраст – 20-35 лет. Основным механизмом этих повреждений явилось дорожно-транспортное происшествие, при котором выявлено несоблюдение правил дорожного движения со стороны пациентов и водителей. Клиническая картина повреждений определялась на основе сбора анамнеза, жалоб, осмотра, механизма травм, возраста и пола пациентов. Алгоритм лечения проводился с учётом общего состояния пострадавших, доминирующих повреждений и сопутствующих патологий. Консервативное лечение оказано - 47 (29,38%), хирургическое 113 (70,62%) пациентам. При консервативном лечении использовались методы скелетного вытяжения, гипсовые повязки, бандажи и ортезы. Некоторым пациентам, учитывая тяжесть состояний, оперативное вмешательство проведено в отсроченном или планом порядке. После консервативного лечения нежелательные явления в виде пролежней встречались у 12 (25,53%), несросшиеся переломы у 9 (19,15), контрактуры у 5 (10,64%) пациентов. Хирургическое лечение проведено в виде накостного остеосинтез, а пластиной АО - 47 (41,6%), остеосинтеза системой БИОС 53 (46,9%), закрытой репозиции-фиксации аппаратом Илизарова – 5 (4,42), стержневым аппаратом 8 (7,08). Осложнения в виде гнойных процессов наблюдались у 9 (7,96 %) пациентов с открытыми переломами и обширным повреждением мягких тканей, летальным исходом у 4 (3,53%) пациентов в связи с травмой несовместимой с жизнью.

Результаты. Проведённый анализ исходов лечения пациентов с сочетанной травмой при дорожно-транспортных происшествиях свидетельствуют о том, что осложнение в основном встречалось при консервативном лечении у 26 (55,32%) пациентов, при хирургическом у 9 (7,96%). Среди травм, полученных в результате ДТП, доминирует сочетанная травма. Всем пациентам на госпитальном этапе оказана высококвалифицированная медицинская помощь. В отдалённом периоде, в зависимости от механизма и тяжести травмы, у некоторых пациентов отмечалась временная или постоянная потеря трудоспособности.

Выводы. Для снижения роста травматизма в результате ДТП необходимо проводить профилактические меры среди населения посредством телевещания, усилить надзор за дорожным движением, пешеходов, проводить разъяснительные работы в школах, ВУЗах, а также среди всех сотрудников госучреждений. Проведение профилактических мер предупреждает возникновение ДТП и может снизить количество травматизма по всей республике. Результаты проведения профилактических работ могут улучшить качество жизни населения, устранить нежелательные последствия и уменьшить количество смертности.

Своевременное комплексное проведение лечебно-восстановительных мероприятий, позволяет уменьшить сроки пребывания в стационаре, сократить сроки

временной трудоспособности и предотвратит инвалидность. В связи с этим в ходе исследования выявлено, что в первые часы после поступления в стационар, организация комплексного подхода и разработка доктрины профилактики и лечения пациентов с сочетанной травмой при дорожно-транспортных происшествиях, играет основную роль и является важным звеном в алгоритме диагностики и лечения этой тяжелой категории пациентов. Исход оперативного лечения благоприятен, так как у них отмечалась ранняя вертикализация. Анализируя ближайший и отдалённые результаты лечения пациентов, можно сказать, что реинтеграция пациентов в прежний социально -бытовой социум и восстановление статико-динамических функций, зависит от организационных мероприятий в условиях приёмного покоя, правильности оказания первой помощи, комплексного подхода медперсонала, современного подхода при диагностике и лечении пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ

Каримов К.К., Наимов А.М., Парпиев Ф.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибни Сино

Введение. Травма опорно-двигательного аппарата является одним из нежелательных явлений для организма. После каждой травмы в организме остаётся отрицательное последствие. Доминирующей фактором возникновения переломов является высокоэнергетическая травма, преобладающая над устойчивостью костной ткани. На сегодняшний день актуальной проблемой остаются переломы, возникающие при низкоэнергетических травмах на фоне нарушения метаболизма в костной ткани. Травма костного скелета является одной из сложных медико-социальных проблем общества, приводящей к длительной потере трудоспособности и инвалидизации пациента. Повреждение костей обусловлено не только техногенным фактором, но также связано с нарушением обменных процессов в костной ткани, причиной которого в основном являются возрастные изменения и другие обменные нарушения. Учитывая тяжесть данной патологии, проведение мероприятий для ранней диагностики заболевания, выявление групп и проведение профилактических мероприятий обходятся многократно дешевле, чем лечение переломов и его последствий. Лечение получается эффективным, когда пациенты высокой группы риска получают препараты, улучшающие костный метаболизм до первого перелома.

Независимо от использования современных методов лечения, после первичного перелома, остается высокий процент повторных переломов на фоне нарушенного костного метаболизма.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения и проанализировать различные варианты остеосинтеза с целью ранней активизации пациентов с нарушенным костным метаболизмом.

Материалы и методы. В настоящем исследовании проводилось изучение результатов обследования, лечения, реабилитации и оценка отдалённых результатов 140 пациентов с последовательным низкоэнергетическим переломом за пе-

риод с 2023 по 2024 гг., получивших лечение в отделении травматологии и сочетанной травмы на базе ТНМЦ «Шифобахш» Республики Таджикистан. Большая часть пострадавших была представлена лицами пожилого возраста. Причинами последовательных переломов являлось изменение костной структуры на фоне нарушения костного метаболизма. Основной контингент пациентов составили женщины - 90 (64,3%), мужчин было 50 (35,7%); средний возраст – 60±6,5 лет. Чаще всего у женщин переломы возникли в результате незначительной травмы, а также в постменопаузальный период на фоне нарушения костного метаболизма. Клиническая картина заболеваний и повреждений определялась на основе жалобы, осмотра, механизма травмы, возраста и соматического фона пациента. В зависимости от локализации и тяжести повреждений чаще всего отмечались переломы проксимального отдела плеча, дистального отдела предплечья, медиальные переломы бедра, дистального отдела костей голени, также позвоночного столба.

Всем пациентам проводились следующие диагностические методы исследований: 1. ортопедическое обследование; 2. рентгенография; 3. денситометрия; 4. компьютерная томография; 5. магнитно резонансная томография; 6. остеосцинтиграфия; 7. подография; 8. лабораторное исследование.

Учитывая состояние костной ткани, возрастные изменения и сопутствующие заболевания, к пациентам осуществлялся индивидуальный подход по выбору методов лечения. Консервативное лечение (на скелетном вытяжении, гипсовые повязки и др.) – 60 (42,9%), хирургическое вмешательство проведено 80 (57,1%) пациентам. Закрытая репозиция и остеосинтез аппаратом Илизарова – 25 (31,2 %). Накостный остеосинтез пластиной LSP – 38 (47,5 %), БИОС – 10 (12,5%), артро–пластика тазобедренного сустава – 7 (8,8%).

Результаты исследования и их обсуждение. В большинстве случаев у пациентов переломы отмечались в области проксимального отдела плечевой кости, дистального отдела лучевой кости, шейки бедренной кости, а также позвоночника. Ретроспективный анализ исходов лечения в ближайшем и отдалённом периоде гласит о том, что проведённое хирургическое лечение имеет положительную перспективу для восстановления ранних функциональных возможностей пациентов. Проведённый анализ результатов лечения переломов на фоне нарушения костного метаболизма показал, что возникновение осложнений у пациентов связано с сопутствующими патологиями, также с используемыми методами лечения. Из числа оперированных пациентов осложнения наблюдались в 13 (16,25%) случаях, в том числе нагноение послеоперационных ран – 3 (3,75%), металлогранулёма – 7 (8,75%), неврит лучевого нерва – 3 (3,75%). Учитывая состояние костной ткани в послеоперационном периоде пожилым пациентам применена дополнительная внешняя иммобилизация в виде бандажей, ортезов и гипсовых повязок. У пациентов, леченных консервативными методами, осложнения наблюдались в 25 (41,6%) случаях в виде стойких контрактур суставов – 11 (18,4%), ложные суставы – 7 (11,7 %), деформации конечностей – 4 (6,7%), неправильно сросшихся переломов – 3 (5 %),

Заключение. Клинически отмечено преимущество хирургического лечения низкоэнергетических переломов при нарушении костного метаболизма, а также раннее восстановление структурно-кинематических возможностей при применении различных методов остеосинтеза. Стабильно-функциональный остеосин-

тез в настоящее время является методом выбора лечения, как при моно - так и при полиоссальных переломах длинных трубчатых костей, каскаде переломов и низкоэнергетических переломах.

ЧАСТОТА ПЕРЕДНИХ БОЛЕЙ В КОЛЕННОМ СУСТАВЕ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Каримов М.Ю., Якубджанов Р.Р., Мадрахимов С.Б., Исмаилов Н.У., Каюмов Дж.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Введение: Боль в передней части колена является серьезным осложнением после тотального эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС), которое может негативно сказаться на удовлетворенности пациентов и послеоперационном восстановлении. Несмотря на достижения в области хирургических технологий и дизайна протезов, некоторые пациенты продолжают испытывать постоянную боль в передней части колена. Было высказано предположение, что причиной этой боли могут быть различные факторы, в том числе неправильное расположение надколенника, конструкция имплантата и дисбаланс мягких тканей. Цель данного исследования - оценить частоту возникновения болей в передней части колена после ТЭКС и изучить возможные факторы, способствующие этому, уделяя особое внимание выравниванию надколенника и решению о восстановлении поверхности надколенника.

Материалы и методы: На кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Ташкентской медицинской академии было проведено проспективное исследование. В исследование были включены 78 пациентов, которым в период с января 2022 по декабрь 2023 года была проведена первичная ТЭКС по поводу остеоартрита коленного сустава 3-4 степени по Kellgrene-Lawrence. Пациенты были обследованы как до операции, так и после нее через 3, 6 и 12 месяцев. Интенсивность боли измерялась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), а функциональные результаты оценивались с помощью балла Knee Society Score (KSS). Выравнивание надколенника оценивалось рентгенологически, при этом его смещение определялось как боковой наклон или подвывих надколенника. Хирургические факторы, включая замену надколенника и методы балансировки мягких тканей, были учтены для изучения их связи с послеоперационной болью.

Результаты исследования: Из 78 пациентов 13 (16,7%) жаловались на боль в передней части колена в течение 12 месяцев наблюдения. Частота возникновения боли была выше у пациентов с неправильным расположением надколенника (30,4%) по сравнению с пациентами с нормальным расположением надколенника (10,3%). Пациенты, перенесшие пластику надколенника, реже испытывали боль в передней части колена (11,8%) по сравнению с теми, кому пластика не проводилась (21,6%). Функциональные показатели, измеренные с помощью KSS, были значительно ниже у пациентов с болью в передней части колена, и эти пациенты сообщали о более высоких показателях ВАШ по отношению к боли.

Заключение: Это исследование показало, что 16,7% пациентов испытывали боль в передней части колена после ТЭКС. Деформация надколенника и отсутствие его шлифовки были определены как значимые факторы риска развития боли. Пациенты с болью в передней части колена имели худшие функциональные результаты и более высокую оценку боли. Коррекция положения надколенника во время операции и его шлифовка могут помочь снизить частоту возникновения болей в передней части колена и повысить удовлетворенность пациентов после ТЭКС. Необходимы дальнейшие исследования для совершенствования хирургических методов и улучшения послеоперационных результатов.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Каримов М.Ю., Якубджанов Р.Р., Мадрахимов С.Б., Каюмов Дж.Ш., Исмаилов Н.У.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Введение: Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) остается одним из наиболее эффективных методов восстановления подвижности и улучшения качества жизни пациентов с дегенеративными заболеваниями тазобедренного сустава. Несмотря на высокие показатели успешности операции, уровень удовлетворенности пациентов может варьироваться в зависимости от различных факторов: точности установки имплантатов, технических аспектов операции, осложнений и степени функционального восстановления. Цель данного исследования – оценить уровень удовлетворенности пациентов после ТЭТС и определить ключевые факторы, влияющие на исходы.

Материалы и методы: Исследование проводилось на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ Ташкентской медицинской академии с января 2023 по февраль 2024 года. В него были включены 85 пациентов (49 женщин и 36 мужчин) в возрасте от 45 до 75 лет, которым было выполнено ТЭТС по поводу остеоартроза III-IV степени или асептического некроза головки бедренной кости. Исключались пациенты с ревматическими заболеваниями, инфекционными осложнениями или ранее перенесенными операциями на тазобедренном суставе. Оценка результатов проводилась через 12 месяцев после операции. Для определения уровня удовлетворенности пациентов использовались опросники Harris Hip Score (HHS), оценивающий функциональные показатели, и шкала визуально-аналоговой оценки боли (VAS). Кроме того, оценивались такие параметры, как углы наклона и антеверсии ацетабулярного компонента с помощью рентгенографии. Осложнения, такие как вывихи, инфекционные процессы и необходимость ревизионных операций, также были зарегистрированы и проанализированы. Пациенты были разделены на группы в зависимости от наличия или отсутствия этих осложнений, и сравнивались уровни удовлетворенности.

Результаты исследования: Из 85 пациентов, прошедших операцию, 76 (89%) отметили высокую степень удовлетворенности результатами через 12 месяцев после ТЭТС. Средний показатель по Harris Hip Score составил 90 ± 5 баллов, что свидетельствует о хорошем функциональном восстановлении сустава. Пациенты

отмечали значительное улучшение в подвижности и снижении болевых ощущений, что подтвердилось средним баллом по шкале VAS – 2,5. Из 85 пациентов у 8 (9,4%) возникли послеоперационные осложнения, среди которых: вывих эндопротеза (4 случая) и инфекция (3 случая), а также один случай необходимости ревизионной операции из-за неправильно установленного имплантата. Эти пациенты демонстрировали значительно более низкие показатели удовлетворенности, со средним Harris Hip Score 70 ± 8 и более высоким уровнем боли (VAS 5,6). Вывихи чаще встречались в случаях, когда ацетабулярный компонент был установлен с наклоном более 50 градусов или с выраженной антеверсией, что подтверждает важность точной установки компонентов эндопротеза. Пациенты с правильно установленным ацетабулярным компонентом (углы наклона 40-45 градусов и антеверсия 10-20 градусов) показали лучшие результаты: удовлетворенность составила 93%, при этом у них не было зафиксировано вывихов и инфекционных осложнений. Это указывает на критическую важность точной установки имплантатов для достижения высокого уровня удовлетворенности пациентов.

Заключение: ТЭТС обеспечивает высокий уровень удовлетворенности пациентов, связанный с улучшением функциональных показателей и снижением болевых ощущений. Основные факторы, влияющие на результаты, включают точную установку ацетабулярного компонента и отсутствие осложнений, таких как вывихи и инфекции. Пациенты с правильно установленными имплантатами демонстрируют значительно лучшие функциональные результаты и более высокую степень удовлетворенности. Важность тщательного планирования и технического выполнения операции является ключевым фактором для улучшения исходов и предотвращения осложнений.

КОРСЕТОТЕРАПИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Эдилов У.А.

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

Введение. Килевидная деформация грудной клетки (Pectus carrinatum) является аномалией развития передней стенки грудной клетки, характеризующейся разной степени и формы выступанием грудины и сочленяющихся с ней рёбер кпереди. За исключением случаев возникновения килевидной груди после торакальный операций. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) возникает в результате нарушения образования гиалинового хряща и неравномерного роста рёбер, что приводит к «выталкиванию» грудины кпереди. КДГК большинством учёных рассматривается лишь с косметической точки зрения, в то время как другие указывают на прогрессирование деформации по мере роста и развития, а вместе с тем и появление функциональных отклонений со стороны органов грудной полости плавно переходящих в стойкие органические изменения органов грудной полости. Следует учитывать и хронический психотравмирующий фактор, когда деформация становится заметной и её невозможно скрыть под верхней

одеждой. Дети избегают общества, становятся нелюдимыми, чувствуя свою ущербность. Так или иначе, возникшая деформация требует коррекции и на этом этапе возникает вопрос выбора тактики лечения подобных пациентов.

Вся плеяда учёных разделилась на два, первая группа считает единственно верным методом лечения хирургический, вторая же группа считает возможной консервативную коррекцию КДГК. На наш взгляд консервативная терапия достаточно эффективна при раннем выявлении и лечении КДГК. Так авторы Jacob T.S. из калифорнийского университета и Jeffrey D.B. из университета Сакраменто имея свой опыт консервативного лечения приводят примеры ортезного лечения КДГК [...].

Опираясь на свой опыт консервативного лечения, мы можем высказать такое мнение, что в большинстве случаев КДГК возможно корригировать консервативно. В далеко зашедших и запущенных случаях, так же как и при деформациях на фоне Куррарирно-Сильвермана коррекция производится хирургическим путём.

Материалы и методы: В нашей клинике за период с 2017 по 2019 год с разного формами килевидной груди консервативно пролечено 72 пациента. Из них мальчиков 60, девочек 12. Наибольшую группу пациентов составили мальчики и девочки в возрасте от 8 до 14 лет. Во всех 72 случаях применялся корсет изготовленный из низко температурного пластика бельгийского производства (ORFIT), и во всех случаях на разных сроках (в зависимости от возраста пациента и вида деформации) получена положительная картина на сроках от 2 до 5ти месяцев.

Во всех случаях получены с косметической точки зрения хорошие результаты без нарушения функциональных показателей органов грудной клетки.

Выводы:

1. Консервативная коррекция КДГК в большинстве случаев является достаточно эффективным методом.
2. За исключением деформации на фоне синдрома Куррарино-Сильвермана КДГК поддаётся коррекции внешними корсетами и ортезами.
3. Сроки получения результатов коррекции корсетами прямопропорционально возрасту пациента.

YANGI SARS-COV-2 ASSOTSIRLANGAN SON SUYAGI BOSHCHASI AVASKULYAR NEKROZINI ERTA BOSQICHLARDA DAVOLASHDA YANGICHA YONDASHUV

Qayumov[1] J.Sh., Karimov[1] M.Yu.

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Maqsad. Yangi koronavirus bilan bog‘liq son suyagi boshchasi avaskulyar nekrozini davolshda yangicha konservativ davolash usulini takomillashtirish.

Materiallar va usullar. Tadqiqotga 2021-yil bahoridan 2023-yil oxirigacha bo‘lgan muddatda Toshkent tibbiyot akademiyasi Ko‘p tarmoqli klinikasiga murojaat qilgan 360 nafar bemorning kasallik tarixi ma’lumotlari olindi. Tanlab olingan bemorlarning barchasi anamnezidan COVID-19 bilan kasallanib davolangan. Bemorlarning o‘rtacha yosh ko‘rsatkichi 42,5 yosh (20 yoshdan 65 yoshgacha) ni tashkil etdi. Shulardan 51 nafar

(14,2%) i ayollar, 309 nafar (85,8 %) i erkaklar ulushiga to‘g‘ri keladi. Tadqiqot uchun son suyagi boshchasi aseptik nekrozining Ficat bo‘yicha (1985y) olingan tasnifiga ko‘ra, quyidagilar kuzatildi: I-II bosqichdagilar – 196 nafar (54,4%), II bosqichda – 98 nafar (27,2%), II-III bosqichda – 50 nafar (13,9%), III bosqich va undan yuqori – 16 nafar (4,5%). Bemorlarni yoshiga ko‘ra quyidagicha tasniflarga ajratildi: 20-34 yosh – 159 nafar (44,2%), 35-44 yosh – 106 nafar (29,4%), 45-54 yosh – 65 nafar (18,1%) va 55-65 yosh – 30 nafar (8,3%). Yuqoridagi tasniflar asosida bemorlar “Postkovid davrda bemorlarda son suyagi boshchasining avaskulyar nekrozini differensial konservativ davolash usuli” (patent № IAP 07178 31.05.2022) yordamida davolandi. Bunda bemorlar dastlab qon reologiyasini yaxshilovchi va mahalliy antikoagulyant davo muolajalarini olishdi. Davolash kursini oxirida osteometaboliklar bilan osteotrop davo muolajalari o‘tkazildi.

Davolash natijalari dinamikada 6 oy, 12 oy, 18 oy va 24 oy muddatlarda kuzatildi. Bemorlardagi klinik o‘zgarishlar og‘riq shkalasi VASh va hayot sifati ko‘rsatkichlari SF-36 so‘rovnomasi yordamida baholandi. Instrumental tekshiruvlar chanoq-son bo‘g‘imining rentgenografiyasi, MRT, MR-spektroskopiyasi, oyoq tomirlarining dupleks tekshiruvi va chanoq-son bo‘g‘imining MSKT tekshiruvini o‘z ichiga oladi.

Natijalar. Bizning kuzatuvimizda bo‘lgan bemorlarning deyarli 330 nafar (91,7%) ida kasallikning klinik belgilari (og‘riq va harakat hajmining kamayishi) davolanish kurslaridan so‘ng biroz vaqt o‘tib sezilarli darajada kamaydi va bemorlarning hayot sifati yaxshilanib sog‘lom hayot tarziga qaytdi. To‘liq davolash kursidan so‘ng chanoq-son bo‘g‘imidagi og‘riqlar VASh bo‘yicha 7-8 balldan 1-2 ballgacha kamaydi. 14 nafar (3,9%) bemorda harakat cheklanishi va og‘riqlarni yo‘qolishi uzoq vaqt talab qildi. Jarrohlik yo‘li bilan davolash (chanoq-son bo‘g‘imlarini total endoprotezlash) – ko‘rsatilgan muddat ichida bemorlar umumiy sonining faqat 16 nafar (4,4%) bemor (kasallikning 3 va undan yuqori bosqichi tashxisi qo‘yilganlar) da amalga oshirildi. Bemorlarning jarrohlik aralashuviga kelib qolish sababi, ularning davo muolajalari boshidan ortopedik rejimga rioya qilmasliklari va keyingi tekshiruvlarga o‘z vaqtida kelmasliklari bo‘ldi.

Xulosa. Ishlab chiqilgan son suyagi boshchasi postkovid avaskulyar nekrozini yangicha konservativ davolash usuli bo‘yicha konservativ davolangan 360 nafar (100%) bemorning 330 nafari (91,7%) ning umumiy ahvoli (hayot sifati) yaxshilandi va bemorlar to‘liq mehnat rejimiga qaytdi. Xulosa qilib aytganda, ushbu tashxis bilan kasallangan bemorlarni erta bosqichda konservativ davolashni boshlansa, ularni kelajakda nogironlikdan va ikkinchi shaxs yordamiga muhtojlikdan saqlab qolinadi. Bu esa jamiyatni sog‘lomlashuviga olib keladi.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТАХ, ПОЛУЧИВШИХ КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА

Каххоров А.С., Жонқиболов И.О., Пак В.В.

Самаркандский государственный медицинский университет

Введение: Дисплазия тазобедренного сустава является распространенным заболеванием среди врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата, приводящим к инвалидности, если своевременно и рано не выявить и не лечить. (Котельников г.П., Миронов С.П. Мирошниченко В.Ф., 2006; Басков В.Э.,

2009; Лазовая Ю.И., 2011; Каменский М.С., 2012; Комосо М.М., Познович М.С., 2014).

В настоящее время общепризнанным мнением всех ортопедов является то, что раннее выявление патологии и ее функциональное лечение в первые дни жизни малыша – залог успеха (Дедова В.Д. Волков М.В. Грибова И Н.В., 2002; Жураев А.М., 2008; Алписбаев Х.Ш. Жураев А.М. Ш. Алимова. Г., 2012; Ахтам

Цель работы: В течение 2008-2018 гг. в отделении детской ортопедии Самаркандской областной больницы ортопедии и травматологии проводится изучение пациентов, получавших консервативное лечение по поводу врожденного вывиха бедра.

Материалы исследование: Всего за период 2008-2018 гг. в стационаре прошли лечение 11785 больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, из них 5319 (45,1%) больных с врожденными пороками развития бедер. Из этих пациентов 3632 (68,3%) были в возрасте до 2 лет, и их лечили в основном консервативно. Из тех, кто лечился консервативно, 2136 (58,8%) были в возрасте до 1 года, а 1496 (41,2%) - в возрасте от 1 до 2 лет.

2989 (82,3%) из тех, кто лечится консервативным методом, - девочки, 643 (17,7%) - мальчики. 123 (3,4%) пациента были пролечены с правосторонними, 414 (11,4%) с левосторонними и 3095 (85,2%) с двусторонними оценками. Эти показатели соответствуют информации, приведенной в литературе. 3560 (98,1%) пациентов были пролечены функциональным методом, 72 (1,9%) - с дополнительной ручной установкой, поскольку головка бедра не располагалась самостоятельно.

Вывод: Как видно из вышесказанного, большинство пациентов поздно обращались к специалисту.Причины можно объяснить тем фактом, что недостаточно пропагандировать ортопедическую профилактику и знания средств массовой информации среди населения.

ДИНАМИКА БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ МЫШЦ У ПАЦИЕНТОВ В ГРУППАХ СРАВНЕНИЯ С ВРОЖДЕННЫМИ И ПРИОБРЕТЁННЫМИ ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫМ УКОРОЧЕНИЯМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ СЕГМЕНТОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Климов О.В.[1], Новиков К.И.[1,2,3], Сайфутдинов М.С.[1], Ходжанов И.Ю.[4], Мирзамуродов Х.Х.[5], Бари С.М.[6]

[1]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия
[2] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия
[3]Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
[4]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан
[5]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу али ибн Сина, Бухара
[6]Бари Ортопедик Илизаров Центр, Дакка, Бангладеш

Введение. Полисегментарные укорочения и деформации нижних конечностей являются тяжелой ортопедической патологией, при оперативном лечении которой, с целью сокращения этапов и сроков лечения применяют полисегмен-

тарный остеосинтез конечности, что влечет за собой увеличение объема хирургической травмы и достижение максимально возможного результата лечения, что требует оценки дистракционного потенциала сегментов конечности

Целью работы было изучение зависимости динамики биоэлектрической активности мышц от объемных характеристик удлиняемых сегментов нижних конечностей и возможность применения данной зависимости для оценки дистракционного потенциала конечности.

Материалы и методы. В ходе исследования было сформировано две группы сравнения, каждая из которых состояла из 10 пациентов одинакового возрастного состава, которым был выполнен полисегментарный монолатеральный остеосинтез нижней конечности. В состав первой группы вошли пациенты с системным поражением ОДС в результате генетически обусловленного заболевания ахондроплазия, вторую группу составили пациенты с приобретенным поражением сегментов нижней конечности.

Результаты и обсуждение. В целом, изучение динамики биоэлектрической активности и объемных показателей у пациентов разных нозологических групп позволило выявить особенности реакции мягкотканого аппарата на удлинение конечности, а так же, оценить диагностическую ценность применяемых методов исследования состояния мягких тканей для оценки дистракционного потенциала удлиняемой конечности.

Заключение. Применение в клинической практике данных методов исследования показало их объективность и высокую информативность для персонализации тактики применения методик чрескостного остеосинтеза, в контексте выбора величины удлинения и темпов дистракции, а также избежать осложнений неврологического характера и прогнозировать результаты лечения.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ПОЛАНДА

Комолкин[1] И.А., Агранович[2] О.Е., Ходжанов И.Ю.[3]

[1]ФГБУ СПНИИФ, Санкт-Петербург, Россия
[2]ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и ортопедии имени Г.И. Турнера» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
[3] Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность. Синдром Поланда - редкое врожденное заболевание, характеризующееся частичным или полным односторонним отсутствием большой грудной мышцы, врожденным пороком развития грудной клетки и кисти со стороны поражения. К функциональным нарушениям со стороны грудной клетки относятся: нарушение каркасной функции грудной клетки, легочная грыжа, пороки сердца и легких. У детей с синдромом Поланда в процессе роста формируются расстройства образа тела, нарастание уровня тревожности, снижение самооценки, ожидание негативного отношения сверстников по отношению к себе.

Цель: разработать методику симультанной реконструкции каркаса и контуров грудной клетки у детей с синдромом Поланда.

Материал и методы. С 2019 по 2024 годы нами были обследованы и прооперированы 32 пациентов (19 девочек, 13 мальчиков) в возрасте от 3,5 до 17 лет.

У 22 больных с врожденными пороками развития грудной клетки (аплазия ребер, воронкообразная, килевидная деформации) первым этапом осуществляли торакопластику, из них в 2 случаях вторым этапом выполняли транспозицию широчайшей мышцы спины в позицию БГМ. У 7 детей с изолированной аплазией БГМ производили транспозицию широчайшей мышцы спины в позицию БГМ. 3 пациентам выполняли симультанную реконструкцию грудной клетки, включавшую восстановление каркаса грудной клети и большой грудной мышцы.

Результаты. Результаты лечения были оценены у 25 больных в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции. Проведенное хирургическое лечение позволило восстановить каркас грудной клетки, улучшить ее внешний вид, а также создало предпосылки для развития молочной железы у лиц женского пола.

Выводы. Данное исследование показало перспективность симультанной реконструкции грудной клетки у больных с синдромом Поланда, позволяющее за одну хирургическую сессию устранить костный и мышечный компоненты деформации, сократить сроки и финансовые затраты на лечение больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Кузиев Н.Б.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Актуальность: Асептический некроз 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.

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

Материали и методы: За период с 2022-2023гг 32 больным было выполнена операция Фосса-Хелмута с последующим введение 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 распространённые 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 мултиспиральная 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 бедренных 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, улучавшие микроциркуляции и бисфосфонаты).

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

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОВЕНОЗНОЙ ТЕРМИЧЕСКОЙ АБЛАЦИИ В УЛУЧШЕНИИ СИМПТОМОВ КОЛЕННОГО ОСТЕОАРТРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНЫМ РАСШИРЕНИЕМ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Мамасолиев Б.М., Ходжанов И.Ю.

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

Остеоартрит (ОА) коленного сустава и варикозное расширение вен (ВРВ) нижних конечностей являются распространенными и часто встречающимися заболеваниями, особенно среди пожилых женщин. С возрастом распространенность обоих заболеваний значительно увеличивается, что приводит к большому числу пациентов, страдающих обоими этими состояниями. Клиническая практика показывает, что лечение варикозного расширения вен может способствовать значительному улучшению симптомов коленного сустава, особенно у пациентов с

остеоартритом. Однако, несмотря на наличие некоторых данных, подтверждающих эту связь, она все еще недостаточно изучена в научной литературе. Настоящее исследование было направлено на оценку эффективности эндовенозной термической аблации (ЭТА) в улучшении симптомов коленного сустава у пациентов, страдающих как остеоартритом коленного сустава, так и варикозным расширением вен.

Материалы и методы. Исследование проводилось в два периода: с декабря 2018 года по май 2019 года и с октября 2022 года по март 2023 года. В исследование было включено 35 пациентов (7 мужчин и 28 женщин), страдающих как остеоартритом коленного сустава, так и варикозным расширением вен нижних конечностей. Возраст участников варьировался от 61 до 78 лет, а средний индекс массы тела (ИМТ) составлял 25,3 кг/м². Остеоартрит коленного сустава классифицировался по шкале Келлгрена-Лоуренса, которая используется для определения степени тяжести заболевания и варьируется от 1-й (легкая) до 4-й (тяжелая) степени. Основная цель исследования заключалась в том, чтобы оценить, насколько эффективно лечение варикозного расширения вен с помощью ЭТА способствует уменьшению симптомов остеоартрита коленного сустава.

Для оценки состояния варикозных вен у каждого пациента проводилось ультразвуковое исследование. Процедура ЭТА проводилась в соответствии с международными рекомендациями и включала в себя использование радиочастотной аблации или эндовенозной лазерной аблации. После проведения процедуры пациенты наблюдались в течение 12 месяцев, и их симптомы коленного сустава оценивались до и после процедуры с использованием стандартизированной анкеты. Анкета включала восемь ключевых симптомов, таких как боль, отек, дискомфорт при движении и ограничение подвижности сустава. Ответы пациентов оценивались по 4-балльной шкале: «улучшение», «небольшое улучшение», «без изменений» и «ухудшение».

Результаты. Из 35 пациентов, прошедших процедуру ЭТА, 25 (71,4%) сообщили об улучшении симптомов коленного сустава. Степень улучшения симптомов варьировалась в зависимости от тяжести остеоартрита. Наибольшее улучшение было зафиксировано у пациентов с легкой и умеренной степенью остеоартрита (1-й и 2-й степени), где 80% и 84,6% пациентов соответственно сообщили о значительном улучшении своего состояния. В то же время у пациентов с более тяжелыми формами остеоартрита (3-й и 4-й степени) степень улучшения была ниже: 60% и 42,9% соответственно сообщили о заметном улучшении симптомов.

Интересно отметить, что пациенты с начальными стадиями остеоартрита коленного сустава (1-я и 2-я степени) показали не только более высокую степень улучшения симптомов, но и более выраженное общее улучшение качества жизни. Это может быть связано с тем, что на ранних стадиях остеоартрита дегенеративные изменения в суставе еще не достигли критического уровня, и вмешательство в виде лечения варикозного расширения вен способно значительно уменьшить нагрузку на сустав и снизить уровень боли и дискомфорта.

Пациенты с тяжелыми формами остеоартрита (3-я и 4-я степени) демонстрировали меньшую степень улучшения, что, вероятно, связано с более выраженными структурными изменениями в суставе, такими как сужение суставной щели, остеофиты и склероз костей. Несмотря на это, даже у этих пациентов было зарегистрировано заметное улучшение симптомов, что свидетельствует о том, что

лечение варикозного расширения вен может оказывать положительное воздействие даже на пациентов с тяжелыми формами остеоартрита.

Анализ ответов на вопросы анкеты показал, что наиболее значительное улучшение было зафиксировано в отношении таких симптомов, как боль и дискомфорт при движении, а также отек коленного сустава. Это подтверждает гипотезу о том, что лечение варикозного расширения вен может способствовать улучшению кровообращения в нижних конечностях, что, в свою очередь, снижает отек и нагрузку на суставы. Напротив, симптомы, связанные с ограничением подвижности, такие как невозможность полностью согнуть колено или присесть на пятки, улучшались в меньшей степени, что может быть связано с более выраженными структурными изменениями в суставе.

Обсуждение. Результаты данного исследования подтверждают гипотезу о том, что лечение варикозного расширения вен нижних конечностей с помощью эндовенозной термической аблации может способствовать значительному улучшению симптомов остеоартрита коленного сустава. Это особенно важно для пациентов с начальными стадиями остеоартрита, у которых наблюдается наиболее выраженное улучшение состояния после процедуры.

Обнаружено, что улучшение симптомов связано с уменьшением отека и снижением нагрузки на суставы, что, в свою очередь, может снижать степень воспаления и замедлять прогрессирование остеоартрита. У пациентов с более тяжелыми формами остеоартрита улучшение симптомов также наблюдалось, хотя и в меньшей степени, что подтверждает целесообразность проведения процедуры ЭТА даже у этой группы пациентов.

Настоящее исследование подчеркивает важность комплексного подхода к лечению пациентов с варикозным расширением вен и остеоартритом коленного сустава. Лечение варикозного расширения вен может служить не только средством для улучшения симптомов ВРВ, но и способом облегчить симптомы сопутствующих заболеваний, таких как остеоартрит.

В будущем дальнейшие исследования могли бы быть сосредоточены на изучении механизма влияния ЭТА на коленный сустав, включая использование методов визуализации, таких как МРТ, для оценки изменений в костном мозге и структуре сустава до и после процедуры. Это позволит более глубоко понять взаимосвязь между улучшением кровообращения в нижних конечностях и уменьшением симптомов остеоартрита.

Заключение. Настоящее исследование показало, что эндовенозная термическая аблация варикозного расширения вен нижних конечностей может быть эффективным методом улучшения симптомов коленного сустава у пациентов с остеоартритом, особенно на ранних стадиях заболевания. Улучшение симптомов, таких как боль, отек и дискомфорт, наблюдалось у большинства пациентов, что подтверждает целесообразность использования данного метода лечения в комплексной терапии остеоартрита.

СИНОВИАЛЬНАЯ КИСТА КИСТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Машарипов К., Атажанов М.Х., Машарипов Ж.К.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч

Синовиальная киста – образование, заполненное студенистым слизистым материалом и часто встречающиеся в ортопедической клинической практике.

При анализе публикаций согласно к данной патологии имеется определенный интерес. Но при уточнении запроса определяется скудность освещения подходов к лечению этого заболевания в детской практике. Существуют как консервативные, так и хирургические методы лечения, и высокая частота рецидивов исторически препятствовала нехирургическому лечению. Отсутствие единого подхода в лечении данной патологии в детской практике подчеркивает актуальность проблемы.

Цель исследования. Целью настоящего исследования является оптимизация тактики лечения синовиальных кист в области кисти у детей.

Материалы и методы. Оперативно пролечено 24 пациента с диагнозом синовиальная киста кистевого сустава, из них 4 прооперированы артроскопически. Диагностика кисты основывалась на анамнезе и клинической картине. В большинстве случаев синовиальная киста протекает бессимптомно. Часть пациентов (10) жаловались на боль (ВАШ до 5 баллов) и слабость (5) в кисти при нагрузке, а также неудовлетворенность косметическим видом. Ключевым методом обследования кисты являлось УЗИ – неинвазивный, доступный, безболезненный и недорогой метод обследования, позволяющий верифицировать кистозное образование в определенной локализации с определенной долей вероятности его структуры. Рентгенография и компьютерная томография применялись для исключения остеогенной природы воспаления в области интереса (3). Магнитно-резонансная томография позволяет верифицировать структуру образования, его взаимоотношение с окружающими тканями, а также неинвазивно определить и оценить зону первичного очага хронического воспаления.

Результаты и обсуждение. В большинстве случаев (20) применялся классический хирургический метод лечения открытым способом. Данный метод является наиболее радикальным, но требует определенных навыков бережного обращения с мягкими тканями, учитывая легкую ранимость синовиальной оболочки кисты, и анатомии зоны доступа. Нерешенным вопросом остается перевязка «ножки» кисты или расширение устья образования. 4 детей были пролечены с применением артроскопического метода лечения, малоинвазивное хирургическое лечение требует соблюдения определенных условий, среди которых выполнение МРТ кисти с захватом средней трети предплечья на предоперационном этапе, наличие специального инструментария и эндоскопических навыков хирурга, возраст пациента (старше 12 лет). Важным преимуществом артроскопического метода является возможность удаления измененного участка синовиальной оболочки сустава, приводящий к хроническому воспалению и образованию муцинозной жидкости. Визуальный контроль способствует бережному отношению к окружающим мягким тканям и позволяет избежать ятрогенных повреждений сосудов и сухожилий. За 2022-2023 гг. у 2 пациентов отмечен рецидив образова-

ния кисты, пролеченных классическим методом.

Выводы. 1. Несмотря на уровень современной медицины и доступность квалифицированной помощи, нет единого мнения решения вопроса о лечении синовиальной кисты. 2. МРТ – максимально чувствительный метод неинвазивной диагностики образования во время предоперационной подготовки. 3. Артроскопия кистевого сустава позволяющего выполнить малоинвазивный метод лечения с устранением первопричины синовиальной кисты, а не симптомов. 4. Внедрение данного метода в детскую практику позволит уменьшить степень хирургической агрессии в лечении синовиальной кисты кистевого сустава и сократить количество рецидивов, однако требует дальнейшего исследования.

БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРДАГИ ИДИОПАТИК СКОЛИОЗ КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОХЛИК ДАВОДАН КЕЙИНГИ УЗОҚ ВАҚТДАГИ НАТИЖАЛАРИ

Махкамов Т.Т., Содиков А.А.

Республика болалар ортопедия маркази, Ташкент

Диспластик сколиоз касаллиги умуртқа поғонасида энг кўп учрайдига деформациясидир. Бу касаллик асосида умуртқа поғонасини 3та сатхда қийшайиши ва буни асосида ички аъзоларни органик ва функционал ўзгаришига, кўкрак қафасини енгил холатдан ўта оғир холатгача деформацияси содир бўлиши мумкин. Турли муаллифлар маълумотига асосан диспластик сколиоз касаллиги ортопедик касалликлар орасида 1% дан- 17.3% гача учраши мумкин.

Текшириш мақсади: Диспластик сколиоз касаллиги ўзига хос хусусиятларидан бири-бу ўсувчи организм касаллиги бўлганидадир. Агарда кичик ёшдаги вақтда сколиоз касаллиги аниқланган бўлса, орадан маълум вақт ўтиб бу касалликни оғир шакллари келиб чиқиш эхтимоли жуда юқори.Бу касалликларни оғир шаклларини асосий давоси жаррохлик муолажасидир.Текшириш мақсади ўтказилган жаррохлик муолажаларни натижаларни ўрганиш.

Текшириш услуби ва материали: Республика болалар ортопедия маркази-да 2020-2024 йиллар давомида 51 бемор оператив даволанди. Шулардан 42 та қиз ва 9 таси ўғил болани ташкил этди. Беморлар ўртача ёши 13.5 (14-18 ёш оралиғида); 14-16 ёш- 29, 16 ёшдан юқориси 22 та беморни ташкил этди. Фақат 6 та беморда – бирламчи ёй- чап томонлама бел деформацияси, 4 тада – чап томонлама кўкрак, 41 та қолган беморда эса, ўнг томонлама кўкрак бел қийшиқлигини хосил қилганлиги аниқланди.Охирги гурух ичида 2 та беморда оғир даражадаги (60-97°) кифотик деформация хам аниқланди.38 та беморда диспластик, 13 та беморда идиопатик сколиоз аниқланган.Биз рентгенографияда агарда 2-3 та дисплазия белгилари аниқласак бу беморларни диспластик гурухтига,агарда суякларда дисплазия белгилари аниқланмаса идиопатик сколиоз гурухига киргиздик. Беморларда умуртқа поғонаси деформациясини рентгенографиясини Кобб бўйича текширганимизда 50*- 106* ташкил этди. Барча беморлар клиник , рентгенологик, лаборатор, электромиографик, ўпкани сиғимини билиш учун спирометрия, ЭКГ, ички аъзолар УЗИси, умуртқа ва кўкрак қафаси МСКТ текши-

рувларидан ўтказилди. Рентгенография текшируви беморни тик турган холатида ва бошидан ўзини тўлиқ вазни билан тортилиб турганда қилинди. Операция вақтида ва операциядан кейинги неврологик асоратларни камайтириш, кўпроқ умуртқа поғонасини коррекцясига эришиши учун беморлар операцияга тайёрлов курсини ўташди. Бунда беморлар курс физиотерапия муолажалари – массаж , парафин, ЛФК, умуртқани вертикал тортими ўтказилди. Текшириш натижасида беморлар умуртқасини бирламчи мобиллиги ошиши 4-6 смни ташкил этди. Беморлар тўлиқ текширув ва тайёргарликлардан ўтгандан кейин операция режаланди.Операциялар турли давлатларда ишлаб чикилган умуртқани тўғриловчи (Польша, Корея, Хитой, АКШ, Ўзбекистон) ёрдамида олиб борилди. Беморлар операция тури текшириш натижаларига қараб аниқланди. Буларга бемор ёши, деформация даражаси ва мобиллиги асосий критерий килиб олинди.

Даво натижалари: Операциялар 3 та варианта олиб борилди. I-вариант 30(60%) та беморда бажарилди. I-вариант операцияларида умуртқа поғонасини деформацияси I- босқичда дорсал йўл транспедикуляр система ўрнатилиб коррекцияланди.Бу беморларда умуртқа поғонаси деформация катталиги Кобб бўйича 50^0-69^0 ни ташкил этди.Операцияларни II-вариантида операция вактида гало-тибиал тортим қўлланилди.Умуртқа деформацияси70^0 - 110^0 ни ташкил этди ва 14(27%)та беморда қўлланилди. III- вариант операциялар 7 беморда олиб борилди Бу гурух беморлар умуртқа деформациялари ўта оғир , фиксацияланган ва 110^0 дан юқори бўлганларни ташкил этди.Операциялар 2- этапда олиб борилди ва дастлаб умуртқани мобилловчи дискэктомияси ўтказилиб 7-10 кун давомида гало-тос тортими қўлланилди.2- этапда эса умуртқа поғонаси деформациясини дорсал йул билан корррекциялаш ва транспедикуляр система ўрнатиш бажарилди. Ўтказилган 51 бемордан узоқ муддатдаги натижаси 28 та беморда ўрганилди. 22 та беморлар текширилганда операциягача умуртқа қийшиқлиги (50-дан 187°) ўртача 121 ^{o} ни ташкил этди.Операциядан кейинги даврда 60% гача (14^0-66^0) коррекция олинган.

Хулоса: Охирги 4 йил давомида олинган коррекция 10-30° гача йўқолгани аниқланди.Олинган умуртқа коррекцияни йўқолиш даражаси дастлаб бемор ўсганлик даражасига,ТПСни сақланганлигига, умуртқаларни остеопорозига боғлиқлиги аниқланди. Бемор ўсиш даражаси юқори бўлса олинган умуртқа деформация даражаси шунчалик камайиши кузатилган.Беморларда операция ва операциядан кейинги асоратлар қўйидагиларни ташкил этди:ТПС синиши, иккиламчи инфекция (бир беморда 7 йилдан сўнг пайдо бўлган), 1та беморда неврологик етишмовчилик кузатилди. Даво муолажаларидан сўнг асоратлар бартараф этилди.

КОМБИНИРОВАННОЕ УКОРОЧЕНИЕ СУХОЖИЛИЯ ПЕРЕДНЕЙ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ МЫШЦЫ С УДЛИНЕНИЕМ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ ПРИ СПАСТИЧЕСКОМ ЭКВИНУСЕ БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мирзаев А.Г. Арифджанов К.С., Султонов Р.Р.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Актуальность. Раннее развитие эквинусных деформаций стопы является одной из особенностей формирования позы и ходьбы у детей с ДЦП. В лечении данной деформации применяются консервативные методы (ортезы, ЛФК, этапное гипсование и инъекция ботулинотоксина типа А) и хирургическая коррекция. Описаны множество методов хирургической коррекции эквинуса: селективная невротомия, операция Сильвершельда - отсечение головок икроножных мышц, апоневротическое удлинение икроножной мышцы, операция Мерфи – изменение места прикрепления ахиллова сухожилия к пяточной кости и различные виды ахиллопластики.

При долгом нахождении больного в эквинусном положении развивается укорочение ахиллова сухожилия и удлиннение передней большеберцовой мышцы (m. tibialis anterior), также развивается слабость мышцы. Часто после удлинения ахиллова сухожилия у больных с высоким эквинусом уменьшается тыльная флексия стопы и развивается «падающая стопа» (степаж). Для восстановления мышечного баланса возникает необходимость укорочения сухожилия передней большеберцовой мышцы.

Цель: улучшение результатов хирургической коррекции эквинусной деформации у больных с ДЦП.

Материал и метод. Проведен ретроспективный анализ ближайших результатов. Прооперированы 15 больных, средний возраст 7,2 лет. Из них 8 больных GMFCS 2 уровень, 7 больных GMFCS 3 уровень. До и после операции больные обследованы клиническими методами (шкала спастичности по Ашфорсу, тест определения силы мышцы, измерение амплитуды движения голеностопного сустава).

Техника операции. Под общей анестезией производится удлинение ахиллова сухожилия до положение при гемиплегии 5-100 тыльной флексии, при спастической диплегии 5-100 плантарной флексии. Сухожилие передней большеберцовой мышцы открывается на месте прикрепления, определяется пере удлинённая часть, проксимально зашивается Викрилем 2 и под напряжением прикрепляется трансоссально, не иссекая места прикрепления сухожилия. Гипсовая повязка на 6 недель.

Результаты. Активная тыльная флексия появилась 81,5 % больных. У 12 больных исчез степаж при ходьбе. Тонус мышц по шкала Ашфорса снизился на 1 балл у 11 больных, на 2 балла у 4 больных. Все больные стали полностью наступать на стопы. Осложнение после операции не встречались.

Дискуссия и выводы. Причиной эквинусной деформации является мышечные контрактуры трехглавой мышцы. Это приводит к укорочению ахиллова сухожилие, переудлинению антогонистов (передней большеберцовой мышцы) и

нарушается контроль движений в суставе. Комбинирование укорочении сухожилии передней большеберцовой мышцы с удлинением ахиллова сухожилия (икроножной мышцы) при спастическом эквинусе дает баланс между мышцами агонистами и антогонистами, устраняет степажную походку. Технически операция укорочение сухожилия передней большеберцовой мышцы несложно, быстро и при правильном проведении не развивается осложнение. Мы пришли к выводу при комбинирование укорочении сухожилии передней большеберцовой мышцы с удлинением ахиллова сухожилия (икроножной мышцы) наблюдается хороший функциональный результат, улучшается рисунок ходьбы и не развивается послеоперационный степаж.

НАБЛЮДЕНИЕ ТАЗОБЕДРЕННЫМ СУСТАВОМ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Мирзаев А.Г., Арифджанов К.С., Султонов Р.Р.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Актуальность проблемы. Патология тазобедренных суставов (ТБС) — одно из наиболее распространенных ортопедических осложнений ДЦП. Степень поражения ТБС варьирует от вальгизации шеек бедренных костей легкой степени до вывихов бедер, часто сопровождающихся выраженными контрактурами пораженного сустава и болевым синдромом. Согласно публикациям, частота развития подвывиха и вывиха бедра у больных с ДЦП составляет от 3 до 75% в зависимости от тяжести. Термин “hip at risk” (тазобедренный сустав под угрозой) впервые был введен Pollock и Sharrard в 1958 году, которые описали клиническую картину спастической нестабильности тазобедренного сустава. Сочетании спастичности и слабости отдельных мышечных групп приводит к формированию патологической позы, неравномерной нагрузке на проксимальный отдел бедра, децентрации головки бедра, что клинический проявляется подвывихом и вывихом. Следствием вывиха бедра является болевой синдром, развитие деформаций позвоночного столба, перекос таза, ограничение двигательной активности и трудности в соблюдении личной гигиены.

Цель работы. Изучение факторов (тяжесть заболевания, возраст, наличие контрактур) на развития спастического вывиха бедра у больных с ДЦП.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 больных в возрасте от 2 до 17 лет с разными формами ДЦП, которые получали реабилитационное лечение в Республиканской детской психоневрологической больнице и Республиканском центре детской ортопедии с 2018 по 2024 г. Основную часть обследованных составили больные спастическими формами ДЦП (спастическая диплегия и спастический церебральный паралич) — 81%. Состояние ТБС оценивали по рентгенограммам, выполненным в переднезаднем проекции и с внутренней ротацией нижних конечностей (для определения истинного значения величины ШДУ). При анализе рентгенограмм ТБС оценивали следующие параметры: ШДУ, ацетобулярный индекс, угол Виберга, угол Шарпа, миграционный индекс.

Изучена 205 рентгенограмм в динамике (при GMFCS II-III 1 раз в год, при GMFCS IV-V каждый 6 мес.), выполненная в переднезадней проекции. Ортопедо-неврологический осмотр детей включал выявление жалоб ребенка (или его родителей) на боль в суставах, быструю утомляемость после физических нагрузок; анализ анамнестических данных для уточнения характера выявленных изменений в суставах (врожденный или приобретенный); оценку двигательного дефекта; наличие и величины контрактур крупных суставов нижних конечностей с использованием общих правил гониометрии; сохранность патологических тонических рефлексов периода новорожденности.

Результаты и обсуждения. Спастические вывихи обнаружены нами у 10 больных, подвывихи — у 32. Односторонний вывих наблюдался у 7 из 10 больных, подвывих — у 26 из 32. Из 42 детей с патологией 36 страдали церебральным параличом в форме спастической диплегии, 6 — дискинетической формой заболевания. Наиболее часто вывихи и подвывихи обнаруживались нами у больных в возрасте 4—9 лет (у 31 из 42 пациентов). По GMFCS: I уровень- 0 (0%); II уровень – 2 (4,7%); III уровень – 12 (28,5%); IV уровень – 13 (31%); V уровень – 15 (35,8%).

Двигательный дефицит у обследованных детей с вывихами и подвывихами определялся возможностью самостоятельного передвижения. Из 42 больных 85% детей с вывихами и подвывихами не могли самостоятельно ходить.

Мы определили частые жалобы на боль в суставах у 1 из 3 детей с вывихом и у 5 из 12 с подвывихом. Эти дети пользовались ходилкой. Кроме боли, практически все дети предъявляли жалобы на быструю утомляемость во время занятий ЛФК. У больных с вывихами и подвывихами бедер, страдающих спастической формой ДЦП, мышечный дисбаланс в области тазобедренного сустава проявлялся спастичностью приводящих мышц и мышц, сгибающих бедро. Тщательный клинический осмотр выявил сгибательную контрактуру тазобедренного сустава более 150° у 18 больных. Приводящую контрактуру бедер имели все пациенты с вывихом и подвывихом.

Для того чтобы объективно определить роль сгибательно-приводящей контрактуры тазобедренного сустава в развитии спастической нестабильности, мы выделили 22 больных, у которых имелись такие же контрактуры суставов и двигательный дефицит, как и у детей основной группы, но рентгенологически децентрация головок бедер не выявлялась. Возраст пациентов колебался от 4 до 8 лет, т.е., по нашим данным, это время наиболее частого возникновения вывихов и подвывихов.

Заключение. Наличие сгибательно-приводящей контрактуры тазобедренного сустава у больных ДЦП не является абсолютным клиническим признаком спастического вывиха или подвывиха бедер.

Спастические вывихи и подвывихи формируются, как правило, у не передвигающихся больных в возрасте 4—6 лет. У детей с вывихами и подвывихами бедер отмечается стойкое влияние патологических тонических рефлексов периода новорожденности, что существенно затрудняет приобретение больными новых двигательных навыков, способствует сохранению и формированию рефлекторно-мышечных контрактур конечностей. Тазобедренный сустав детей с ДЦП остается функционально незрелым, так как не испытывает должной статической нагрузки, а преобладание сгибательного тонуса нижних конечностей.

БОЛАЛАРДА КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯЛАРИНИ МОДИФИКАЦИЯЛАНГАН D.NUSS УСУЛИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАМИЗ

Мирдадаев Ж.Ф., Юлдашев А.Ж., Рўзиев Н.Т.

Республика болалар ортопедия маркази, Ташкент

Кўкрак қафасининг гирдобсимон деформацияси (КҚГД)кўкрак қафасида учрайдиган 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 хаёт сифатини сезиларли даражада яхшилайди ва кўп холларда юрак ва шунга мос равишда, жисмоний иш фаолиятини яхшилайди. КҚГДси билан оғриган беморларни илк бор жаррохлик усулида даволаш 1911-йилдан бошланган ва хозирги кунга келиб 100 дан ортиқ жаррохлик усули ва унинг модификациялари мавжуд. Бироқ 1998-йилдан бошлаб Дональд Насс кам инвазив жаррохлик амалиётини жорий қилди ва хозирга 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 ахамиятга эга.

Тадқиқот мақсади: Болалар ва ўсмирларда (КҚГД) синининг Дональд Насс усули, Пилегаард модификациясини қўллаган холда, жаррохлик амалиёти вақтини қисқартириш, амалиётдан кейинги реабилитацияни бир мунча осонлаштириш ва натижаларни тахлил қилиш.

Материал ва метод: Республика болалар ортопедия марказида 2021-2024 йилларда кам инвазив Дональд Насс амалиёти, Пилегаард модификация услубида 36 та беморда жаррохлик амалиёти ўтказилди.

Улардан 29 (80,6%) таси ўғил 7 (19,4%) 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.

Шаклига қараб симметрик, асимметрик (ўнг томонлама чап томонлама) яссигирдобсимон (симметрик асимметрик), даражасига қараб I-II-III-га ажратилди.

(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. (КҚГД) III-даража ўнг томонлама декомпенсацияланган беморлар 3та.

Барча беморларнинг жаррохлик амалиётидан олдинги ва амалиётдан кейинги натижаларини тахлил 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 катталикда 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 тоннелда қолдирилади. Таёрланган металл мослама ипга бириктирилади ва туннел орқали қаварик томони перикардга қараган холда тортилади, ип эса олиб ташланади. Кўкрак қафаси остига жойлаштирилган металл пластина ротатор ёрдамида 180 градусга айлантирилади 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 муофиқ хисобланади, бу эса ўз навбатида металл пластинанинг барқарорлигини таъминлайди. Сўнг кесмалар қаватма қават чокланади ва ассептик боғлам қўйилади.

Натижалар. Беморларнинг 3 тасида кўкрак қафасидаги деформация чуқурлиги ва чуқурлик узунлиги (Grand canyon тип) сабабли 2 сатхда металл пластина ўтказилди. 12 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.

Қолган барча беморда кўкрак қафасидаги деформация симметрик бўлгани сабабли, одатий ярим ойсимон шаклда эгилган металл пластинаси ўрнатилиб, жаррохлик амалиёти бажарилди. (Пластиналар сони ва шакли ККҒДни турли типларига қараб хар бир беморга алохида танланди).

Жаррохлик амалётидан сўнг, 2 та беморда тери ости эмфиземаси кузатилди, 1 та беморда металл пластина аллергик 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 кузатувига олинди. Яқин натижаларда беморларнинг барчасида косметик нуқсон бартараф этилгани, функционал текширув натижалари ижобийлиги кўринди.

Хулоса. Хулоса ўрнида шуни такидлаш жоизки, (ККҒД) 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 сохасида жойлашади бу эса металл пластинани барқарорлигини таъминлайди ва қўшимча оёқчалар хамда чокларга эхтиёж қолдирмайди.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТОДОМ НАРУЖНОГО ЧРЕСКОСТНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПО ИЛИЗАРОВУ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ И УКОРОЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

[1]Мирзамуродов Х.Х., [2]Ходжанов И.Ю., [1]Акрамов В.Р., [3,4]Новиков К.И., [3]Климов О.В., [4]Сергеев К.С., [3]Новикова О.С

[1]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, Бухара
[2]Республиканский научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент
[3,4]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия
[4]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Актуальность. Полисегментарное нарушение биомеханики, структуры и функции нижних конечностей ведет к выраженному нарушению практически всех сторон жизни пациента и в значительной степени снижает его уровень жизни. Данное обстоятельство обусловлено тем фактом, что даже незначительные нарушения в каждом из сегментов взаимоотягощают ортопедические нарушения приводя к значительному отклонению от нормы, снижая компенсаторные возможности организма, усугубляя тем самым течение заболевания и нарушения функции опорно-двигательной системы.

Цель: Улучшение результатов лечения и снижение ошибок и осложнений у пациентов с полисегментарным поражением нижних конечностей, которым проводится лечение с использованием чрескостного остеосинтеза по Илизарову.

Материалы и метода исследования. В исследование включены больные с полисегментарными укорочениями/деформациями сегментов нижней конечности (бедра, голени/стопы) в количестве 20. Из них мальчиков было 6, девочек 14. Пациенты были разделены на группы в зависимости от количества оперируемых сегментов, пола и возраста. Всм пациентам проводили реконструктивние операции использованием аппарата наружной фиксации по Илизарову.

Результаты. После операции у 16 больных (80%) достигнута коррекция деформаций, компенсировано укорочение нижней конечностии с хорошей функцией суставов. В 4 случаях (20%) достигнут хороший ортопедический рузультат, однако отмечалось незначительное ограничение сгибания в коленном суставе, которое было устранено путем проведения курса лечебной физкультуры.

Заключение. Использование малотравматичных операций с использованием остеосинтеза наружной фиксации по Илизарову, безупречное анестезиологическое обеспечение, создают реальные условия для расширения объема оперативных вмешательств и выполнения их одновременно на нескольких сегментах.

ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПО ИЛИЗАРОВУ С ЦЕЛЬЮ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИЙ И УКОРОЧЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

[1]Мирзамуродов Х.Х., [2]Ходжанов И.Ю., [1]Акрамов В.Р., [3,4]Новиков К.И., [3]Климов О.В., [4]Сергеев К.С., [3]Новикова О.С

[1]Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сино, г. Бухара, Республика Узбекистан
[2]Республиканский научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, г. Ташкент, Республика Узбекистан
[3,4]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия
[4]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

Цель: Улучшение результатов лечения и снижение ошибок и осложнений у пациентов с полисегментарным поражением нижних конечностей, которым проводится лечение с использованием чрескостного остеосинтеза по Илизарову.

Материалы и методы исследования. В исследование включены больные с полисегментарными укорочениями/деформациями сегментов нижней конечности (бедра, голени/стопы) в количестве 20. Из них мальчиков было 6, девочек 14. Пациенты были разделены на группы в зависимости от количества оперируемых сегментов, пола и возраста. Всм пациентам проводили реконструктивние операции использованием аппарата наружной фиксации по Илизарову.

Результаты. После операции у 16 больных (80%) достигнута коррекция деформаций, компенсировано укорочение нижней конечностии с хорошей функцией суставов. В 4 случаях (20%) достигнут хороший ортопедический рузультат, однако отмечалось незначительное ограничение сгибания в коленном суставе, которое было устранено путем проведения курса лечебной физкультуры.

Заключение. Использование малотравматичных операций с использованием остеосинтеза наружной фиксации по Илизарову, безупречное анестезиологическое обеспечение, создают реальные условия для расширения объема оперативных вмешательств и выполнения их одновременно на нескольких сегментах.

СОН СУЯК БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК ТАХЛИЛИ

Назаров И.Р.[1], Маҳкамов Н.Ж.[2]

[1]Андижон вилоят травматология-ортопедия шифохонаси, Андижон
[2]Андижон давлат тиббиёт институти, Андижон

КОВИД-19 пандемиясида Sars-Cov-2 вируси, янги коронавирус инфекцияси келтириб чикарадиган асоратларни олдини олиш ва келтириб чиқарган асоратларни даволашга қаратилган чора тадбирлар сўнгги пайтларда тиббиёт хамжамиятида энг кўп мухокама қилинадиган мавзулардан биридир. Касаллик ва унинг оқибатлари турли мутахассисликлар, жумладан, ортопедия, травматология, нейрохирургия, вертебрология вакиллари учун кўплаб кийинчиликларни келтириб чиқарди. COVID-19 пандемияси бутун дунё бўйлаб жаррохлик ёрдам тизими учун синовдир. COVID-19 билан боғлиқ турли хил сурункали ортопедик касалликлар нафакат яқиндан ўрганиш мавзусига айланди, балки энг долзарб тиббий ва ижтимоий муаммолардан бири бўлиб қелмокда. Жумладан харакат таянч тизимидан сон суяги бошчаси, сон, катта болдир, елка суякларини юқори ва дистал метаэпифиз қисми, ошиқ суяги, умуртқа поғонасини тана қисмида ассептик (аваскулар) остеонекроз келтириб чиқарди. Айниқса ўрта ёшдаги инсонлар кўплаб касалланиши, оқибатда ногиронликга олиб келиши аянчли холатдир.

АВТОШ да 2021-2023 йиллар давомида COVID-19 пандемиясидан кейин кузатилган харакат таянч тизимида турли хил локализациядаги асептик аваскуляр некроз ташхиси билан жами 236 та бемор даволанди. Булардан 137 та 58% эркаклар, 99 та 42% аёлларни ташкил қилди. Ёшга нисбатан 17-25 ёш 13 та, 26-40 ёш 97 та, 41-60 ёш 86 та, 61-75 ёш 40 та. Бундан кўриниб турибдики энг фаол мехнат ёшидагилар кўпчиликни ташкил этади. 236 та бемордан 127 тасида консерватив даво муолажалар яъни медикаментоз, физиомуолажалар ва ДФК кенг фойдаланилди. 18 тасида аъзо сақловчи операция сон суягини бошчасини декомпрессия тунелизация операцияси PRP терапия билан бирга бажарилди. Қолган 91 беморб да бир ёки икки томонлама сон чаноқ бўғимини тоталь эндопртоезлаш операцияси ўтказилди. Шифохонамизга мурожат қилган беморларни 60% аввал бошқа даволаш муассаларига умуртқа поғонаси бел қисмида, сон чаноқ бўғимида, тизза бўғимидаги оғриқлар билан мурожат қилиб текширув усулларидан умуртқа поғонаси МРТ, сон чаноқ ва тизза бўғимларини УЗИ ва рентгенографиясидан фойдаланилган. Сон суяги асептик аваскуляр некрози 1-2 босқичида бу текширув усулларидан етарли маълумотлар олинмаган. Касалликни бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаш имкони паст бўлган. Натижада умуртқа поғона остеохондрози, диск чурраси, тизза бўғими артрози каби ташхислар билан бир неча маротаба даволаш муассаларида даволаниб керакли натижа олинмаган. Бу эса ўз навбатида сон суяги бошчаси асептик аваскулар некрозини кейинги босқичларга ўтишига имкон беради. Беморда мақсадсиз медикоментоз терапия таъсирида ошқозон хазм қилиш тизимида, юрак қон томир тизимида хар хил асоратлар ривожланишига сабаб бўлмоқда. Бемор хам иқтисодий хам маънвий зарар кўриши аянчли холатдир. Шундай холатларни олдини олиш учун сон суяги бошчаси асептик аваскуляр некрозига хос, ёки гумонли шикоятлар бўлган шифохонамизга мурожаат қилган беморларга сон суягини асептик авскулар некрозини аниқлаш

олтин стандарти иккала сон чаноқ бўғимларини 1.5 тесла МРТ дан фойдаланилди. Бунда касалликни эрта босқичларини хам аниқлаш имкони бўлиб, самарали даволаш учун хизмат қилади. Консерватив даво муолажаларини олган беморлар 76% мунтазам ортопед назоратида бўлиб, қониқарли натижа билан кузатувда, 24% беморларга эса аъзо сақловчи операция сон суяги бошчаси декомпрессия тунелизацияси тавсия этилди. Аъзо сақлови операциядан сўнг 50% беморларда қониқарли натижалар олиниб қатъий ортопедик тартиб остида диспансер назоратда, қолган 50% беморга сон чаноқ бўғимини тоталь эндопротезлаш операцияси тавсия этилди. Сон чаноқ бўғимини тоталь эндопротезлаш операциясидан сўнг 95 % ижобий натижалар олиниб беморлар аввалги хаёт турмуш тарзига қайтди, фаол мехнат ёшидаги беморлар эса кўрсатмалар ва ортопедик тартиб остида ўз мехнат фаолиятига қайтдилар. Сон суяги бошчаси асептик некрози патоморфологик ўзгаришларини МРТ хуосалари билан уйғунлашган холатда тўғри ташхис қўйиш ва тўғри даволаш тактикасини танлаш бемор учун, жамиятимиз равнақи учун, давлатимиз иқтисодиёти учун самарали усул деб хисоблаймиз.

Ушбу холатларни хисобга олган холда, коронавирус инфекциясидан кейин таянч харакат тизимининг сурункали шикастланиши хусусиятларини янада чуқурроқ ўрганиш максадга мувофикдир.

COVID-19ДАН КЕЙИНГИ СОН СУЯГИ БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИДА ТАШҲИСЛАШНИНГ ПАТОМОРФОЛОГИК ТАВСИФИ

Назаров И.Р., Махкамов Н.Ж.

Андижон 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, ҳавфли 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 катталикдаги 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 охирги 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 катталикдаги секвестрлар пайдо бўлганлиги аниқланади. Ушбу секвестр кўринишидаги қаттиқ суяк тўқимаси таркибидаги остеоцит ҳужайраларнинг нобуд бўлганлиги, бўлакчалар периферик қисмида кучли даражада кальциноз ривожланганлиги кузатилади. Секвестр бўлаклари 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. Ҳулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, албатта касалликларни тўлиқ патоморфологик тавсифлаш, ташҳислаш даволаш самарасини оширишади, бу эса далилларга асосланган тиббиётда ва ҳалқимиз ижтимоий, иқтисодий ривожланишида ўз ўрнига эгадир .

QO‘L TUG‘MA JLANISH NUQSONLARINI MAMLAKATIMIZ BO‘YLAB UCHRASH EPIDEMIOLOGIYASI

Nazarova N.Z., Shamukimov Sh.A.

Toshkent tibbiyot akademiyasi,
Respublika bolalar ortopediya markazi, Tashkent

Tekshiruv maqsadi. Murakkab turdagi qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi mamlakatimiz hududlarida tarqalishi va ushbu nuqsonlar bilan tug ‘ilish havfini o ‘rganish.

Tekshiruv materiali va usullari. Murakkab turdagi qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi mamlakatimiz hududlarida tarqalishi va ushbu nuqsonlar bilan tug‘ilish havfini o‘rganish ishlab chiqilgan so‘rovnoma (DGU 16703) asosida mamlakatimizning Jizzah va Toshkent viloyatlarida o‘rganildi. Dasturiy mahsulot aholi o'rtasida tug'ma qo'l nuqsonlari bilan tug'ilish xavfini aniqlash imkonini beradi. Bu davolovchi shifokorga erta tashxis qo'yish

va davolash taktikasini aniqlash imkonini beradi. Shuningdek, ular yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar haqida ogohlantiriladilar.

Savolnima qoyidagi savollardan iborat: ushbu nurson otasida borligi, ushbu nuqson onasida borligi, ushbu nuqson boshqa farzandlarda borligi, homiladorlikni birinchi 3 oyligida ona virusli infektsiyalar o‘tkaganligi, ota-onalargan birida zararli odatlar bor-yo‘qligi, homiladorlik davrida stress va homila tushish havfi bo‘lganligi va ota-onalarda surunkali kasalliklarni borligi. Har bir savol 0 dan 2 ballgacha baholanadi va yakunda dasturiy mahsulot ushbu nurson bilan tug‘ilish havfini aniqlab beradi. Barcha murojat qilgan bemorlarga bemor yoshi va kasallik og‘irligidan qatiy nazar klinik tekshiruvlar o‘tkazilgan. Klinik tekshiruvlar o‘z ichiga oladi: akusherlik anamnezini yig‘ish, bemorni ko‘rikdan o‘tkazish, kasallik tarihidagi ortopedik ma‘lumotlarni olish, qo‘l kaftini sog‘om tomon bilan solishtirish uchun palpaciya, mushaklar kuchi, tonusi va qo‘l funkciyasini aniqlash, elka, tirsak va bilak-kaft bo‘g‘imlarida aktiv va passiv harakatlarni o‘lchash; qo‘llar anotomik va nisbiy uzunligini o‘lchash, qo‘l barmoqlaridagi burmalarga e‘tibor qaratish; qo‘l segmentlari aylana hajmini o‘lchash va barmoqlarda trofik buzilishni aniqlovchi testlar o‘tkazish. Tekshirilayotgan bolalarni ota-onalaridan anamnez yig‘ishda qo‘yidagi ma‘lumotlarga e‘tibor qaratdik: bemor yaqin qarimdoshlari orasida qo‘l tug‘ma rivojlanish nuqsonlari yoki tayanch-harakati apparati nuqsonlari bor yoki yo‘qligiga, homiladorlik vaqtida o‘tkazilgan kasalliklar (yuqori nafas y‘o‘llari o‘tkir virusli kasalliklari, TORCH infekciya va boshqalar), homiladorlikni qanday kechishi, onani yoshi, ota-onani zararli otatlari. Tayanch-harakkat apparati tug‘ma deformatsiyalari qaysi usulda davolangani, reabilitaciya davomiyligi va bu jarayonda qo‘l kaftini holati, ortopedik rejimga rioya qilganligi bemorlar anamnezida o‘rganildi. 25 ta onada homiladorlik vaqtida nafas yo‘llari virusli kasalliklari yoki siydik-tanosil sistemasi surunkali kasalliklari bo‘lgani aniqlandi. Bu holatlarda homilador onalar yoshi o‘rtacha 24 (±10) yoshni tashkul etdi. 16 ta holatda esa ota-ona yoki yaqin qarimdoshlarda qo‘l tug‘ma nursonlari bo‘lganligi kuzatildi.

Tekshiruv natijalari. Mamlakatimizning Jizzah va Toshkent viloyatlarida o‘tkazilgan epidemioligik tershiruvlar shuni ko‘rsatdiki, ushbu nuqsonlarni uchrashi o‘rtacha har 10000 tug‘ilgan bolaga 3-5 taga to‘g‘ri kelib, havf guruhiga homiladorlikni birinchi 3 oyligida virusli infektsiyalar o‘gkazgan va og‘ir toksikoz bo‘lgan onadan tug‘ilgan bolalar kiradi. Ota-onasida ushbu nuqsoni bo‘lgan bolada kasallanish ehtimoli 38% tashkil etdi. Jazzah viloyatida uch yil davomida (2021-2023 yillar) 48 ta usgbu nuqsonlar bilan aniqlangan. Yaqin o'tkan yillarda aniqlangan nuqsonlarning ko'payishi tendentsiyasi mavjud: 2021 yilda -14 tani tashkil etgan bo‘lsa, 2022 yilda – 16 ta va 2023 yilda – 17 ta. Ushbu nuqsonlar Jizzah viloyatida tirik tug'ilganlar orasida 10000 boshiga 3,2 chastota bilan sodir bo'ldi. 27 tug'ma nuqson skrining tekshiruvida aniqlangan, 21 holatda esa ushbu nuqsonlar bola tugilishigacha aniqlanmagan. Dastlabki ikkita skrining tekshiruvining prenatal tashxisi (11-13 hafta va 18-21 hafta) tug'ruqdan oldin tashxis qo'yilgan barcha nuqsonlarning 21 tani (44%) tashkil etadi. Uchinchi skrining tekshiruvi tug'ma nuqsonlarning 6 ta (12%) tug'ilishdan oldin aniqlangan.

Xulosa. Shunday qilib, prenatal diagnistikada zamonaviy tibbiy texnologiyalarning rivojlanishiga qaramasdan mamlakatimiz bo‘ylab xomilalik davrida rivojlanish anomaliyalari diagnostikasi juda dolzarb bo'lib qolmoqda. Bu holatlarni o‘rganishda o‘tkazilgan epidemiologik tekshiruvlar natijasida havf guruhlarini aniqlash va bu holatlarni oldini olishga qaratilga chora-tadbirlar muhim ahamiyat kasb etadi.

БОЛАЛАРДА ТИЗЗА ҚОПҚОҒИ ТУҒМА ЧИҚИШИНИ ОПЕРАТИВ ДАВОЛАШДАН КЕЙИНГИ РЕЦИДИВ ҲОЛАТИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Нарзиқулов У.К.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Долзарблиги. Бугунги кунда муаллифлар тизза қопқоғини туғма чиқишини таянч-ҳаракат тизимини диспластик ўзгаришлари натижасида юзага келишини такидлашмоқда.

Адабиётларда келтирилишича, асосан сон суягини ташқи бўртиғини ривожланишини ортда қолиши, сон суяги ғалтагини текисланиши, болдирни вальгусли қийшайиши ва тизза бўғимини ички бойламларни ностабиллиги тизза қопоғини чиқишига мойиллик яратади. Оғир ҳолатларда эса, тўрт бошлик мушакни аномал ривожланиши ва ташқи кенг мушакни калталаниши кузатилади. Бунда тиззани букилиши натижасида тизза қопқоғини латериал силжиши учун биомеханик шароит юзага келади. Баъзи ҳолларда диспластик ўзгаришлар тўғри мушакка латериал пайларни қўшилиб кетишига ва пайларни бир қисмини тизза қопқоғини ташқи четига бирикиб кетишига олиб келади Тизза қопқоғини ёзилишида тўрт бошли мушакни тез қисқариши тизза қопқоғини ташқарига ва сон суягига нисбатан проксимал йўналишда силжишига олиб келади.

Ишнинг мақсади. Болаларда тизза қопқоғини туғма чиқишини даволаш натижаларни яхшилаш.

Материал ва усуллар. ТошПМИ клиникасининг травматология ва ортопедия бўлимида, тизза қопқоғини туғма чиқишининг ҳам ёзувчи, ҳам букувчи тури билан 5 ёшдан 12 ёшгача даволаниб чиққан 28 бемор болаларнинг касаллик тариҳлари таҳлил қилинди. Текшириш усуллари: клиник, рентгенологик, неврологик. Булардан 15 беморда чап тизза қопқоғини туғма чиқиши кузатилган бўлса, 12 беморда ўнг томонлама, 1 беморда эса 2 томонлама чиқиш кузатилди. Беморларада клиник, рентгенологик ва ультратовуш текширувлари ўтказилди.

Даволаш асосан опреатив бўлиб, консерватив муолажалар эса 5 ёшгача бўлган беморларда юмшоқ тўқималар атрофиясини олдини олиш мақсадида ўтказилади. Бунда физиотерапия- массаж, оҳисталик билан ЛФК ва парафин қўлланилади. Беморларга иммобилизация қўллаш мақсадга муовфиқ эмас, чунки ҳарактсизликда юмшоқ тўқималар атрофияси юзага келади.

Операция муолажалар 28 беморни барчасида ўтказилди. Булардан 7 беморда опреация муолжаси ўтказилган бўлиб, бизга 3-4 ёйилдан кейин рецедив ҳолати билан мурожат этган. Операция умумий оғриқсизлантириш остида олиб борилди. Бунда кенг мушакнинг пайидан лоскут тайёрланиб ичкарига олиб ўтилиб тизза қопқоғини негизига ва тўғри мушак пайиниг олд томонига тикилди. Сўнгра катта болдир суягини дўнги ичкариги транспозиция қилиниб фиксацияланди. Операция вақтида сон суяги блокини ташқи томони текислангани ва тизза қопқоғи осонгина латериал томонга сирғалиши аниқланди. Бу операция тизза қопқоғини ташқарига силижиб кетишини тўлиқ олдини олади ва кейинчалик рецедив ҳолати кузатилмайди. Операциядан сўнг 3 ҳафтага тиззани буккан ҳолда гипс боғлам қўйилади. Гипс боғлам ечилгач, физиотерапия муолжалари ва ЛФК босқичлари ўтказилади.

Хулоса.

1. Тизза қопқоғини туғма чиқишида пайлар транспозициясидан ташқари катта болдир суягини дўнгини медиал томонга кўчириб ўтказиш беморларда даволаш натижаларини ижобий бўлишига олиб келади ва рецидив ҳолатларини олдини олади.

2. Операциядан сўнг ребилитация босқичларни ўтказиш юмшоқ тўқималар атрофиясини бартараф этишга имкон яратади.

ЛЕЧЕНИЕ ПО ИЛИЗАРОВУ ОСЛОЖНЕНИЙ БИЛАТЕРАЛЬНОГО УДЛИНЕНИЯ БЕДРЕННЫХ КОСТЕЙ У ПАЦИЕНТА С АХОНДРОПЛАЗИЕЙ

Новиков К.И. [1,2,3]***, Клинцов Е.В.*** [1,4]***, Сергеев К.С.*** [2]***, Новикова О.С.*** [1,3]

[1]*Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия*
[2] *Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия*
[3]*Самаркандский государственный медицинский университет*
[4]*e.rubisco@mail.ru*

Введение. Во всемирной ортопедической практике до 1951 года, когда Г.А. Илизаровым был изобретён и зарегистрирован его аппарат и способ сращения и удлинения костей, не существовало оперативной техники, позволяющей увеличить рост человека. Лишь с 1980 года этот метод начал распространятся по миру. На сегодняшний день имеется множество различных дистракционных ортопедических устройств, но основа метода неизменна. Как у любой операции имеется определенный риск тех или иных осложнений, так и метод Илизарова не является исключением. По данным системного литературного обзора рецензируемых сайтов-агломераторов (eLibrary, PubMed, ResearchGate) частота переломов после оперативного удлинения сегментов достигает во всех группах (возраст, пол, нозология, сопутствующие заболевания, использованная оперативная техника, величина удлинения) 11 %, из которых случаи, подобные описываемому в данной статье, единичны.

Цель работы. Изучить проблему образования несостоятельного регенерата при дистракционном остеосинтезе.

Материалы и методы. Описан клинический случай формирования несостоятельного дистракционного регенерата у пациента с ахондроплазией и его лечение. Изучена литература по данной теме.

Результаты и обсуждение. У пациента 7 лет с ахондроплазией после удлинения обоих бедер с обеих сторон сформировался несостоятельный дистракционной регенерат. Ввиду неопороспособности каждой из нижних конечностей пациенту выполнено поочерёдное оперативное лечение, в результате которого диаметр бедренных костей и их костная плотность были увеличены до показателей, достаточных для полной нагрузки. В литературе описываются подобные случаи. Способ лечения в основном сводится к использованию интрамедуллярных конструкций и костных аутотрансплантатов.

Заключение. Представленный клинический случай и изучение литературы по данному вопросу демонстрируют, что существует вероятность формирования несостоятельного регенерата при дистракционном остеосинтезе, несмотря на соблюдение технологии удлинения. Предложенная авторами оперативная методика и ведение пациента в постоперационном периоде может быть использована в качестве лечения данного осложнения. Существует необходимость постоянного динамического наблюдения за формированием дистракционного регенерата со стороны врача.

ЭФФЕКТ ОБЪЁМА МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА КАЧЕСТВО РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ В ПРОЦЕССЕ УДЛИНЕНИЯ ГОЛЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С АХОНДРОПЛАЗИЕЙ ПО МЕТОДУ ИЛИЗАРОВА

[1,2,3]Новиков К.И., Шевцов В.И. [1]Клинцов Е.В., [1]Новикова О.С., [4]Жлоба К.И., [5]Булбанов А.О.

[1]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия
[2]Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
[3]Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
[4]Жлобинская ЦРБ, Гомельская область, Республика Беларусь
[5]Нефтеюганская ОКБ имени В.И. Яцкив, ХМАО, Россия

Цель исследования заключается в изучении воздействия объёма мягких тканей на различные рентген-морфометрические показатели при удлинении костей голени у пациентов с ахондроплазией.

Материалы и методы. В исследование было включено 10 пациентов с данным заболеванием, которым было проведено удлинение обеих голеней по методу Илизарова. Средний возраст пациентов составил 7 лет. Величина удлинения колебалась от 58 до 77 мм. Все операции и наблюдение проводилось опытным хирургом-ортопедом. Остеотомии большеберцовых костей выполнялись минииинвазивно на уровне метафизарных зон. Преднапряжение аппарата выполнялось на 3-и сутки после оперативного вмешательства, а дистракция началась на четвертый день со скоростью 1/4 мм каждые 6 часов. Дальнейшая скорость дистракции корригировалась с учётом рентгенограмм.

Результаты и обсуждение. По завершении этапа дистракции у двух пациентов дистракционный регенерат соответствовал II типу в соответствии с рентгеєновской классификацией Li [1], у троих — III типу, у четверых — IV типу (по крайней мере, в одной из проекций), у одного — V типу. У всех пациентов в перк вые две недели дистракции произошло увеличение объема регенерата до соответствия I типу по классификации Li с последующей его реконструкцией. Максимальное снижение объема мышц на 1 мм длины от исходного составляло 54,6%, минимальное — 18,9% (в среднем 32,4%). Диаметр самого узкого участка дистракционного регенерата (по крайней мере, в одной проекции) составлял от 3,3 до 20,9 мм. Всего было проведено 42 измерения объема мышц на 1 мм длины, 42 измерения самого узкого участка дистракционного регенерата.

Заключение. Была обнаружена статистически значимая (при n=42 коэффициент корреляции Спирмена составил 0,420 при p=0,05) умеренная связь между объемом мышц на 1 мм длины и наименьшим диаметром дистракционного регенерата. Производная представлена уравнением y=0,006x+8.3. Исходя из этого уравнения можно рассчитать максимальный желаемый диаметр дистракционного регенерата, зная толщину кости на уровне остеотомии и изначальный объем мышц на единицу длины для данного сегмента. Также была отмечена тенденция к резкому снижению скорости прироста объема дистракционного регенерата после уменьшения на 22,6% от начального объема мышечной ткани на 1 мм длины.

ASSESSMENT OF ERRORS AND COMPLICATIONS DURING OSTEOSYNTHESIS WITH AN EXTERNAL FIXATION DEVICE ACCORDING TO ILIZAROV. OBJECTIVE AND SUBJECTIVE FACTORS

Novikov K.I.[1,2,3], Sergeyev K.S.[2], Novikova O.S.[1,3], Klimov O.V.[1], Khodjanov I.Y.[4], Mirzamurodov K.H.[5], Bari S.R.[6]

[1]Ilizarov National Medical Research Centre for Traumatology and Orthopedics, Kurgan, Russia
[2]Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
[3]Samarkand State Medical University, Uzbekistan
[4]Department of General Orthopedics of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Tashkent, Uzbekistan
[5]Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan
[6]Bari Orthopedist Ilizarov Center, Dhaka, Bangladesh

Introduction. Like any method of orthopedic surgical treatment using external fixation devices, the method of transosseous controlled osteosynthesis according to Ilizarov is accompanied by errors and complications. Currently, many different classifications of errors and complications when using external fixation devices have been proposed. At the same time, at the moment there is no ideal classification of complications, which can be explained by the use of the Ilizarov apparatus in various conditions and the lack of consensus among doctors or clear criteria regarding which negative event of osteosynthesis is considered a complication.

The purpose of the work. Analyze negative events that occurred during osteosynthesis and evaluate them using various classifications of errors and complications.

Materials and methods. Negative events during treatment were analyzed in three groups of patients. All patients underwent leg lengthening with correction of associated deformity. As a complication, we took into account only those events that negatively affected the final result of treatment, while errors and complications, we divided all negative events according to their origin into objective and subjective.

Results and discussion. We assessed the clinical significance of negative events according to the SOFCOT classification criteria, according to the Paley D. classification (1999) and according to the same classifications, with proposed additions, clarifying their percentages to the number of patients and operated segments.

Conclusion. Objective factors of osteosynthesis, to which we include everything related to the set of parts of the Ilizarov apparatus, do not depend on the doctor and the

degree of his professional qualifications. All negative events that arose during the process of osteosynthesis are subjective and depend on the knowledge and skills of the doctor, his experience and professional qualities, and failure to comply with the principles of the Ilizarov method is already a mistake that inevitably leads to complications.

УВЕЛИЧЕНИЕ РОСТА ПО ИЛИЗАРОВУ И ЗАВИСИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТА ЛЕЧЕНИЯ ОТ ВЕЛИЧИНЫ УДЛИНЕНИЯ И ИСХОДНОЙ ДЛИНЫ УДЛИНЯЕМОГО СЕГМЕНТА

Новиков К.И. [1,2,3*]***, Сергеев К.С.*** [2]***, Новикова О.С.*** [1,3]***, Климов О.В.*** [1]***,***
Ходжанов И.Ю. [4]***, Мирзамуродов Х.Х.*** [5]***, Бари С.М.*** [6]***, Комарова Э.С.*** [7]

[1]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова, Курган, Россия
[2] Тюменский государственный медицинский университет, Тюмень, Россия
[3]Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан
[4]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан
[5]Бухарский Государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан
[6]Бари Ортопедик Илизаров Центр, г. Дакка, Бангладеш
[7]Федеральное Казенное Учреждение Главное Бюро МСЭ по Курганской области, Курган, Россия

Введение. Управляемый чрескостный остеосинтез аппаратом внешней фиксации по Илизарову впервые в истории ортопедии позволил комплексно решать проблему удлинения конечностей и устранения сопутствующих деформаций. Накопленный опыт использования метода Илизарова при лечении ортопедических больных открыл возможности его применения в эстетической хирургии. И если первоначально задачи косметической коррекции были только сопутствующими при удлинении конечностей у больных ортопедического профиля, то в последующем они всё чаще служили поводом оперативной реконструкции при восстановлении межсегментарной пропорциональности по косметическим запросам пациентов.

Цель. Проанализировать результаты лечения при различной степени удлинения с целью увеличения роста, когда при одинаковой величине удлинения получают различные результаты.

Материалы и методы. Проанализирован 71 случай (142 сегмента), пролеченных в Центре Илизарова с 2001 по 2014 гг. Средний рост без учета пола составил 163,3+7,18 см (у мужчин - 165,6+5,23 см, у женщин - 158,8, +5,75 см). Средний возраст мужчин составил 25,7+5,6 года, женщин – 29,2+9,75 года. Всем пациентам выполнено удлинение голени методом чрескостного остеосинтеза аппаратом внешней фиксации по Илизарову.

Результаты и обсуждение. В первой группе больных (28 случаев или 39,44% от общего числа пролеченных) удлинение составило 15% от длины исходного сегмента. Во второй группе больных (22 случая, 30,99%) удлинение составило от 15 до 20%. В третьей группе пациентов (21 случай) удлинение превысило 20% от ис-

ходной длины.

Заключение. В 91,5% случаев отличные и хорошие результаты были получены при удлинении до 15% исходной длины сегмента. Негативные события в виде Проблем и Препятствий не оказали влияния на конечный результат лечения. При этом при удлинении конечности более чем на 20% от исходной длины Проблемы и Препятствия часто трансформировались в осложнения, снижающие качество конечного результата.

РОЛЬ РЕЛИЗА ЗАДНЕЙ КАПСУЛЫ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ниматов Ф.С, Ходжанов.И.Ю, Мамасолиев.Б.М.

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

Сгибательная контрактура сложное осложнение многих заболеваний опорно-двигательной системы при которой наблюдается скованность во время разгибания колена при остеоартрите коленного сустава. Кроме того, оперативный вмешательствах в коленном суставе таких как тотальное эндопротезирование коленного сустава, предшевствовавшаяся контрактура является серьезным препятствием полноценному обзору сустава. Также в послеоперационном периоде сгибательная контрактура определенная дооперационном периоде и устраненная после операции имеет склонность к рецидиву. На сегодняшний день существует множество хирургических способов устранения сгибательной контрактуры множество которых используются. Сгибательная контрактура при ревматоидном артрите считается одним из его свойственных осложнений. При этом проводимые многие хирургические способы устранения контрактуры часто сопровождаются рецидивом контрактуры. Особенность анатомии коленного сустава показывает что главными факторами сгибательной котрактуры коленного сустава является суставная капсула. Ретрокондулярная область коленного сустава сложна для безопасного доступа. Недостаточный релиз же является основным фактором рецидива контрактуры. уникальная конструкция, такая как кулачковый механизм, может конфликтовать с задней капсулой, вызывая сгибательную контрактуру. Однако лишь немногие исследования были сосредоточены на анатомических аспектах РС.

Целью нашего исследования было изучение анатомического места и форм заднего капсулярного прикрепления к кортикальному слою бедренной кости, а также оценка эффективности заднего капсулярного релиза при контрактуре путем оценки изменений углов разгибания колена. Задний капсулярный релиз выполненный поэтапно в каждой части бедренного мыщелка.

Полученные результаты. Задний релиз капсулы в межмыщелковой ямке позволил улучшить разгибание колена с 85° – 90° на 30° ± 2,8°. Этот угол был дополнительно улучшен до 5,5° ± 1,3° после последующего релиза капсулы в медиальном и латеральном мыщелках.

Заключение. Формы и места прикрепления задней капсулы различались в зависимости от части мыщелка бедренной кости. Поэтапный задний капсулярный релиз был эффективен для устранения сгибательной контрактуры при ревматоидном артрите.

MORPHOLOGICAL CHANGES IN THE BONES AND SURROUNDING TISSUES IN CHRONIC OSTEOMYELITIS AND TREATMENT WITH LASER OSTEOPERFORATION

Nurulloev S.O. Akramov V.R., Yusupov S.Yu., Akhmedov Sh.Sh., Khamraev B.U.

Assistant of Department of Traumathology and Neurosurgery.
Bukhara State Medical Institute

The aim of this work was to determination morphological changes in bone and surrounding tissues in chronic osteomyelitis and comparing methods of treatment as laser osteoperforation and regional platelet concentration.

Materials and methods. The study was carried out on 85 patients, in which, under anesthesia with Zolityl-100 at a dosage of 8 μ / kg in aseptic conditions, CT was modeled by open osteotomy in the area of the distal metaepiphysis of the femur, followed by infection of the bone injury site with a culture of pathogenic Staphylococcus aureus (108 microbial bodies). All patients and volunteers who participated in the scientific and clinical research gave written voluntary informed consent to this, and the study was performed in accordance with the requirements of the Helsinki Declaration of the World Medical Association (in 2013 edition).

After the simulation of CT (31 days from the moment of introducing the pathogenic culture), surgical debridement of the focus was performed in all experimental groups, which consisted of removing sequesters, cleansing the walls of the bone cavity until the appearance of "blood dew". In the 1st experimental group, the treatment consisted of blasting the damaged area using 0.9% sodium chloride solution. In the 2nd experimental group, a platelet concentrate (TC) with a platelet concentration of 1 mln / μL was used for treatment. In the 3rd test group, the animals received a combined treatment, including the implementation of jet sanitation and the introduction of TC. In the control group, no treatment was carried out. The animals were taken out of the experiment under anesthesia for 14 days. Fragments of tissues in the CT zone were subjected to histological processing - they were fixed in 10% neutral formalin, decalcified, paraffin sections were made, stained with hematoxylin and eosin and according to Van Gieson. Based on the results of the morphological study, the nature and severity of inflammation, the presence of foci of destruction were assessed, and reparative changes in the bone were also studied.

Results and its discussion. In all experimental groups, structural and functional changes were expressed in the presence of necrotic areas of bone tissue, but, in addition to destructive changes along the periphery of the osteomyelitis focus, there was a proliferative reaction in the form of the formation of granulation tissue with a numerous cellular component, represented by fibroblasts, osteoblasts. The outer sections of the granulation tissue are surrounded by a fibrous membrane. As a result of the inflammatory reaction and the accompanying acidosis, vascular obstruction occurred. In conditions of impaired blood supply, bone trabeculae die and become fragmented. The most significant

areas of necrotic bone with the formation of sequesters were observed in the control group. In the 1st experimental group, the necrotic areas of the bone tissue were small, but some of them were freely located in the abscess cavity. In the 2nd test group, there was an accumulation of pus under the periosteum, in the marginal zone of damage, the activity of osteoblasts was increased, which indicated active processes of bone formation, there were dense sequesters, the formation of which can be explained by increased reparative processes in bone tissue associated with an increase in the activity of osteoblasts on the surface. old trabeculae. In the 3rd test group, elements of an inflammatory-destructive focus were determined in the study area: necrotic bone in the center of the focus contained fibrous-purulent inflammatory infiltrate in the vascular canals and interbeam spaces; the process of sequestration was observed with the formation of resorption cavities filled with granulation tissue. In some cases, bone fragments were fused with fibrocartilaginous tissue of a heterogeneous degree of maturity, in which macrophage-plasmacytic infiltrates were encountered.

Compared with other groups, there was a predominance of bone regenerates, which are elements of the bone membrane of the osteomyelitic focus, built from immature bone tissue. The outer surface of the capsule that delimits the CS focus is represented by dense fibrous connective tissue containing fibroblasts and collagen fibers of various thicknesses. In contrast to other experimental groups, the combined use of MC led to a change in the ratio of the cellular-fibrous component towards an increase in collagen fibers, the number of vessels was reduced.

Conclusion. The data obtained indicate morphofunctional rearrangements within the CO zone during selective and combined treatment with the use of MC. Stimulation of proliferative processes with this method of regional influence is most effective after blasting of the osteomyelitis focus, as evidenced by the increased activity of osteoblasts, leading to the formation of bone regenerates filling the bone defect.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

Нуруллоев С.О. Акрамов В.Р., Юсупов С.Ю., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У.

Бухарский государственный медицинский институт по имени Абу Али ибн Сина, Бухара

Цель: Выявление частоты встречаемости асептического некроза головки бедренного коста после лечения острого респираторного сирдрома вызванным коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы: В ходе ретроспективного и рандомизированного исследования в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре 201 пациента с тяжелой формой ОРВИ обнаружили, что соответствующее применение глюкокортикоидов у пациентов с тяжелой формой ОРВИ может значительно снизить смертность и сократить продолжительность пребывания в больнице.

Результаты исследования: В исследование изучена 201 пациента, которые заболели тяжелым течением острого респираторного синдрома и получили кортикостероиды. Из пациентов 158 (%) получили суточно 500 мг метилпреднизолона в течение 3-5 дней с последеющим исползованием дексаметазона в течение

3-4 недель, 28 (%) получили преднизолон 60-80 мг/сутки в течение 7-10 дней с последеющим исползованием дексаметазона в течение 3-4 недель, а остальные 15 (%) получили 18-24 мг дексаметазона в течение 7-10 дней.

Хотя пульс-терапия высокими дозами глюкокортикоидов оказывает быстрое противовоспалительное действие, она также увеличивает соотношение нейтрофилов / лимфоцитов и уровень D-димера, увеличивая риск тромбоэмболии. У недавно диагностированных пациентов с диабетом частое употребление глюкокортикоидов может усугубить гипергликемию. Обнаружили, что частота бактериальной инфекции (25% / 13,1%, P = 0,041) и частота грибковой инфекции (12,7% / 0,7%, P <0,001) во время госпитализации в группе стероидов были значительно выше, чем в группе лечения нестероидами.Также были сообщения о вызванных глюкокортикоидами бактериальном эндокардите, стронгилоидных или амебных инфекциях, которые могут прогрессировать до катастрофических осложнений у пациентов с пневмонией COVID-19.

В последующем исследовании у 23,1% (46 из 201) пациентов с SARS развился стероид-индуцированный аваскулярный некроз головки бедренной кости, который в основном был связан с введением высоких доз глюкокортикоидов во время лечения SARS. Однако в большинстве исследований игнорировалось влияние других мешающих факторов при ретроспективном анализе взаимосвязи между стероидами и остеонекрозом головки бедренной кости. Необходимо учитывать множество факторов, например гемоглобинопатии.

Смотря на данные ретроспективной анализов, что частота остеонекроза была тесно связана с продолжительностью лечения у 458 пациентов наблюдался нелинейную зависимость между кумулятивной дозой и остеонекрозом. Когда общая доза метилпреднизолона была менее 5 г, риск остеонекроза оставался относительно низким. Однако по мере увеличения общей дозы с 5 г до 10 г повышался риск остеонекроза.

В одном исследовании логистический регрессионный анализ показал, что существует корреляция между максимальной суточной дозой глюкокортикоидов и семейной медсестрой, предполагая, что необходим адекватный контроль максимальной суточной дозы.Когда лечили пациентов метилпреднизолоном 1 мг / кг, 5 мг / кг, 20 мг / кг и 40 мг / кг; частота остеонекроза составила 0%, 42%, 70% и 96% соответственно. Для сравнения (5 мг / кг / день против 1 мг / кг / день) Обнаружили, что остеонекроз развился только в группе, получавшей 5 мг / кг / день. Результаты показывали, что доза преднизона более 40 мг / день положительно коррелировала с остеонекрозом,73 частота случаев увеличивалась на 3,6% на каждые 10 мг увеличения дозы.

За период с сентября 2020 по марта 2021 год на базе клиники БОММЦ травматологии и ортопедии выполнено из этих изученных 201 послековидных пациентов 26 операций с методом туннелизация. Средний возраст оперированных составил 42 года. Сопутствующую патологию имели 70% пациентов: артериальную гипертензию, сахарный диабет, жировой гепатоз, язвенную болезнь, панкреатит; 20% из них ранее злоупотребляли алкоголем.

В 85% случаев заболевание носило двухсторонний характер.

У 70% пациентов наблюдалось снижение болевого синдрома по ВАШ с 5 до 3 баллов (на 40%). Стабильный рентгенологический и положительный клинический результат был отмечен в 12 (46%) случаях, отсутствие прогрессирования

имеющегося коллапса (до 1 мм) – в 6 (23%) случаях, прогрессирование коллапса – в 8 (31%) случаях, из них эндопротезирование выполнено в 4 случаях.

Заключение. Несмотря на то, что есть споры о плюсах и минусах использования стероидов, с точки зрения ортопедии, бесспорным фактом является то, что длительное и высокие дозы стероидов приводят к АНГБК. Поэтому мы призываем к разумному использованию кортикостероидов при лечении пациентов с COVID-19 и не рекомендуем их в качестве обычного лечения. Для пациентов, которые получали лечение кортикостероидами, бисфосфонатами, антикоагулянтами, вазодилататорами и традиционной китайской медициной в сочетании с ЭУВТ, ГБО и другими физическими упражнениями можно рассмотреть варианты лечения. Мы подтверждаем важность регулярного скрининга пациентов с высоким риском, особенно тех, кто длительное время принимает стероиды. МРТ - лучший инструмент для раннего выявления АНГБК, и клиницисты должны предпринять усилия для повышения осведомленности о профилактике АНГБК. Высокий индекс подозрительности необходим пациентам, которые жалуются на боли в костях и суставах в типичных местах. Пациентов с подозрением на аваскулярного некроза следует направлять к врачам-ортопедам на ранних стадиях, а клиницисты должны попытаться отсрочить прогрессирование остеонекроза, чтобы не допустить, чтобы асептический некроз влияла на повседневную жизнь пациентов.

Декомпрессивные операции имеют ряд преимуществ: они малотравматичны, не сопровождаются кровопотерей, не требуют высокотехнологичного оборудования, имеют низкий процент осложнений и не затрудняют выполнения последующего эндопротезирования.Такие хирургические вмешательства оказывают положительный клинико-рентгенологический результат, позволяют отдалить время вероятного эндопротезирования тазобедренного сустава.

BILAK VA QO'LNING NEYROGEN DEFORMATSIYALARI: REABILITATSIYA VA JARROHLIK ARALASHUVLARNING AHAMIYATI

Nurimov G.Q., Qadamboyev M.G.

Toshkent tibbiyot akademiyasi Urganch filiali, Urganch

Bilak, bilakning pastki uchdan bir qismidagi nervlar va bukuvchi paylarning kombinatsiyalangan shikastlanishlari oqibatlari deyarli har doim uzoq muddatli vaqtinchalik nogironlik bilan birga keladi va jabrlanganlarning 25 foizida ularda doimiy nogironlikka olib keladi. Bu nafaqat funktsional buzilishlarning og'irligi, balki tibbiy yordam ko'rsatishda yo'l qo'yilgan xatolar bilan izohlanadi. Hozirgacha ushbu reabilitatsiya qilingan kontingentni reabilitatsiya qilishda shifoxonalar, ambulatoriya muassasalari va tibbiy reabilitatsiya bo'yicha ekspert komissiyalari o'rtasida aniq munosabatlar va uzluksizlik mavjud emas. Uzoq muddatli nogironlik va ko'p bosqichli davolanish bunday qurbonlarni tibbiy reabilitatsiya qilish texnologiyasini ishlab chiqishni talab qiladi.

Bemorlarni reabilitatsiya qilish 4 davrga bo'linadi.

1. Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik davri (barmoqlar va qo'llarning bo'g'imlarida qattiqlikni yo'q qilish - mashqlar bilan davolash, massaj, parafin-ozoserit ilovalari, lidaza

bilan elektroforez).

2. Operatsiya va operatsiyadan keyingi davr: a) erta - nervlarni qayta tiklash jarayonini rag'batlantirish, barmoqlarning immobilizatsiyadan keyingi kontrakturalari rivojlanishining oldini olish. Magnetolazar, immobilizatsiya, massaj va dori-darmonlarni davolashdan xoli barmoq falanjlari uchun mashqlar terapiyasi: antibiotik terapiyasi, vitamin terapiyasi, mikrosirkulyatsiyani yaxshilaydigan dorilar.

b). immobilizatsiya davri - 3 hafta.

3. Immobilizatsiyadan keyingi davr (4 hafta davomida kasbiy terapiya).

4. Bosqichli dori-funksional terapiya davri. 3 oy davomida ambulator tibbiy reabilitatsiya, fizioterapiya, mashqlar terapiyasi, mexanoterapiya.

Qo'l mushaklaridagi degenerativ o'zgarishlar va ularning tuzilmalari nervni tiklash yoki nerv plastikasidan keyin sezilarli darajada ijobiy natija bermasligi mumkin. Qo'l va barmoqlarning neyrogen deformatsiyalari uch guruhga bo'linadi: engil, o'rtacha va og'ir. Deformatsiyaning og'irligi nafaqat shikastlanishning og'irligiga, balki ko'p jihatdan qo'lning o'z mushaklarining denervatsiyasining davomiyligiga bog'liq.

Qo'l va barmoqlarning neyrogen deformatsiyasini tuzatishning asosiy usullari jarrohlik rekonstruktiv aralashuvlardir. Neyrorafiyadan keyin 6 oydan 12 oygacha yoki undan ko'proq muddat nervni tiklanish jarayoni ketadi. Deformatsiyaning og'irligi, jarohatdan keyin o'tgan vaqt, yosh va kasbni hisobga olish kerak.

Qo'l va barmoqlarning neyrogen deformatsiyalari bilan rekonstruktiv operatsiyalar dinamik va barqarorlashtiruvchi bo'linadi. Dinamik operatsiyalar barmoqlarning faol funktsiyasini tiklashga qaratilgan bo'lib, bu pay-mushak transpozitsiyasi orqali erishiladi.

Hozirgi vaqtda ko'plab mualliflar juda ko'p sonli jarrohlik usullarini taklif qilishdi, ammo qo'lning o'ziga xos deformatsiyasi uchun ko'rsatmalar, vaqt va rekonstruksiya qilishning maqbul usulini tanlash bo'yicha konsensus mavjud emas. Ushbu jarrohlik aralashuvlar qisqa vaqt ichida qo'lning funktsiyasini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi.

Jarrohlik amaliyotidan keyingi davrda bosqichli reabilitatsiyani olib borilishi yuqori muchal boʻgʻimlaridagi harakat hajmini koʻpayishiga imokn berdi.

1. Bilak nervi shikasti va uning asoratlarida elektrodiagnostika usullari bilan bir vaqtda ultrasonografiya usulini ham oʻtkazish kerak, bu oʻz navbatida shikastlangan bemor nerv toʻqimasida qanchalik oʻzgarish borligini vizual aniqlashga imkon beradi.

2. Bilak nervi shikastlangan bemorlarda, bilak nervi shikastlanish sathi, bemorlarning ijtimoiy sharoiti va yondosh kasalliklarni hisobga olgan xolda davolash usullarini toʻgʻri tanlash tavsiya etiladi.

3. Bilak nervi jaroxatlarida muddatga qarab bilak nervi plastikasi bilan birga pay-mushak transpozitsiyasi operatsiyasi bajarilishi ijobiy natijalar beradi. Shuningdek pay-mushak transpozitsiyasi bilak nervi eskirgan jaroxatida nerv yoʻqotilgan motor funksiyasini oʻrnini bosadi.

4. Bu usul texnik jixatdan nisbatan oddiy barcha bilak nerv jaroxatlarida toʻliq qoʻllash mumkin. Jarroxlik amaliyotidan keyingi davrda reabilitatsiya choralari toʻgʻri olib borilganda yaxshi natijalarga erishish mumkin.

5. Bilak nervi shikastlangan bemorlar faoliyatini yaxshilash maqsadida asosiy davolash usullaridan tashqari, reabilitatsiya, LFK muolajalarini toʻgʻri tashkil etish kerak.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПОЗИЦИИ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ НА РАЗГИБАТЕЛИ В ВОССТАНОВЛЕНИИ ФУНКЦИИ КИСТИ ПРИ СТОЙКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

[1]Нуримов Г.К., [2]Асилова С.У., [1]Кадамбоева Г.Г.

[1]Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
[2]Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Повреждение периферических нервов на уровне плеча и предплечья является нередкой травмой. Особое внимание заслуживает повреждение лучевого нерва, приводят к стойкой деформации кисти и инвалидности.

Лучевой нерв повреждается при закрытых травмах-переломах плечевой кости, открытых повреждениях в нижней трети плеча и на уровне локтевого сгиба, ятрогенных ранений во время остеосинтеза плечевой кости. При полном нарушении проводимости нерва с выпадением чувствительности на кисти и функции мышц задней группы предплечья невозможно избежать операции.

Существует много методов лечения повреждений нервов направленных на восстановление целостности нервного ствола и восстановления функции с применением современной микрохирургической техники, электростимуляции нервных стволов после операционном периоде.

Основным методом лечения при бесперспективности восстановления лучевого нерва является транспозиция сухожилий сгибателей на сухожилия разгибатели. В 1898г.Franke произвел мышечно-сухожильную транспозицию при параличе лучевого нерва, он укоротил лучевой разгибатель кисти, пересадил локтевой сгибатель кисти на общий разгибатель пальцев, а часть расщепленного сухожилия лучевого сгибателя кисти на длинный разгибатель 1 –го пальца.

В центр реабилитации и протезирования инвалидов Хорезмской области и специализированной центр хирургии суставов и кисти при многопрофильной клиники ТМА 2016-2024 г. находилась 57 больных с повреждениями лучевого нерва. Больным произведена нейрорафия у 4, невролиз у 10, невролиз с транспозицией у-9 и транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатель разных вариантах у 34 больных

Комбинация донорских сухожилий с наложением сухожильного шва: сухожилие лучевого сгибателя кисти – на сухожилия разгибателя и длинной отводящей мышцы 1-го пальца, сухожилие локтевого сгибателя кисти – на сухожилия разгибателей – 2-го, 3-го, 4-го, 5-го пальцев. В послеоперационном периоде производилась гипсовая иммобилизация в течение 4 недель. На второй недели не снимая гипсовой лангеты, пациент выполняет изометрические движения с перерывами не более 10 минут. Спустя еще 2 недели упражнения выполняются без шины или гипсовой лангеты: постепенное дозированное увеличение движений перемещенной мышцы. Массаж, упражнения с мячом, электростимуляция мышц кисти – амплипульс, теплые ванны – подводный массаж, парафиновые аппликации, магнитотерапия, трудотерапия.

Исход после транспозиции с хорошем функциональным результатом отмечено у 89% и 6% получен удовлетворительный результатом.

Выводы: Таким образом, для восстановления разгибательного аппарата кисти, при стойком повреждении лучевого нерва выполнение мышечно-сухожильной транспозиции обеспечивают положительный функциональный результат.

Транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатели является основным методом лечения при стойком повреждении лучевого нерва, обеспечивая положительный функциональный результат у большинства пациентов.

Эффективность данного метода подтверждается высоким процентом хороших результатов (89%), однако существуют случаи, требующие дополнительного внимания и возможного совершенствования лечебных подходов.

Необходимо продолжать исследования и оптимизацию методов реабилитации для повышения процентного соотношения удовлетворительных результатов и снижения осложнений.

ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Нуримов Г.К., Назарова Н.З., Кадамбоев М.Г.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Повреждение лучевого нерва даже в условиях оказания высококвалифицированной помощи развиваются стойкие нейрогенные контрактуры, вызванные денервацией мышц с различной степенью выраженности нарушения функции и к стойкой деформации кисти и как следствие – к инвалидности пациентов.

С 2020 по 2024 года в центре «Центр реабилитации и протезирования инвалидов Хорезмского областа” находились 24 больных с повреждением лучевого нерва. Повреждение лучевого нерва была при закрытых переломах плеча, в средней и нижней трети плеча у-14., на уровне локтевого сгиба у 3, на уровне верхней трети предплечья у 7 больных, ятрогенных ранений во время остеосинтеза плечевой кости у 2 больных.

При частичных блокадах проводимости нерва, когда явно не нарушено целостности нерва у 11 больных проводили выжидательная тактика.

При полном нарушении проводимости нерва с выпадением чувствительности на кисти и функции мышц задней группы предплечья у 7 больным произведена нейрорафию (сшивание нерва - восстановление его анатомической непрерывности), у 5 больным произведено невролиз (ревизия нервного ствола и освобождение нерва от рубцов). Основным методам лечения при бесперспективности восстановления лучевого нерва является транспозиция сухожилий сгибателей на сухожилия разгибатели у 12 больных.

Отдаленные результаты восстановительного лечения прослежено у 23 больных, что составляет 95,8%. Результаты оценивались по 3 большой системе, в зависимости от жалоб больного, трудоспособности и данных объективных исследований. Хорошие у – 18 (78,2 %), удовлетворительные у - 4 (17,5 %), неудовлетворительные у - 1 (4,3 %) больных.

Таким образом, оперативное лечение пациентов с застарелыми повреждениями лучевого нерва включает рациональное использование хирургических мето-

дик. В ранние сроки госпитализации предпочтительным является восстановление лучевого нерва. В поздние сроки требуется применение различных вариантов сухожильно-мышечных транспозиций и консервативных методов лечения, что способствует восстановлению функции конечности, возвращению трудоспособности и значительному снижению отдалённых осложнений.

Выводы:

1. В случаях компрессии нервов применяется невролиз, при полных повреждениях – нейрорафия (сшивание конца в конец); в случаях дефекта нерва – аутонейропластика.

2. При параличе нервов производится транспозиция сухожилий сгибателей на разгибатели.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЛОИНВАЗИВНОГО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Парпиев Ф.М., Каримов К.К., Наимов А.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абу Али ибни Сино

Введение. Одной из актуальных проблем травматологии остаётся лечение переломов проксимального отдела бедра. В последние годы увеличивается число лиц пожилого и старческого возраста с переломами проксимального конца бедренной кости, занимая в структуре переломов все большее место. При консервативном лечении, требующем длительного постельного режима, смертность составляет 40%. Более эффективной тактикой в отношении переломов проксимального отдела бедренной кости, по общему мнению, является оперативное лечение. У лиц пожилого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями, оперативное вмешательство имеет высокую степень риска. Это обстоятельство требует проведения вмешательств в ранние сроки после травмы, до развития соматических осложнений. Выполненная в экстренном порядке операция и ранняя активизация пациентов снижает риск и тяжесть осложнений, являясь фактором механической стимуляции остеогенеза.

Цель исследования. Оптимизация и улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального отдела бедренной кости.

Материал и методы исследования. Работа основана на анализе результатов оперативного лечения и наблюдения 22 пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости, лечившихся в травматологических отделений ГУ НМЦРТ «Шифобахш» за период 2020-2024 гг. Мужчин было 12 (54,5%), женщин – 10 (45,5%). Возраст больных колебался от 38 до 86 лет. Большую часть – 15 (71,4%) – пациентов составляли люди пожилого и старческого возраста. В структуре травматизма доминировало падение на бок – 16 (76,2%). Из них в первые трое суток в клинику доставлено 14 больных, от 3-х до 10-ти суток – 5 и более 10-ти суток - 2.

Результаты исследования и их обсуждение. Всем больным при поступлении производилась рентгенография места перелома, клиническое и лабораторное исследование. Применение интрамедуллярного блокирующего остеосинтеза

является малоинвазивной, малотравматичной операцией, что позволяло осуществлять его в максимально ранние сроки после поступления пациентов в стационар. Это значительно улучшало результаты лечения и снижало возможные до – и послеоперационные осложнения. В пред- и послеоперационном периодах с целью профилактики тромбоэмболических осложнений всем больным назначали низкомолекулярный гепарин (Клексан 0,4-0,6г) и эластичное бинтование нижних конечностей. Большинство больным операция производилась под спинно-мозговой анестезией, что позволило у пациентов старшей возрастной группы избежать гиповентиляционных осложнений и других нарушений в раннем послеоперационном периоде. Преимущество интрамедуллярного остеосинтеза в том, что место перелома не обнажают, а после закрытой репозиции отломков вводят фиксатор через небольшой разрез с помощью направителя под контролем ЭОП (электронно-оптический преобразователь). Введение гвоздя в костномозговой канал вдали от места перелома максимально снижает риск послеоперационных инфекционных осложнений.

Интраоперационная летальность и послеоперационные осложнения среди наших пациентов отсутствовали. Средняя продолжительность операции составила 30-40 минут, а кровопотеря не более 100мл. В связи с минимальной кровопотерей во время операции не было необходимости в переливании препаратов крови и кровезаменителей. Дополнительная внешняя иммобилизация после операции не требовалась. Больных активизировали на 2-й или 3-й день после операции. В комплексном лечении пациентов старшей возрастной группы включали препараты кальция в сочетании с бисфосфанатами, что способствовало не только ускорению сращения переломов и увеличения плотности костей, но и профилактике возникновения новых переломов. Все пациенты пожилого и старческого возраста занимались специальной программе физических упражнений, направленной на ускоренное восстановление. Это позволило сократить сроки реабилитации и улучшить качество жизни больных в послеоперационном периоде. Большинство оперированных пациентов отмечали исчезновение или значительное уменьшение болевого синдрома, что дало им возможность в ближайшие дни после операции самостоятельно себя обслуживать и восстановить опороспособность конечности.

Выводы. При лечении переломов проксимального конца бедренной кости наиболее целесообразным является оперативный метод, так как позволяет добиться точной репозиции и надёжной фиксации отломков и рано активизировать больных. Среди оперативных методов предпочтение отдаётся блокирующему интрамедуллярному остеосинтезу, т.к. является малоинвазивной и малотравматичной, даёт больше стабильности и отпадает необходимость внешней иммобилизации, кроме того, позволяет рано активизировать пациентов в послеоперационном периоде с восстановлением опороспособности повреждённой конечности, сократить сроки пребывания больных в стационаре, уменьшить период реабилитации и повысить качество жизни пациентов.

ЭВАНС ВА ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРДА КОМБИНИРЛАНГАН ОПЕРАЦИЯЛАРНИ БИРГАЛИКДА ҚЎЛЛАБ МОБИЛ ЯССИОЁҚ БОЛАЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШ

Равшанов Ш.Н.., Эргашов М.М., Толочко К.П., Худоёров Ф.Р., Иботов Б.И., Неъматжонов Б.О.

Республика ихтисослаштирилган травматологии ва ортопедия илмиц амалий тиббиет маркази, Тошкент

Долзарблиги. Бўйлама мобил яссиоёқ болаларда кенг тарқалган ортопедик касаллик бўлиб, оёқ гумбазининг пасайиши билан характерланади. Яссиоёқлик 3 ёшдан 13 ёшгача ўғил болаларнинг 35 %, қиз болаларнинг 20 % ида учрайди. Бундай деформациялар асосан наслда бўлган ва ва ортиқча тана вазни бўлган болаларда учрайди. Статистик малумотлар семиз болаларнинг 56 % ида яссиоёқлик борлигини кўрсатади. (3,5).

Яссиоёқликнинг 3 та клиник типи мавжуд бўлиб булар: Мобил яссиоёқлик, мобил яссиоёқлик калта ахилл пай билан ва 3-типи ригид яссиоёқликдир. Ригид яссиоёқликларга торзал коалициялар мисол булади. (2).

Материал ва методлар: Яссиоёқлик болаларнинг аксарияти симптомсиз кечади яни огрикларсиз, Шу сабабли беморлар хирургик даволарга мурожаат килишмайди. Болаларнинг факатгина шикоят килганлари оператив давога юзланадилар. Огрикларнинг асосий учраш нуктаси факат кайиксимон суяги сохасида булиб айнан катта болдир орка мушак пайи бирикадиган сохада намоён бўлади. Нисбаттан камрок ташқи тўпиқ сохасида товон ва кичик болдир харакатланадиган сохада вужудга келади. (5).

Беморларни хирургик даволашда қуйидаги усуллардан фойдаландик.

Модификацияланган Киднер операцияси: Бемор комбинацияланган оғриқсизлантириш остида Ўнг оёқ бармоқ учидан сон юқори учлигнига қадар йод спирт билан 3 қайта ишлов берилди ва стерил холатга келтирилди. Сўнг 1 марталик стерил мато билан операцион соха чегараланди ва сон пастки учлигига қон тўхтатиш мақсадида резина жгут қўйилди. Сўнг катта болдир орқа мушак пайи Қайиқсимон суякга бирикган қисмидан тери 3.0 см кесилди ва жарохат анатомик кетма кетликда очиб борилди. Катта болдир орқа мушак пайи топилди ва кўрилганда мушак гипертрофияси ва оёқ панжасига вальгус холати берилганда гипер мобил холатдалиги аниқланди ва катта болдир орқа мушак пайи бизнинг метод бўйича яни КБОМП нинг суякга бирикган қисмидан 50% яни ярми ажратиб олинди ва қолган қисми қолдирилди анатомик холатни сақлаш мақсадида. Сўнг пайлар иккига ажратилди ва узунлиги 3.0 см бўлгунига қадар ажратилди ва Викрил 2/5 ипи ёрдамида ажратиб олинган пайга Кислер чоки қўйилди пай мустахкамлиги текширилди. Сўнг қайиқсимон суякга илизаров сихи кўндаланг холатда яни қайиқсимон суяк узунлиги бўйлаб дорсал юза томон йўналтирилди. Сўнг ЭОП контрол қилинди ва йўналиш тўғрилигига ишонч хосил қилгач парма ёрдамида суякда канал хосил қилинди ва сўнг КБОМП нинг тикилган қисми суяк каналига напрапвител ёрдамида киритилди ва қайиқсимон суяк юқорига кўтаргунига қадар пайга таранглик берилдиоёқ гумбази кўтарилди ва пай интерферент винт ёрдамида суякга қотирилди. Тортилган ип тери остида қолдириб

кесилди. Сўнг кўрилганда КБОМП таранглиги ортгандан сўнг пай бириккан қисмида тўнус паслагани ва узунлиги ортганлиги сабабли пай калталаштирилди ва дубликат қилиб тикилди. Сўнг пай мустахкамлиги текширилди. Гемостаз жарохат қаватма қават тикиклди йод спирт асептик боғлам қўйилди. Сўнг бемор оёқ панжаси валгус холатидан варус холтга ўтганлиги кўрилди. Оёқ панжаси гумбаз қисми шаклланди. Беморга варус холатда гипсли боғлам қўйилди.

Модификацияланган Эванс операцияси. Бемор комбинацияланган оғриқсизлантириш остида Ёнбошга ётган холатда Ўнг оёқ бармоқ учидан сон юқори учлигнига қадар йод спирт билан 3 қайта ишлов берилди ва стерил холатга келтирилди. Сўнг 1 марталик стерил мато билан операцион соха чегараланди ва сон пастки учлигига қон тўхтатиш мақсадида резина жгут қўйилди. Сўнг тери товон кубсимон бўғимига яқин қисмидан тери товон суягига томон тери 3.0 см кесилди гемостаз. Жарохат қаватма қават очилди сўнг суяк топилди ва товон суяги қайиқсимон суякга яқин қисмидан кўндаланг электор арра ёрдамида остеотомия қилинди. Сўнг товон суяги дистал ва проксимал қисмига қисмига илизаров сихи ўтказилди ва ХИНТЕРМАН дистрактори ёрдамида суяк бўлакларига дистраксия бериб борилди ва оёқ панжасини ташқи колонаси узайтирилди сўнг орада хосил бўлган суяк деффекти аниқланди ва уни хажмини аниқлаш мақсадида биз яратган шаблонлар (0.8-0.9-1.0-1.1-1.2-1.3-1.4-1.5-1.6-1.7-1.8-1.9-2.0) дан фойдаланилди ва 1.5 см оралиқ масофа хосил бўлди ва хосил бўлган деффектни тўлдириш мақсадида Катта болодир суяги проксимал қисмидан аутосуяк трансплантанти олинди ва деффект тўлдирилди ва пластина ва винтлар билан остеосинтез қилинди. Гемостаз жарохат қаватма қават тикиклди йод спирт асептик боғлам қўйимлди. Оёқ панжаси ташқи колоннаси узайтирилди ва гипсли боғлам қўйилди. ЭОП контрол суяк бўлаклари ва винтлар пластина холати қониқарли.

Яссиоёклик ёшлар ва усмирлар орасида энг куп учрайдиган касалликлардан хисобланади. Традицион даво усуллари шуни курсатадики- болалар, усмирлар ва катталарда учраш частотаси уларнинг ёшига боглик эмас. Бу касаллик билан одатда ота- оналар ортопедларга болалари оёкларининг ташки куринишидан хавотирланиб мурожат килишади [1]. Текширув натижалари шуни кўрсатадики 10 ёшгача булган болаларнинг 90 % ортопедларга яссиоёклик билан мурожат килиб келишади. Болалар яссиоёқликлари турли хил сабаблар билан ривожланиши ва оёқ гумбазининг ёшга караб ривожланиш жараёни бўлганлиги ва болалар юришларнинг ўзгариши ота-оналарнинг шифокорга боришга мажбур қилади[10]. Яссиоёкликларнинг бир неча кўриниши бўлиб оператив давога мухтож бўлувчи турлари туғма оёк панжаси деформацияси (Pes Planovalgus) , оёк панжаси мобиллигидир [4]. Классик яссиоёкликларни 2 та мухим белгиси бўлади: оёк гумбазининг пасайиши ва оёқ панжаси орқа қисмини вальгусли деформациясидир. Яссиоёклик ортопедияда халигача муаммоли холат бўлиб ханузгача аниқ бир келиб чиқиш сабаби аниқланган эмас. Эрта ёшларда консерватив ва самара бермаган холатларда оператив давога мухтож бўлиб келмоқда. Олимларнинг маълумотларига кўра болаларнинг 78 % гача яссиоёқлик кузатилади. 2-6 ёшга етиб ушбу кўрсаткич 37-60 % ни, 8-13 ёшда эса 4-19 % ни ташкил килмокда. Бунга асосий сабаб килиб жинс, ортиқча тана вазни, сифатсиз оёқ кийим, оилавий мойиллик сабаб қилиб кўрсатилмоқда[2,4].

Тадқиқотнинг мақсади: Тадқиқотнинг мақсади - яссиоёқлик, унинг натижасида келиб чиқувчи асоратларни ўрганиш ва бу патологияларни бизнинг ком-

бинация билан даволаш усуллари ва операциядан кейинги узок муддатли натижалари келтирилган.

Материал ва методлар: Республика Ихтисослаштирилган Травматология ва Ортопедия Илмий-Амалий Тиббиёт Марказининг "Қўл ва оёқ панжаси хирургияси" бўлимида 2019 йилдан 2024-йилларида 73 та яссиоёқлик ташҳиси билан даволанган беморда изланиш олиб борилди бунда беморларда МСКТ, рентгенография, подометрия, МРТ , УТТ ва клиник текширув усулларидан фойдаланилди. Беморларнинг ўртача ёши 10 дан 15 ёшгача (12±3) 32 таси аёл жинсли 41 таси эркак жинсли, асосан ўспирин ёшдаги беморлардир.

Натижалар. Беморларни даволаш давомида 1 ой, 3 ой ва 6 ой давомида текширувлар олиб борилди. Текширувлар натижалари рентгенография (иккала болдир панжа бўғими зурикиш остида ва оёқ панжаси), подометрия, муаммоли вазиятли холатларда МРТ ва МСКТ шунингдек функционал текширув усулларга асосланган холатда ўрганилди. Олинган натижалар қуйидаги мезонларга қараб бахоланди, рентгенда Meary бурчак ўлчамлари, қайиксимон суяги баландлиги, оёқ гумбази ўлчами, Беллер бурчаги, подометрия, натижаларига караб беморларда операциядан кейин кандай натижа олинганлиги аникланди.

Хулоса ва муҳокамалар. Олиб борилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики болаларда яссиоёқликни даволашда хирургик ёндашув смарали натижалар берди. Бунда бизнинг марказ "Қўл ва оёқ панжаси хирургияси" бўлими шифокорлари томонидан такомиллашьтрилшган хирургик усуллар яхши натижалар олишимизга сабаб булди. Бу усуллар билан болалрни оператив даволашдан кецин Болаларда яссиоёқликни тшлик ёки 3-даражани огик куринишдан яссиоёқликни 1-даражаси енгил формасига утқазишга эришилди. Модификацияланган Эванс ва Киднер амалиетлари билан Мобил ва Ахилл пайи калталиги билан кечувчи яссиоқ болалрнинг хаммасида ало яхши ва коникарли натижалар олинди. Шунингдек болалрни эрта реабилитация бошлаш имконинм берди.

Бунга қарама-қарши ўлароқ традицион усул билан даволанган беморларда консерватив даволар самарасиз якунлангани. Традицион хирургик даволашда эса беморларда аъло ва яхши натижа камайганлиги анкиланди. Шунингдек болалар эрта реабилитация килишни умумин имконини бермади.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА ФОНЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

Расулов М.Р.[1], Хужаназаров И.Э.[2], Ахмедов Х.С.[2]

Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии МЗ РУз[1],
Ташкентская медицинская академия[2], Ташкент

Асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) это серьезное заболевание, связанное с нарушением кровоснабжения в головке бедренной кости, что может привести к разрушению ткани и значительной болью в области таза и бедра. Одной из причин, приводящая к данной проблеме является иммунологические нарушение в частности на фоне ревматоидного артрита (РА). Поэтому, при

подходе к лечению очень важно учитывать как клинические, так и иммуногенетические аспекты, чтобы обеспечить более глубокое понимание происхождения и характеристик АНГБК.

Цель исследования: оценить особенностей клинических проявлений и иммунологических сдвигов при АНГБК на фоне РА.

Материал и методы исследования. В исследование включено 42 больных с АНГБК у больных с достоверным диагнозом РА в возрасте от 32 до 43 лет (34,3±4,7), продолжительностью заболевания 8,2±3,4 года (I группа). Группу сравнения составили 15 больных АНГБК без РА (II группа), сопоставимые по полу и возрасту с больными I группы.

Сравнительный анализ проводился на основании сопоставления показателей индексов суставного синдрома и иммунологических показателей, в частности фактора некроза опухоли-α (ФНО-α) и интерлейкина-6 (ИЛ-6).

Результаты. Сравнительный клинико-лабораторный анализ показал, что во I группе отмечается достоверный факт преобладания (88,1%) более агрессивного суставного синдрома, которые превосходят таковые для пациентов II группы ($p<0,05$), а также развитие тяжёлых деструктивных поражений суставов вплоть до анкилозирования. Вместе с тем I группа в отличие от II группы отличалась высокими показателями потребности в стационарном лечении ($p<0,05$), частоты обращаемости по поводу проблем. Сравнительный анализ иммунного статуса показал, что в I группе в отличие от другой отмечается достоверный факт повышения (в 3 раза) ФНО-α ($p<0,001$) и ИЛ-6 (в 2 раза) ($p<0,01$) и достоверное увеличение Вμ-лимфоцитов ($P<0,001$). Вместе с тем, II группа отличилась достоверно низкими показателями С-реактивного белка ($p<0,05$) в отличие от I группы. Проведенное исследование выявлямости мономорфной детерминанты антигенов гистосовместимости HLA DR выявило их достоверное снижение у больных II группы ($p<0,05$), тогда как у больных РА II группы отличилась достоверном их повышением ($p<0,05$).

Выводы: Таким образом, сравнительный анализ показывает, что клиническое течение и иммунологические сдвиги отличаются при АНГБК на фоне РА. Это может оказаться важным при выборе оптимального подхода к лечению и реабилитации больных с АНГБК.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОСТЕОАРТРИТА И ПРОБЛЕМЫ ЕГО СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА В УЗБЕКИСТАНЕ

Ризаев Ж.А., Мансуров Д.Ш.

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд

Заболевания костно-мышечной системы, включая остеоартрит (ОА), являются одной из основных причин нетрудоспособности и инвалидизации населения в мире, включая Узбекистан. ОА занимает лидирующую позицию среди патологий опорно-двигательного аппарата, будучи причиной выраженного болевого синдрома и ограничения двигательной активности. По прогнозам экспертов, к 2030 году ОА может выйти на первое место среди причин инвалидности в Узбекистане.

В последние десятилетия произошли значительные изменения в понимании патогенеза ОА. В отличие от устаревшего мнения, что ОА является заболеванием исключительно пожилых людей, сегодня его рассматривают как хроническое прогрессирующее заболевание, затрагивающее различные возрастные группы. Оно характеризуется деградацией экстрацеллюлярного матрикса хряща, ремоделированием суставных тканей и проявляется болевым синдромом, развитием остеофитов и снижением качества жизни. Важным фактором в развитии ОА является механический стресс, нарушения репаративных процессов и воспалительные изменения в суставах.

Материалы и методы. В период с 2012 по 2019 годы было проведено ретроспективное исследование распространенности остеоартрита на 100 тысяч населения в различных регионах Узбекистана. Были собраны и проанализированы данные по всем областям страны, а также отдельно по городам Ташкент и Самарканд, с целью выявления особенностей распространенности ОА в различных регионах. Исследование охватило как амбулаторные, так и стационарные лечебно-профилактические учреждения, что позволило получить более полную картину заболеваемости.

Результаты. Анализ данных показал, что распространенность ОА значительно варьируется в зависимости от региона. В частности, жители Ташкента демонстрируют более высокие показатели заболеваемости по сравнению с другими регионами, включая Самарканд и области. Эта тенденция сохраняется на протяжении всего периода исследования. Чаще всего ОА регистрировался в городах, где доступ к медицинским учреждениям выше, что, вероятно, связано с лучшими возможностями диагностики и учета случаев заболевания.

В некоторых областях наблюдались значительные различия в распространенности ОА. Например, в Самарканде уровень заболеваемости оказался значительно ниже, чем в Ташкенте, что может быть связано с недостаточной доступностью медицинской помощи и отсутствием систематического учета таких пациентов. Также выявлено, что в ряде регионов недостаточно хорошо организован статистический учет пациентов с ОА, что может приводить к недооценке масштабов проблемы.

Обсуждение. Остеоартрит является наиболее распространенным заболеванием суставов, которым страдают миллионы людей по всему миру, и Узбекистан не является исключением. По данным исследований, реальное количество больных ОА в стране значительно превышает официальные показатели, что свидетельствует о необходимости пересмотра методов учета и диагностики этого заболевания.

Учитывая ожидаемое увеличение продолжительности жизни и связанный с этим рост числа пациентов с ОА, особое значение приобретает ранняя диагностика и своевременное начало терапии. Важно разработать и внедрить национальную программу по учету и лечению ОА, которая позволит эффективно контролировать распространение заболевания и минимизировать его влияние на качество жизни населения.

Заключение. Остеоартрит в ближайшие годы может стать ведущей причиной временной нетрудоспособности и инвалидизации в Узбекистане. Стационарное консервативное лечение ОА в стране требует значительных улучшений в финансировании и организации, что позволит сделать госпитализацию пациен-

тов более доступной и эффективной. Необходимо создать систему учета и мониторинга пациентов с ОА в амбулаторных и стационарных лечебных учреждениях, чтобы улучшить диагностику, лечение и прогноз этого заболевания.

ЦИРКУЛИРУЮЩИЕ ИММУННЫЕ КОМПЛЕКСЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПОСТКОВИДНОГО СУСТАВНОГО СИНДРОМА

Рубцова Е.В.[1], Жданова Е.В.[1,2]

[1]Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии имени академика Г.А. Илизарова,
Курган, Россия
[2]Тюменский государственный медицинский университет,
Тюмень, Россия

Введение. Инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, может стать триггером развития постковидного синдрома (ПКС). Наряду с поражением дыхательной, сердечно-сосудистой, нервной систем, значительную долю в структуре ПКС составляет патология мышечно-суставного аппарата, формирующаяся и прогрессирующая на протяжении нескольких месяцев после купирования острого процесса. Частота случаев формирования мышечно-суставного поражения после перенесенной острой COVID-19-инфекции составляет 15- 47,7%. Способствовать повреждению костно-мышечного аппарата могут как гиперсекреция цитокинов на фоне острой инфекции, так и иммунный дисбаланс, и развитие аутоиммунных процессов в постковидном периоде. Один из факторов, индуцирующих воспаление и инициирующих повреждение, являются циркулирующие иммунные комплексы.

Цель исследования: оценить концентрацию ЦИК при различных клинических формах суставного синдрома у пациентов, перенесших SARS-CoV-2-инфекцию.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе амбулаторного-поликлинического отделения одного из ЛПУ г. Тюмени с июля 2023 - 2024 гг. Обследован 21 пациент (10 мужчин в возрасте 48,9±18,27 лет и 11 женщин в возрасте 53,72±15,1 лет) с недифференцированной патологией мышечно-суставного аппарата, сформировавшейся или прогрессирующей после перенесенной COVID-19-инфекции в течение последних 3-15 месяцев. Перенесенная COVID-19-инфекция во всех случаях была подтверждена положительным результатом ПЦР РНК SARS-CoV-2 в анамнезе или положительным титром антител класса IgG к SARS- CoV-2 после купирования острого периода инфекции. Большинство пациентов с мышечно-суставным синдромом (n=16, 76%) перенесли острый период COVID-19 в легкой форме, не получая в полном объеме противовоспалительной и противовирусной терапии. В 24% случаев острый период протекал в средней степени тяжести с развитием признаков интерстициальной вирусной пневмонии. Как правило, пациенты данной группы получали терапию в полном объеме. Клиническая картина суставного синдрома проявилась спустя 1-3 месяца после острого периода инфекции (n=4); 3-6 месяцев (n=5); 6-12 месяцев (n=6) и 12-15 месяцев (n=6).

Критерии исключения: отсутствие лабораторного подтверждения перенесенной COVID-19 инфекции; наличие заболеваний, сопровождающихся формированием или прогрессированием суставного синдрома.

Всем пациентам проведено инструментальное обследование: рентгенография и УЗИ-исследование суставов (УЗИ- аппарат Mindray 6 Exp (Китай). Наряду со стандартным клинико-лабораторным исследованием, дополнительно проведено определение уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в крови иммуноферментным методом.

Результаты исследования. Анализ клинико-инструментальных данных позволил выделить 4 варианта суставного синдрома у пациентов в постковидном периоде.

Изолированная поствоспалительная (поствирусная) артралгия у 4 пациентов: 2 женщины в возрасте 33 и 41года и 2 мужчин в возрасте 35 и 52 лет, зачастую обратившихся за медицинской помощью спустя 3-6 месяцев после купирования острого периода COVID-19 инфекции. Наиболее часто встречались поражения лучезапястных (47%), голеностопных (26%) и коленных суставов (20%). В 76% случаев артралгия была асимметричной и проявлялась как моноартропатия. Боль возникала в состоянии физического покоя, без выполнения каких-либо движений.

При инструментальном исследовании признаки повреждения суставов отсутствовали. При лабораторном исследовании значения СОЭ, СРБ и фибриногена не отличались от контрольных величин, однако содержание ЦИК в крови в 1,6 раза превышало референсные значение, составив 8,05 [1,67; 11,45] мкг/мл. Суставной синдром у этих пациентов довольно легко был купирован путем приема нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) курсами до 10 дней с дополнительным применением местных нативных противовоспалительных средств нестероидного ряда.

Поствоспалительные артриты (ПВА) без повреждения хрящевой ткани сустава у 5 пациентов: 3 мужчин в возрасте 35,0 ±10,44 лет и 2 женщины в возрасте 44 и 49 лет. ПВА характеризовался одиночным повреждением коленных (37%), голеностопных (25%), проксимальных и дистальных межфаланговых суставов (23%). Выраженный болевой синдром сопровождался припухлостью периартикулярных мягких тканей и нарушением подвижности суставов разной степени выраженности. При инструментальном исследовании на фоне УЗ-признаков синовита, теносиновита деструктивные изменения в суставах отсутствовали. Наличие артрита у пациентов не сопровождалось увеличением количества лейкоцитов и изменением лейкограммы, однако показатели СОЭ, СРБ и фибриногена возрастали, а уровень ЦИК достиг 11,45 [9,33; 12,98] мкг/мл. Для купирования суставного синдрома у этих пациентов потребовался более длительный курс НПВС-терапии с дополнительным приемом миорелаксантов, местных, нативных противовоспалительных средств нестероидного ряда, а также, физиотерапевтические методы лечения.

Артропатия с дебютом деструкции хрящевой ткани у 6 пациентов: 3 мужчин в возрасте 57,0±12,28 лет и 3 женщин в возрасте 52,0±1,0 лет. Начало заболевания проявлялось в виде острого полиартрита крупных и мелких суставов с генерализованной полиартралгией и полимиалгией преимущественно через 6-8 месяцев после перенесенного острого COVID-19. Визуально - дефигурация пораженных

суставов, ограничение их подвижности. В 50% случаев были поражены коленные суставы, в 24% - ТБС, 13% - проксимальных межфаланговые, лучезапястные (ЛЗС), 12%- пястно- фаланговые суставы. При инструментальном исследовании выявлены признаки бурсита и тендосиновита на фоне деструкции хрящей. Наличие воспаления подтверждалось ускорением СОЭ, высокими уровнями СРБ и фибриногена и также сопровождалось увеличением количества ЦИК до 8,58 [6,23; 14,27] мкг/мл. Медикаментозная терапия суставного синдрома у этих пациентов была малоэффективна. Положительный эффект на фоне НПВС, ГКСТ был кратковременным в течение 7± 4,3 дней и заканчивался развитием рецидивов в двух случаях. В рамках реабилитации пациентам рекомендована лечебная физкультура с целью физиологической разгрузки суставов.

Прогрессирующая деструкция хрящевой ткани суставов у 6 пациентов: 2 мужчин в возрасте 71 и 74 лет, 4 женщины в возрасте 70,25 ± 2,87 лет. В 50% случаев диагностирован артрозо-артрит обоих коленных суставов, 44% - ЛЗС, локтевых суставов, 33% - ГСС, 17% - ТБС. Полиартикулярные повреждения чаще всего были симметричны. Артралгия чаще была связана с тугоподвижностью и ограничением движений. Боли усиливались на фоне физических нагрузок. При визуальном осмотре выявлена деформация суставов и ограничение движений. Активный деструктивный процесс сопровождался ускорением СОЭ, повышенными концентрациями СРБ и фибриногена, однако уровень ЦИК составил 4,29 [3,1; 5,7] мкг/мл. Развитие деструкции хрящевой ткани расценивалось как необратимый процесс, в связи с чем НПВП назначались коротким курсом до 5 суток с целью купирования острого воспалительного процесса, с последующим назначением физиотерапевтического лечения, курса хондропротекторов, внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты, ГКС.

Выводы. В ранние сроки постковидного периода у лиц молодого возраста суставной синдром проявляется в виде артралгий или артрита. Артропатии с деструкцией хрящевой ткани дебютируют у лиц более старшего возраста спустя 6 и более месяцев после острого периода инфекции. Прогрессирующая деструкция хрящей характерна для пожилых лиц. Увеличение количества ЦИК в крови у пациентов с артралгиями и артритами свидетельствует о их патогенной роли в формировании постковидного суставного синдрома.

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Рузикулов У.Ш.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Врожденная воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) – относится к недиффенцированным порокам развития дисплазия соединительной ткани (ДСТ) мультифакторной природы с прогредиентным течением, в основе которой лежат нарушения синтеза, распада или морфогенеза компонентов внеклеточного матрикса, возникающие при определенной генетической предрасположенности, еще в периоде раннего эмбриогенеза или постнатального периода, под действием неблагоприятных факторов внешней среды.

Наиболее рациональным и единственным способом лечения ВДГК является хирургический и на сегодня известны более 100 разнообразных способов торакопластики и ее модификации, основанные на этапной мобилизации, включающие в себя регламент стабилизации грудино-реберного комплекса. Однако процент рецидивов и неудовлетворительных результатов данных операций составляет от 3,5 % до 32%.

Наиболее распространенным и имеющим определенные преимущества является малоинвазивный способ торакопластики по D.Nuss. Однако, в ряде исследований недостатки метода D.Nuss описываются повреждением внутренних органов грудной клетки во время операции, длительной фиксацией пластины (до 4 лет), что методика оправдана при наличии эластичной грудной клетки (в основном у детей до 14 летнего возраста), и установлены определенная частота вторичных послеоперационных рецидивов (4%).

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов послеоперационного хирургического лечения врожденной ВДГК у детей с уменьшением частоты факторов риска рецидивирования, за счет комплексного влияния на формирование процессов дисплазии соединительной ткани.

Материал и методы. Исследование проведено у 210 детей (5-18 лет), из которых в 48 (29,4%) случаях были девочки и в 115 (76,6%) – мальчики, поступившие на плановое лечение устранения ВДГК. Соотношение больных женского и мужского пола составила 1:2,3. У 112 (70,6%) пациентов ВДГК диагностирована как II степень, из которых 5 детей поступили с рецидивами предыдущей операции (стернохондротомии с фиксацией наружным фиксатором). У 51 (29,4%) пациента диагностирована III-степень деформации. Всем детям была применена операция по методике D.Nuss с установлением фиксирующей пластины. Критерием удаления пластины D.Nuss служило нивелирование показателей ДСТ, таких как пролин, ГАГ, глицин

Результаты: В зависимости от степени тяжести ВДГК в предоперционном периоде рекомендательно проведены следующие виды лечения: - стимуляция коллагенообразования; коррекция нарушений синтеза и катаболизма гликозоаминогликанов; стабилизация минерального обмена; коррекция уровня свободных аминокислот крови; улучшение биоэнергетического состояния организма.

Основным показанием к операции у пациентов были выраженные кардио-респираторные нарушения и косметическая деформация грудной клетки. Все пациенты (163) оперированы по методике D.Nuss, реконструкция передней стенки грудной клетки (ГК) проводилась с использованием внутреннего фиксатора D.Nuss в модификации Ходжанова И.Ю. (2010).

В периоперационный период не были отмечены такие осложнения как гемоторакс, повреждения внутригрудных органов и только в 14 случаях отмечен был пневмоторакс.

В более поздние сроки (3-4 года), после удаления пластины D.Nuss, разработанная коррегирующая терапия продолжается до нивелирования и стабилизации биохимических показателей.

В ходе исследования проанализирована взаимосвязь между степенью ВДГК, профилактикой развития рецидивов после осуществления реконструкции корригирующим методом D.Nuss в ближайшей и отдаленные сроки. Анализ полу-

ченных результатов показывает, что выраженность ВДГК зависит от степени тяжести недифференцированной ДСТ, осуществления разработанного лечения, направленного на профилактику рецидивирования.

Для предупреждение формирования фактора риска и развития поздних осложнений (рецидив) послеоперационные периода разработана корригирующая терапия с целью стабилизации процессов деструкции СТ. С этой целью проводилась патогенетическая фармакотерапия, диетотерапия и позиционное физиолечение.

Патогенетическая фармакотерапия (стимуляция коллагенообразования, коррекция нарушений синтеза и катаболизма гликозаминогликанов, коррекция уровня свободных аминокислот крови, стабилизация минерального, витаминного обменов и улучшение биоэнергетического состояния организма) на фоне комплексной, проводилось пациентам от 4 до 18 лет.

Для стимуляции процесса синтеза коллагена целесообразно использовать аскорбиновую кислоту (витамин С), препараты мукополисахаридной природы (хондроитинсульфат), кальций триактив Д3, калмазин. Данная тактика осуществлялась по 2 -3 раза в год в послеоперационном периоде, в зависимости от степени тяжести ДСТ и продолжалась в течении 2 лет после снятия пластины D. Nuss.

Необходимым аргументом лечения является диетотерапия, с употреблением пищи богатой белком (мясо, рыба, фасоль, соя, орехи). Продукты питания должны содержать большое количество микроэлементов, витаминов, непредельных жирных кислот [7]. Весьма определенное значение имеет физиотерапевтическое лечение, включающее в себя методики ЛФК, массажа, физиотерапевтические процедуры.

Предложенная методика, с применением стимуляции обменных процессов, весьма положительно сказываются на восстановлении связочного аппарата в области грудино-реберного комплекса с восстановлением структуры хряща. Отдаленные результаты (более 2 лет), после удаления пластинки D.Nuss, позволили констатировать, что комплексная терапия, включающая в себя патогенетическую терапию, диетотерапию, физиотерапию в значительной степени способствуют восстановлению коллагенобразующей функции СТ, препятствуя тем самим формированию поздних осложнений.

При синдромальных ДСТ (синдромы Марфана, Эллерса-Данло) комплексное лечение должно быть индивидуальным и достаточно длительным. Только в 3 случаях, из рассмотренных, были отмечены частичные рецидивы после удаление пластины в виде западения грудины, вследствие безответственного отношения родителей к лечению.

Выводы: Следовательно, использование внутренних фиксаторов (пластина D.Nuss) при оперативном лечении ВДГК у детей, на фоне комплексной терапии ДСТ, в 98,4% дает достаточно хорошие отдаленные клинические результаты, как для восстановления ДСТ, так и для улучшения обменных процессов, в целом способствующие укреплению организма в целом. Однако, для получения этих результатов необходимо строго соблюдать технику выполнения операции и при проведении комплексного лечения учитывать, как нюансы детского возраста, так и индивидуальные особенности каждого пациента.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕЙРОГЕННОЙ ИНВЕРСИОННОЙ ДЕФОРМАЦИИ СТОП

Рустамов Х.Х.[1], Ходжанов И.Ю.[2]

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

Инверсионные деформации стоп возникают при врожденных или приобретенных патологиях центральной или периферической нервной системы.

Мы использовали собственную этиологическую классификацию для определения происхождения инверсионных деформации стоп. Мы считаем, нейрогенную косолапость по патогенезу целесообразно разделить на три группы: 1) Инверсия стоп спастического генеза (детский церебральный паралич и т.д) 2) Инверсия стоп паралитического генеза (миеломенингоцеле и т.д) и 3) Инверсия стоп смешенного генеза.

На сегодняшний день среди методов лечения нейрогенной косолапости особое место занял метод Понсети из-за поистине всемирного распространения. В последнее десятилетие большинство ортопедов во всем мире признают метод Понсети в качестве «золотого стандарта» лечения косолапости, в том числе и в нашей Республике метод Понсети является стандартом лечение косолапости. Однако, не до конца изучен, эффективность метода при нейрогенной косолапости у детей.

Цель исследования. Изучить эффективность метода Понсети при нейрогенной косолапости у детей.

Материалы и методы. В нашем центре с 2022 по 2024 год пролечено 25 пациентов (27 стоп) в возрасте от 6 месяцев до 10 лет с нейрогенной косолапостью по методу И. Понсети. 8 пациентов лечились с инверсией стоп спастического генеза и 17 пациентов с паралитическим генезом. Средний возраст пациентов составил 3,7 лет. Продолжительность лечение составил средним 1,6 месяцев. Результаты оценивались по шкалам Димеглио (DiMeglio) и Пирани (Pirani), которые проводились каждую неделю для оценки эффективности. Среднее количество гипсовых повязок, применяемые для достижения полной коррекции, составила 5,8. Процент пациентов, выполненных, перкутанной ахиллотомии составил 35% при паралитической и 10 % при спастической формы нейрогенной косолапости, для устранения спастической эквинусной контрактуры мы использовали гипсовые повязки типа “сопажок”.

Результаты исследования. Применением метода Понсети у всех пациентов достигнута полная коррекция деформации стоп. Средний балл DiMeglio до лечения составлял 16,3, а после лечения - 0,64. Средний показатель Pirani до лечения составлял 4,5, а после лечения - 0,08. В процессе лечения осложнения наблюдались у 8 (30%) пациентов (мацерации и намины кожи под гипсом). Причиной возникновения осложнении явилось наличия у пациентов нейродефицита в виде нарушение чувствительности кожи. Они были устранены в процессе лечения и не повлияли на его окончательный результат.

Выводы. Соблюдение основных методических принципов метода Понсети способствует достижению хорошего результата лечения. Мы пришли к выводу, что 1) метод Понсети - безопасное, эффективное и недорогое лечение при нейро-

генной косолапости. 2) Процент перкутанной ахиллотомии при нейрогенной косолапости ниже, чем при идиопатической форме косолапости. 3) для коррекции нейрогенных форм эквинусной контрактуры можно использовать короткие гипсовые повязки, которые не допустимы при идиопатической косолапости.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛУЧЕВЫХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ ПОСЛЕ COVID-19

Рустамова У.М., Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н.

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

Цель исследования: Оценить результаты лучевых методов исследования асептического некроза костей крупных суставов.

Материалы и методы: Изучены результаты лучевых методов исследования аваскулярного некроза крупных суставов у 465 пациентов, обратившихся в клинику Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии за 2020-2023гг.

У всех пациентов были проведены МРТ исследования.

Пациенты, получавшие лечение от COVID-19, были классифицированы по следующим критериям: SARS-CoV-2 Результат ПЦР «+»; прием кортикостероидов во время лечения от COVID-19; отсутствие болей в крупных суставах до заражения COVID-19.

Пациенты, подвергнутые к исследованиям, отобраны по следующим критериям: заболевшие SARS-CoV-2 с результатом ПЦР «+» или вакцинированные против COVID19; прием кортикостероидов во время лечения от COVID-19; отсутствие болей в крупных суставах до заражения COVID-19. В контрольной группе были пациенты с асептическим поражением костей, не перенесшие клиническую картину заражения SARS-CoV-2.

Результаты и обсуждение: Средний возраст больных основной группы составил от 21 до 80 лет - в среднем 49 лет, из них пациентов мужского пола составило 56,5%, женского пола - 43,4%. Средний возраст больных контрольной группы составил от 18 до 68 лет - в среднем 41 лет, из них пациентов мужского пола составило 61,0%, женского пола - 39,0%.

Чаще всего больные обратились через пол года после заболевания вирусом COVID -19, , но были случаи обращения через 21 месяца заболевания.

Основная локализация некроза отмечена в бедренной кости и в коленном суставе. Наименьшие случаи встречались в костях стопы.

По нашим данным некроз головки бедренной кости – 213, в коленном суставе некроз отмечен у 134 больных ,55 больных. В голеностопном суставе изменения выявлены чаще на уровне таранной кости. МРТ-картина показывала рассекающие остеохондриты, импрессионные переломы, участки отека и изменения неправильной формы. Полисегментарный вариант некроза выявлен в 7% случаев в разных костях.

Таким образом, нами выявлены различные варианты проявления патологических костных изменений постковидного остеонекроза, локализация и полисегментарность, тенденция развития тяжести,

Проведенные лабораторные исследования у больных при поступлении показали, что у больных перенесших заболевание, вызванное вирусом COVID19 также отмечены изменения в крови: повышение показателей β-CrossLaps, т.е. активность остеокластов была в большинстве ускорена, и имела тенденцию развития в зависимости от развития тяжести патологических изменений. Отмечалось снижение витамина D, его объем в крови был мало отличим в разных стадиях заболевания. Количество кальция оказалось на низком уровне нормы, а при этом ионизированный кальций был в основном в пределах нормы. В результате анализа показателей можно сделать вывод о том, что при данном заболевании отмечается активация процессов резорбции костных тканей, что более выражена у людей старше 55 лет.

Постадийно проанализированы количественные данные. Мы получили нисходящий тренд показателей – снижение показателей T-score и Z-score в зависимости от стадии заболевания, и возраста, в обеих группах сравнения, т.е. заболевшие вирусом и не заболевшие, при этом наблюдались некротические поражения костных тканей у больных обеих групп.

Выводы: Нами выявлены изменения, характерные для асептического некроза после COVID-19:

- симптом «географической карты», сочетание гипер- и гипоинтенсивности МРТ-сигналов в острой стадии заболевания;
- возможное распространение очагов некроза в сторону диафиза;
- реконверсия и отек костного мозга;
- наличие полиоссального характера;
- постковидный асептический некроз костных тканей более тяжелый, чем обычный, в плане развития тяжести и осложнений;
- постковидный некроз чаще наблюдается у людей с низким уровнем витамина Д, не зависимо от возраста, что связывает патогенез;
- в пожилом возрасте постковидный некроз чаще встречается у людей со снижением минеральной плотности костей, которая коррелируется с развитием процесса некроза, но при этом не исключается состояние малоподвижности, требует дальнейшего исследования;
- постковидный некроз не имеет гендерный характер;
- доказана частота некроза при снижении минеральной плотности костных тканей.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА ТАРАННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID -19

Рустамова У.М., Исматуллаева М.Н., Валиева К.Н.

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

Целью исследования является раннее выявление методами современной лучевой диагностики признаков аваскулярного некроза таранной кости после “COVID -19” .

Материалы и методы исследования: Обследованы 54 пациентов с жалобами на боли в области голеностопного сустава в возрасте от 19 лет до 72 года. Мужчин было 33 человека, женщин – 21. Все больные отрицают травмы до начало появления болей в области голеностопного сустава и перенесшие клиническую картину заражения SARS-CoV-2.

Всем больным проведены МРТ и цифровые рентгенологические исследования. Рентгенологическое исследование проводилось на цифровом рентген аппарате Sonialvision Shimadzu G4 (производство -Япония). МРТ исследование проводили на МР томографе PHILIPS Multiva 1.5T (производство Нидерландия) с использованием T1,T2, PDW взвешенных изображениях в фронтальных, сагиттальных и аксиальных плоскостях.

Использовали классификацию 4 стадий субхондральных изменений в таранной кости, предложенную D.W.Stoller (1997):

Стадии процесса	**Морфологическая и МРТ характеристика**
I стадия	Субхондральная трабекулярная компрессия
II A стадия	Субхондральная киста
II B стадия	Неполностью отделившийся фрагмент
III стадия	Жидкость вокруг неотделившегося несмещенного фрагмента
IV стадия	Смешенный фрагмент

Все больные жаловались на боли при нагрузке, скованность и отек сустава. Из 54 пациентов, I стадия отмечались у 29 пациентов, которые на мрт были выявлены субхондральный отек медиального или латерального сегмента блока таранной кости, отек суставного хряща и картина умеренно выраженного или выраженного синовита. При этом на цифровых рентгенограммах у этих больных костно-структуральных изменений не выявлены.. IIA стадия аваскулярного некроза таранной кости встречались у 9 больных со субхондральными кистами таранной кости. Вокруг субхондральной кисты отмечались перифокальный отек костного мозга. IIB стадия выявлены у 10 больных, при этом отмечали фрагментация суставной поверхности таранной кости, с истончением суставного хряща, деформацией суставной щели и выраженного синовита. На рентгенограммах во вторых стадиях были выявлены субхондральный участок просветления таранной

кости и регионарный остеопороз. III стадия отмечались у 6 больных с фрагментацией, деформацией таранной кости и вторичным остеоартрозом.

Таким образом, магнитно-резонансная томография единственным и чувствительным методом, позволяющим выявить аваскулярный некроз таранной кости на ранней, дорентгенологической стадии, а также оценить стадию и размер поражения гиалинового хряща, что позволить определить тактику лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Рустамова У.М., Исмаилова М.Х., Хайдарова Г.Б., Салиева Н.И., Мухрумбаева К.З.

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

Дисплазия тазобедренного сустава является значимой проблемой в педиатрической ортопедии, особенно у новорожденных. Ранняя диагностика и соответствующее лечение необходимы для предотвращения долгосрочных осложнений, таких как нарушения походки или остеоартрит.

В данном исследовании оценивается эффективность ультрасонографии как диагностического инструмента для дисплазии тазобедренного сустава по сравнению с традиционной рентгенографией.

Цель исследования. Данное исследование направлено на оценку точности диагностики дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и младенцев с помощью ультразвука.

Методы и дизайн исследования. В исследование включено 60 новорожденных и младенцев в возрасте 0-6 месяцев, направленных с подозрением на дисплазию тазобедренного сустава. УЗИ выполнялось с использованием линейного датчика высокой частоты (7,0-10 МГц). Младенцы находились в положении лежа на спине с небольшим разведением ног и на боку с обеих сторон в согнутом положении нижних конечностей в тазобедренном и коленном суставах. Использовался метод Графа, включающий измерение углов альфа (кость) и бета (хрящ) тазобедренного сустава.

Рентгенография выполнялась в прямой проекции с использованием стандартных задне-передних рентгенограмм таза. С учетом сложности визуализации незрелых костных структур у новорожденных основным диагностическим параметром являлся ацетабулярный индекс.

Данные анализировались с использованием статистического программного обеспечения. Для обеих методик были рассчитаны чувствительность, специфичность и прогностическая ценность.

Обсуждение результатов исследований. Ультразвук правильно выявил дисплазию тазобедренного сустава в 94% случаев, тогда как точность рентгенографии составила 78%. Высокая чувствительность ультразвука (98%) по сравнению с рентгенографией (85%) свидетельствует о большей эффективности ультразвука в ранней диагностике, особенно в случаях легкой дисплазии.

Способность ультразвука визуализировать структуры в реальном времени позволяет проводить динамическую оценку стабильности сустава, что особенно важно при ранней диагностике и вмешательстве. Кроме того, возможность визуализации как костных, так и хрящевых структур обеспечивает всестороннюю оценку тазобедренного сустава. Это особенно полезно в первые шесть месяцев жизни, когда головка бедренной кости в основном состоит из хряща.

Рентгенография, несмотря на свою полезность у более старших детей с более развитыми костными структурами, менее эффективна у новорожденных из-за преобладания хрящевой ткани, которая плохо визуализируется. Кроме того, необходимость использования ионизирующего излучения ограничивает её применение, особенно в случаях, требующих повторного обследования.

Заключение. Ультразвук является более совершенным диагностическим инструментом для выявления дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и младенцев благодаря его высокой чувствительности, неинвазивности и способности визуализировать хрящевые структуры. Рентгенография, несмотря на свою ценность в определенных случаях, менее эффективна для ранней диагностики и связана с рисками, связанными с ионизирующим излучением. Исследование подтверждает, что ультразвук превосходит рентгенографию в ранней диагностике и является более безопасным, неинвазивным методом, особенно для детей младше шести месяцев.

АППАРАТНО-ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВАРУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Садыков А.А., Мирпаязов О.Х., Муродуллаев А.А.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Основным проявлением заболевания является уменьшение ШДУ менее 120°. Выделены две формы заболевания: врожденная варусная деформация и варусная деформация развития. Варусу сопутствуют признаки дисплазии в виде уплощения вертлужной впадины, врожденного вывиха или врожденного недоразвития бедра, а также разной длины ног. Патологическое сгибание шейки и головки бедра развивается одновременно с физиологическим ростом большого вертела в краниальном направлении, в результате чего вершина вертела устанавливается выше, чем центр вращения тазобедренного сустава, а точки прикрепления отводящих мышц бедра сближаются между собой. Происходит ослабление отводящих мышц, наступает мышечный дисбаланс, доминирование приводящих мышц, уменьшение отведения бедра. Варусная деформация бедра сопровождается уменьшением антеверсии бедра вплоть до его ретроверсии, в результате чего происходит уменьшение внутренней ротации бедра. Варус и версия уменьшают пространство для отведения бедра, что при отведении вызывает упор большого вертела и шейки бедра в край вертлужной впадины и в подвздошную кость.

Проведен анализ лечения 18 детей с варусной деформацией шейки бедренной кости, проходивших лечение в РЦДО с 2000 по 2024 год. Возраст больных составлял от 5 лет до 16 лет, мальчиков было 10, девочек 8. Все больные распределены по классификацию врожденной варусной деформации шейки бе-

дренной кости, учитывающая величину ШДУ, состояние структуры костной ткани и величину укорочения: 1-я степень: ШДУ 110-127°, задержка оссификации или дистрофия шейки бедренной кости 1-2 степени, укорочение бедра до 30%; 2-я степень: ШДУ 90-110°, дистрофия шейки бедренной кости 2-3 степени или ложный сустав в межвертельной области, укорочение бедра на 35-45%; 3-я степень: ШДУ менее 90°, дефект шейки бедренной кости, укорочение бедра более чем на 45%. Показанием для хирургического метода лечения являлась I-III степень тяжести врожденной варусной деформации шейки бедренной кости.

Известен способ реконструкции тазобедренного сустава, предусматривающий одномоментное восстановление шеечно-диафизарного угла (ШДУ) и увеличение покрытия головки бедра путем надвертлужной остеотомии подвздошной кости и наклона дистального фрагмента таза кнаружи. Однако данный способ предусматривает выполнение подвертельной клиновидной или межвертельной углообразной остеотомии, надвертлужной остеотомии с последующей фиксацией гипсовой повязкой, что не позволяет щадяще сформировать крышу вертлужной впадины, ликвидировать патологическую перестройку шейки бедра, полностью уравнять длину конечности и нормализовать ее биомеханическую ось. Поставленная задача решается тем, что в способе лечения варусной деформации шейки бедренной кости, включающем выполнение подвертельной остеотомии и фиксацию фрагментов бедренной кости в опорах чрескостного аппарата. В этом методе черезвертельно вводили два металлических стержня с учетом патологического угла деформации. Далее проводят спицы на двух уровнях нижней трети бедра. Затем выполняют подвертельную остеотомию бедренной кости в направлении снизу вверх и снаружи - внутрь. Осуществляют коррекцию деформации проксимального отдела бедра. Проводят монтаж аппарата Иллизарова. Средние сроки фиксации 3 месяца. После сращения костных отломков аппарат внешней фиксации удаляют. Далее больные получают реабилитационное лечение.

Выполнение данного способа позволяет достичь хороших анатомо-функциональных результатов за счет устранения деформации проксимального отдела бедренной кости, восстановления целостности шейки бедра. При применении данной тактики лечения детей с варусной деформацией шейки бедренной кости, хорошие и удовлетворительные функциональные результаты получены в 90%.

Таким образам, лечение варусной деформации шейки бедренной кости является актуальной проблемой. Аппаратно-хирургический методы лечения с учетом деформации дают хорошие результаты.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АВАСКУЛЯРНОГО НЕКРОЗА, СОЧЕТАЮЩЕЕ 3D-МОДЕЛИРОВАНИЕ С КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИЕЙ

Тешаев А.А. Акрамов В.Р., Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О.

Бухарский государственный медицинский институт по имени Абу Али ибн Сина, Бухара

Цель: представлять новую хирургическую технику, разработанную для предотвращения или задержки коллапса тазобедренного сустава у пациентов с аваскулярным некрозом (АВН)головки бедренной кости

Материалы и методы: В ходе использование разработанную новую хирургическую технику при исследования в Бухарском областном многопрофильном медицинском центре участвовали 91 пациента с разной стадией по тяжести субхондральное разрушение головки бедренной кости.

Результаты иссдедования: В исследование изучена 91 пациента, которые использованы аутологичный (взятый из собственного тела пациента) аспират костного мозга был получен из подвздошного гребня и сконцентрирован с помощью системы обработки костного мозга.

Благодаря 3D-инновациям и новым приложениям интраоперационной навигационной технологии, разработанным, лидирует в междисциплинарном подходе к оптимизации клинических результатов.

Интраоперационная КТ использовалась для создания 3D-модели бедра и определения некротической области. После чего использовалась компьютерная навигация для ориентации инструментов и декомпрессии области с некротической костью и доставки концентрата аспирата костного мозга со стволовыми клетками в центральное место некротической области. Используя этот метод, мы успешно достигли некротической области без переориентации инструмента у 70 из 71 пациента в течение предполагаемого времени операции в один час.

В этой методике используются стволовые клетки, полученные из концентрата аспирата костного мозга, которые вводятся непосредственно в зону аваскулярного некроза для стимуляции роста новых кровеносных сосудов — процесса, называемого ангиогенезом.

Заключение. Благодаря использованию этой новой хирургической техники более 95 процентов пациентов смогли переносить вес сразу после операции, даже не прибегая к помощи костылей.

Новая техника визуализации объединяет серию сканирований, сделанных под разными углами вокруг тела пациента, и использует компьютерную обработку для создания поперечных сечений или срезов костей, кровеносных сосудов и мягких тканей. 3D-модель, используемая в сочетании с компьютерной навигацией, позволяет проводить высокоточное хирургическое вмешательство в пораженной области головки бедренной кости.

Повышенная точность сокращает общее количество проходов сверла, необходимых для эффективного проведения декомпрессии ядра, до одного прохода, что имеет решающее значение, поскольку каждый проход сверла несет риск перелома. Более высокая точность также означает, что можно вырезать большую

часть поражения, а собственные стволовые клетки пациента, которые используются в рамках этой процедуры, можно направить в наиболее точное место.

С помощью этой техники мы стремимся улучшить клинические результаты для пациентов с ранним началом AVN головки бедренной кости, точно нацеливаясь на некротические области и позволяя лучше сравнивать методы лечения путем стандартизации протоколов лечения. Хотя в настоящее время для этого требуются технологии и оборудование, что эта техника станет более доступной для пациентов с AVN, поэтому потребуется меньше тотальных замен тазобедренного сустава

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ЛОЖНЫМ СУСТАВОМ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ НЕЙРОФИБРАМАТОЗЕ

Тиляков А.Б., Рузиев Н.Т., Журабоев А.А., Юлдашев А.Ж.

Республиканский детский ортопедический центр, Ташкент

Актуальность: Врожденный ложный сустав костей голени (ВЛСКГ) до настоящего времени остается недостаточно ясным, что определяет отсутствие единых подходов к лечению, разнообразие применяемых технологий и методов. Заболевание достаточно редкое. Заболевание характеризуется устойчивостью к лечению и склонностью к рецидивированную до наступления зрелости скелета. Существует множество классификаций ВЛСКГ, но ни одна не является обоснованием дифференцированного подхода к хирургическому лечению.

Для лечения данной категории больных предлагается множество методов как хирургического, так и консервативного лечения. Различные авторы предлагают включать в протокол хирургического лечения резекцию зоны ложного сустава и патологически измененной надкостницы, аутотрансплантацию кости с применением микрохирургических методик, внедрение в межотломковое пространство искусственных имплантов с остепотенцирующими свойствами, в том числе костные морфогенетические белки. Метод фиксации сегмента зависит от выбора хирурга, но большинство авторов отдает предпочтение аппарату Илизарова. Однако ни одна из методик не гарантирует консолидации псевдоартроза и полной уверенности в отсутствии рецидива заболевания.

Материал и методы. Проведено клиническое исследование у 23 (5-14лет) детей с нейрофиброматозом I типа костей голени, распределенных на две группы: первая группа представлена впервые оперированными 6 (26 %) пациентами, вторая группа - 17(74%) пациентами, которым проведено консервативное лечение. В 80 % наблюдениях псевдоартроз имел типичную локализацию – в нижней трети голени. Тяжелая форма патологии была у 6 (26 %) больных со средним значением антекурвационной деформации 150° (150-90°) и варусной деформацией 160° (170-140°). Укорочение конечности обнаружено у 6 больных (26%) со средним значением 7,4±4,2 см (2-1 см). У пациентов второй группы применялись корригирующие этапные гипсовые повязки и ношение ортезов с целью предотвращение перелома и деформаций.

Результаты. В 6 случаях (первая группа) применяли метод Илизарова и выполняли обширную резекцию участка кости с последующим замещением дефек-

та аутотрансплантатом. Дополнительно применялась фиксация костных отломков интрамедулярной спицей. Средняя продолжительность лечения составила 60-90 дня. У всех пациентов была получена солидная сращение ложного сустава. С целью коррекций укорочение конечности удлинение производилась в проксимальном отделе берцовых костей и дистракцию начинали на 5-7 сутки. Темп дистракции составлял 0,5-1 мм в сутки. В среднем, отломки берцовых костей удлинили на 6,3±0,5 см.

Перспективным является использование комбинированных вариантов наружного и погружного остеосинтеза. Использование технологий чрескостного остеосинтеза по Г.А. Илизарову является эффективным и гарантированно обеспечивает восстановление опороспособности конечности при врожденном ложном суставе костей голени. Основные методические принципы должны базироваться на применении различных вариантов костнопластических вмешательств и остеоиндуктивных материалов в зоне псевдоартроза, а также дополнительного армирования различными имплантами (спицами, стержнями).

Вывод: Основные методические принципы должны базироваться на применении различных вариантов костнопластических вмешательств и остеоиндуктивных материалов в зоне псевдоартроза, а также дополнительного армирования различными имплантами (спицами, стержнями). Перспективным является использование комбинированных вариантов наружного и погружного остеосинтеза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ

Тиляков А.Б., Рузиев Н.Т., Юлдашев А.Ж., Журабоев А.А., Алматов К.Э. Мирдадаев Ж.Ф.

Республиканский центр детской ортопедии, Ташкент

Введение. «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».

Несовершенный остеогенез (НО) — редкое врожденное заболевание, характеризующееся множественными переломами костей из-за крайней хрупкости. 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 2020-2024гг. Исследования основано на результатах лечения 103 пациентов у которых клинически диагностирован НО. Больные разделены по половому признаку 65 мальчиков и 38 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-41, III-27, IV-35.

Всем больным с целью предоперационной подготовки проводилась бисфосфонатная терапия золендроновой кослотой 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 103 больных с НО у 52 выполнены современные методы хирургической коррекции, а у 51 больного проводится бисфосонатная терапия.

У 52 больных выполнено 75 операций на костях бедра и голени с внутренний 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 34 пациентов (бедренная кость - 28, большеберцовая кость - 24). У 12 пациентов более старшего возраста фиксация выполнена «Слим» стержнями (бедренняя кость – 9, большеберцовая кость – 14). Спицы Илизарова использовались при фиксации 4 большеберцовых костей у 3 пациентов в связи с отсутствуем костномозгового канала и черезмерной хрупкостью костей, что создавало технические трудности использования стержня FD. У всех последних 3 пациентов после формирование 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 12 больных, 5 передвигается самостоятельно, 6 на костылях и 5 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 спекторм методов реабилитационной терапии позволяет улчшить самообслуживание и самостоятельное передвижение детей с НО, что значительно повышает качество жизни данного контенгента больных.

RIGID YASSI OYOQLIKNING DAVOLASHDA TURLI JARROHLIK USULLARINING QIYOSIY BAHOLASH

Umarov X.I., Xodjanov I.Y.

Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon
Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent

Mavzu dolzarbligi. Yassi oyoqlik (pes planus) bolalar orasida keng tarqalgan bo’lib ko'pincha o'smirlik davrida yo'qoladi. Shu sababdan, ko’pincha bu davrda, odatda moslashuvchan, og'riqsiz va funktsional oqibatlarga olib kelmagani uchun u yassi oyoqlik fiziologik deb hisoblanib odatda konservativ davo yetarli hisoblanadi. Ba’zan yassi oyoqlik rigid holatda uchrashi mumkin, bu oyoq kaftidagi organik patologiyaning belgisi bo'lishi mumkin. (shu jumladan artrit yoki tarsal koalyatsiya). Juda keng tarqalganiga qaramay, bolalarda yassi oyoqlikning standart ta'rifi mavjud emas. Bundan tashqari, turli xil davolash usullariga javoban rivojlanish davrida yassi oyoqlikning tabiiy sabablarini taqqoslaydigan katta istiqbolli tadqiqotlar mavjud emas. Yassi oyoqlikda fizioterapiya, ortopedik poyabzallar yoki jarrohlik amaliyoti yordam berishi mumkin(ayniqsa rigid yassioyoqlikda). Jarrohlik amaliyoti turlariga axill payining uzaytirish, oyoqning holatini va harakat doirasini o'zgartiradigan suyak kesish amaliyotlari (osteotomiyalar), bo'g'imlarning birlashtirish (artrodez) yoki tarsal sinusga silikon yoki metall implantni kiritish kiradi (artrerez). Ortoped shifokor uchun bemorga qanday davolash usullarini taklif qilish mumkinligini bilish muhimdir. Bundan tashqari, yassioyoqlikning og’irlik darajasiga qarab konservativ va operativ davolashning algoritmi ishlab chiqilmaganligi vaziyatni yanada chuqurlashtiradi. Bolalardagi yassioyoqlikka oid dalillarga asoslangan zamonaviy yangiliklar shifokorga bemorlar va ularning oilalariga ishonchli va to'g'ri maslahat berishga yordam beradi.

Ilmiy ishning maqsadi. Rigid yassi oyoqlikda harakat erkinligini oshirish, og’riq sindromini kamaytirish va reabilitatsiya davrining qisqarishiga qarab bolalarda rigid yassi oyoqlikni jarrohlik yo'li bilan davolashda optimal usulni aniqlash.

Materiallar va usullar. Rigid yassi oyoqlikni 2-4 davrdagi og'irlik shakllarini davolash samaradorligi 8 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 76 nafar bolalarda tahlil qilindi, ular asosiy va nazorat guruhlariga bo'lingan. Klinik va rentgenologik diagnostika usullari qo'llanilgan. Asosiy guruhdagi 51 nafar bemor bolalar suyak va yumshoq to'qimalarda jarrohlik amaliyotini o'tkazdilar. Nazorat guruhidagi 25 nafar bemor bolalar subtalar artroerez usuli yordamida operatsiya qilindi. Tadqiqot Xelsinki deklaratsiyasi tamoyillariga muvofiq amalga oshirildi. Tadqiqot uchun ota-onalar va bolalardan xabardor qilingan rozilik olindi.

Natijalar. Subtalar artroerez usuli yordamida yassioyoqlikni davolash nisbatan samarasiz bo’lib chiqdi - bunda bemorlarning operatsiyadan keyin to’piq osti sohasida diskomfort va og’riq paydo bo’lishi, og’riq paydo bo’lgan og’riq hisobiga bemorlarda harakat erkinligi oshishi o’rniga kamaydi. Bundan tashqari subtalar implant olingandan so’ng yassiyoqlik retsidivlanishi kuzatildi.

Ijobiy natijalar kichik boldir uzun poyi transpozitsiyasi, boldir orqa muskuli payini qisqartirish bilan birgalikda qo'shma qayiqsimon va ponasimon suyaklar artrodezidan foydalanish orqali olindi.

Xulosa. Yassioyoqlikning yana bir sabablaridan biri sifatida ko'pincha katta boldir orqa payining funksiyasining buzilishi ko'riladi. Yassioyoqlikning etiologiyasi to'liq o'rganilmagan, ammo yondosh kasalliklar – gipovaskulyar to'qimalar, irsiy omil, oyoq morfologiyasi yoki travma kabilar kasallakni rivojlanishiga sezilarli ta'sir o'tkazadi. Tashxisni tasdiqlash uchun klinik va rentgenologik, MRT, yurish taxlili(GAIT analiz) ma'lumotlari qo'llaniladi. Yassioyoqlikning darajasi deformatsiyani tavsiflaydi va davolash uchun qo'llanma bo'lib xizmat qilishi mumkin. Konservativ davolashda, yallig'lanishga qarshi nosteroid dorilar, immobilizatsiya(gipsli bog'lam), ortopedik poyabzallar va fizioterapevtik muolajalar amalga oshiriladi va yassioyoqlikning dastlabki bosqichlarida simptomlarni uzoq muddatga bartaraf etishni ta'minlaydi. Yassioyoqlikning davolashda ko'plab adabiyotlarda quyidagi tartibda davo tavsiya qilingan: I bosqichda asosan konservativ davo talab etiladi. II bosqichda tovon sohasining valgus deformatsiyasining ko'payishi va old oyoqning kuchli lateral og'ishi bilan birga keladi. Ushbu bosqichda tovon suyagining medial osteotomiyasi, barmoqlarni bukuvchi uzun yoki bosh barmoqni bukuvchi uzun pay transpozitsiyasi, lateral ustunning uzaytirish, boldir mushagining resessiyasi yoki axill payining uzaytirish kabi keng ko'lamli jarrohlik amaliyotlari tavsiya etiladi. Tovonning medial osteotomiyasi va oyoqning lateral ustunining uzaytirish asosan orqa oyoqning valgus deformatsiyasi va mos ravishda old oyoqning abduksiyasini bartaraf etilishi mumkin. Yassi oyoqlikning III bosqichida qo'sh yoki uchtalik artrodez tavsiya etiladi. IV bosqichda ham yassioyoqlik egiluvchan yoki rigid bo'lishi mumkin, ammo bunda to'piq deformatsiyasi va oshiq suyagining lateral egilishi bilan tavsiflanadi. Yuqorida berilgan amaliyotlarda tarsal koalyatsiya, tovon soxasi valgusi, oyoq kaft oldi abduksiyasi patologiyalari, kasallikni darajasiga qarab operativ muolaja tanlanmaganligi natijasida yuqoridagi amaliyotlardan keying retsidivlar ko'p uchraydi. Tavsiya etilayotgan yangi - kichik boldir uzun payi transpozitsiyasi, boldir orqa muskuli qisqartirish bilan birgalikda qo'shma qayiqsimon va ponasimon suyaklar artrodezidan foydalanish usuli yuqorida sanab o'tilgan patologiyalarni bir vaqtni o'zida bartaraf etish imkonini beradi.

FEATURES OF CORRECTION OF PECTUS EXCAVATUM (PE) IN GIRLS OF DIFFERENT AGES IN COMPARISON WITH BOYS

Uralboev I.E., Akhmedov Yu.M., Khamdamov M.M., Shadieva Kh.N.

Samarkand State Children Multibranch Medical Center,
Samarkand State Medical University, Samarkand

Background and Aim: PE is a complex malformation can lead to cosmetic problems and affect the cardiopulmonary system, which reduces quality of life. This study aim is to evaluate the effectiveness of correction of deformity and anatomical parameters of the PE in girls of different ages.

Method: This retrospective study was conducted between 2016-2024 for 126 patients aged 11-20 years with PE were treated using the different method. This surgical therapy was based on H.J. Park's morphological classification (2009).

All patients had moderate or severe levels of PE with a Haller Index of more than 3.2, needed surgical therapy, there were 76 (60.3%) boys, 50 (39.7%) girls.

All patients were divided into 2 groups depending on age:

1th - adolescence (11-14 years).

For boys fixed single asymmetrical bar, for girls cross-asymmetrical bars taking into account the asymmetry of the mammary glands;

2th - adolescence (15-20 years).

Cross-symmetrical bars were fixed in boys and cross-asymmetrical seagull-shape bars taking into account the asymmetry of the mammary glands in girls.

Results: The pectus bar stabilizing method of “Cross-bar/Bridge” is safe to prevent bar rotation. Symmetric cross-bars were placed or asymmetric seagull-shape bars were crossed into the deformity center and connected with the bridge plate using the clip-nut.

Symmetric single bar was in 29 (23.0%);

Symmetric cross-bars in 46 (37.0%);

Asymmetric seagull-shape bars in 51 (40.0%);

After 26-30 months:

104 (82.5%) showed "Good";

19 (15.1%) were "Satisfied";

However, 3 (2.4%) were "Unsatisfied": from them 2 (1.5%) showed asymmetry after 4 months, and 1 (0.8%) experienced detachment of the fixing bolt-nut. A second surgery yielded positive results for them.

Conclusions: The Cross method of PE in different ages provided "good" results. The symmetric or asymmetric seagull-shape bars connected with the Park’s method of Cross-bar/Bridge was safe and effective in correcting moderate to severe PE with asymmetry of the mammary glands. Considering anatomical variations leads overall success when selecting the surgical approach. An individualized treatments important for patients with PE.

ОСОБЕННОСТИ КОРРЕКЦИИ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕВУШЕК В ПУБЕРТАТНОМ И ПОСТПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДАХ ЖИЗНИ

Уралбоев И.Э, Ахмедов Ю.М., Хамдамов М.М., Шадиева Х.Н.

Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр
Самаркандский медицинский университет, Самарканд

Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) — это сложный врожденный порок развития с выраженный анатомический и косметический дефект у детей, особенно старшей возрастной группы, который ведет не только к отставанию в физическом развитии или к неправильному физическому развитию, но к изменениям психики. Описать метод коррекции КДГК ортезом у девушек в пубертатном и постпубертатном периодах жизни.

С 2016 по 2024 г в отделении ортопедии проводилось консервативное лечение 122 девочек в возрасте от 11 до 20 лет КДГК с II-III степени. Показаниями к консервативному методу лечения у больных являлись косметический дефект грудной клетки, асимметрия молочных желез. Для коррекции КДГК использовали компрессирующий ортез с передней пластина соответствует геометрической

форме выступающей части у молочных желез. Компрессирующий ортез для пациентов с увеличенным размером молочных желез.

Лечение проводилось в 3 этапа. На первом этапе ношение ортеза компрессирующей силой в 2-3 кг около 30-60 дней. На втором этапе добавляется компрессирующая сила ортеза на 1-2кг, леченин продолжается 45-60 дней. На третий этап длится 7–10 месяцев, ортез должен касаться грудной клетки без компрессии и обеспечивать компрессирующее усилие только во время вдоха. Дополнительно назначаются ЛФК.

Коррекция КДГК с помощью компрессирующего ортеза, имеющего на передней, пластина углубления по форме молочных желез и оказывающего давление непосредственно в месте деформации. Это позволяет устранить негативное воздействие на молочные железы и снизить риск несимметричного развития и повреждения молочных желез, также обеспечив удовлетворительное исправление деформации в 97,1% случаев для подростков (11-17 лет) и 93,4% для взрослых (18 - 20 лет) женского пола.

IDENTITY OF CORRECTION OF PECTUS CARINATUM (PC) IN FEMALES AT ADOLESCENCE AND OLDER AGES

Uralboev I.E., Akhmedov Yu.M., Shadieva Kh.N., Kuvvatov D.X.

Samarkand State Children Multibranch Medical Center,
Samarkand State Medical University, Samarkand

Background and Aim: Pectus Carinatum (PC) is a complex malformation expressed anatomic and cosmetic defect, especially at the older ages and can affect to psychological part of children. To describe the method of correcting PC with an orthosis in girls the pubertal and post-pubertal periods of life.

Method: From 2017 to 2024 in the orthopedic department of the SCMMC were conservative method treatment in 122 girls with PC ages 11 to 20 in II-III degree. Indications for the treatment were a cosmetic defect of the chest, asymmetry of the mammary glands. For correction of PC used a compression orthosis with a front plate to corresponds to the geometric shape of the protruding part of the mammary glands.

Compression orthosis for patients with enlarged breasts.

Results: The treatment was carried out in 3 stages. At the first stage, wearing an orthosis with a compressive force of 2-3 kg for 30-60 days. At the second stage, the compressive force of the orthosis is added by 1-2 kg for 45-60 days. The third stage lasts 7–10 months, the orthosis should touch the chest without compression and provide compressive force only during inspiration. Additionally, physical exercise therapy.

Conclusions: For the correction of PC by compression orthosis with front plate to corresponds to the geometric shape of the protruding part of the mammary glands and provide pressure directly at the site of deformation. This eliminates the negative impact on the mammary glands and reduces the risk of asymmetrical development and damage to the mammary glands, also provide “Satisfactory” correction of deformity in 95.7% of cases for adolescents (11-17 years old) and 88.7% for adult (18-20 years old) females.

A METHOD FOR CORRECTING ACQUIRED KEELED CHEST DEFORMITY USING AN ORTHOSIS AFTER OPEN HEART SURGERY IN CHILDREN

Uralboev I.E., Shadieva Kh.N., Khamdamov M.M.

Samarkand State Children Multibranch Medical Center (SCMMC),
Samarkand State Medical University, Samarkand

Aim: To evaluate the effectiveness of a conservative method of treating acquired chest deformities (ACD) using an orthosis after open heart surgery in children.

Material and methods. In order to eliminate ACD after sternotomy performed in patients undergoing open heart surgery, we examined 22 children aged 3 to 14 years.

Patients were divided into groups depending on the beginning of the correction:

1st: 12 children aged 6 to 10 months

2nd: 7 patients - in the period from 10 months to 2 years,

3rd: 3 children in terms of more than 2 years after surgery.

We also compared the effectiveness of correction depending on age: from 3 to 6 years old (13 patients) and from 7 to 14 years old (9 patients).

According to the types of deformity, the patients were distributed as follows: symmetrical was observed in 16 and asymmetric - in 6 children.

According to localization: upper - in 2 patients, middle - in 12, lower - in 4, total - in 4 patients.

All patients underwent echocardiography, ECG examination, X-ray, chest MRI, and the amount of compression was determined depending on the degree of deformity and the "heart response" to the procedure. Cardiac responses were assessed before and after fitting the brace, and every 2 weeks thereafter. At the same time, the issue of further compression and continuation of treatment was decided. Follow-up period was 15 months.

Results. According to the results of our study, we noted a positive result for about 12 months in 10 (83.3%) patients from the 1st group (almost complete restoration of the shape of the chest visually and according to MRI), 2 patients of this group continued to wear an orthosis for a longer period (about 15 months), but the restoration of their form was incomplete.

In the 2nd group, we received a positive result in 42.9% of patients, but in a longer period (more than 12 months), in 57.1% of the children in this group, treatment continues at the moment and the restoration of the chest shape is incomplete.

In patients of the 3rd group, the results were unsatisfactory.

If we evaluate the effectiveness of our method in children depending on age, then in the younger age group (3-6 years) the results were satisfactory in 9 (69.2%) patients, which we attribute to a more flexible chest frame, faster healing and greater adaptability to an orthosis in the older age group - in 5 (55.6%).

Discussion. The selection of patients for conservative therapy with an orthosis was carried out primarily depending on the time after surgery, the state of the cardiovascular system, and the age of the patients. So, the optimal time to start using the orthosis can be considered 6 months, since during these periods the functional state of the heart is restored, which is determined by clinical methods, as well as using ECG and EchoCG. It is irrational to start compression at an earlier time, since such complications from the heart as arrhythmias, hydropericardium, etc. can be expected. In addition, in terms of 6

months, complete healing of the skin, as well as the heart scar, is noted. For the healing of a bone scar, longer periods are required, so the correction of bone deformity is possible. At a later date of 2 years after thoracotomy, it is not advisable to start chest correction, since we already have a formed callus, therefore, in the 2nd group, the deformity correction was significantly less effective, in the 3rd group, despite compression, the shape of the chest, practically hasn't changed. Similar results were obtained when comparing the effectiveness of correction depending on age: in 69.2% of children in the younger age group, the results can be regarded as satisfactory (almost complete restoration of shape), in the older age group, it took significantly longer periods to achieve the same effect but in 44.4% of patients of this age, the result was unsatisfactory.

Conclusions. A new conservative method for correcting acquired ACD after open heart surgery by wearing an orthosis can be considered effective if it is used early after surgery (6–12 months) and in children of the younger and middle age groups (3–12 years).

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ УКОРОЧЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Халимов Р.Д., Джураев А.М.

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

Введение. Благодаря успешному развитию метода чрескостного дистракционного остеосинтеза, где наиболее значительными являются достижения школы Илизарова, появилась возможность решения проблемы удлинения нижних конечностей у детей с врожденными укорочениями и аномалиями развития.

Цель исследования: Изучить эффективность оперативного лечения детей с врожденными укорочениями нижних конечностей с применением методик компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Материалы и методы исследования: С 2021 по 2024 годы в республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии выполнено 60 операций у 56 больных с врожденными нарушениями развития нижних конечностей. Возраст больных составлял от 3 до 17 лет. Нами были использованы клинический, радиологический, физиологический, биохимический, генетические, биомеханический, экспериментальный, статистический методы исследования

Результаты исследования: Система раннего оперативного лечения пациентов с врожденными нарушениями развития нижних конечностей должна быть направлена как на улучшение опорно-динамической функции конечности, так и на создание благоприятных условий для их последующего роста и развития. Стимуляция репаративного остеогенеза, а также создание благоприятных условий для регенерации тканей позволяют сократить сроки и улучшить анатомо-функциональные результаты лечения. Нами доказана эффективность удлинения в высокодробном круглосуточном автоматическом режиме, а также использования интрамедуллярного армирования изогнутыми спицами с точки зрения сокращения длительности внешнего остеосинтеза за счет стимуляции репаративного

остеогенеза при удлинении конечностей и улучшения анатомо-функциональных результатов.

Заключение. Таким образом, в результате проведенного исследования определены факторы (возраст пациента к моменту начала лечения, этапность оперативного удлинения конечностей, условия дистракционного остеосинтеза, рост и развитие сегмента после окончания оперативного удлинения и проч.) положительно и отрицательно сказывающиеся на сроках лечения и анатомо-функцноналыюм результате, что позволяет планировать стратегию лечения больных с врожденными нарушениями развития нижних конечностей.

РОЛЬ ФЕНОТИПО-ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Хакимов Ш.К., Акрамов В.Р., Мухамедов Б.С. Тешаев А.А. Ахмедов Ш.Ш., Хамраев Б.У., Нуруллоев С.О.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара

Введение. Воронкообразная деформация грудной клетки относится к группе дисплазии соединительной ткани. Это генетически детерминированное заболевание, проявляющееся нарушением развития соединительной ткани в эмбриональном и постнатальном периодах. Значимость изучения фенотипических проявлений диспластических нарушений заключается при выборе метода коррекции ВДГК .

Цель: изучить фенотипические особенности клинических проявлений синдромальных патологий у детей с ВДГК.

Материалы и методы. Исследование проведено в условии клиники Хирургии сочетанного повреждения детского возраста Бухарского филиала РНЦЭМП с 2016 по 2019 годы у 20 детей и подростков с ВДГК, пациентам выполнена коррекция по методу D. Nuss и его модификации. Генетическая консультация была прок ведена в кабинете генетика Областного многопрофильного медицинского центра г. Бухары. Больные были распределены по полу: мальчиков было 12 (60%) и девочек 8 (40%), с отношением 3:2.

Результаты. Генетическое состояние детей было оценено по выраженности фенотипических клинических проявлений ДСТ согласно классификации, предложенной Т. Милковска-Дмитровой и А. Каракашевым. У больных установлена степень дисплазии как следующие: у 8 (40%) детей легкая (I) степень дисплазии, у 8 (40%) детей средняя (II) степень и у 4 (20%) детей тяжелая (III) степень ДСТ. По степени тяжести ДСТ был выбрался метод коррекции.

Оперативная коррекция выполнена по методу D. Nuss и его модификации и при всех клинических примерах достигалась адекватной коррекции, даже у 2 (20%) детей подросткового возраста (15-17 лет) с дополнительными манипуляциями, как стернотомия и резекция ребер. Во всех случаях достиг хороших косметических результатов. После оперативного вмешательства больные чувствовали

себя удовлетворительно, были выписаны на амбулаторное лечение. В ближайшем послеоперационном периоде результаты были хорошие.

Как известно, морфологически структура грудины проявляются в недостаточной прочности особенно, области переднего грудино-реберного комплекса, что могут продолжаться и в динамике роста ребенка, по другому, возрастная мягкость костно-хрящевой основы грудного каркаса сохраняется. Поэтому установленная в ретростернальном пространстве пластина постепенно могут втыкаться в тело грудины. При этом, на какой то степень утеряется достигнутая коррекция или же может быть появиться атипичная килевидная деформация в передней грудной стенке. Поэтому через некоторые времени в 2 (10%) случаях пришли к установке вторую пластину для удержания грудино-реберного комплекса в корригированном положении. На сегодняшний день у этих 2-х пациентов ношение пластины продолжается и косметический результат хороший.

Заключение. Таким образом, причиной появления таких осложнений, как вторичной килевидной или атипичной деформации в передней грудной стенке связано с тяжестью ДСТ, что усложняет выбор метода коррекции при ВДГК. Поэтому по нашему мнению, правдоподобно, что пациентам с ВДГК необходимо обследовать на степень ДСТ и в связи с результатом исследования приходиться провести индивидуальный подход в отношении выбора метода коррекции и установки количества ретростернальных фиксаторов.

РЕАКЦИЯ ТКАНЕЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА НА ИМПЛАНТАЦИЮ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА.

Хамраев А.Ш., Тугузов Б.Э.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент

Метод эндопротезирования тазобедренного сустава широко распространился и занял прочное место в арсенале современной ортопедии. Однако, эндопротез являясь сугубо механической системой, имеет ограниченный ресурс использования. Кроме того, являясь инородным телом, он играет роль стимулятора защитных и адаптационных механизмов. Анализ клинического материала 623 больных и опыт лечения 52 осложнений стал причиной сужения показаний к эндопротезированию. При ревизии области эндопротеза, у 14 больных выявлено расшатывание суставного компонента, у 11 больных расшатывание ножки, у 16 больных произведена тотальная замена, в 5 случаях выявлено ослабление резьбовых соединений, у 4 больных в связи невозможностью реимплантации выполнена костная пластика и у 7 больных эндопротез удален в связи с глубоким нагноением данной области.

У этих больных появлялись жалобы на боль в области эндопротеза и боль, часто иррадиирующая в коленный сустав. Части этих больных, после клинико-рентгенологического исследования назначено остеотропные средства и некоторым из них выполнена остеоперфорация бедренной кости. Практика показала, что причиной функционального неудовлетворительного состояния эндопротеза становится биологическая реакция ткани, окутывающей эндопротез, инфекция и износ частей эндопротеза.

При ревизии области эндопротеза 52 больных наблюдали 3 вида защитно-адаптационной реакции. Наряду с защитной реакцией, которая выражалась образованием соединительно-тканной капсулы вокруг инородного тела (эндопротеза), у 32 из них имело место образование оссификатов в области большого вертела. Защитную реакцию можно разделить на 4 стадии, где с начало в зоне контакта образуется тонкая фиброзная капсула, которая плотно спаяна с металлом, во второй стадии, по причине циклических переменных нагрузок происходит утолщение капсулы, которая отслаивает металл от костной ткани. В 3 стадии происходит резорбция кости, которая диагностируется рентгенологически. В этой стадии, из-за раздражения капсулы металлической ножкой происходит ее асептическое воспаление, с накоплением экссудата и оседанием фибрина на стенках капсулы. В результате утолщения капсулы, которая отдаляет эндопротез от кости и наличия экссудата при нагрузке может произойти гидравлическая отслойка металла от кости. В 4 же стадии наблюли деструкцию костной ткани, атрофию диафиза бедренной кости и протрузию эндопротеза. Нужно отметить, что каждая стадия имеет свою специфическую клинико-рентгенологическую картину. Гистологические исследование удаленной капсулы показало, что стенка полости, где находился эндопротез, имелась густая инфильтрация фибробластическими, лимфоидными клетками, макрофагами с инородными частицами. Эти процессы усугубляются еще тем, что в процессе работы эндопротеза, продукты износа ингибируют окружающие ткани.

Кроме того, нужно помнить, что эндопротез являясь металлической конструкцией, помещенной в агрессивную среду и находящейся под постоянным переменно-циклическим давлением, может просто сломаться по причине усталости металла.

Поэтому, желательно эндопротезирование выполнять после 55-60 лет, профилактику и лечение осложнений целесообразно проводить в зависимости от стадии защитных и адаптационных реакций области эндопротеза. При ревизии эндопротеза необходимо выявлять признаки нестабильности в местах крепления и если позволяют местные условия и общее состояние больного установить новый эндопротез.

СОН БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИДА БИРЛАМЧИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШНИНГ ПРОФИЛАКТИК ТАМОЙИЛЛАРИ

Хамраев А.Ш., Хамроев Ф.Ш., Турсунов Б.А., Ахмедов А.Э.

Хамраев Ш.Ш. номидаги Нейроортомед клиникаси, Тошкент

Сўнгги йилларда тиббиётда ҳужайраларни танадан ажратиш ва уларни даволаш жараёнида қўллаш билан боғлиқ ажойиб кашфиётлар қилинмоқда. Буларнинг орасида эмбрионал илдиз ҳужайраларининг салоҳияти жуда юқори: деярли барча турдаги ҳужайраларга таъсирини ўтказади ва регенератив фаолликка туртки беради. Буларга мезенхимал ва экзосомал илдиз хужайралари мисол бўлади. Экзосомал илдиз ҳужайралар (ЭИХ) ёрдамида яллиғланишни тузатиш, фаолият бузилишларини бартараф этиш мумкин. Таъкидланишича, экзосомал илдиз ҳужайралари иммуносупрессив таъсирга эга бўлиб, аутоиммун касалли-

кларни даволашда ҳам қўллаш мумкин. Ҳозирги вақтда ушбу ҳужайралар етакчи дунё лабораторияларида жадал ўрганилмоқда. Уларни олиш ва етиштириш катта ҳужайраларга қараганда анча қийин бўлса-да, бу йўналишдаги тадқиқотлар жуда истиқболли ҳисобланади.

Барча тиббиёт йўналишлари қатори травматология-ортопедия сохасида хам регенератив тиббиёт жадал равишда кириб келмоқда ва юқори самарадорликка эга бўлмоқда. Асосан, бўғимларда ривожланадиган дегенератив-дистрофик касалликларнинг "ёшарганини" инобатга олганда, регенератив усуллар ёрдамида бўғимлардаги патологияни тўхтатиш, юзага келган ўзгаришларга ижобий таъсир қилиш, бўғимлар фаолиятини тиклаш, қолаверса, бўғимларни сунъий мосламалар билан алмаштиришнинг (эндопротезлаш ва б.) олдинини олишга яхши "хизмат" қилмоқда.

Ишнинг мақсади: сон бошчаси асептик некрози билан оғриган беморларда бўғимларни бирламчи эндопротезлаш профилактикаси тамоилларини ишлаб чиқиш.

Материал ва усуллар: Тадқиқот материалини 56 нафар сон суяги асептик некрозининг турли оғирлик даражаси билан касалланган беморлар ва коксартроз билан оғриган 22 нафар беморлар ташкил этади. Беморларнинг жинси бўйича таҳлил қилинганида: эркак жинсига мансуб 68 та (87,2 фоиз), аёл жинсига мансуб 10 та (12,8 фоиз) эканлиги аниқланди.

Беморларга қуйидаги регенератив даволаш усуллари қўлланилди: плазмолифтинг 45 беморда, ПРП 18 беморда, SVF 7 беморда, BiMAC 4 беморда, ЭИХ 4 беморда. Даволаниш мажмуавий олиб борилди ва регенератив усуллар асосий реабилитацион жараённинг бир қисми сифатида қўлланилди.

Беморлар динамикада кузатилди. Клиник кўрикка қўшимча, кўрсатмага биноан, рентгено-радиологик текширишлар хам ўтказилди.

Натижадорлик. Ушбу тадқиқот СБАН ва коксартроз касалликларининг турли оғирлик даражасида регенератив усулларнинг бўғим тўқималарига таъсирини ўрганишга қаратилган бўлиб, олинган маълумотлар ва самарадорликни баҳолаш таҳлили асосида "даволаш мезонлари" аниқланди, улар асосида "даволаш дастури" ишлаб чиқилди ва қўллашга таклиф этилди.

Хулоса. Регенератив даволаш усуллари асосида сон бошчаси асептик некрози ва коксартрознинг бошланғич даражалари билан оғриган беморларда бўғимларни бирламчи эндопротезлашдан сақлаб қолиниши имконини беради.

СПАСТИК ГЕНЕЗЛИ КОНТРАКТУРАЛАРДА БОЛДИР СОХАСИ МУШАК-СКЕЛЕТ ТИЗИМИ ҲОЛАТИНИНГ МОРФОФУНКЦИОНАЛ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА КЛИНИК ЖИҲАТЛАРИ

Хамроев Ф.Ш., Тешаев Ш.Ж., Истамов Б.К.

У.Курбонов номидаги Республика болалар рухий-асаб касалхонаси, Тошкент
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро

Кириш. Болалар мия фалажи касаллигининг дастлабки босқичида суяк-мушак системасининг турли хил кўринишда намоён бўлиши мушакларнинг ригидлиги, мушакларнинг заифлиги, заиф селектив ҳаракат назорати, юмшоқ

тўқималар ва бўғимларнинг контрактуралари, буралиш деформациялари ва тутқичларнинг дисфункцияси кузатилади. Ушбу касалликка чалинган болаларга самарали даволанишни таъминлаш учун батафсил функционал баҳолаш, клиник текширувлар, юриш анализи ва рентгенологик текширувларни баҳолашни ўз ичига қамраб олади. Таянч-ҳаракат системаси билан боғлиқ муаммоларнинг ривожланиши ва авж олувчи хавф омилларини аниқлаш учун морфофункеционал хусусиятларни аниқлаш муҳимдир, шунда уларни четлаб ўтиш учун эрта чоралар кўриш мумкин бўлади.

Мақсад: болалар церебрал фалажида болдир сохаси мушак-скелет тизими ҳолатининг морфофункционал хусусиятлари ва клиник жиҳатларини ўрганиш.

Материал ва усуллар. ДЦП нинг турли оғирлик даражаси билан хасталанган беморлар болдир сохасидан олинган мушак пай тўқимаси гематоксилин-эозин бўёғидан фойдаланиб гистологик текширув ўтказиш; мушак тўқимаси гистиоархитек-тоникасини ёшга доир морфологик ва морфометрик ўзгаришларини тахлил қилиш, гистокимёвий бўяш орқали ШИФФ ва Ван Гизон усулларида мушак ва пайлардаги оралиқ метаболитлар, склеротик ўзгарган тўқима таркибидаги фуксинофил коллаген толаларнинг морфологик жихатларини ўрганиш хисобланади.

Тадқиқотга материал сифатида олинган жами 120 та ДЦП нинг турли оғирлик даражаси билан касалланган ва ахиллопластика амалиёти бажарилган беморлар ва назорат гурухида 12та 3-7 ёшда турли хил пневмониялардан вафлт этган мурда аутопсиялари ташкил этади. Беморларнинг жинси бўйича таҳлил қилинганида: эркак жинсига мансуб 78 та (65,0 фоиз), қиз жинсига мансуб 42 та (35,0 фоиз) эканлиги аниқланди.

Тадқиқот гуруҳи интраоперацион биопсия ва аутопсияси пайтида болдир сохаси мушак пай тўқимасидан олинган 0,5Х1,0 см катталикдаги бўлакчалар формалиннинг 10% фосфат буферида тайёрланган эритмасида камида 48 соат давоми қотирилди.

Бўялган гистологик препаратлар ZEISS (Primo Star, 64 MP камера, 40, 100, 400 ўлчамда, Германияда ишлаб чиқарилган) ёруғлик микроскопи ёрдамида ўрганилди ва микротасвирларга олинди.

Натижадорлик. Ушбу тадқиқотлар морфологияси ва мушак пай тўқимасининг ДЦПнинг турли оғирлик дараждасидаги таъсири ҳақида батафсил маълумот олишга қаратилган.Мушак ва пай тўқимасининг ўлчамлари: мушак ва пайларни морфометрик текшириш учун, миоцитлар диаметри, анастамоз тармоқлари сони, ядросининг ўлчамлари, стромасидаги бириктирувчи тўқиманинг эгаллаган майдони ва қон томирларнинг эгаллаган майдонлари мкм ва фоизларда хсиобланди, пай таркибидаги коллаген толаларнинг зичлиги, тутамлар қалинлиги, оралиқдаги ретикуляр толаларнинг нисбати, стромадаги оралиқ моддасининг эгалаган майдони, патологик коллаген толаларнинг эгаллаган майдони ва бошқа ўзгаришлардаги стромал тўқиманинг эгаллаган майдонини аниқлаш, баҳолаш ва олинган маълумотлар таҳлили асосида аниқ мезонлар таклиф этишдан иборат.

Хулоса. Бундай тадқиқотлар натижасида олинган маълумотлар тахлили ДЦПнинг турли шаклларидаги контрактура ва деформацияларнинг оғирлик даражасини олдиндан прогнозлаш ва даволаш тактикасини белгилашда мухим мезон сифатида хизмат қилади.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ДИСПЛАЗИИ ВОРОНКООБОРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Рузикулов У. Ш.

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

Введение. Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) является одной из сложных патологий детского возраста в ортопедии и по данным ряда авторов встречается у 0,4-2,25% детей, что составляет до 91% от всех врожденных деформаций грудной клетки.

Несмотря на значительные успехи в лечении деформации грудной клетки, проблемы диагностики и лечения этой аномалии до настоящего времени не утратили своей актуальности. С ростом ребенка процесс усугубляется, что приводит к сдавлению внутренних органов грудной клетки, нарушая их функцию.

Однако сложность лечения ВДГК и высокая частота осложнений в значительной мере связаны с проявлениями хондродисплазии реберных хрящей. Известно, что существующий в организме коллаген представляет собой семейство фибриллярных белков, и в свою очередь является основным элементом соединительной ткани (кожи, костей, сухожилий, хрящей, кровеносных сосудов, зубов), объединяя клетки определенных структурных единиц. Коллаген, подобно фибрину, стабилизирован ковалентными поперечными связями. Рассматриваемые связи встречаются только в двух близких белках - коллагене и эластине. Коллаген необычайно богат глицином, пролином и лизином. В свою очередь коллаген содержит гидроксипролин и гидроксилизин, редко встречающиеся в других белках.

Изменения в созревании коллагена связаны с различными нарушениями метаболизма, обусловленные как структурными дефектами, так и изменениями пострансляционного созреваниями. Однако сведений с результативности нарушений метаболизма коллагене при ВДГК единичны и остаётся важным вопрос об осуществлении корригирующей терапии восстановления протеолитический активности.

Цель работы – количественное изучение аминокислот в крови и моче при ВДГК у детей.

Материал и методы: было обследовано 210 детей с ВДГК в возрасте 4-18 лет, из которых в138 (65,7%) случаях были девочки и в 72 (34,3%) - мальчики. При этом соотношение больных женского и мужского пола составила 1:1,6. У 88 (41,9%) пациентов ВДГК диагностирован как II-степени, у 122 (58,1%) пациентов III-степень деформации. Пациентам проведены общеклинико-диагностические исследования: общий анализ крови (ОАК); биохимический исследования: тандем масс-спектрометрия (ТМС) и хромато-масс спектрометрия с количественным определением уровня пролина в крови, оксипролина и глюкозамингликана в моче; лучевые методы: магнитно резонансная томография (МРТ) и специальные инструментальные (рентгенограмма грудной клетки, спирография, электрокардиограмма, эхокардиограмма) исследования.

Исследование оксипролина включало изучение свободного и связанного оксипролина (в составе пептидов с массой 700 D), что давало в сумме содержание общего оксипролина (в миллиграммах на 100 мл мочи). Статистически значимых различий в показателях экскреции оксипролина не обнаружено. Статистическую обработку проводили в программе «Медстат» с установлением критерия Стьюдента.

Результаты и обсуждение: Результаты исследований выявили, что между изолированной и синдромальной формами ВДГК значимые различия были обнаружены в содержании свободного оксипролина, которое было ниже при синдроме Марфана ($p<0,05$), чем в случаях изолированных форм и в величине отношения свободного оксипролина к пептидосвязанному (>700D) с той же статистической значимостью. Исходно полученные данные, анализируемые в аспекте нарушения функций соединительной ткани, свидетельствуют о повышении выделения оксипролина у детей с ВДГК, мотивированное изменениями обменных процессов.

При изолированной форме ВДГК и ВДГК, на фоне синдрома Марфана - ниже ($p<0,05$ и $<0,01$ соответственно). Относительное содержание связанного оксипролина в пептидах (<700D) и отношение пептидосвязанного окснпролина в пептидах с молекулярной массой <7000 и отношение пептидосвязанного оксипролина (<700D/<700D) при изолированной ВДГК и ВДГК на фоне синдрома Марфана, оставался в пределах нормы. Отношение свободного оксипролина к пептидосвязанному (<700D) при изолированной форме ВДГК была в пределах нормы, при ВДГК на фоне синдрома Марфана - ниже нормы ($p<0,001$). Согласно полученным данным, можно акцентировать, что для ВДГК независимо от формы, характерно сниженное содержание общего оксипролина по сравнению с показателями у здоровых детей того же возраста, что свидетельствует о снижении синтеза коллагена.

Однако в доступной литературе имеются сведения, что при синдроме Марфана без ВДГК экскреция оксипролина либо повышена, либо находится в пределах нормы Полученные данные проведенных исследований указывают, что сниженная экскреция оксипролина с мочой при синдроме Марфана связана с наличием ВДГК. Характер изменений показателей свободного и пептидосвязанного оксипролина при синдромальных формах ВДГК свидетельствует о специфическом нарушении деградации коллагена у этих больных, что может быть обусловлено или изменением активности коллагенолитических протеаз, или же структурными особенностями коллагеновых фибрилл. Нарушения в соотношении свободного и пептидосвязанного оксипролина ассоциируются с наличием рассматриваемых синдромов и по-видимому, не связаны с присутствием или отсутствием ВДГК.

Показателей аминокислоты в крови определяли с помощью тандем масс спектрометрии. В данной патологии в основном снижается пролин (норма 100-645), глицин (норма 150-150ед +0,03) и др. В раннем возрасте, при компенсированных изменениях обменных процессов, при достаточно правильной лечебной тактике, совмещении корригирующих повязок, массажа, лечебных хвойно-солевых ванн, выпрямления осанки, применения витаминных комплексов (компливит, олиговит, В6), методов лечебной физкультуры процесс инволюции соединительной ткани весьма положителен. В более старшем возрасте возникает необходимость более продолжительных лечебных мероприятий. Курсовое (4 раз

в год) применение витаминных препаратов (аскорбиновая кислота), препаратов хондроитин сульфата, массаж, дыхательная гимнастика, стимулирующие обменные процессы весьма положительно сказываются на восстановлении связочного аппарата в области грудино-реберного комплекса.

Таким образом, повышенное содержание свободного оксипролина и сниженное содержание пептидосвязанного (<700D) оксипролина характерно, по-видимому, именно для этого синдрома, несмотря на гетерогенность его проявлений и множественность типов и не связанно с ВДГК как таковой. После консервативного лечения нормализировалось показателей аминокислоты в крови (пролин, лизин, глицин и др.) проявляющиеся в нормализации коллагенобразования, что, предположительно, может быть обусловлено либо «переключением» генетического аппарата хондроцитов на нормальную работу, либо конкурентной заменой диспластических хрящевых клеток на нормальные.

Проведенные исследования являются достоверным диагностическим критерием установления синдрома Марфана и способствует осуществить адекватную медикаментозную коррекцию лечения детей с ВДГК в постоперационном периоде. Медикаментозная коррекция при синдромальной форме ВДГК в постоперационном периоде позволит укрепить грудино-рёберный комплекс и предотвратить риск развития рецидива после снятия металлической пластины.

YASSIOYOQLIKNING RIGID TURINI DAVOLASHGA ZAMONAVIY YONDASHUV

Xodjanov I.Yu., Umarov X.I.

Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy amaliy tibbiyot markazi
Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon

Mavzu dolzarbligi. Yassioyoqlikni to'g'ri davolashda aniq tashxis qo’yish talab qilinadi, chunki aynan shu holatdagina kasallikni davolashga etiopatogenezidan kelib chiqqan holatda ratsional yondashuvga asos bo’ladi. Tovon suyagi-qayiqsimon suyak koalyatsiyasi oyoqning qiyshiq rentgenogrammasida yaxshi ko’rinaadi. Bu patologiyani bosh barmoq kalta yozuvchi payini rezeksiya qilish orqali bartaraf etish mumkin. Agar tashxis yetarlicha erta qo'yilgan bo'lsa, rezeksiya oyoqning deyarli normal holatiga olib kelishi mumkin. Oshiq va tovon suyaklarining koalyatsiyalari orqa, o'rta yoki old yuzalarda sodir bo'lishi mumkin. Eng keng tarqalgan koalitsiyalar o'rta jabhada, undan keyin oldingi jabhada koalitsiyalar, orqa jabhada koalitsiya kamdan-kam uchraydi. O'rta bo’g’im yuzasi sohasidagi koalyatsiya odatda konservativ yo'l bilan bartaraf qilinadi; uch tomonlama artrodez faqat konservativ choralar muammoni bartaraf etmasa qo'llaniladi. O'rta bo’g’im yuzadagi talokalkaneal rezektsiya kamdan-kam hollarda qo’llaniladi, lekin ba'zida oshiq suyagi medial plantar nervni bosganda yoki to'piqda mexanik o’zgarishlar sodir bo’lganda yordam beradi. Old bo'g'imning koalyatsiyasi gipsli bog’lam bilan immobilizatsiya qilinib ko’riladi, lekin ko'pincha uchtalik artrodez kerak bo'ladi. Revmatoid artrit va travmadan keyingi kabi boshqa ortirilgan yassioyoqlik ham uchrab turadi. Revmatoid artrit uchun uchtalik artrodez tavsiya etilmaydi, lekin travmadan keyingi rigid yassioyoqlik uchun tavsiya etiladi. To'liq diagnostik baholashni amalga oshirish uchun rigid yassioyoqlikning boshqa kam uchraydigan sabablarini ham hisobga

olish kerak, chunki hatto neoplazma (fibrosarkoma) ham ushbu patologiyani keltirib chiqarishi mumkinligi haqida holatlar qayd etilgan.

Ilmiy ishning maqsadi. Rigid yassi oyoqlikning kelib chiqish sabablarini va patomexanizmini hisobga olgan holda uni jarrohlik yo'li bilan davolashda optimal usulni aniqlash, og’riq sindromini kamaytirish va reabilitatsiya davrining qisqartirish.

Materiallar va usullar. Rigid yassi oyoqlikni 1-4 davrdagi og'irlik shakllarini davolash samaradorligi 7 yoshdan 18 yoshgacha bo'lgan 72 nafar bolalarda tahlil qilindi, ular asosiy va nazorat guruhlariga bo'lingan. Klinik va rentgenologik diagnostika usullari qo'llanilgan. Asosiy guruhdagi 51 nafar bemor bolalar suyak va yumshoq to'qimalarda jarrohlik amaliyotini o'tkazdilar. Nazorat guruhidagi 21 nafar bemor bolalar subtalar artroerez usuli yordamida operatsiya qilindi. Tadqiqot Xelsinki deklaratsiyasi tamoyillariga muvofiq amalga oshirildi. Tadqiqot uchun ota-onalar va bolalardan xabardor qilingan rozilik olindi.

Natijalar. Subtalar artroerez usuli yordamida yassioyoqlikni davolash nisbatan samarasiz bo’lib chiqdi - bunda bemorlarning operatsiyadan keyin to’piq osti sohasida diskomfort va og’riq paydo bo’lishi, og’riq paydo bo’lgan og’riq hisobiga bemorlarda harakat erkinligi oshishi o’rniga kamaydi. Bundan tashqari subtalar implant olingandan so’ng yassiyoqlik retsidivlanishi kuzatildi.

Ijobiy natijalar kichik boldir uzun poyi transpozitsiyasi, boldir orqa muskuli payini qisqartirish bilan birgalikda qo'shma qayiqsimon va ponasimon suyaklar artrodezidan foydalanish orqali olindi.

Xulosa. Tovon suyagi osteotomiyasi-bu oyoqning orqa yuzasidagi deformatsiyani jarrohlik davolash uchun qo'llaniladigan jarroxlik amaliyoti. U statik va dinamik ta'sirga ega bo'lib, boldirning 3 boshli mushagi va plantar aponevrozni hosil qiluvchi ikki qorin mushaklariga ta'sir qilish nuqtasini qayta yo'naltiradi. Tovon suyagi osteotomiyalari joylashuvi, shakli va siljitish darajasi bilan farq qiladi, ammo ularni umumlashtirib oshiq suyagi holatiga ta'sir qiluvchi tuberoz osteotomiya va shopar bo’g’imining yo'nalishiga ta'sir qiluvchi servikal osteotomiyaga bo'lish mumkin. Oyoqning orqa qismidagi deformatsiyada foydalanadigan tovon suyagining 3 ta asosiy osteotomiyasi keng tarqalgan: oshiq suyaginining varus-valgus deformatsiyasi, valgus yassioyoqlar va o'rta oyoqning abduktor/adduktor deformatsiyasi. Mediallashtiruvchi osteotomiya: teri asoratlarini kamaytirish uchun teri orqali amalga oshiriladi va valgus yassi oyoqlarini davolash uchun tovon bo'yni osteotomiyasi bilan osongina birlashtiriladi; Hinterman servikal adductor osteotomiyasi: medial kortikal qatlamni saqlab turganda mukammal burchakli osteotomiyani ta'minlaydi. lateralizatsiya osteotomiyasi: o'tkir tarsal tunnel sindromining oldini olish uchun medial kirish orqali amalga oshiriladi. Oyoq deformatsiyasiga yuqorida berilgan jarrohlik amaliyotlari murakkab, keng ko’lamli va ko'p to'qimali operatsiyani o'z ichiga oladi, bu esa yetarlicha xavf tug'diradi, shu sababdan tavsiya etilayotgan yangi - kichik boldir uzun payi transpozitsiyasi, boldir orqa muskuli qisqartirish bilan birgalikda qo'shma qayiqsimon va ponasimon suyaklar artrodezidan foydalanish usuli yuqorida sanab o’tilgan patologiyalarni bir vaqtni o’zida bartaraf etish imkonini beradi.

ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ПЕРЕДНЕГО ВЫВИХА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Шамукимов Ш.А., Файзиматов М.А., Турсунова С.А., Садиков С.А., Жалолов Х.А.

Республиканский центр детской ортопедии

Врожденный вывих костей голени является очень редким заболеванием. Частота встречаемости 1 случай на 100 000 новорожденных. Может проявляться изолированно или входить и в состав синдромов общей дисплазии соединительной ткани и наследственных болезней, таких как Элерса-Данло, Ларсена, марфаноидной гипермобильности суставов и др. Он часто сочетается с другими аномалиями опорно-двигательного аппарата, такими как дисплазия тазобедренного сустава, косолапость, врожденный вертикальный таран.

Целью исследования является анализ лечения врожденного вывиха коленного сустава.

Материалы и методы исследования. В период с 2016 г. по 2024 г под нашим наблюдением находились 15 (27 суставов) детей с врожденным вывихом костей голени. Мальчиков 4, девочек 11. Возраст от 1 дня до 4х лет.

Двусторонний вывих был у 10 пациентов (66%), у 5 (33%) был односторонний.

Клинически наиболее ранним и постоянным диагностическим симптомом врожденной патологии коленного сустава всегда является переразгибание и ограничение движений в коленном суставе ребенка, которое, как правило, было болезненным. Область коленного сустава приобретает ступенеобразную форму. Резкое ограничение сгибания при выраженном переразгибании наблюдается при сформированном вывихе.

При пальпации в подколенной ямке определяются мыщелки бедра, которые разобщены с голенью. Межмыщелковая впадина углублена, кожа над этой областью натянута, а на передней же поверхности сустава визуализируются несколько поперечных кожных складок. Сгибанию коленного сустава препятствуют сгибатели голени, которые берут на себя функцию разгибания. Объем движений в суставе составляет не более 15 — 20 градусов. Все перечисленные симптомы могут наблюдаться единовременно, либо имеет место лишь их часть

У всех детей имелся выраженный симптом «переднего выдвижного ящика», боковая нестабильность в вывихнутом положении.

У двух пациентов были признаки вывиха или подвывиха бедра. У 5 пациентов были признаки гипоплазии малоберцовой кости. У трех из них имел место боковой подвывих голеностопного сустава конечности гипоплазированной малоберцовой костью.

Результаты и обсуждение. Из 27 колен, включенных в исследование, 6 достигли сгибания более 90° на момент постановки диагноза, а 5 попали в группу со сгибанием 30–90°. Консервативное лечение с этапным гипсованием начато у 100% больных. Из 5 коленных суставов в группе 2 (сгибание 30–90°) в 4 была выполнена V–Y-пластика в сочетании с капсулотомией. Средний возраст на момент операции составил 24 месяца (8–60 месяцев). Средний период наблюдения составил 3 лет (минимум 2–максимум 6 лет). После завершения лечения диапазон движений был полным для разгибания (разгибание 0° при поражении контралатерального

колена или полное разгибание по сравнению со здоровым контралатеральным коленом) в 9 коленях (90%) и для сгибания (сгибание 120° при поражении контралатерального колена). поражено или полностью согнуто по сравнению со здоровым контралатеральным коленом) в 4 коленях (40%).

Вывод. Ранняя диагностика (в родильном зале, в первые часы и дни жизни ребенка) имеет решающее значение в исходе заболевания. Лечение, начатое в первые часы после рождения, помогает существенно сократить сроки лечения и улучшить результаты. У детей с не леченым вывихом костей голени развивается ригидность и нестабильность коленных суставов. Положительный хирургический результат достигается при удлинении четырехглавой мышцы бедра.

QO‘LNING TUG‘MA RIVOJLANISH NUQSONLARI BILAN BO‘LGAN BOLALARNI PSIXOLOGIK HOLATINI O‘RGANISH

Shamukimov Sh., Nazarova N.Z.

Respublika bolalar ortopediya markazi, Toshkent,
Toshkent tibbiyot akademiyasi

Tekshiruv maqsadi. Murakkab turdagi qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi bilan bo‘lgan bolalarda psixoligik o‘rgarishlarni va hayotga adaptatsiyasini o‘rganish.

Tekshiruv materiali va usullari. Qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi murakkab formalari bilan bo‘lgan bemorlarning psigoemotsional holatini to‘liq va ishonchli o‘rganish uchun biz ushbu patologiya bilan ilgari operativ davolangan, hozirda 7-10 yosh bo‘lgan bolalar guruhini tanladik. 7 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan (19 o‘g‘il va 9 qiz) qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi murakkab formasi bo‘lgan 11 bemorda psixologik tekshiruv o‘tkazildi. Nazorat guruhiga Toshkent shahrinin 220-sonli maktabda tahsil olayotgan 7-10 yoshdagi 25 nafar sog‘lom bolalar kirdi. Qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi murakkab formasi bilan ilgari operativ davolangan va sog‘lom bolalarning intellekt tarkibidagi "hayot sifati", psihoemocional xususiyatlari, o‘ziga va o‘z kasalligiga bo‘lgan munosabati, engish mexanizmlarining xususiyatlari, shuningdek, shaxsiy xususiyatlarni qiyosiy o‘rganish o‘tkazildi. Hayot tarixini o‘rganish shuni ko‘rsatdiki, nazorat guruhidagi bolalarning 77 foizida va qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi murakkab formasi bo‘lgan bolalarning 71,5 foizida hech qanday hamroh kasalliklar yo‘q. Nazorat va eksperimental guruhlar oilalarining ijtimoiy xususiyatlari shuni ko‘rsatdiki, bolalarning aksariyati ikki ota-onali oilalarda tarbiyalangan (mos ravishda 96,2% va 94,3%). Ikkala guruhdagi bolalarning yarmidan ko‘pi aka-ukalarga ega (87% sog‘lom bolalarda va 85,5% qo‘l tug‘ma nuqsoni bor bolalar). Suhbat va kuzatish natijalariga ko‘ra, ko‘pchilik kasal bolalarning ijtimoiy doirasi ularning kasalxona muhiti va oila a‘zolari bilan cheklangan, bu tez-tez kasalxonaga yotqizish bilan bog‘liq bo‘lib, sog‘lom tengdoshlari bilan aloqa qilish imkoniyatini cheklaydi. Bundan tashqari, ba‘zi bemorlar uyda qolgan va maktabgacha ta‘lim muassasasiga bormagan.

Tekshiruv natijalari. Qo‘l tug‘ma sindaktiliyasi murakkab formasi bilan va sog‘lom bo‘lgan bolalarning "hayot sifati" ni solishtirish (Pirs-Xarris usuli natijalariga ko‘ra) tashqi ko‘rinishdagi t = 2,04; tashvish t=2,92 ; mashhurlik t = 2,81 ko‘rsatkichlarda sezilarli farqlarni ko‘rsatdi. Biz bemor va sog‘lom bo‘lalarning "hayot sifati" tuzilishining korrelyatsion tahlilini o‘tkazdik (va -rasm). Sog‘lom bolalarda "hayot sifati" ning barcha

parametrlari oʻzaro bogʻliq boʻlib chiqdi (barcha bogʻliqliklar p<0,05ʻ aniqlikda), "tashvish" parametridan tashqari. Ehtimol, tashvish sogʻlom bolalarning "hayot sifati" ga taʻsir qilmaydi. Bemor bolalarning "hayot sifati" tarkibida maʻlum xususiyatlar seziladi. Bemor bolalarda "tashvish" koʻrsatkichi "tashqi koʻrinish" (r = 0,36), "xulq-atvor" (r = 10,33), "baxt" (r = 0,46), "mashhurlik" (r = 0,49) koʻrsatkichlari bilan bogʻliqlikni hosil qiladi. Mavjud nuqson kasal bola hayotining barcha jabhalariga taʻsir qiladi. Qoʻlning rivojlanish nuqsonlari boʻlgan bemorlarning xulq-atvori va ijtimoiy faolligi koʻp jihatdan ularning nuqsoniga boʻlgan munosabati bilan belgilanadi. Ehtimol, nuqsonning kosmetik tomoni haqida tashvishlanish salbiy his-tuygʻularning paydo boʻlishiga olib keladi, yuqori tashvish va oʻz-oʻzidan shubha hosil qiladi.

Xulosa. Shunday qilib, qoʻlning rivojlanish nuqsonlari boʻlgan bolalarning "hayot sifati" koʻrsatkichlari (tashqi koʻrinish, tashvish, mashhurlik) sogʻlom tengdoshlariga nisbatan kam boʻlib, bu ularning "ijtimoiy rivojlanish holati" ning xususiyatlarini aks ettiradi.

СОН СУЯГИ БОШЧАСИ АСЕПТИК НЕКРОЗИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА СТРОМАЛ МЕЗИНХИМАЛ ЎЗАК ХУЖАЙРАЛАРИ ФРАКЦИЯСИ (SVF) ТЕРАПИЯНИНГ РОЛИ

Эшматов М.М., Акбаров Н.Н., Бердикулов С.Х., Гофуров И.Н.

Андижон вилоят травматология ва ортопедия шифохонаси, Андижон

Муаммонинг долзарблиги. Сон суяги бошчаси асептик некрозининг дастлабки босқичларида стромал мезинхимал ўзак хужайралари фракцияси (SVF) терапия усулида самарали даволаш бўғим тўқималарида дегенератив-дистрофик ўзгаришлар ривожланишини тўхтатиш имконини бериб, катта ижтимоий ва иқтисодий аҳамиятга эгадир. Сон суякги асептик некрози билан касалланган беморларнинг касаллик ривожланиш босқичидан келиб чиқиб даволаш тактикасини белгилаш ва бажарилган муолажалар самарасини кузатиш.

Текшириш материаллари ва усуллари. Андижон вилоят травматология ва ортопедия шифохонасига сон суяги бошчаси ассептик некрози ташхиси билан 2022 йилдан 2024 йилгача мурожаат қилган 23 та бемор иштирок этди. Эркаклар 16, аёллар 7 нафар. Беморларнинг ёши 22 ёшдан -55 ёшгача бўлган, уларнинг ўртача ёши 33,5 ёшни ташкил этди. Касаллик ривожланиш даражасини аниқлашда комплекс клиник, рентгенологик, КТ, МРТ диагностик текширув ўтказилиб, чаноқ сон бўгимида касалликнинг ривожланиш даражаси аниқланди. Кузатувимизда бўлган беморларнинг барчасида икки томонлама сон суяк асептик некрози 1-2 даражаси ривожланган.Уларнинг барчасига кам жароҳатли икки томонлама сон суяк бошчасини стромал мезинхимал ўзак хужайралари фракцияси (SVF) терапия муолажаси ўтказилди.

15 та беморда оператив муолажадан 3 ойдан сўнг мрт ва рентген текширувида ўзгаришлар аникланмади, 6 та беморда сон суяги бошчасида тоғай кисмидаги емирилган ўчоғлари тўлишганлиги аникланди.

Беморларга SVF. Стромал мезинхимал ўзак хужайраларини зарарланган сон чанок бўғим сохасига кўчириб ўтказиш жаррохлик амалиёти ўтказилди. Бунинг учун бемор юкорига ётган ҳолатида қорин сохаси йод – спирт артилди, икки ён

корин сохаси регионар оғриқсизлантиришдан сўнг корин ён ўнг ва чап сохасидан скалпел ёрдамида 0.5 см корин ёғ кавати тешилди хамда корин икки ён сохасига махсус суюклик юборилди. 15 дақиқадан сўнг липосакция килиб 120 мл корин ёғ хужайралари олинди. Жароҳат антисептик эритмалар билан ювилди,. Йод спирт асептик боғлам қўйилди. Бемордан олинган ёғ хужайралар фильтрдан 3 маротабда ўтказилиб, хамда центрифуга ёрдамида ствол мезенхимал ўзак хужайралари ажратилиб олиниб, плазма қўшилган холатда УЗИ назоратида чанок сон бўғимига юборилди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Сон суяк асептик некрози стромал мезинхимал ўзак хужайралари фракцияси (SVF) терапия муолажасида ўтказилданида септик асоратлар аниқланмади. Тадқиқот давомида динамикада беморлар 3, 6, ой текширилди. Беморларга 3 ойдан 6 ойгача пассив харакатлар, яъни кўлтик таёк ёрдамида юриш тавсия этилди. 15 та беморда оператив муолажадан 3 ойдан сўнг мрт ва рентген текширувида ўзгаришлар аникланмади, 6 та беморда сон суяги бошчасида тоғай кисмидаги емирилган ўчоғлари тўлишганлиги аникланди. 8 та беморда оператив муолажадан 6 ойдан сўнг мрт ва рентген текширувида сон суяги бошчасидаги деструктив ўзгаришлар ўзгаришсиз натижа берди, 13 та беморда сон суяги бошчасида тоғай кисмидаги емирилган ўчоғлари тўлишганлиги аникланди.

Кузатувимизда бўлган 2 беморда стромал мезинхимал ўзак хужайралари фракцияси (SVF) терапия муолажасида қарамай - Сон суяк бошчасида касалликнинг ривожланишини тўхтатиш иложи бўлмади, касаллик даражаси 3 босқичга етиб боргач,чаноқ сон бўгимини эндопрлотезлаш операцияси бажарилди.

Хулосалар. Шундай қилиб, Сон суяк асептик некрозини дастлабки босқичларда аниқлаш, кам инвазив стромал мезенхимал ўзак хужайралари фракцияси (SVF) терапия муолажасида даволаш патологиянинг ривожланишини олдини олади, тўгри танланган жарроҳлик даволаш тактикаси кўп ҳолларда беморларга яхши клиник натижаларга эришишга имкон беради.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА С НАРУШЕНИЕМ РАЗВИТИЯ ПРОКСИМАЛЬНОГО КОНЦА БЕДРА

Юсупова И.А., Джураев А.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, Ургенч

У некоторых детей после перенесенных воспалительных заболеваний, иногда, после перенесения заболеваний не воспалительного характера (рахит) в тазобедренном суставе, врожденных аномалий развития или вследствие каких-то неизвестных причин могут развиваться нарушения развития проксимального конца бедренной кости у детей. И как следствие, развитие в дальнейшем диспластического коксаартроза.

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 январь месяц и до 2023 февраля месяца находились 10 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 5 больных лечились консервативно по поводу дисплазии и врожденного вывиха тазобедренного сустава. У 7 пациентов поражение проксимального отдела было левосторонним, 3 - 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 6 пациентов) с гипертрофией большого вертела. В таких случаях нами произведено межвертельная корригирующая остеотомия бедренной кости с пересадкой большого вертела и удлинением шейки бедра.

Результаты. У всех 10 больных получен положительный результат. Выполненной операцией мы добились полного восстановления анатомических соотношений в тазобедренном суставе. Послеоперационных осложнений в виде нагноения раны нами не было отмечено.

Выводы. Таким образом, предложенная операция в тазобедренном суставе 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.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ТАЗОБЕДРЕННОМ СУСТАВЕ

Юсупова И.А., Джураев А.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность. Одним из неблагоприятных исходов леченных и нелеченых форм дисплазии тазобедренного сустава у детей является формирование комби-

нированной 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.

Цель исследования: рассмотреть эффективность предоперационной подготовки и реабилитации больных после хирургического вмешательства по поводу вальгусной и варусной деформации в тазобедренном суставе.

Материалы и методы: под нашим наблюдением в отделении детской ортопедии РСНПМЦТО за 2021-2023 гг находились 50 пациентов. Из всех изученных больных 32 (64,%) составили девочки и 18 (36%) мальчики с диагнозом правосторонняя или левосторонняя диспластическая соха vara, с наличием или без укороя чения пораженной конечности.

Возраст больных от 7 до 15 лет (в среднем 10 лет). До поступления в клинику все больные лечились консервативно по поводу дисплазии или врожденного вывиха тазобедренного сустава.

У 31 (62%) пациентов поражение проксимального отдела было левосторонним у 19 (38%) правосторонним. Показанием к операции являлось нарушение конгруэнтности и стабильности сустава.

Наличие ограничения движения, невозможность раздвинуть поражённую конечность в тазобедренном суставе, выраженная хромота, а также, в основном, комплекс неполноценности развившийся у детей вследствие наличия данной патологии. Рентгенография тазобедренных суставов производилась в передне – задней проекции при среднем положении бедер, при внутренней ротациии в положении отведения нижней конечности. На рентгенограмме определяли угол вертикального соответствия, ацетабулярный угол, значение ШДУ, угол антиверсии, показатели, характеризующие соотношение головки и trochanter major, наличие варусной и вальгусной деформации.

Период реабилитации был разделен на несколько этапов. На I этапе стандарт тно производилась смена повязок, назначались антибиотики, производилась инфузионная терапия для восстановлен объема циркулирующей крови, при необходимости обезболивание и симптоматическое лечение

В начале II- этапа (в среднем через 6 недель после операции) основное внимание было направлено на стимуляцию сращения костных фрагментов на уровне остеотомии и разработка движений в коленном суставе. Движения в основном, в начале, осуществлялись методистом затем самим ребенком.

На III -этапе на 6 месяц после лечения больной продолжал выполнять физиь ческие упражнения. На этом этапе физиотерапевтические процедура в виде парафина не применялись в нашей клинике в виду риска всасывания костных фрагментов. На этом этапе при односторонней патологии разрешалось ходить с помощью костылей.

IY – этап начинался через 11-12 месяцев после операции. Обязательным условием было рентгенологическое обследование для исключения нестабильности в тазобедренном суставе. Сначала ребенок старался ходить с костылями. При отсутствии жалоб ребенок уже ходил с одной костылю сначала без нагрузки затем с нагрузкой на оперированную конечность.

Результаты и их обсуждение. Результаты проанализированы в сроке от 8 месяцев. У всех 18 больных получены хорошие результаты. Воспалительных и гнойных осложнений не наблюдалось. Для профилактики развития диспласти-

ческого коксартроза большое значение уделялось полному анатомическому восстановлению соотношений в тазобедренном суставе. У всех без исключения больных отсутствовал болевой синдром, хромота. Длина нижних конечностей была одинакова. Рентгенологически отклонений не наблюдалось.

Заключение: Динамическое наблюдение за больными в послеоперационном периоде и проводимая реабилитация основывалась на раннем начале. Ранней нагрузке, непрерывности, индивидуальности. Применения медикаментозной терапии.

Учитывались все факторы условия жизни, местность на которой проживали дети, медицинская осведомленность родителей. Все больные состояли на учете в поликлинике у ортопеда. Положительный исход лечения возможен только при совместной работе больного, родителей, ортопеда и врача реабилитолога.

ДЛЯ ЗАМЕТОК

O‘zbekiston travmatolog va ortopedlarining
ilmiy-amaliy konferensiyasi
26 oktyabr 2024 | Nukus

Scientific and practical conference
of traumatologists-orthopedists of Uzbekistan
October 26, 2024 | Nukus