Республиканский Специализированный
Научно-Практический Медицинский Центр
Травматологии и Ортопедии

Конференция травматологов и ортопедов Узбекистана

«Эндоротезирование крупных суставов и артроскопические технологии»

г. Ташкент
30 мая 2020 г.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АРТРОЛОГИИ

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КОКСАРТРОЗОМ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ

Асилова С.У., Акрамов В.Р., Садиев Б.М., Фозилов А.В.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Бухарский государственный медицинский институт,
Республиканская клиническая больница № 1, Узбекистан

Введение: Существующие методы лечения больных с коксартрозом не всегда приводят к желанным результатам. При коксартрозах использование обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТП) является весьма перспективным. ОТП улучшает репаративный процесс, дает максимальный эффект снятия воспаления, стимулирует местный иммунитета и увеличивает местное кровоснабжение.

Цель исследования: изучение результатов лечения у больных с коксартрозом 1-2 стадии путем внутрисуставного введения ОТП.

Материал и методы: под нашим наблюдением в 2018-2020 гг. находилось 95 больных с коксартрозом тазобедренного сустава, из них мужчин - 35 и женщин -55. В возрасте от 30-45 лет было 9 (9%) больных, от 46-55 лет - 10 (11%) больных, от 56-65 лет 26 (27%) больных и от 66 и более - 50 (53%) больных. Всем 95 больным с коксартрозом применена ОТП. Больным проводили МРТ, УЗИ, допплерографию и рентгеновское исследование.

У всех наблюдаемых больных до лечения имелись боли, мобильность и ходьба различной выраженности. После лечения боли в суставе постепенно уменьшаются и мобильность суставов, ходьба улучшаются, что свидетельствует об эффективности применения обогащенная тромбоцитами плазма при коксартрозах.

Ближайшие результаты изучены у всех больных. Отдалённые результаты изучены у 85 больных по трем основным симптомам: боль, мобильность, ходьба больного. Средний срок наблюдения с отдаленными результатами составил от 1 года до 2 лет. Оценка результатов лечения проводилась по шкале У.Оберга. Хорошими и очень хорошими результатами

считались, если в суставах отсутствовали боли при ходьбе и в покое, увеличилась амплитуда движений суставов и признаки активного воспаления. У 75 (88,5%) больных с коксартрозом после лечения получены хорошие и очень хорошие результаты лечения. Увеличилась продолжительность ремиссии в течение как минимум 6 месяцев. У 8 (10,5%) больных получен удовлетворительный результат. У 2 (2%) больных наблюдались неудовлетворительные результаты с остеоартрозом IV степени, которым требовалось оперативное лечение, т.е. эндоротезирование крупных суставов.

Выводы: 1. Применение ОТП является современным, эффективным и перспективным методом лечения при коксартрозах.

2. Применение ОТП при коксартрозах после лечения у 88,5% больных дало хорошие и очень хорошие результаты лечения. Продолжительность ремиссии увеличилась на срок более 6 месяцев.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ БОКОВЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Асилова С.У., Артиков Т.К.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Хирургическое лечение повреждений боковых связок коленного сустава являются актуальной проблемой травматологии и ортопедии**.** Травмы коленного сустава занимает среди всех случи ей патологии опорно-двигательной системы занимает одно из первых мест. Повреждение его связочного аппарата встречаются от 43% до 80% процентов случаев. Данная патология встречаются у лиц трудоспособного возраста и не редко приводит к инвалидности. На исход лечение влияющих одним из наиболее существенных факторов являются точность современность диагностики повреждение боковых связок коленного сустава, особенно на ранних стадиях. Хирургическое лечение при повреждений боковых связок коленного сустава может значительной степени повлиять на характер лечения.

Цель исследования: Улучшение результатов лечение при повреждений боковых связок коленного сустава путем усовершенствование хирургических лечения и реабилитации больных.

Материал и методы. Под нашим наблюдением с 2015 по 2019 г. находились 35 больных. Возраст больных варьировал от 18 до 55 лет, из них

мужчин-25, женшин-10. Среди повреждений преобладали повреждение внутренней боковой связки. 20 больным проведена хирургическое лечение восстановления боковых связок коленного сустава с применением разработанного нами устройства. Применение устройство во время операции сократило сроки выполнение операции и предупреждало после операционный осложнений. Отдалённые результаты лечение изучены у всех больных. Хорошие - 26(74%), удовлетворительное - 8(23%), неудовлетворительное - 1(3%)

Выводы: Своевременная диагностика и раннее проведение хирургического лечения при повреждений боковых связок коленного сустава улучшают результаты лечения. Применение во время операции устройства, разработанного нами при повреждений боковых связок коленного сустава является более малотравматичным, сокращает время операции и дает возможности быстрого восстановления функции коленного сустава и обеспечивает достижение хороших функциональных результатов до 74%.

ТИЗЗА БЎҒИМИ ДЕФОРМАЦИЯЛОВЧИ ОСТЕОАРТРИТИДА ТИЗЗА БЎҒИМИ ДЕБРИДЕМЕНТИ ВА ЮҚОРИ ФИБУЛЯР ОСТЕОТОМИЯНИНГ РОЛИ

Ирисметов М.Э., Фозилов Х.Т., Мўминов А.Ш., Хакимов Ш.Қ.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази,
Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали

Мавзу долзарблиги: Дегенератив–дистрофик касаллик хисобланадиган тизза бўғими деформацияловчи остеоартрити (ДОА), тизза бўғими биомеханик ўқини ва бўғим охирларида микроциркуляцини бузилиши билан кечади. Тизза бўғими ДОА ни даволаш замонавий ортопедиянинг ўзини оптимал ечимини топмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда.

Мақсад: тизза бўғими ДОА билан оғриган беморларда бажарилган артроскопик дебридементлаш ва болдир суяклари проксимал қисмидан остеотомия амалиётини қўллаш натижаларини баҳолаш.

Материал: Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий амалий тиббиёт маркази спорт травмаси бўлими шароитида 2019 йилдан буён 100 нафардан ортиқ беморларда тизза бўғими артроскопик дебридементлаш амалиёти бажарилган, шулардан 14 нафарида тизза бўғими

артроскопик дебридементлаш билан бир қаторда юкори фибуляр остеотомия амалиёти ҳам бажарилган. Беморларда 11 нафари аёл ва 3 нафари эркакларга тўғри келади. РШТЁИМ Бухоро филиали шошилинч травматология бўлимида тизза бўғими артроскопик дебридементлаш ва юкори фибуляр остеотомия амалиёти 2 нафар аёл беморларда бажарилди.

Натижалар: барча беморларда яқин (1 йил ичида) ва узоқ (1 йилдан сўнгги) муддатли клинико-рентгелогик, ҳамда анатомо-функционал натижалар баҳоланди. Натижаларни баҳолашда оёқ биомеханик ўқини тикланганлиги, беморларда амалиётдан олдинги клиник белгилар ва шикоятларнинг бартараф бўлганлиги ва тизза ва чаноқ-сон бўғимлари функциоанл имкониятларини аниқлаш каби мезонлардан фойдаланилди. Амалиётдан сўнгги кечки даврларда тизза бўғими артроскопик дебридементлаш ва юкори фибуляр остеотомия амалиёти бажарилган беморларда тизза бўғими ДОА клиник белгиларининг кескин пасайганлиги, беморлар ҳаёт сифатининг анчагина яхшиланганлиги аниқланди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки,тизза бўғими ДОА да бўғимни артроскопик дебридементлаш операциясини қўллаш юкори самарадорлик билан патологик жараённи аниқ локализациялаш, ривожланиш ва таркалиш даражасини бахолаш имкониятини беради. Артроскопик дебридементлаш ва юкори фибуляр остеотомия амалиётларини биргаликда қўллаш тизза бўғими ДОА сида юқори суръатлар билан яхши натижалар улушини ошишига олиб келади.

ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ РАЗРЫВОВ ПРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Рустамова У.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.

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

Полные разрывы передней крестообразной связки (ПКС), при которой разрываются оба пучка (передне-медиальный или задне-латеральный), не представляют особой трудности в диагностике. Частота не полных (частичных) разрывов достигает 10-38% от 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 пропуска врачами признаков частичного разрыва. При определения разрыва того или иного пучка необходимо обращать внимание на механизм травмы. Передне-медиальный пучок ПКС разрывается, в основном, при высокоэнергетических травмах, при которых происходит передняя трансляция голени или переразгибание. Разрыв задне-латерального пучка происходит при относительно более слабых ротационных травмах.

Частичные разрывы, в зависимости 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 положительный тест Лакмана и pivot-shift тест с отрицательным тестом переднего «выдвижного ящика». При интерпретировании МРТ частой ошибкой считается пропуск разрыва поврежденного пучка при обнаружении целого пучка ПКС. Так же обнаружение 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. Артроскопическая диагностика является обязательным и заключительным этапом диагностики частичного разрыва ПКС, при этом решается вопрос изолированного восстановления одного из пучков ПКС.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 38 больных с частичными разрывами ПКС, из прооперированых 324 больных с разрывами ПКС за 2015-2019 гг., давность травмы была от 1,5 месяцев до 3 лет. Возраст больных в пределах от 17 до 45 лет. У всех больных имелась невыраженная нестабильность коленного сустава, которая оценена по тестам Лакмана, «переднего выдвижного ящика» и pivot-shift. Из них у 29 больных отмечен разрыв задне-латерального пучка ПКС, у 9 больных отмечен разрыв передне-медиального пучка ПКС. У всех 38 больных тесты нестабильности коленного сустава (тест Лакмана, переднего «выдвижного ящика» и pivot-shift) были слабоположительными. Функция коленного сустава оценена по шкале Лизхольма, которая варьировала в нашем исследовании от 64 до 82 баллов (средний балл 77,8 баллов, хороший - у 27 больных, удовлетворительный - у 12 больных).

С целью сохранения проприорецепторов в нативной крестообразной связке, неповрежденный пучок связки был сохранен, а разорванный пучок был восстановлен аутотрансплантатом из сухожилия полусухожильной и/или

нежной мышц. В зависимости от того, какая часть передней крестообразной связки повреждена, просверливали бедренный и большеберцовый туннели, на месте прикрепления разорванного передне-медиального или задне-латерального пучка связки соответственно.

У 29 больных произведено изолированное восстановление задне-латерального пучка связки и у 9 больных - изолированное восстановление передне-медиального пучка. Проведен стандартный курс реабилитационного лечения.

Результаты. Результаты в сроки от 12 месяцев и более изучены у всех 38 больных. К 12-ти месячному сроку у 34 (89,47%) больных отмечены отрицательные результаты по всем тестам нестабильности. Только у 4 (10,5%) больных с частичными разрывами задне-латерального пучка отмечен +1 положительный результат по тесту Лакмана, тесты переднего «выдвижного ящика» и pivot-shift были отрицательными. По шкале Лизхольма баллы варьировали от 78 до 100 баллов (средний балл – 92,6 баллов). Отличный результат был у 34 (87,2%) больных, хороший - у 4 (10,3%) больных, удовлетворительный - у 1 (2,6%) больного.

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, а также косые и косо-сагиттальные проекции МРТ.

При изолированном восстановлении ПКС сохраненный неповрежденный пучок служит брейсом для вставленного аутотрансплантата, защищает его от нагрузок, а также способствует его васкуляризации. Наличие проприорецепторов в сохраненном неповрежденном пучке ПКС, в свою очередь, благоприятно влияет на функцию коленного сустава.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н.

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

Синдром патологической пателлярной складки развивается как функциональное расстройство коленного сустава (КС) в ответ на хроническое воспаление, травму или другие патологические состояния КС, при которых наблюдается изменение структуры синовиальной складки (нарушение эластичности, фиброзное перестройка).

Основным и наиболее достоверным методом диагностики патологических синовиальных складок на сегодняшний день является артроскопия в процессе которой имеется возможность изучения тканей в физиологических условиях. Это оперативное вмешательство прочно занимает ведущее место как наиболее эффективный метод диагностики и лечения патологии коленного сустава.

Цель исследования. Провести анализ данных МРТ и артроскопии на основе изучения результатов лечения 495 пациентов с патологическими складками коленного сустава.

Материал и методы. Для анализа была проведен выбор 495 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет. Пациенты были прооперированы в 2016-2020 гг. Все пациенты были обследованы на МР-томографе. В последующем им была проведена лечебно-диагностическая артроскопия. В данную группу вошли только те пациенты, курс лечения которых уже завершен. Анализ проводили путем сравнения описания и заключения МРТ с послеоперационными данными АС-обследования коленного сустава.

Для артроскопической диагностики патологических складок мы использовали критерии, описанные R.M. Sherman и R.W. Jackson: 1) анамнез и соответствующие клинические признаки; 2) отсутствие положительной динамики консервативного лечения; 3) определение при артроскопии медиопателллярной складки (МПС) с аваскулярным фиброзированным краем, которая контактирует с медиальным мыщелком бедренной кости во время сгибания и разгибания, и никаких других патологических изменений в КС не обнаружено.

Результаты и обсуждение. Анализ сопоставления данных МРТ и артроскопии показал все основные диагностические возможности обоих методов. У ряда пациентов были сочетания повреждений, поэтому общая сумма обнаруженных изменений превысила число обследованных пациентов.

МРТ, как правило, не позволяло достоверно говорить о наличии патологических складок, однако данные этого исследования позволило исключить наличие другой конкурирующей патологии.

Несомненно, одним из наиболее важных этапов диагностики патологии КС является получение тщательного анамнеза заболевания у пациента. При расспросе пациенты могут сообщать обострение симптомов на чрезмерное

или тяжелое травматическое воздействие, связанное со сгибанием и растяжением колена. Интенсивные болевые ощущения чаще встречаются у спортсменов с плохим тонусом квадрицепсов или значительным мышечным дисбалансом вокруг колена, поскольку синовиальные складки непосредственно связаны с суставными поверхностями КС и косвенно прикрепляются к мускулатуре четырехглавой мышцы, при этом положение складки динамически меняется во время активности колена.

Выявлены несомненные преимущества артроскопии при диагностике элементов коленного сустава.

Выводы. 1. Проведенный анализ данных МРТ и артроскопии выявил основные преимущества обоих методов, что позволило улучшить взаимодействие специалистов лучевой диагностики и ортопедов-травматологов;

2. При оценке выраженности фиброза патологической складки коленного сустава трактовка картины МРТ в ряде случаев затруднена;

3. Для диагностики патологических складок коленного сустава необходимо сочетание клинического обследования с МРТ-диагностикой и артроскопией.

ЭНДОСКОПИЯ КИСТЫ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Ирисметов М.Э., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.

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

В РСНПМЦТО МЗ РУз в отделении спортивной травмы с 2006 по 2020 гг. проведено оперативное лечение 210 больных с кистами мениска. Мужчин было 110, женщин – 100, в возрасте от 16 до 65 лет. Среди пациентов были представители различных видов спорта (футбол - 72, борьба - 30, гимнастика - 18, легкая атлетика - 20, лыжи - 5, волейбол - 20, баскетбол - 35). Средний срок после травмы составлял от 6 мес. до 7 лет. У всех 210 больных было выполнено оперативное лечение. После операции конечность фиксировалась специальной лонгетной шиной на 3-4 дня. В первый сутки после операции для профилактики атрофии мышц бедра проводились комплексные физические упражнения. На вторые сутки применяли магнитолазерную терапию. Через неделю проводилась активная разработка коленного сустава. Через 4-5 дней больных выписывали из стационара. Через 3 недели больные начинали полностью нагружать оперированную конечность, производить

приседание, заниматься на велотренажёре. Общая трудоспособность восстанавливалась через 3 недели, спортивная – через 1,5-2 месяца.

Ближайшие и отдалённые результаты изучены у всех больных. Хорошие результаты отмечались у 80 больных. Только у одной больной после 4-х недель со дня операции появился вторичный синовит, из-за перенесенного простудного заболевания. Мы провели промывание сустава антибиотиком, назначили нестероидные противовоспалительные препараты. Критерием оценки результатов лечения послужил объём активных движений в суставе, полная нагрузка и активное занятие спортом.

Изучая механизм и действие проведенных процедур можно утверждать, что немаловажную роль играют меры медицинской реабилитации.

МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ДЕФЕКТНЫХ РАЗРЫВАХ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА

Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н.

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

Цель исследования: улучшение результатов лечения, сокращение сроков реабилитации, уменьшение травматичности путём усовершенствования оперативного метода лечения при застарелых дефектных повреждениях собственной связки надколенника.

Материал и методы. За период с 2011 по 2018 гг. по разработанной нами методике прооперировано 9 больных с разрывами ССН. Мужчин было 8 (88,9%), женщин – 1 (11,1%). Возраст больных составил от 23 до 58 лет. Средний возраст составил 36,7 лет. При дефектных повреждениях собственной связки надколенника в отделении спортивной травмы предложен новый метод восстановления.

Техника операции. Операция выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Доступ к разорванной связке осуществляется срединным парамедиальным разрезом. Находят и освежают концы рубцово-изменённой собственной связки надколенника. С обеих сторон на нижнем полюсе надколенника делается два канала, и из этих каналов проводят лавсановые нити, производится зигзагообразное проведение лавсановой нити через толщу проксимальной части (армирование) рубцово-изменённой связки по

обеим сторонам. Место при дистальном прикриплении собственной связки надколенника в середине бугристости большеберцовой кости, выделяет костный трансплантат размерами 0,5*1,0*0,5 см, не отделяя от собственной связки надколенника. От средней части собственной связки в проксимальном направлении берётся аутотрансплантат шириной от 1,5 см до 0,5 см в проксимальной части дистального отдела. Нижний полюс надколенника в средней части отсепаровывается. Ранее приготовленный аутотрансплантат разворачивается и костный блок вставляется на место отсепаровываной части надколенника и ушивается. Образованный дефект в нижней части связки надколенника ушивается. В дистальной части медиальных и латеральных сторон с помощью лавсановых нитей проводится армирование. После чего, натягивая проксимальную и дистальную части лавсановой нити, завязывается. Аутотранплантат ушиваем дополнительными швами. Таким образом, дефект заполняется из рубцово-изменённого остатка собственной связки надколенника, формируется мягкотканная тяга, которая в последующем при разработке заменяет ткань собственной связки надколенника.

Результаты. В отделении спортивной травмы этим способом прооперированы 10 больных с застарелыми дефектными разрывами собственной связки надколенника. После операции оперированная конечность иммобилизируется в гипсовой повязке в течение 4 недель, после чего гипсовая повязка снимается, разрешаются движения в коленном суставе. Нагрузка на конечность через месяц. У всех больных отмечены хорошие и отличные отдаленные результаты. При проведении лавсановой нити зигзагообразно по толще проксимальной части собственной связки с обеих сторон надколенника и пришивании к бугристости большеберцовой кости, повышается надежность и прочность ушивания.

Таким образом, предлагаемый способ восстановления застарелых разрывов собственной связки надколенника является малотравматичной операцией, не требует особых знаний и может быть применён в широкой практической медицине.

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРИИ

Исматуллаева М.Н., Расулов М.Р.

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

Актуальность. Остеоартроз (ОА) — гетерогенная группа дегенеративных заболеваний суставов различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими и клиническими проявлениями и исходом. Патогенетическим механизмом развития деформирующего остеоартроза является нарушение структурно-функционального гомеостаза синовиальной среды сустава, что выражается нарушением синтеза и конформации протеогликанов хондроцитов, деструкции матрикса, гиперпластическими процессами в синовиальной оболочке, пролиферацией синовиоцитов, нарушением микроциркуляторного русла и элиминации синовиальной жидкости. Это значит, что в дальнейшем, на фоне прогрессирования артроза и тотальной деструкции гиалинового суставного хряща развиваются многочисленные патологические изменения в окружающих его тканях. Все вышеперечисленное приводит к тяжелой дисфункции пораженного сустава, структуры окружающей сустав, либо структуры связанной с суставом функциональной связью, и всей конечности в целом, что в значительной степени снижает качество жизни пациентов. При этом подход к лечению больных должен быть комплексным, дифференцированным в зависимости от особенностей течения заболевания, длительным и систематическим, основанным на знании патогенеза и морфологических особенностей болезни.

Целью работы явилось улучшение результатов лечения больных деформирующим остеоартрозом коленного сустава за счет применения этапного лечебно-диагностического комплекса, основанного на этиопатогенетическом подходе к различным стадиям патологического процесса.

В данной работе приводятся данные результатов диагностики, лечения деформирующего остеоартроза более 810 больных, обследованных и проходивших лечение в отделении консультативной поликлиники НИИ травматологии МЗ РУз с 2011 по 2019г. Мужчин было 360, женщин – 420. Основными причинами развития гонартроза (246 больных) в анамнезе явились перенесенные когда-либо травмы. Для назначения соответствующего лечения и улучшения его эффективности нами проводились следующие методы исследования: рентгенологическое (обычные снимки, функциональные), ультросонографические, при необходимости магнитно-резонансные и электромиографические. Для объективизации и унификации оценки состояния коленного сустава нами

использовалась классификация В.Н.Драчевского (1984г.). Основными её критериями являются клинико-рентгенологическая картина и функциональная активность пациентов, которая включает в себя 4 стадии. По этим критериям пациенты распределялись следующим образом: 1 стадия – 240 (30,8%), 2 стадия – 264 (33,8%), 3 стадия – 204 (26,2%), 4 стадия – 72 (9,2 %). При остеоартрозе часто можно наблюдать синовит коленного сустава. Для определения количества воспалительной жидкости мы проводили ультросонографические исследования коленного сустава и подразделяли на субклинический, умеренный и значительный формы. Результаты лечения в зависимости от болевого синдрома и объема безболезненной амплитуды движения коленного сустава мы разделили на хорошие и удовлетворительные.

Пациентам 1-2 стадии с субклиническим синовитом назначали: нестероидные противовоспалительные препараты, витамины, физиопроцедуры (УВЧ, электрофорез, парафин и ЛФК). Пациентам этой стадии с умеренным и значительным синовитом применяли фиксацию коленного сустава с мягкими повязками (эластическое бинтование, иммобилизационные шины) и вышеуказанные процедуры, антибиотики кроме, парафиновых аппликаций. Результаты лечения пациентов данных стадий были у всех хорошие, больные смогли вернуться на активный образ жизни в ранние сроки.

Пациентам 3 стадии с умеренным и значительным синовитом кроме, вышеуказанных, в лечение включали пункции коленного сустава с внутрисуставным введением кортикостероидов, при необходимости применяли хондропротекторы и препараты кальция для профилактики остеопороза. В основном получены хорошие результаты у пациентов данной стадии, но в некоторых случаях получены удовлетворительные в зависимости от продолжительности данного заболевания и возраста. Цель лечения пациентов данных стадий было направлено на купирование болевого синдрома, восстановление нормального метаболизма и структуры хряща с сохранением основной функции сустава.

У пациентов 4 стадии кроме синовита, были определены хондромаляция суставных поверхностей, грубые остеофитные разрастания, вальгусное или варусное искривление коленного сустава и остеопороз. У пациентов данной группы, сопутствующие другие заболевания являлись противопоказанием к проведению артропластических операций или эндопротезирования. Этим пациентам проводили длительное лечение, хондропротекторными и остеотропными препаратами, а также с промежуточным применением внутрисуставных инъекций с производными

гиалуроновой кислоты. После проведения данного комплексного лечения у этих пациентов на определенное время удалось снять болевой синдром, а также облегчить и увеличить объем движений в коленном суставе. Полученные результаты мы считали удовлетворительными.

Таким образом, предложенная система этапного комплексное лечения деформирующий остеоартроза коленного сустава, основанная на нормализации обменных процессов позволила получить отличные и хорошие результаты при лечении Критериями оценки результатов в отдаленном периоде явились клинические наблюдения и без болевого объёма движение сустава. Рразработанная лечебная тактика позволяет реализовать индивидуальный подход к каждому пациенту с учетом характера и степени выраженности внутрисуставной патологии, добиться хороших результатов лечения при значительных дефектах хрящевой поверхности сустава, когда другие способы консервативной терапии оказываются мало эффективными. Простота и доступность методики, сравнительно низкая стоимость препарата, отсутствие осложнений позволяют широко применять данный способ лечения в условиях амбулатории.

НАШ ОПЫТ И ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ниматов Ф.С., Ступина Н.В., Азизов А.М., Шакиров Х.Х., Валиев О.Э.

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

Ревматоидный артрит (РА) (англ. rheumatoid arthritis) — это системное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением мелких суставов по типу эрозивно-деструктивного полиартрита неясной этиологии со сложным аутоиммунным патогенезом. Учитывая системный охват болезни, вовлекающий в патологический процесс не только костную ткань, а также мягкие ткани, хирургические вмешательства в коленном суставе требуют тщательного анализа состояния коленного сустава. Обязательным условием считается оценка движений в суставе, рентгенологическая картина. Пренебрежение этими данными может привести к серьезным ошибкам. Следовательно, выявление как костных, так и мягкотканых изменений в коленном суставе при РА и проведение соответствующего хирургического вмешательства помогут не только скорому восстановлению пациента, но и

также способствуют снижению послеоперационных осложнений. На сегодняшний день в нашем центре существуют следующие этапы проведения хирургического вмешательства в коленном суставе при ревматоидном артрите:

1. Синовэктомия в сочетании задне-боковой капсулотомией,
2. Эндопротезирование коленного сустава.

Цель исследования: оптимизация подхода к хирургическому лечению коленного сустава при ревматоидном артрите.

Целью настоящей работы был анализ опыта лечение больных ревматоидным артритом, которым проводилось хирургическое вмешательство в коленном суставе: синовэктомия, задне-боковая капсулотомия и тотальное эндопротезирование коленных суставов (ТЭКС).

Материал и методы: РСНПЦТО Узбекистана имеет большой опыт хирургического лечения коленного сустава при РА. Нами были изучены результаты хирургических вмешательств в коленном суставе при РА у пациентов, поступивших за 2015-2019 гг. Среди всех обследованных 82,1±2,6% были женщины и 17,9±2,6% мужчины. В возрастном аспекте обследованный контингент распределяли следующим образом: 22-35 лет - 75 больных (71,4±1,1%); 36-60 лет - 30 больных (28,5±3,3%); 61-74 года - 5 больных (4,7±3,3%). Всем больным были верифицированы следующие заключительные диагнозы при госпитализации (всего n=105): Ревматоидный полиартрит, суставная форма. Двухсторонний гоноартрит (26,6±2,1%, n=35); Ревматоидный полиартрит, суставная форма двухсторонний гоноартрит. Двухсторонняя разгибательно-сгибательная контрактура коленных суставов (16,3±1,7%, n=50); ревматоидный полиартрит, суставная форма, двухсторонний гоноартрит. Состояние после проведенной задней коапсулотомии. (19±1,4%, n=35); Учитывая сложность заболевания и вовлечение в процесс, как и мягких тканей, так и костной ткани, нами было разработано этапное хирургическое лечение на коленном суставе при РА.

1 этап. Учитывая раннее возникновение заболевания, а также развивающееся нарушение в коленном суставе, 1 этапом в хирургическом лечении была синовэктомия, так как при этом удаляется очень большой очаг воспаления и часто воспалительный процесс в коленном суставе заметно стихает. После удаления патологически воспаленной синовиальной оболочки в некоторых случаях наблюдалась длительная ремиссия воспалительного процесса в суставе. При этом наблюдается переход в медленно прогрессирующее течение болезни, с которой легче справится при помощи базисной терапии.

2 этап. При выраженном прогрессировании болезни из-за позднего обращения к нам пациентам, у которых развилась сгибательно-разгибательная контрактура в коленном суставе, была проведена задняя капсулотомия. При этом учитывалась минеральная плотность передних отделов костей коленного сустава. Эффективность этого хирургического вмешательства было в устранении порочного положения коленного сустава. Также после проведенной задней капсулотомии эндопротезирование коленного сустава проводилось с меньшими техническими трудностями. Тем не менее, у некоторых пациентов после проведенной капсулотомии развивалась повторная сгибательная контрактура в коленном суставе.

3 этап. После проведенных этапов хирургического лечения заключительным этапом в лечении поражений коленного сустава при РА является эндопротезирование коленного сустава. Показаниями проведения операции является стойкая боль и нарушение движения в суставе, образование анкилозов в коленном суставе. Противопоказаниями является состояние болезни в стадии обострения, а также низкий уровень гемоглобина в крови и при снижении минеральной плотности суставных поверхностей обоих костей. Эффективность проведенной операции оценивалась через 3,6 года. У пациентов наблюдалось стойкая ремиссия воспалительного процесса в коленном суставе. Отмечалось уменьшение болей по шкале ВАШ с 65 до 23.Улучшение состояния больного по шкале Insall с 30 до 60. Эти показатели говорят в пользу эндопротезирования коленного сустава при РА. Эдопротезирование коленного сустава на сегодняшний день является самым эффективным хирургическим методом при РА.

Заключение. В результате разработанного 3-х этапного хирургического лечения поражения КС при РА была достигнута высокая эффективность хирургических вмешательств. При этом на всех этапах присутствовало базисное медикаментозное лечение. Этапы хирургического лечения являются взаимовосполняемыми и каждая следующая операция дает хорошие результаты благодаря ранее проведённой операции.

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВИТАМИНА D ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Рустамова У.М., Мухрумбаева К.З.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Актуальность проблемы. Наиболее распространенными заболеваниями на сегодняшний день являются остеопороз и остеоартроз, кроме того они имеют общую тенденцию к прогрессированию с возрастом. При этом эти заболевания характеризуются хроническим болевым синдромом, что существенно снижает качество жизни и приводит к ранней инвалидизации пациентов. Остеопороз распространенное системное метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микро архитектоники ее которая приводит к повышению ее хрупкости и увеличением риска переломов, при этом остеоартроз это дегенеративное заболевание, при котором поражаются компоненты сустава. По мнению различных авторов остеопороз и остеоартроз являются как взаимодополняющими, взаимосвязанными, так и взаимоисключающими заболеваниями.

Цель исследования. Оценка коморбидности 25-гидроксивитамина D [25(OH)D] в сыворотке крови и количеством жировой массы у женщин менопаузального периода с остеоартрозом коленного сустава и снижением минеральной плотности костей.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 142 (100%) женщин в менопаузальном периоде в возрасте от 40 по 80 лет. В целях уточнения стадии развития дегенеративно-дистрофического процесса коленного сустава проведены рентгенологические и ультразвуковые исследования, денситометрические исследования проведены для определения состояния минеральной плотности костей. В зависимости от результатов рентгеновской денситометрии женщины разделены на две группы: 1) основная группа со снижением минеральной плотности костей (остеопороз + остеопения) и идиопатическим (первичным) остеоартрозом коленного сустава – 90 женщин; 2) контрольная группа без снижения минеральной плотности костей и идиопатическим (первичным) остеоартрозом коленного сустава – 52 женщин. Полученные данные сопоставлены результатами лабораторных исследований крови на остеомаркер витамин D.

Результаты исследований и их обсуждение. В основной группе женщин выявлены следующие результаты исследований: у 49 (34,5%) женщин выявили выраженный дефицит витамина D, при этом уровень 25(OH)D в сыворотке крови в среднем оказался 5,4 mmol/L; у 36 (25,4%) женщины дефицит витамина D уровень 25(OH)D оказался в среднем 13,7 mmol/L; у 8 (5,6%) женщин недостаточность витамина D уровень 25(OH)D оказался в среднем 16,6 mmol/L; у 2 (1,4%) женщин нормальное количество витамина D уровень 25(OH)D оказался в среднем 33,4 mmol/L. В

контрольной группе женщин выявили следующие показатели: у 22 (15,5%) женщин выявлен выраженный дефицит уровень 25(OH)D оказался в среднем 7,6 mmol/L; у 19 (13,4%) женщин дефицит уровень 25(OH)D оказался в среднем 14,1 mmol/L; у 6 (4,2%) женщин недостаточность витамина D уровень 25(OH)D оказался в среднем 35,8 mmol/L; нормальное количество витамина D в данной группе не наблюдалось.

Результаты исследования показали, что снижение уровня витамина D было ассоциировано с периодом постменопаузального периода ($r = -0,35$, $p < 0,01$), остеоартрозом коленного сустава ($r = -0,31$, $p < 0,01$). Было установлено, что уровень витамина D ниже 30 mmol/L ассоциирован с увеличением риска снижения минеральной плотности костей и развития дегенеративно-дистрофического заболевания.

Выводы. Таким образом, дефицит витамина D широко представлен среди женщин постменопаузального периода узбекской популяции и выраженный дефицит уровня 25(OH)D в крови ассоциирован с развитием дегенеративно-дистрофического заболевания и может быть дополнительным фактором данного заболевания.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

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

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

Несмотря на своевременное раннее выявление врожденного недоразвития элементов тазобедренного сустава, проблема диагностики, лечения диспластического коксартроза остается до настоящего времени далекой от окончательного разрешения.

Цель исследования: изучить функциональные возможности тазобедренного сустава при диспластических коксартрозах

Материалы и методы исследования: в основу работы положены данные обследования 73 пациентов с ДК, находившихся на обследовании и оперативном лечении РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2018 по 2019 г. Диагноз устанавливался на основании клинико-рентгенологических критериев. Степень ДК устанавливалась в соответствии с классификацией J F Crowe (1979). Среди всех обследованных большинство

составили женщины - 56,2% (41 больных), тогда как мужчины – 43,8% (32 больных). Средний возраст обследованных составил 45,3±2,6 лет.

Оценку функции тазобедренного сустава проводили по системе W.H. Harris (1969). Данная система является достаточно информативной и, в то же время, простой и понятной для заполнения. Данная система включает определение следующих показателей, выражающихся в баллах: «Боль» - 44, для категорий «Функция», «Амплитуда движений» и «Деформация» - соответственно 47, 5, 4.

Результаты исследования: При функциональном исследовании пациентов до операции по шкале Harris W.H., мы получили следующие данные. Основное количество больных (87,1%) имело сильную и умеренную боль в тазобедренном суставе, что являлось основным показанием для оперативного вмешательства. Средний балл по болевому синдрому до операции составил 11,1±0,2 балла. В зависимости от стадии поражения тазобедренного сустава у всех больных имелась хромота различной степени выраженности. У 97,4% больных наблюдалась умеренная и сильная хромота. Средний балл по хромоте составил 1,2±0,04. При оценке функционального состояния по системе W.H.Harris средний балл до операции составил 35,2±2,00 (от 8,9 до 50,8), следовательно, функциональное состояние до операции во всех случаях можно оценить как «плохое».

Заключение: Наиболее полное представление о функциональном состоянии тазобедренного сустава, по нашему мнению, позволяет получить система оценки по Харрису. По данным этой методики при количестве баллов меньше 70 показана замена тазобедренного сустава эндопротезом. Необходимо отметить, что данная методика позволяет не только оценивать функцию тазобедренного сустава до операции, но и результаты эндопротезирования в раннем и позднем послеоперационном периодах, а также динамику восстановления и стабилизации опорно-двигательной функции тазобедренного.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ БЕДРА

Ханапияев У.Б., Шокиров М.Х., Хасанов Р.С.

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

Наиболее часто среди пороков культей верхней трети бедра встречались контрактуры тазобедренного сустава, а именно сгибательно-отводящие контрактуры. Необходимо отметить, что при контрактуре тазобедренного сустава до 15 % инвалиды обычно об этой патологии не знали и это не нарушало функции культи в протезе. При контрактуре большой степени затруднялась подгонка протеза и самое главное инвалиды жаловались на неудобство при пользовании протезом, выражающейся в неустойчивости, валкости, быстрой утомляемости и избыточном давлении протеза на культю в паховой области и по наружно-концевой поверхности культи и т.д.

Для сравнения мы изучили частоту контрактуры тазобедренного сустава после ампутации в средней и нижней трети бедра оказалось, что после ампутации бедра в средней трети процент контрактур был меньше, чем после ампутации в верхней трети и составлял 16%, а после ампутации бедра в нижней трети еще меньше чем контрактуры тазобедренного сустава.

После ампутации бедра в верхней трети в какой-то степени можно объяснить нарушениям силового равновесия мышц-антогонистов вследствие того, что приводящие мышцы после ампутации перерезаются полностью, а целостность отводящих мышц при этом не нарушается. Это же относится как к сгибателям, так и разгибателям тазобедренного сустава. В меньшей степени эти факторы могут объяснить образование контрактур после ампутации в средней и особенно в нижней трети бедра.

Ошибки при мед персонала послеоперационным ведении больных:

1. Перед операцией больному не разъясняли, то он должен лежать в кровати с разогнутой в тазобедренном суставе культей.
2. После операции под культю подкладывали подушки, матрацы и прочее, чтобы держать культю в приподнятом положении.
3. Под матрац не подкладывали щит.

В результате длительного времена в согнутом положение тазобедренный сустав, в нем образовалась контрактура, затрудняющая протезирование. Мы считаем, что после ампутации бедра на любом уровне под матрац обязательно должен быть положен щит. Кроме того, не следует культю поднимать путем подкладывания под неё подушку, валиков и других приспособлений.

В этих случаях приспособления лучше подкладывать не под культю, а под таз. При этом будет приподнята культя, а бедро не будет согнуто в тазобедренном суставе. Обязательно надо помнить инвалиду о том, чтобы он сам постоянно следил за положением культи. На образование контрактур, особенно после ампутации в верхней трети бедра, влияет позднее снабжение

инвалида протезом. Известно, что при пользование костелями при наличии короткой культи бедра, инвалиды постоянно ходят при частично согнутом тазобедренном суставе, что способствует образованию контрактуры.

Таким образом, мы считаем, что кроме нарушения так называемого силового равновесия после ампутации мышц антогонистов основную роль в образовании контрактур суставов играет направленное ведение больных в послеоперационным периоде. Это подтверждается тем, что не у всех инвалидов после ампутации бедра в тазобедренном суставе образуются контрактуры.

Практика свидетельствует, что при контрактуре сустава до 15 градусов протезирование инвалида не затруднительно и поэтому никаких лечебных мероприятий по поводу этого применять не следует.

Значительно хуже обстоит дело, когда контрактуры сустава 20-30 и более градусов. В этих случаях подгонка осуществляется с трудом, а иногда протезирование бывает невозможным. Без устранения сгибательной или отводящий контрактуры рациональное протезирование инвалидов не представляется возможным.

Лечение контрактуры и степень их эффективности зависит от глубины изменения мягких тканей. Принцип лечения заключается с одной стороны в том, чтобы растянуть ретрогированные мышцы сморщивающейся ткани сустава, а с другой-ослабить натяжение мышц антогонистов.

В большинстве случаев это бывает возможным сделать путем лечебных гимнастических упражнений. Эффективность упражнений повысит тепловые процедуры. Если консервативными способами контрактуру ликвидировать не удается и вследствие этого невозможно протезировать, то по крайней мере применяется оперативное лечение.

Таким образом, протезирование всех инвалидов с контрактурой тазобедренного сустава более 15 градусов должно осуществляется в стационарных условиях.

В результате изучения, отдаленных результатов ампутации бедра в верхней трети можно сделать следующие выводы:

А) Среди исследованных больше всего было инвалидов после ампутации средней трети бедра (38,9%) меньше в верхней трети (35,5%) и еще меньше в нижней трети бедра (26,6%).

Б) Большая часть обследованных инвалидов после усечения в верхней трети бедра подвергались ампутации при сосудистой патологии и сахарном диабете.

В) Наиболее благоприятным с функциональном и анатомической точки зрения следует считать линейные послеоперационные рубцы на концевой

поверхности культи. Однако безболезненные звездчатые и спаянные с подлежащими тканями рубцы оказывают вред на функции культи в протезировании.

Г) Язвы и изъязвления кожных покровов на конце культи появляются большой частью в результате механического влияния протеза на ткани культи особенно при неправильной его подгонке.

Д) Фантомные боли и сгибательные контрактуры в тазобедренном сустава после ампутации бедра в верхней трети отмечается чаще, чем после ампутации на более дистальных уровнях.

ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИ СУСТАВНОГО ВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗАХ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Хужаназаров И.Э., Ширинов Д.К., Косимов А.А., Югай А.В.

Ташкентская медицинская академия
Республиканская клиническая больница №1

Актуальность: Остеоартроз – хроническое заболевание синовиальных суставов с поражением прежде всего гиалинового хряща и субхондриальной кости. «Золотым стандартом» лечения заболевания является применение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), глюкокортикоидов, которые применяются для снятия боли, иногда длительное их применение оказывает побочное действие.

В настоящее время внимание исследователей и клиницистов на пути разработки новых подходов к лечению остеоартроза коленного сустава обращено на возможность регулирования процессов разрушения и восстановления гиалинового хряща под воздействием факторов роста, цитокинов и других активных веществ. В качестве одного из перспективных методов рассматривается внутрисуставное введение обогащенной тромбоцитами аутологичной плазмы.

Обогащенная тромбоцитами аутологичная плазма (ОТАП или PRP – platelet rich plasma) –это плазма крови, содержащая тромбоциты в концентрации не менее 106/µl, которая может быть активирована или не активирована до введения в ткани организма человека. PRP-терапия позиционируется как один из методов биологической терапии, которая позволяет достигать лечебного эффекта с помощью собственных естественных возможностей организма пациента.

Цель исследования: изучение результатов консервативного лечения остеоартрозов коленного и тазобедренного сустава путем применения внутрисуставных инъекций аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТАП).

Материал и методы: за последние 12 месяцев в клинике РКБ 1 обогащенная тромбоцитами плазма (ОТП) применена у 112 больных, из которых 91 пациент был с гоноартрозом и 21 с коксартрозом. Больным производили забор крови - 8 мл из локтевой вены. Аутокровь сливали в герметично закрывающиеся стерильные одноразовые пластиковые контейнера и центрифугировали 5 минут 3200 об/мин. Плазму извлекали и вводили внутрисуставно 1 раз в неделю пациентам с остеартрозо I-II степени. После 3-х инъекций с перерывами в 1 неделю, еще дважды вводили в сустав ОТП, то есть всего 5 инъекций на курс лечения.

Результаты: Отдаленные результаты (от 1 до 12 месяцев) прослежены у всех больных. Положительные результаты считались если в суставах отсутствовали признаки активного воспаления, увеличилась амплитуда движений, отсутствовали боли при ходьбе и в покое. После лечения в 90% случаев наблюдался положительный результат лечения, то есть в 78% было полное исчезновение болей через 6 месяцев, у 12% - улучшение функций сустава. Увеличилась продолжительность ремиссии в течение как минимум 6 месяцев. Неудачные случаи наблюдались у пациентов с остеоартрозом IV степени, которым требовалось оперативное лечение- эндоротезирование.

Заключение. Применение ОТП при остеоартрозах I-II стадии показывает высокую терапевтическую эффективность и может применяться как метод выбора при лечении данной патологии суставов как один из методов биологической терапии, которая позволяет достигать лечебного эффекта с помощью собственных естественных возможностей организма пациента.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ

Ширинов Д.К., Асилова С.У.

Республиканская клиническая больница №1
Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Гонартроз является дегенеративным дистрофическим заболеванием коленного сустава. Количество пациентов, страдающих остеоартрозом 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 остеоартроз коленного сустава – одна из наиболее частых причин инвалидности. По данным Всемирной организации здравоохранения, ОА болеет более 4% населения земного шара, а в 10% случаев данное заболевание приводит к инвалидности, особенно среди пациентов старших возрастных групп. Мы проводили больным с остеоартрозом коленного сустава комплексное лечение, включающее медикаментозное, физиотерапевтическое, ЛФК, и разработанную нами методику применения аутологичной плазмы.

Цель исследования: улучшение резултатов комплексного консервативного лечения остеоартрозов коленного сустава I-II степени путем применения внутрисуставных инъекций аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы (ОТАП).

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились в клинике РКБ № 1, отделении травматологии 2 и клинике “Family Doctor’s” с 2018-2020 гг. 490 больных. Из них мужчин 30 больных, женщин 60 больных. В возрасте 30-45 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 пластиковые контейнера и центрифугировали. Плазму извлекали и вводили внутрисуставно 1 раз в 3 дня затем последовательно 1 раз в неделю пациентам с остеартрозом I-II степени. Ближайшие результаты изучены у всех больных. Отдаленные результаты у 78 (86,7%) больных.

Результаты лечения изучены по шкале ВАШ. Хорошие наблюдались у 78 (86,7%) больных и у 12 (13,3%) был удовлетворительный результат лечения.

Опрос пациентов основной группы по ВАШ через 1 месяц после введения ОТП показал существенное снижение интенсивности болевого синдрома с исходных 50,5±5,38 до 9,8±3,39 балла ($p < 0,05$). Положительная динамика в отношении боли продолжала сохраняться до 3 месяцев наблюдения, а к 6 месяцам показатели несколько ухудшались, возвращаясь к уровню начальной оценки (1 месяц) без достоверных различий с последним.

Таким образом, консервативное лечение остеоартрозов коленного сустава I-II степени с применением внутрисуставного ведения аутологичной

обогащенной тромбоцитами плазмы является более эффективным, противовоспалительным, восстановительным методом лечения и даёт хорошие результаты у 86 % больных.

Выводы: 1.Применение ОТП является современным, эффективным и перспективным методом лечения.

2. Применение этого метода дает хорошие результаты в 86,7% случаев, удовлетворительный результат - в 13,3% случаев.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ

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

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

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

С ростом продолжительности жизни населения увеличивается доля пожилых людей, в том числе и с хронической соматической патологией, соответственно, растет количество регистрируемых ППОБК. Низкоэнергетические переломы бедренной кости происходят, как правило, вследствие падения с высоты роста на бок и встречаются преимущественно у

людей в возрасте старше 60 лет. Ежегодно во всем мире регистрируется порядка 1700000 случаев ППОБК. К 2050 г. при сохранении основных демографических тенденций прогнозируется увеличение количества ППОБК до 6300000 случаев ежегодно.

Риск возникновения перелома в вертельной области в течение жизни у мужчин составляет 6%, а у женщин достигает 18%, в Норвегии в 2015 г. по данным национального регистра ППОБК, соотношение мужчин и женщин составило 3 к 7.

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

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

Следовательно, при выборе хирургической тактики представляется очень важным руководствоваться не только характером самого перелома и наличием индивидуальных возможностей организма к остеоинтеграции после металлоостеосинтеза на фоне остеопороза, дегенеративно-дистрофических заболеваний сустава и метаболического синдрома.

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

Материал и методы. Учитывая вышеизложенное, в отделении взрослой травматологии клиники РСПМЦТиО МЗ РУз у больных в возрасте от 65 лет и старше при переломах проксимального отдела бедренной кости в зависимости от состояния минеральной плотности костной ткани, наличия дегенеративных изменений в тазобедренном суставе и метаболического синдрома у 15 больных была применена система эндопротезирования сустава. Из 15 больных подавляющее большинство составляли женщины - 13

и двое мужчин, в возрасте от 65 до 86 лет (средний возраст 78 лет). Базальный перелом шейки бедренной кости мы наблюдали у 2, чрезвертельный перелом бедренной кости – у 9, межвертельный перелом – у 3, перелом верхней трети диафиза – у 1 пациента (ревматоидный коксартрит на стороне перелома).

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.

При базальных переломах шейки бедренной кости применялись стандартные конструкции бедренного компонента тотального эндопротеза тазобедренного сустава, при чрезвертельных и межвертельных переломах бедренной кости была использована ножка Wagner эндопротеза ревизионной системы компании Zimmer с применением серкляжа и, в некоторых случаях, для стабильной фиксации проводился трансфрагментарный остеосинтез винтами. Технические отверстия на ножке Zweimuller (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.

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

Результаты проведенного оперативного лечения были оценены по шкале для тазобедренного сустава Harris. По данной шкале хорошие результаты получены у 6 больных, удовлетворительные в 9 случаях. У одной больной развились пролежни копчико-крестцовой области из-за позднего обращения больной на оперативное лечение.

Таким образом, эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах проксимального отдела бедренной кости в пожилом возрасте на фоне низкой минеральной плотности костной ткани в кратчайшие сроки

возвращает больных данной категории к активной и полноценной жизнедеятельности после получения травмы.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗАБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Ахмаджанов О.Н., Буранов Ф.Ё., Умаров А.Х.

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

Несмотря на постоянное усовершенствование техники оперативного вмешательства и улучшение методов анестезиологического пособия, введения в хирургического практику новых методов предоперационной подготовки и послеоперационных ухода за больными, частота операционных и послеоперационных тромбоэмболических осложнений в ортопедии и травматологии остается высокой. Этому, с одной стороны, способствует то, что значительно возросло количество операций по эндопротезированию тазобедренного сустава. А с другой - увеличение в этой группе больных лиц пожилого и старческого возраста. Наши наблюдения при использовании допплерографии, показали, что без мер профилактики тромбоз глубоких вен возникает у 40% ортопедических больных.

Кроме непосредственного жизнеугрожающего эффекта, тромбоз глубоких вен и тромбоэмболия легочной артери могут привести и к таким долговременным последствиям, как постромботический синдром (вследствие разрушения клапанов глубоких вен), хроническая легочная гипертензия.

В норме эндотелиальный покров сосудистой стенки обладает тромборезистентностью за счет:

1. Взаимного отталкивания эндотелиальных клеток и тромбоцитов благодаря их отрицательному зарядку.
2. Эндотелиальные клетки синтезируют и секретируют в кровоток простациклин и эндотелий зависимый фактор расслабления, что тормозит адгезию и агрегацию форменных элементов крови.
3. Эндотелиальные клетки способны синтезировать и секретировать антитромбин III, который в комплексе с гепариновым ко-фактором, фиксируясь на поверхности эндотелия, оказывает мощное антикоагулянтное действие.
4. Эндотелиальные клетки вырабатывают и выделяют в кровоток тромбомодулин, связывающий большое количество тромбина. Комплекс тромбомодулин-тромбин активирует сильный антикоагулянт – протеин,

который вместе со своим ко-фактором угнетает активированные факторы свертываемости (V и VII), что способствует антикоагуляции и фибринолизу.

5. Эндотелиальные клетки способны вырабатывать и выделять в кровоток мощный тканевой активатор плазминогена, который приводит к образованию плазмина в месте образования фибринового тромба с последующим его растворением. Механизм патологии, прежде всего при склерозировании сосудистой стенки, замедлении венозного кровотока, гипоксии, гемоконцентрации и т.д., становится несостоятельным и возникает угроза внутрисосудистого тромбообразования. Тромб обычно возникает в послеоперационном периоде в сосудах, находящихся вдали от места операции. Из места операционного повреждения в сосудистое русло поступает большое количество тканевого тромбопластина с последующей реакцией, ведущей к образованию тромба.

Если антикоагуляционная активность крови низкая, создаются условия для появления тромбина в количестве, способном вызывать массивное внутрисосудистое свертывание крови. Образовавшийся тромб ведет к частичному превращению в кровеносном русле фибриногена в фибрин. При низкой фибринолитической активности крови появившиеся сгустки не лизируются. Свежеобразовавшийся фибрин клейкий, волокнистый, с тромбоцитами образует конгломераты, последние осаждаются в местах замедления кровотока, особенно в глубоких венах голени и таза. Турбулентность вокруг венозных клапанов нижних конечностей и таза также способствует образованию тромба.

Медленный кровоток способствует росту тромба в дистальном и проксимальном направлениях. Тромб, образованный в сосуде с неповрежденной стенкой и замедленным кровотоком, не прикреплен к стенке сосуда, в виду этого появляется угроза эмболии, нередко со смертельным исходом.

Неэффективность, а порой и полная бесперспективность лечебных мероприятий при тромбоэмболии легочной артерии, подтолкнула нас на путь профилактики тромбоэмболических осложнений в предоперационном, операционном и послеоперационном периодах лечения больного.

Нами были разработаны риски тромбоэмболии при операции эндопротезирования тазобедренного сустава.

1. Варикозные вены нижних конечностей.
2. Возраст больного свыше пятидесяти лет
3. Ожирение
4. Неподвижность более четырех суток
5. Сердечная и дыхательная недостаточность
6. Перенесенные в анамнезе тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии. Инсульт или инфаркт миокарда
7. Гиповолемия различной этиологии
8. Прием оральных контрацептивов

9. Сочетание факторов равно умножению риска.

Группой высокого риска мы считаем больных, оперированных по поводу тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с применением «цемента», особенно лиц пожилого и старческого возраста.

В системе профилактики тромбоэмболии, помимо других методов (гемодилюция, тугое бинтование, ранняя активизация больного и т.д.), особое место занимают методы блокировки системы свертывания крови на период наиболее опасный для развития тромбообразования. Говоря о применении антикоагулянтов в практике ортопедии, мы подразумеваем предупреждение тромбоэмболических осложнений. Антикоагулянты не способны вызывать рассасывание и реканализацию тромба и улучшать развитие коллатералей. Антикоагулянты предотвращают путем блокирования свертывания крови дальнейший рост уже возникших тромбов или образование новых.

Хорошо известна методика профилактики тромбооброзования с использованием гепарина. В течение многих лет его применяют в различных дозировках и способах введения для профилактики тромбоэмболии. Лечебный режим применения гепарина должен контролироваться показателями свертываемости крови. Низкая и непредсказуемая биодоступность (менее 30%) подкожно вводимого гепарина резко ограничивает профилактическую ценность тромбоза у больных с высокой степенью риска, в этих случаях требуется увеличение дозы гепарина. Несмотря на снижение риска тромбоэмболии гепарин, назначаемый в дозе 15тыс.ед.\сутки, не способен существенно уменьшить частоту тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Реальная угроза возникновения тромбоэмболии все равно сохраняется. Гепарин активен в отношении тромбина, что обуславливает кровоточивость раны.

Учитывая вышеизложенные факты мы обратили свое внимание на относительно новые в нашем арсенале препараты из группы низкомолекулярных гепаринов. Одним из них является фленокс 0,4. Фленокс - низкомолекулярный гепарин. Биодоступность фленокса: при п\к введении фленокс всасывается быстро и практически полностью (почти на 100%) Максимальная активность в плазме крови наблюдается через 3-4 ч. после введения.

За период с января 2018 по декабрь 2019 гг. в отделении патологии крупных суставов было проведено около 1073 операций эндопротезирования тазобедренного сустава. Исследованию подвергались 90 больных в возрасте от 40 до 80 лет. Все больные были разделены на две группы примерно одинакового состава по возрасту, весу и сопутствующей патологии.

1 группа - 42 больных с эндопротезированием тазобедренного сустава, которым с целью профилактики тромбоэмболических осложнений назначали

гепарин в дозе от 10 до 15 тыс\ед. сутки п\к за трое суток до- и после операции под контролем времени свертываемости по Ли Уайту.

2 группа - 48 больных с эндопротезированием тазобедренного сустава, которые с целью профилактики тромбоэмболических осложнений получали фленокс-0,4 при массе тела больше 70 кг в дозе 0,4 мл\сутки п\к в течение трех дней до операции и в течение 14 дней в послеоперационном периоде. При массе тела до 70 кг ксарелто Per\os получали в дозе 10 мг сутки.

В первой группе больных в 9 случаях отмечался тромбоз глубоких вен голени и бедра. У двух больных отмечалось желудочно-кишечное кровотечение, которое прекратилось после отмены гепарина. Во второй группке прооперированных больных осложнений не наблюдалось.

Осложнений, вызванных передозировкой фленокс, мы не наблюдали.

Как показали наши наблюдения, фленокс обладает наибольшим антитромботическим потенциалом, улучшенной фармакокинетикой и практически полным отсутствием побочных эффектов по сравнению с гепарином. Высокая биодоступность фленокса (>90%), его продолжительный период полувыведения, то есть длительный антитромботический эффект, высокая активность в отношении Ха-фактора свертываемости крови и при этом сохраняющаяся коагуляционная способность крови, позволило нам проводить эффективную профилактику и лечение тромбоэмболии и тромбоза глубоких вен нижних конечностей, адаптированную только к весу больного.

Таким образом, проведенные исследования в условиях ортопедических операций могут свидетельствовать о премуществе Фленокса над традиционной гепариновой терапией и делают его препаратом выбора в профилактике тромбоэмболических осложнений.

ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА: ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Валиев О.Э., Ступина Н.В., Азизов А.М., Ниматов Ф.С.

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

Наше исследование основано на результатах лечения 214 пациентов с переломами шейки бедренной кости, находившихся на лечении в отделении взрослой ортопедии с 2016-2019 гг. Возрастные показатели больных составляли 50-94 лет. Женщин было 139, мужчин - 75. Всем больным выполнено эндопротезирование тазобедренных суставов. Больные госпитализированы как в плановом порядке, по направлению поликлиник, так и в порядке оказания неотложной помощи. 98 (45,7%) больным в течение

от 2 до 7 суток (в сред. 5 суток) было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. 116 (54,3%) больным операция была проведена в сроки от 10 суток до двух месяцев (в сред. 1 мес.). Предоперационная подготовка данного контингента больных, кроме общепринятых исследований (общие лабораторные исследования, осмотр терапевта, анестезиолога), так же включает в себя выполнение допплерографии, электронейрографии, денситометрии, биохимические исследования крови по определению уровня кальция. Суммируя эти диагностические параметры, определяется степень выраженности остеопороза. Это, в свою очередь, позволяет подобрать оптимальную тактику эндопротезирования тазобедренного сустава.

Результаты. 131 больным выполнено эндопротезирование без цементной фиксации, в 79 случае применялся костный цемент. 4 больным эндопротезирование выполнено с комбинированной фиксацией (цементная чашка без цементной ножки). Длительность операции в среднем составляла окало 1 часа. В послеоперационном периоде пациенты в течение суток находились под наблюдением в отделении реанимации. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений всем больным проводилась медикаментозная коррекция свертывающей системы крови и механическая профилактика - бинтование нижних конечностей эластичным бинтом. Перед поднятием больных на ноги, на 2-3-й день после операции выполняется допплерография. Больных обучали ходьбе с применением костылей или ходунков. Ходьба с дополнительной опорой рекомендована на срок от 1 до 2 мес. Средний срок стационарного лечения данного контингента больных составил до 10-14 дней.

Среди 98 больных, которым эндопротезирование выполнено в сроки до 7 дней, гипостатические осложнения тромбозы и тромбоэмболии наблюдались у 2, сердечно сосудистая недостаточность – у 3 и пролежни - у 1 больного. У 116 больных, которым эндопротезирование тазобедренных суставов выполнено в поздние сроки, процент возникновения осложнений был следующим: гипостатическая пневмония у 11, тромбозы - у 5, сердечно-сосудистая недостаточность – у 4, пролежни – у 13.

Так же необходимо отметить тот факт, что у больных пожилого и старческого возраста, оперированных в поздние сроки, явления локального остеопороза были более выраженными и выявлены у 81 больного, а в группе больных, которым эндопротезирование выполнено в остром периоде (до 7 дней), локальный остеопороз отмечен у 42 (15,1%) больных.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что больным, которым выполнено эндопротезирование тазобедренных суставов в наиболее

ранние сроки после травмы, сроки восстановления трудоспособности и возвращения к активной жизни составляют от 1 до 3 мес. (в сред. 1,3), что в меньшей степени приводит к возникновению гиподинамических осложнений. Тогда как, у больных, которым оперативные вмешательства выполнено в более поздние сроки после травмы, процент осложнений достаточно велик.

Таким образом, на основании наших данных можно сделать вывод, что эндопротезирование тазобедренных суставов при переломах шейки бедренной кости в пожилом и старческом возрасте должно носить характер раннего вмешательства, что является основой профилактики гипостатических осложнений и ранней реабилитации больных.

ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА: ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Валиев О.Э., Ступина Н.В., Азизов А.М., Ниматов Ф.С.

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

Наше исследование основано на результатах лечения 214 пациентов с переломами шейки бедренной кости, находившихся на лечении с 2016-2019 гг. Возрастные показатели больных составляли 50-94 лет. Женщин было 139, мужчин - 75. Всем больным выполнено эндопротезирование тазобедренных суставов. Больные госпитализированы как в плановом порядке, по направлению поликлиник, так и в порядке оказания неотложной помощи. 98 (45,7%) больным в течение от 2 до 7 суток (в сред. 5 суток) было произведено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. 116 (54,3%) больным операция была проведена в сроки от 10 суток до двух месяцев (в сред. 1 мес.). Предоперационная подготовка данного контингента больных, кроме общепринятых исследований (общие лабораторные исследования, осмотр терапевта, анестезиолога), так же включает в себя выполнение допплерографии, электронейрографии, денситометрии, биохимические исследования крови по определению уровня кальция. Суммируя эти диагностические параметры, определяется степень выраженности

остеопороза. Это, в свою очередь, позволяет подобрать оптимальную тактику эндопротезирования тазобедренного сустава.

Результаты. 131 больным выполнено эндопротезирование без цементной фиксации, в 79 случае применялся костный цемент. 4 больным эндопротезирование выполнено с комбинированной фиксацией (цементная чашка без цементной ножки). Длительность операции в среднем составляла окало 1 часа. В послеоперационном периоде пациенты в течение суток находились под наблюдением в отделении реанимации. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений всем больным проводилась медикаментозная коррекция свертывающей системы крови и механическая профилактика - бинтование нижних конечностей эластичным бинтом. Перед поднятием больных на ноги, на 2-3-й день после операции выполняется допплерография. Больных обучали ходьбе с применением костылей или ходунков. Ходьба с дополнительной опорой рекомендована на срок от 1 до 2 мес. Средний срок стационарного лечения данного контингента больных составил до 10-14 дней.

Среди 98 больных, которым эндопротезирование выполнено в сроки до 7 дней, гипостатические осложнения тромбозы и тромбоэмболии наблюдались у 2, сердечно сосудистая недостаточность – у 3 и пролежни - у 1 больного. У 116 больных, которым эндопротезирование тазобедренных суставов выполнено в поздние сроки, процент возникновения осложнений был следующим: гипостатическая пневмония у 11, тромбозы - у 5, сердечно-сосудистая недостаточность – у 4, пролежни – у 13.

Так же необходимо отметить тот факт, что у больных пожилого и старческого возраста, оперированных в поздние сроки, явления локального остеопороза были более выраженными и выявлены у 81 больного, а в группе больных, которым эндопротезирование выполнено в остром периоде (до 7 дней), локальный остеопороз отмечен у 42 (15,1%) больных.

Результаты нашего исследования свидетельствуют о том, что больным, которым выполнено эндопротезирование тазобедренных суставов в наиболее ранние сроки после травмы, сроки восстановления трудоспособности и возвращения к активной жизни составляют от 1 до 3 мес. (в сред. 1,3), что в меньшей степени приводит к возникновению гиподинамических осложнений. Тогда как, у больных, которым оперативные вмешательства выполнено в более поздние сроки после травмы, процент осложнений достаточно велик.

Таким образом, на основании наших данных можно сделать вывод, что эндопротезирование тазобедренных суставов при переломах шейки бедренной кости в пожилом и старческом возрасте должно носить характер

раннего вмешательства, что является основой профилактики гипостатических осложнений и ранней реабилитации больных.

ПРИЧИНЫ ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЭНДОПРОТЕЗА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Дехканов А.Н., Алимов А.П.

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

Целью исследования: определить основные причинные факторы возникновения вывихов головки эндопротеза у пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава.

Материал и методы. Нами ретроспективно изучены истории болезни, проведена рентгенометрия и анализ компьютерных томограмм 50 пациентов с вывихом головки эндопротеза.

Результаты. После операций первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, выполненных в период с 2010 по 2019 год (всего 3002 операций), вывихи головки эндопротеза были обнаружены у 50 пациентов (1,6%), которые лечились в центре травматологии и ортопедии. Проанализированы причины возникновения вывихов головки эндопротеза у пациентов после первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, которые были распределены на 3 группы. I группа – пациентзависимые причины возникновения вывихов головки эндопротеза, выявленные в 20 случаях: предварительные оперативные вмешательства на тазобедренном суставе, нарушение пациентами послеоперационного ортопедического режима, слабость мышц-абдукторов бедра, избыточный вес пациентов, нейромышечные заболевания, пациенты с переломами шейки бедренной кости и вертлужной впадины и др.; II группа – имплантзависимые причины возникновения вывихов головки эндопротеза, выявленные в 21 случаях: ошибочный выбор офсета, головки малого размера, ошибочное расположение компонентов эндопротеза, нестабильность компонента эндопротеза, истирание полиэтиленового вкладыша и др.; III группа – хирургзависимые причины возникновения вывиха, обнаруженные в 9 случаях: некорректная ориентация вертлужного компонента и ножки эндопротеза (вертлужный компонент ретроверзии - бедренный антеверзии и наоборот), многократные закрытые вправления вывихов.

Выводы:

1. Основные причинные факторы возникновения вывихов головки эндопротеза тазобедренного сустава можно разделить на 3 основные группы: пациентзависимые, имплантзависимые и хирургзависимые.

2. При планировании операций эндопротезирования тазобедренного сустава важно учесть все возможные причины возникновения вывиха головки эндопротеза и принять необходимые меры, которые снизят вероятность возникновения этого осложнения.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Каримов М.Ю., Мадрахимов С.Б.

Ташкентская медицинская академия

Цель работы. Продемонстрировать трудности и специфику первичного тотального эндопротезирования коленного сустава.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 пациентов с остеоартритом коленного сустава третьей-четвертой стадии (Kellgrene-Lawrence, 1978). Средний возраст больных - 61 год. Из них мужчин - 54, женщин - 26. Всем пациентам была выполнена первичная тотальная артропластика коленного сустава. Было использовано несколько типов цементной фиксации имплантатов (Zimmer, DePuy, GRUPPO BIOIMPIANTI).

Результаты: В предоперационном периоде хирурги сталкивались с проблемами сопутствующих заболеваний, как сердечная недостаточность, тромбоз глубоких вен, хроническая инфекция и др., предшествующих уровень активности; противопоказания для спинальной и общей анестезии; выбор типа имплантата. Интраоперационные трудности включали в себе серьезные проблемы с варусной деформацией (контрактура медиальной коллатеральной связки, чрезмерная потеря медиальной большеберцовой кости и др.), фиксированная вальгусная деформация (мальтрекинг надколенника, риск паралича малоберцового нерва при латеральном высвобождении, часто нестабильность сгибания-разгибания), тяжелый остеопороз, сгибательная контрактура – костный блок и/или контрактура мягких тканей. Послеоперационные осложнения были связаны с рутинными осложнениями тотального эндопротезирования: тромбозом глубоких вен,

раневой инфекцией, неудовлетворительным диапазоном движений, сохранением боли, потерей проприоцепции.

Заключение. Тотальное эндопротезирование коленного сустава - это эффективная и хорошо зарекомендовавшая себя процедура для лечения терминальной стадии остеоартрозо-артрита. Однако есть еще много сложных случаев и вещей, которые могли бы сбить с толку даже хорошо квалифицированных и опытных хирургов-ортопедов, хотя данная операция выполняется уже несколько десятилетий. Кроме того, тщательный предоперационный отбор пациентов, направленный на минимизацию потенциальных рисков, является ключом к достижению лучших результатов. Проблемы, как медиальная и латеральная нестабильность, значение сгибания-разгибания всегда представляли сложность для хирургов-ортопедов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.Р., Рахматов Р.Б.

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

Цель исследования: выбор оптимального метода эндопротезирования.

Актуальность. Радикальным методом лечения диспластического коксартроза, как и при других видах коксартроза, является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Объём и сложность операции зависят от степени дисплазии сустава. При I-II степенях эндопротезирование проводится как обычно, без особых затруднений. При дисплазии III-IV степени, вледствие полного вывиха бедра, эндопротезирование требует тщательного предоперационного планирования и особую подготовку хирурга, индивидуального подбора вида эндопротеза в каждом конкретном случае. В зависимости от степени гипоплазии и расстояния между вывихнутой головкой и истинной вертлужной впадиной планируется

методика операции. Для подбора метода операции большое значение имеет одно- или двухстороннее поражение.

Материал и методы. В клинике с 2006 по 2016 г. прооперировано 48 больных с IV степенью дисплазии тазобедренного сустава. Среди них 45 женщин, 3 мужчин. Средний возраст больных 35 лет. У 11 больных наблюдался двусторонний коксартроз.

Всем больным проведено тотальное энопротезирование тазобедренного сустава. Больные в зависимости проведённого метода эндопротезирования разделены на 3 группы. 1 группа - 10 больным проведено эндопротезирование по Paavilainen, 2 группа - 6 больным проведено эндопротезирование тазобедренного сустава в два этапа: первый этап - низведение бедра с помощью аппарата Илизарова, второй этап - этап эндопртезирования тазобедренного сустава. 3 группа - 22 больным произведено эндопротезирование с укорачивающей остеотомией в подвертельной области.

Результаты. У всех больных операционные раны заживали первичным натяжением, инфекционных осложнений не наблюдались. У 2 больных наблюдали осложнение в виде пареза малоберцового нерва. Результаты операций оценены по шкале Харриса. 1 группа – в среднем, 80 баллов. 2 группа - в среднем, 77, 3 группа – в среднем, 86 баллов.

При оценке послеоперационных рентгеновских снимков после операции Paavilainen больше нарушаются анатомические структуры проксимальной части бедра. После подвертельной укорачивающей операции через 5-6 месяцев рентгенологическая картина проксимальной части бедра ничем не отличается от бедра после обычного эндопротезирования. Это, в случае повторной операции, облегчить проблему хирурга и даёт больше шансов для получения хороших результатов. После двухэтапного эндопротезирования, из-за резкого удлинения конечности, очень трудно разработать тазобедренный и коленный сустав оперированной конечности. Часто больных беспокоят боли по ходу седалищного нерва.

Заключение. Учитывая вышеперечисленные моменты, можно сделать вывод, что при эндопротезировании дисплазии тазобедренного сустава 4 степени, самым оптимальным методом является одноэтапное эндопротезирование с помощью подвертельной укорачивающей резекции.

НАШ ОПЫТ И ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ

Ниматов Ф.С., Ступина Н.В., Азизов А.М., Шакиров Х.Х., Валиев О.Э.

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

Учитывая системный охват болезни, вовлекающий в патологический процесс не только костную ткань, а также мягкие ткани, хирургические вмешательства в коленном суставе требуют тщательного анализа состояния коленного сустава. Обязательным условием считается оценка движений в суставе, рентгенологическая картина. Пренебрежение этими данными может привести к серьезным ошибкам. Следовательно, выявление как костных, так и мягкотканых изменений в коленном суставе при РА и проведение соответствующего хирургического вмешательства помогут не только скорому восстановлению пациента, но и также способствуют снижению послеоперационных осложнений. На сегодняшний день в нашем центре существуют следующие этапы проведения хирургического вмешательства в коленном суставе при ревматоидном артрите:

1. Синовэктомия в сочетании задне-боковой капсулотомией,
2. Эндопротезирование коленного сустава.

Цель исследования: оптимизация подхода к хирургическому лечению коленного сустава при ревматоидном артрите.

Целью настоящей работы был анализ опыта лечение больных ревматоидным артритом, которым проводилось хирургическое вмешательство в коленном суставе: синовэктомия, задне-боковая капсулотомия и тотальное эндопротезирование коленных суставов.

Материал и методы: РСНПЦТО Узбекистана имеет большой опыт хирургического лечения коленного сустава при РА. Нами были изучены результаты хирургических вмешательств в коленном суставе при РА у пациентов, поступивших за 2015-2019 гг. Среди всех обследованных 82,1±2,6% были женщины и 17,9±2,6% мужчины. В возрастном аспекте обследованный контингент распределяли следующим образом: 22-35 лет - 75 больных (71,4±1,1%); 36-60 лет - 30 больных (28,5±3,3%); 61-74 года - 5 больных (4,7±3,3%). Всем больным были верифицированы следующие заключительные диагнозы при госпитализации (всего n=105): Ревматоидный полиартрит, суставная форма. Двухсторонний гоноартрит (26,6±2,1%, n=35); Ревматоидный полиартрит, суставная форма двухсторонний гоноартрит. Двухсторонняя разгибательно-сгибательная контрактура коленных суставов (16,3±1,7%, n=50); ревматоидный полиартрит, суставная форма,

двухсторонний гоноартрит. Состояние после проведенной задней коапсулотомии. (19±1,4%, n=35); Учитывая сложность заболевания и вовлечение в процесс, как и мягких тканей, так и костной ткани, нами было разработано этапное хирургическое лечение на коленном суставе при РА.

1 этап. Учитывая раннее возникновение заболевания, а также развивающееся нарушение в коленном суставе, 1 этапом в хирургическом лечении была синовэктомия, так как при этом удаляется очень большой очаг воспаления и часто воспалительный процесс в коленном суставе заметно стихает. После удаления патологически воспаленной синовиальной оболочки в некоторых случаях наблюдалась длительная ремиссия воспалительного процесса в суставе. При этом наблюдается переход в медленно прогрессирующее течение болезни, с которой легче справится при помощи базисной терапии.

2 этап. При выраженном прогрессировании болезни из-за позднего обращения к нам пациентам, у которых развилась сгибательно-разгибательная контрактура в коленном суставе, была проведена задняя капсулотомия. При этом учитывалась минеральная плотность передних отделов костей коленного сустава. Эффективность этого хирургического вмешательства было в устранении порочного положения коленного сустава. Также после проведенной задней капсулотомии эндопротезирование коленного сустава проводилось с меньшими техническими трудностями. Тем не менее, у некоторых пациентов после проведенной капсулотомии развивалась повторная сгибательная контрактура в коленном суставе.

3 этап. После проведенных этапов хирургического лечения заключительным этапом в лечении поражений коленного сустава при РА является эндопротезирование коленного сустава. Показаниями проведения операции является стойкая боль и нарушение движения в суставе, образование анкилозов в коленном суставе. Противопоказаниями является состояние болезни в стадии обострения, а также низкий уровень гемоглобина в крови и при снижении минеральной плотности суставных поверхностей обоих костей. Эффективность проведенной операции оценивалась через 3,6 года. У пациентов наблюдалось стойкая ремиссия воспалительного процесса в коленном суставе. Отмечалось уменьшение болей по шкале ВАШ с 65 до 23.Улучшение состояния больного по шкале Insall с 30 до 60. Эти показатели говорят в пользу эндопротезирования коленного сустава при РА. Эдопротезирование коленного сустава на сегодняшний день является самым эффективным хирургическим методом при РА.

Заключение. В результате разработанного 3-х этапного хирургического лечения поражения КС при РА была достигнута высокая эффективность

хирургических вмешательств. При этом на всех этапах присутствовало базисное медикаментозное лечение. Этапы хирургического лечения являются взаимовосполняемыми и каждая следующая операция дает хорошие результаты благодаря ранее проведённой операции.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ПЕРВИЧНОМ И РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Прохоренко В.М., Шакиров Х.Х., Азизов А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э, Ниматов Ф.С.

ФГБУ Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна, Россия,
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Цель исследования: предложить универсальный способ расчёта потребности в эндопротезировании (ЭП) тазобедренного сустава.

Материал и методы: Расчёты основаны на данных, полученных из открытых источников. Использованы сведения о первичной заболеваемости МЗ РФ, демографические показатели Государственного комитета по статистике РФ.

Результаты исследования: В ННИИТО им. Я.Л.Цивьяна за 2013-2015 г. выполнено 667 реЭП ТБС. Известно также, что частота реЭП ТБС составляет приблизительно 12-15% от первичных ЭП ТБС [3]. По данным R.Iorio и др. (2008), потребность в реЭП ТБС в разные сроки после первичных составляет около 15% [5]. По нашим данным, ранние отсроченные ревизионные вмешательства (в первые 5 лет после первичных) в НИИТО МЗ РУз составили 5,2% [1]. Исходя из этого, потребность в реЭП ТБС в России можно оценить в диапазоне от 11 до 25 тысяч операций в год.

Для отдельных территорий мы предлагаем рассчитывать потребность в первичном ЭП ТБС по формуле:

А=(распространённость ОА/1000 · численность населения) · 0,04;

где показатель распространённости взят из официальных отчётов МЗ РФ, численность населения – данные Территориального Комитета по Госстатистике, коэффициент 0,04 соответствует доле коксартрозов, осложнённых разрушением сустава, в структуре заболеваемости ОА.

Мы рассчитали потребность в ЭП и реЭП ТБС на территории НСО по вышеприведённой формуле, исходя из следующих данных:

1. Численность населения НСО на 1 января 2012 г. составила 2687 тысяч человек, из них 2151 тысяча взрослых [2].

2. Первичная заболеваемость остеоартрозами (ОА). В РФ, по данным О.М.Фаломеевой (2006), этот показатель колеблется в федеральных округах в зависимости от природно-климатических условий и других причин, он увеличивается в регионах с суровым холодным климатом. В Сибирском ФО, например, заболеваемость ОА составляет 6,1/1000, распространённость ОА в популяции - 21,9/1000 жителей, по РФ – 5,2/1000 и 20,4/1000, соответственно [4].

По нашим расчётам, приблизительная потребность в первичном ЭП ТБС в НСО составляет 2464 операции в год. Потребность в раннем реЭП ТБС (менее 5 лет после первичного), предлагаем оценить величиной от 6% до 8%, как и потребность в позднем реЭП ТБС. Это составит суммарно от 295 до 370 операций в год. Таким образом, потребность от необходимого объёма реЭП ТБС выполняется в ННИИТО им.Л.Я.Цивьяна на 60-75% ежегодно. От 25% до 40% нуждающихся в ревизионных вмешательствах оперируются в других учреждениях или не оперируются совсем.

Следует уточнить, что в наших расчётах никак не учитывается доля пациентов, нуждавшихся в реЭП ТБС, но имеющих противопоказания к проведению повторных операций или умерших от других причин (соматических заболеваний). С учётом того, что средний возраст пациентов после ЭП ТБС старше 50 лет, их доля может составлять несколько процентов. Более точно поправочный коэффициент может быть рассчитан по данным органов статистики о повозрастной смертности от всех причин.

Таким образом, мы оценили потребность в ЭП ТБС и реЭП ТБС в России и предложили универсальный способ оценки этого показателя на любой территории, основанный на данных официальной статистики.

Более точные расчёты можно провести, имея данные национальных регистров ЭП ТБС в динамике. Необходимость развития системы регистров в настоящее время не вызывает сомнения. Регистры могли бы принести как практическую пользу для пациентов и экономическую для медицинских учреждений, так и, несомненно, научную.

Независимо от методов оценки, не вызывает сомнения, что потребность в ЭП ТБС высокая, но она ещё увеличивается за счёт расширения показаний к ЭП: повышения доли лиц пожилого и старческого возраста, появления большего количества дегенеративных заболеваний ТБС у молодых и более раннего принятия решения об ЭП. Эта тенденция есть не

только в России, но и во всём мире. ВОЗ прогнозирует рост потребности в ЭП ТБС и в будущем.

Список литературы:

1. Азизов М.Ж., Шакиров Х.Х. Инновационные технологии как условие успешной работы травматологического отделения // Материалы 7 Международной научно-практической конференции «Инновации в психологии, педагогике и медицине» (Вьетнам, Муйнэ, 27 апр.- 5 мая 2016 г.) - Новосибирск: Издательство ООО "Немо Пресс", 2016. - с. 35-39.

2. Официальный сайт Федерального органа Государственной службы Госстатистики по НСО: http://novosibstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/novosibstat/ru/census_and_researching/census/national_census_2010/score_2010/score_2010

3. Тихилов Р.М., Гончаров М.Ю., Дроздова П.В., Сивков В.С., Сементковский А.В., Малыгин Р.В. Заполняемость регистра эндопротезирования тазобедренного сустава ФГУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» // Травматология и ортопедия России, 2011, №2 (60), с. 153-159.

4.Фоломеева О.М., Эрдес Ш.Ф. Ревматические заболевания у взрослого населения в федеральных округах Российской Федерации // Научно-практическая ревматология, №2, 2006, - с.4-10.

5. Iorio R, Robb WJ, Healy WL et al. Orthopaedic surgeon workforce and volume assessment for total hip and knee replacement in the United States: preparing for an epidemic. J Bone Joint Surg Am. 2008 Jul;90(7):1598-605.

АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Прохоренко В.М., Шакиров Х.Х.,Азизов А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э., Ниматов Ф.С.

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна», Россия
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: анализ сопутствующих заболеваний у пациентов после ревизионного эндопротезирования (ЭП) тазобедренного сустава (ТБС).

Материал и методы исследования. Исследование проведено в клинике Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии им.Я.Л.Цивьяна (НИИТО), отделение эндопротезирования тазобедренного сустава. Выполнен тотальный ретроспективный анализ историй болезни пациентов, которым была выполнена операция реЭП ТБС в 2013-2015 гг., и анализ их сопутствующей патологии. Изучено 667 историй болезни пациентов, мужчин 269 (40,3%), женщин 398 (59,7%), в возрасте от 18 до 87 лет (средний возраст - 56,2 года). По полу пациенты распределились следующим образом: 269 мужчин (40,3%), 398 женщин (59,7%).

Результаты. Характер сопутствующих заболеваний у пациентов с реЭП ТБС проанализирован в зависимости от сроков возникновения осложнений.

У пациентов с послеоперационными осложнениями (меньше 2 месяцев после первичного ЭП ТБС) наблюдались многочисленные сопутствующие заболевания. По нашим наблюдениям, не было ни одного соматически здорового человека. Так, у 11 пациентов зафиксировано 54 важных заболевания, в среднем по 5 на 1 человека. Был представлен весь спектр наиболее распространённых в популяции соматических заболеваний. Из заболеваний сердечно-сосудистой системы были: гипертоническая болезнь 2-3 стадии (n=8) с недостаточностью кровообращения 1-2 степени (n=7), риском 3-4 (n=5), ишемическая болезнь сердца (5) в сочетании с дисметаболической миокардиодистрофией (n=1), с недостаточностью кровообращения (n=2), с постинфарктным кардиосклерозом (n=1), суправентрикулярной экстрасистолией (1), диффузным кардиосклерозом (n=1), стенокардией напряжения, состоянием после стентирования (n=1). Среди заболеваний нервной системы (n=5) отмечена эпилепсия с моторно-тоническими приступами, психотическими проявлениями, в стадии ремиссии (n=1), органическое заболевание головного мозга (n=1), цереброваскулярное заболевание на фоне артериальной гипертензии (1), церебральный атеросклероз (n=2). Обменно-эндокринные нарушения представлены: сахарным диабетом 2 типа (n=5), который сопровождался диабетической микроангиопатией (n=1), нефропатией (n=1), ожирением 1-й (n=1), 2-й (n=2) и 3-й степени (n=2), сочетавшимся со стеатогепатитом (n=1), жировым гепатозом (n=2) с переходом в цирроз печени, синдромом портальной гипертензии, декомпенсацией, асцитом и гепатоспленомегалией (n=1), хроническим паренхиматозным биллиарно-зависимым панкреатитом (n=1), желчно-каменной болезнью (n=2). Избыточная масса тела (ИМТ 25-29,9 кг/м^2) отмечена у 5 пациентов. Нередким сопутствующим заболеванием была варикозная болезнь нижних конечностей, тромбоз сосудов и посттромботические осложнения.

Другая патология опорно-двигательного аппарата была представлена остеохондрозом поясничного отдела позвоночника (n=1), спондилоартрозом (n=1), статическим сколиозом грудо-поясничного отдела позвоночника (n=1), синдромом люмбалгии (n=1), двусторонним гонартрозом 2-3 степени с варусной деформацией нижних конечностей (n=1), комбинированной контрактурой коленных суставов (n=1). Из проведённого анализа следует, что пациенты с послеоперационными осложнениями после протезирования изначально имели тяжёлую сопутствующую патологию важных органов и систем. По нашему мнению, таким больным требуется индивидуальное терапевтическое сопровождение (эндокринологическое, неврологическое и др.) на всех этапах лечения в период первичного протезирования крупных суставов.

Сопутствующие соматические заболевания у пациентов с ранними осложнениями после протезирования (не более 5 лет): из 371 пациента так же, как и в случае послеоперационных осложнений, не было соматически здоровых лиц, в среднем на 1 человека обнаружено около 3,5 диагнозов соматических заболеваний.

Гипертоническая болезнь отмечена почти у 2/3 пациентов, у почти половины – хронический гастрит, у 1/3 – ожирение и ишемическая болезнь сердца (табл.2). Болезни сердечно-сосудистой системы были представлены: гипертонической болезнью (n=251), часто с высоким риском, недостаточностью кровообращения, кризовым течением; ишемической болезнью сердца (n=107), стенокардией напряжения (n=25), сопровождающимися диффузным кардиосклерозом (n=23), дисметаболической миокардиодистрофией (n=31), постинфарктным кардиосклерозом (n=19), хронической сердечной недостаточностью (n=11), приобретёнными пороками сердца (n=3).

Болезни центральной нервной системы были представлены: энцефалопатией смешанного генеза (сосудистой, посттравматической) или дисциркуляторной, 1-2 степени (n=37), в сочетании с деменцией легкой степени (n=4), церебральным атеросклерозом (n=35), вегето-сосудистой дистонией (n=5), паркинсонизмом (n=2) и другими заболеваниями (n=12).

Обменно-эндокринные нарушения: сахарный диабает 2 типа (n=42) в сочетании с микроангиопатией (n=18), диабетической стопой (n=2) и нефропатией (n=4), подагра, подагрический полиартрит (n=6), ожирение (n=128) 1-3 стадий с ИМТ выше 30 кг/м^2, в сочетании со артериальной гипертензией, стеатогепатозом, желчно-каменной болезнью, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, гастро-эзофагеальным рефлюксом, хроническим гастритом и другими расстройствами.

Среди болезней органов дыхания диагностированы: хроническая обструктивная болезнь лёгких (n=51), бронхиальная астма (n=12), долевая пневмония (n=3), двусторонняя (n=1), хронический бронхит вне обострения (n=29). У некоторых пациентов в анамнезе имелись злокачественные новообразования в стадии ремиссии (рак простаты, молочной железы, лёгкого), инфекционные заболевания в неактивной фазе (туберкулёз, гепатит С), заболевания периферических сосудов (облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей, тромбофлебит), множественная лекарственная аллергия.

По тому же принципу проанализирован спектр сопутствующей патологии у лиц с поздними осложнениями после ЭП ТБС.

Представленность соматической патологии у пациентов с поздними осложнениями такая же, что и у пациентов с ранними. Чаще всего у них регистрировали гипертоническую болезнь, хронический гастрит, ожирение и ишемическую болезнь сердца, однако частота этих заболеваний в этой группе ниже, чем у пациентов с более ранними сроками развития осложнений. Среднее количество вынесенных в сопутствующий диагноз заболеваний составило 3,2 единицы на 1 человека.

Наиболее частой регистрируемой у пациентов патологией была гипертоническая болезнь и симптоматическая артериальная гипертензия (64%), ишемическая болезнь сердца (35%) и стенокардией напряжения (13%), в некоторых случаях сочетающиеся с недостаточностью кровообращения (25% случаев заболеваний органов кровообращения), экстрасистолами (5%), сердечной недостаточностью (4%). Тяжёлых расстройств кровообращения, препятствующих проведению оперативного лечения, не было. Не менее часто регистрировали хронический гастрит, гастродуоденит вне обострения, хронический пиелонефрит, холецистит, желчно-каменную болезнь и хронические заболевания органов дыхания (ХОБЛ, бронхит, бронхиальную астму).

Важное место занимает сахарный диабет второго типа, частым спутником которого является избыточная масса тела, ожирение и большинство из перечисленных заболеваний. Частота сахарного диабета в этой группе не выше, а ожирения – ниже, чем в группе с ранними ревизионными вмешательствами, в то время как в группе с послеоперационными осложнениями частота диабета и ожирения составили по 45,5% каждый.

В части случаев у пациентов в качестве сопутствующего заболевания диагностировали только хронический бронхит или хронический гастрит вне обострения, что носит, по нашему мнению, несколько формальный характер.

Можно заключить, что эти пациенты не имели серьёзных сопутствующих заболеваний, кроме основного, их можно даже назвать соматически благополучными. Таких пациентов не было в группе послеоперационных осложнений, в группе ранних реЭП ТБС их доля составила 3,5%, поздних - 7% от общего количества.

Статистический анализ показал, что при анализе сопутствующей патологии в зависимости от сроков реЭП ТБС имеются заметные различия по видам и частоте хронических заболеваний. Найденные различия имеют характер устойчивой закономерности.

Таким образом, результаты эндопротезирования и сроки повторных вмешательств зависят от коморбидной патологии у пациента.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Рузибаев Д.Р., Хасанов Р.С., Нуримов Г.К., Каримов Х.С.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент,
Ташкентская медицинская академия

Необходимость формирования единого подхода к выбору оптимальной хирургической тактики в лечении пациентов с артрозо-артритом и усовершенствования существующих оперативных методик эндопротезирования обусловило актуальность данной работы.

Таким образом, широкое распространение артрозо-артрита коленного сустава, в том числе значительное число осложнений при выполнении операции и длительность восстановления после неё, требуют оптимизировать новые подходы к выбору тактики эндопротезирования коленного сустава, периоперационного ведения и реабилитации пациентов с артрозо-артритом.

Не смотря вышеуказанные достижения, в изученной литературе нами отсутствуют научно-обоснованные критерии трудоспособности оперированных больных, в связи, с чем социальные результаты дорогостоящего и длительного восстановительного лечения значительно снижаются, что не приводит к ожидаемому реабилитационному эффекту после операции эндопротезирования коленных суставов.

В связи с этим изучение этого вопроса считается актуальной и своевременной темой.

Цель исследования: разработать предложения и рекомендации по совершенствованию реабилитации больных и инвалидов после эндопротезирования коленного сустава.

Материал и методы. Всего было обследовано 125 больных и инвалидов, направленных в Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью Республики Узбекистан для проведения медицинской реабилитации из ВТЭК. В процессе использованы клинические, биомеханические, рентгенологические, лабораторные, электромиографические методы исследования, которые проводились в реабилитационным центре.

Всем пациентам была проведена комплексная этапная реабилитация и изучались материалы по «Программе для диагностики больных с заболеваниями коленного сустава, определения трудоспособности и выбор, тактики лечения». По программам получены следующие данные: 57 мужчин и 68 женщин в возрасте от 18 до 65 лет.

Результаты и обсуждения: Из общего числа реабилитантов нами были выделены 3 реабилитационные группы. При этом основным критерием разделения группы была степень тяжести нарушения статико-динамической функции опорно-двигательного аппарата.

Первая группа – реабилитанты, имеющие односторонний дефект, замещенный искусственным имплантированным суставом. Патологии контралатерального сустава, других звеньев опорно-двигательной системы у больных этой группы не было. Численность группы составила 86 больных.

Вторая группа реабилитантов имела односторонний дефект коленного сустава, компенсированной операцией ТЭКС; со стороны контралатерального сустава был выявлен артрозо-артритом I-II степени. Вторую группу составили 32 больных.

Третья группа включала пациентов с односторонним дефектом, компенсированным ТЭКС и тяжелой патологией со стороны других звеньев опорно-двигательной системы: артрозо-артритом контралатерального сустава III-IV степени или коксартроз а также остеохондрозом поясничного отдела позвоночника. В эту группу включили 7 больных.

Для улучшения эффективности эндопротезирования коленного сустава нами разработан комплекс лечебной физкультуры и устройство для функционального лечения коленных суставов.

Разработанное и внедренное в практику устройство для функционального лечения коленных суставов улучшило состояние суставов и предотвращало контрактуру оперированных суставов.

Клинико-функциональные результаты эндопротезирования коленного сустава в значительной мере зависят от своевременного проведения и рациональной организации медицинской и социальной реабилитации после операции. Для определения трудоспособности пациента после операции нами было использована разработанная программа по оценкам СДФ крупных суставов и трудоспособности больных после эндопротезирования.

Процедура	Патогенетический фенотип		
	Деформирую	Постравма-	Ревматоидный артрит,

	щий гонартроз	тический гонартроз	болезнь Бехтерева
Ранняя разработка с помощью устройства	1 день	1 день	3 дней
ЛФК	2 курса по 10 сеансов	2 курса по 10 сеансов	3 курса по 10 сеансов
Электростимуляция	Передняя и медиальная группа мышц бедра	Четырехглавая мышца бедра	Четырехглавая мышца бедра и двуглавая мышца бедра
Дополнительн обследование	Биомеханика	Биомеханика, МСКТ	Наблюдение ревматолога, контроль СОЭ и ревмофактор, МСКТ, электромиография
Рекомендованные виды труда	Без ограничения	Без ограничения	С умеренным ограничением

Выводы. 1. Проведенная комплексная индивидуальная реабилитация с использованием разработочного аппарата дала возможность улучшить состояние СДФ в оперированной конечности и предотвращала послеоперационную контрактуру суставов у пациентов после ТЭКС на 97,5%.

2. Разработанные индивидуальные комплексные программы реабилитации для пациентов после ТЭКС позволили сократить длительность стационарного лечения до 5 дней и временную нетрудоспособность у 37,5% пациентов сократили до 3 месяцев.

ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА К ТРУДОУСТРОЙСТВУ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Рузибаев Д.Р., Асилова С.У., Нуримов Г.К.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью , Ташкент,
Ташкентская медицинская академия

В настоящее время актуальным вопросом в хирургическом лечении патологии коленного сустава является тотальное ЭП, которому посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных исследователей.

Однако вопросы компенсации статико-динамической функции, медико-социальной экспертизы и реабилитации после операции тотального ЭП КС, являются наименее изученными, а также в доступной нам литературе отсутствуют научно-обоснованные критерии трудоспособности оперированных больных, в связи с чем социальные результаты дорогостоящего и длительного восстановительного лечения значительно снижаются, что не приводит к ожидаемому реабилитационному эффекту после операции ЭП КС.

Повышение уровня заболеваемости суставов и значительные потери трудоспособности населения требуют незамедлительного решения данной проблемы. В связи с этим изучение этого вопроса считается актуальной и своевременной темой.

Цель исследования: разработать рекомендации трудоустройства больных и инвалидов с зависимостью от статико-динамической функции после эндопротезирования коленного сустава.

Материал и методы. Всего было обследовано 125 больных и инвалидов, направленных в Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью Республики Узбекистан для проведения медицинской реабилитации из ВТЭК. В процессе работы использованы клинические, базометрические, рентгенологические, лабораторные, электромиографические методы исследования, которые проводились в реабилитационном центре.

Базометрический метод исследования проводили специальными медицинскими весами МВЭН-150-100. Этот метод исследования включает в себя измерение распределения массы тела по конечностям, которые определяют коэффицент ассиметрии в сагитальной и фронтальной плоскостях. Эти показатели в норме должны быть в фронтальной плоскости равными 1.1, а в сагитальной плоскости 1.75. Для базометрии были использованы специальные весы, которые одновременно определяют распределение массы тела по обеим нижним конечностям.

Всем пациентам проводилось изучение статико-динамической функции оперированной конечности по разработанной программе «оценки статико-динамический функций крупных суставов и определения трудоспособности больных до- и после ЭП КС» и распределены на 3 категории: без нарушения, с умеренным нарушением и с выраженным нарушением статико-динамической функции. Основными факторами по оценке трудоспособности больных с эндопротезированным суставом являлись: этиология и характер течения заболевания, стадия патологического процесса, степень нарушения СДФ с учетом механизма, ее компенсации, условия труда, клинический и трудовой прогноз, общая и профессиональная подготовка пациента (табл.).

Степень нарушения СДФ	Динамика инвалидности	Перечень видов работ и профессий	Временная

		До опе-рации	После 4 мес.	Через 1 год	(специальностей), рекомендуемых и противопоказанных для трудоустройства инвалидов (МУ№012-3/0032)	нетрудоспособность (в днях)
Односторонний дефект компенсированный тотального ЭП КС, не имеющий патологии смежных суставов и позвоночника	3 гр	42	60	25	Водительский труд. Деятельность по учёту (технический исполнитель). Жилищно-комунальные работы. Здравоохранение. Коммерческая деятельность. Культурно-просветительская деятельность и Исскуство. Механическая обработка металлов и других материалов. Наука и научное обслуживание. Образование. Парикмахерское дело. Полиграфические работы. Сборочная работа. Сельское хозяйство. Торговля и питание. Услуги связи. Финансовая деятельность. Швейная работа.	90
	Не имеющие гр. инвалидности	8	30	65		
Односторонний дефект компенсированный тотальным ЭП КС, контрлатерального сустава II – III степени	2 гр	2	31	15	Деятельность по учёту (технический исполнитель). Здравоохранение (врач-консультант, регистратор, врач статист).	120

гонартроза, не имеющие патологии позвоночника	3 гр		1	17	Коммерческая деятельность. Культурно-просветительская деятельность и искусство. Наука и научное обслуживание. Образование. Торговля и питание (с ограничением стояния и ходьбы). Финансовая деятельность. Швейная работа. Обувщик.	
Односторонний дефект замещенный тотального ЭП КС, деформирующий артроз с контрактурой контрлате-рального или смежных сус-тавов, патология позвоночника.	1 гр				Здравоохранение (врач статист, регистратор). Наука и научное обслуживание (научный сотрудник). Услуги связи (программист). Финансовая деятельность (бухгалтер). Швейная работа. Обувщик.	120
	2 гр					
Итого		125	125	125		

Выводы: 1.Результаты статистического анализа, полученные при применении разработанной нами индивидуальной программы реабилитации для больных и инвалидов после тотального ЭП КС, позволили оценить эффективность объема и нормативы реабилитационной помощи на стационарном и амбулаторно-поликлиническом этапах, которая способствовала сокращению временной нетрудоспособности до 1 месяца у 37,5% больных.

2.Основными факторами трудоспособности больных и инвалидов после ЭП являлись характер течения заболевания, стадии патологических процессов, сочетанная патология смежных суставов и позвоночника, с учётом которых достигнуто увеличение числа возвращения к показанному виду труда у 67,5% больных.

ВЫБОР МЕТОДА ФИКСАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Тугизов Б.Э., Хамраев А.Ш., Нурметов С.Т.

Ташкентская медицинская академия

На выбор метода фиксации эндопротеза тазобедренного сустава влияет возраст, степень остеопороза и морфокортикальный индекс бедренной кости. Звучит несколько наоборот, но в зависимости от метода фиксации подбирается конструкция эндопротеза, механическая (резьбовая, пористая, зубчатая и т.д.) или гладкая для цементной посадки.

Цель. Продление жизни эндопротезов тазобедренного сустава выбором оптимального метода фиксации импланта.

Особо важно предоперационное планирование метода фиксации у больных с ревматоидным поражением тазобедренного сустава. Причиной тому, является то, что на фоне выраженного остеопороза возраст основного контингента больных не превышает 40 лет (78%) - собственные наблюдения.

Из 47 оперированных больных резьбовые конструкции использованы у 41 больных, метод жесткой посадки («Press-fit») использован у 4 больных и в остальных случаях эндопротез фиксирован костным цементом.

Практика показало, что у больных с костным анкилозом тазобедренного сустава предпочтительно использовать эндопротезы с механической посадкой. У больных же длительное время пребывавших в постельном режиме, из-за выраженного остеопороза и большого значения морфокортикального индекса оптимальным вариантом считаем цементное крепление эндопротеза.

По причине изначального остеопороза, независимо от метода фиксации, у больных с ревматоидным артритом велика вероятность лизиса костной ткани на границе с инородным телом (кость-металл, кость-цемент). Этот фактор усугубляется еще тем, что у данной категории больных эластичность мышечных масс резко снижена и восстановления даже небольшого укорочения конечности приводит к резкому увеличению протрузионного давления (давление эндопротеза в сторону вертлужной впадины и костномозгового канала).

Для уменьшения этого отрицательного фактора считаем необходимым ослабление натяжения приводящих мышц, и при необходимости натяжение m.iliopsoas методом тенотомии.

Таким образом, на выбор метода фиксации эндопротеза тазобедренного сустава у больных с ревматоидным артритом доминирующее воздействие оказывает возраст больного, однако, с целью уменьшения лизирующего давления металлоконструкции на порозную костную ткань целесообразно совмещать эндопротезирование послабляющей миотомией.

ПЕРЕЛОМ БЕДРА НА СТОРОНЕ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Тугизов Б.Э., Хамраев А.Ш., Нурметов С.Т.

Ташкентская медицинская академия

Одной из частых операций при тяжелой патологии тазобедренного сустава, это эндопротезирование пораженного сочленения. Метод, несомненно, весьма эффективен, контраст клинического состояния больного до и после операции впечатляющий. Однако результаты эндопротезирования в отдаленные сроки доставляет немало хлопот. Одной такой ситуацией считается перелом бедра, дистальнее ножки эндопротеза.

Исследования показали, что напряжение в 1 см² сечения ножки эндопротеза при весе пациента 70 кг достигает от 1,5 до 3,5 тонн, в зависимости от длины шейки, и это напряжение передается костной ткани. Отсюда следует, что наиболее слабой зоной, предрасположенной к перелому является уровень бедра на границе нижнего полюса ножки эндопротеза. Выше этого уровня перелом не возможен в связи с наличием интрамедуллярного металла, в диафизе перелом маловероятен, так как структура костной ткани относительно нормальная.

Таким образом, при переломах бедра на уровне дистального конца ножки эндопротеза тазобедренного сустава оптимальным вариантом является имплантация ревизионной ножки, особенно если выражен локальный остеопороз. При переломах бедра значительно ниже дистального конца ножки эндопротеза тазобедренного сустава можно применить как интрамедуллярный, так и накостный остеосинтез, в каждом случае по индивидуальным показаниям.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Эндопротезирование тазобедренного сустава в последние годы становится все более актуальным, что объясняется хорошими отдаленными результатами операции, позволяющими устранить боль в суставе, восстановить функцию конечности и способность к трудовой деятельности и самообслуживанию. Эндопротезирование тазобедренного сустава проводится при ложных суставах шейки бедренной кости, посттравматических артрозах, коксартрозах (первичный идиопатический коксартроз, вторичные коксартрозы), асептические некрозы головки (аваскулярный некроз), дисплазии тазобедренного сустава, ревматоидном артрите и при переломы шейки бедренной кости. Современные эндопротезы тазобедренного сустава - сложные технические изделия. Обычно протез состоит из ножки, головки, чашки и вкладыша, каждый из этих компонентов имеет свой размерный ряд. Тип и качество материалов применяемых в узлах трения во многом определяет срок службы эндопротеза. Протезы тазобедренного сустава различают по типу фиксации: эндопротезы цементной фиксации, эндопротезы безцементной фиксации [5-7].

Цель работы: Оценка эффективности метода эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости.

Материалы и методы: В работе представлен опыт лечения 84 больных которые находились в РНЦЭМП с переломами шейки бедренной кости разной локализации. В 2018-2019 гг. нами выполнено 84 операций тотальный эндопротезирование при переломах шейки бедренной кости. Средний возраст составил 56 год. Женщин было большинство 66,0%. Показаниями для эндопротезирования тазобедренных суставов были в 48% случаях - субкапитальные переломы шейки бедренной кости, в 46% - трансцервикальные переломы шейки бедренной кости и у 6% больных наблюдалось образование ложного сустава после перелома шейки бедра, которые лечились консервативно сочетанными травмами. Базальные переломы шейки бедренной кости оперированы методом "Гамма" штифтами (PFN). Для данного конкретного больного проводился подбор и установка подходящей конструкции. Применены тотальные безцементный эндопротезы. Использованный нами метод - эндопротезированием безцементными эндопротезами имеет ряд преимуществ над эндопротезированием цементными эндопротезами, этот вид протезирования показан пациентам с потерей плотности костной ткани, выраженном остеопорозе, в пожилом возрасте (старше 65 лет).

Результаты: Наблюдаемым больным произведено эндопротезирование тазобедренных суставов. После операции состояние всех больных улучшилось, нормализовалось, объем движения в суставе увеличился, боли в суставе прекратились, все больные активизированы на 2-3 сутки после операции. Срок пребывание стационар сократился на 1,5 раза. Цель операций - максимально приблизить травматический измененную структуру костной ткани к анатомически правильной и функционально стабильной - достигнута. Послеоперационный период у всех прошел без осложнений. Функциональный эффект восстановлен полностью. Больные удовлетворены результатом. Таким образом, эндопротезирование тазобедренных суставов безцементными эндопротезами эффективно и внедрено в практику РНЦЭМП при переломах шейки бедренной кости.

ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА III-IV СТАДИИ

Хакимов А.Д. Азизов А.М., Ступина Н.В., Ниматов Ф.С., Валиев О.Э.

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

Диспластический коксартроз это особый вид дегенеративно-дистрофического поражения тазобедренного сустава, проявляющийся деформацией, дезорганизацией и пространственным несоответствием всех его компонентов и структур. Несмотря на своевременное раннее выявление врожденного недоразвития элементов тазобедренного сустава, проблема диагностики, лечения диспластического коксартроза остается до настоящего времени далекой от окончательного разрешения.

Цель исследования: оценка клинико-рентгенологических особенностей диспластического коксартрозе (ДК) II–IV стадии.

Материалы и методы: в основу работы положены данные обследования 73 пациентов с ДК, находившихся на обследовании и оперативном лечении и РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2018 по 2019 года. Диагноз устанавливался на основании клинико-рентгенологических критериев. У всех больных отмечался ДК III–IV стадии в соответствии с классификацией J F Crowe (1979).

Основными признаками, характеризующими диспластический сустав, являлись: антеверсия шейки бедренной кости; отклонение вертлужной впадины кпереди от сагиттальной плоскости; нарушение центрации головки в горизонтальной плоскости; изменение шеечно-диафизарного угла и угла вертикального наклона впадины (более 60°). Вертлужная впадина при этом становится неглубокой, и погружение в нее головки составляет менее 1/3 (норма 1/2).

Результаты исследования: среди всех обследованных большинство составили женщины - 56,2% (41 больной), тогда как мужчины – 43,8% (32 больных). Средний возраст обследованных составил 45,3±2,6 лет.

У всех обследованных пациентов главными клиническими проявлениями были сгибательно-приводящие и ротационные контрактуры тазобедренных суставов, укорочение заинтересованных в патологическом процессе конечностей, стойкий болевой синдром, грубая хромота с нарушением опорной функции конечности и локомоторного акта ходьбы.

Одностороннее поражение сустава имели 39 человек (53,4 %), у 34 больных (46,6 %) процесс распространялся на оба сустава. Амплитуда движений в сагитальной плоскости (сгибание – разгибание) у 10 пациентов (13,7 %) находилась в пределах угла до 80°, у 34 (46,6 %) – 80–120°, у 20 больных (27,4 %) – 150–160°. Незначительное укорочение (до 2 см) – у 20 больных (27,4 %), умеренное (до 5 см) – у 40 больных (54,8 %), и у 13 больных (17,8 %) отмечалось укорочение конечности более 5 см. На рентгенограммах определялись угловые и линейные параметры вертлужной впадины и головки бедренной кости. Нормальная величина угла наклона крыши вертлужной впадины (10–12°) была выявлена у 11 пациентов (15 %), у остальных пациентов отмечалось увеличение этого параметра от 15 до 35°. У 26 человек (35,6 %) было выявлено увеличение значений угла Шарпа. Угол Виберга у всех пациентов был уменьшен и находился в пределах от 31° до 3° при норме 40°. Величина шеечно-диафизарного угла варьировала от 118 до 158. Нормальные значения этого параметра установлены у 15 пациентов, у 7 человек имелась варусная, а у 51 больного – вальгусная деформация проксимального отдела бедренной кости. Нормальное значение вертикального размера входа в вертлужную впадину определено лишь у 9 пациентов, у 45 больных отмечалось умеренное (до 9,5 см), а у 19 – значительное (до 11 см) увеличение. В норме соотношение величины толщины дна вертлужной впадины к ее глубине колеблется от 0,3 до 0,6. При диспластическом коксартрозе III–IV стадии данный индекс составляет 1,73–2,3, что является прогностическим показателем нестабильности тазового

компонента эндопротеза, как и индекс вертлужной впадины, соотношение глубины впадины к ее длине t/e = < 0,6.

Выводы: ДК III–IV стадии диагностируется преимущественно у женщин. Характерным и клиническими проявлениями является сгибательно-приводящие и ротационные контрактуры тазобедренных суставов, укорочение заинтересованных в патологическом процессе конечностей, стойкий болевой синдром, грубая хромота с нарушением опорной функции конечности и локомоторного акта ходьбы. Значение соотношения величины толщины дна вертлужной впадины к ее глубине и индекс вертлужной впадины данных индексов возможно использовать для формирования имплантационного ложа при установке чашки эндопротеза без дополнительных способов фиксации.

ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

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

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

Несмотря на своевременное раннее выявление врожденного недоразвития элементов тазобедренного сустава, проблема диагностики, лечения диспластического коксартроза остается до настоящего времени далекой от окончательного разрешения.

Цель исследования: изучить функциональные возможности тазобедренного сустава при диспластических коксартрозах (ДК).

Материал и методы: в основу работы положены данные обследования 73 пациентов с ДК, находившихся на обследовании и оперативном лечении в РСНПМЦ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2018 по 2019 гг. Диагноз устанавливался на основании клинико-рентгенологических критериев. Степень ДК устанавливалась в соответствии с классификацией J.F. Crowe (1979). Среди всех обследованных большинство составили женщины - 56,2% (41 больных), тогда как мужчины – 43,8% (32 больных). Средний возраст обследованных составил 45,3±2,6 лет.

Оценку функции тазобедренного сустава проводили по системе W.H. Harris (1969). Данная система является достаточно информативной и, в то же время, простой и понятной для заполнения. Данная система включает определение следующих показателей, выражающихся в баллах: «Боль» - 44, для категорий «Функция», «Амплитуда движений» и «Деформация» - соответственно 47, 5, 4.

Результаты: при функциональном исследовании пациентов до операции по шкале Harris W.H. мы получили следующие данные. Основное количество больных (87,1%) имело сильную и умеренную боль в тазобедренном суставе, что являлось основным показанием для оперативного вмешательства. Средний балл по болевому синдрому до операции составил 11,1±0,2 балла. В зависимости от стадии поражения тазобедренного сустава у всех больных имелась хромота различной степени выраженности. У 97,4% больных наблюдалась умеренная и сильная хромота. Средний балл по хромоте составил 1,2±0,04. При оценке функционального состояния по системе W.H.Harris средний балл до операции составил 35,2±2,00 (от 8,9 до 50,8), следовательно, функциональное состояние до операции во всех случаях можно оценить как «плохое».

Заключение: Наиболее полное представление о функциональном состоянии тазобедренного сустава, по нашему мнению, позволяет получить система оценки по Харрису. По данным этой методики при количестве баллов меньше 70 показана замена тазобедренного сустава эндопротезом. Необходимо отметить, что данная методика позволяет не только оценивать функцию тазобедренного сустава до операции, но и результаты эндопротезирования в раннем и позднем послеоперационном периодах, а также динамику восстановления и стабилизации опорно-двигательной функции тазобедренного сустава.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ КЎП ТАРМОҚЛИ ТИББИЁТ МАРКАЗИДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИНИ АМАЛИЁТГА ТАДБИҚ ЭТИШ ХОЛАТИ

Халилов К., Қодиров М.Ф., Қосимхўжаев М.И., Ибрагимов М.

Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази,
Республика ихтисослаштирилган илмий амалий тиббиёт травматология ва ортопедия маркази, Тошкент,
Андижон давлат тиббиёт институти

Хозирги замон травматология ва ортопедия амалиётида кенг ривожланиб бораётган, жуда кўп ижобий натижаларни бераётган, мураккаб синиқлар ва муаммоли хисобланган бўғим касалликларини даволашда муаммоларни ечимини топишда имкон яратаётган, шунингдек ўз ўрнида баъзи мунозараларга сабаб бўлаётган соха - бу йирик бўғимларни эндопротезлаш усули бўлиб қолмоқда. Йирик бўғимларни эндопротезлаш усули бошланғич даврда бўғимларнинг посттравматик, дегенератив ва диспластик ўзгаришларини, сон суяги бўйинчасининг синишларини даволашда қўлланилган бўлса, сўнгра унинг қўлланилиш доираси кенгайиб борди. Хозирда йирик бўғимларни эндопротезлаш операцияси систем касалликлар асоратлари, сон суяги проксимал қисми синиқлари каби холатларда хам кенг қўлланила бошланди.

Юқорида келтириб ўтилган холатлар ушбу юқори технологияли операцияларни нафақат марказий даволаш муассасалари, балки вилоят даволаш муассасалари амалиётига ҳам кенг тадбиқ қилинишини талаб этмоқда.

Республика миқёсидаги клиникалар мутахассислари фаол иштирокида Андижон вилояти кўп тармоқли тиббиёт марказида ҳам йирик бўғимларни эндопротезлаш операциялари амалиётга кенг тадбиқ этилмоқда. Ушбу марказ ходимлари йирик бўғимларни эндопротезлаш оператив усулларини ўзлаштириш мақсадида Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий марказида ўқишга юборилиб, ушбу усулни қўллаш техникаси ўзлаштирилди. Хозирда ушбу операцияларни марказ травматолог-ортопедлари томонидан мустақил амалга ошириш йўлга қўйилди.

Андижон вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази жарохат оқибатлари ва ортопедия бўлимида 2018-2019 йил давомида чаноқ–сон бўгими касалликларидан дегенератив коксартроз билан 260 та, диспластик коксартроз билан 298 та, идиопатик коксоартроз билан 222 та, сон суяги бўйинчасидан синиши ёки сохта бўғими билан 110 та, сон суяги проксимал қисми посттравматик ёки гематоген остеомиелити асорати билан 45 та беморлар даволанди. Беморларнинг 549 тасини аёллар, 386 тасини эркаклар ташкил этди. Ўнг томонлама касалликлар 249 тани ташкил қилган бўлса, 321 холатда чап чаноқ-сон бўғими касалликлари кузатилди. 365 холатда эса икки томонлама ўзгаришлар аниқланди.

Мурожаат этган беморлардан 67 тасига чаноқ–сон бўғимини тотал эндопротезлаш операцияси ўтказилди. Шундан аёллар 40 та, эркаклар 27 та. Беморларнинг 7 тасида икки этапда иккала чаноқ-сон бўғимини тотал

эндопротезлаш операцияси ўтказилди. Операция бўлган беморлар чанақ-сон бўғими касалликлари туфайли мурожаат қилган беморларнинг 7,1 % ташкил қилди.

Қўлланилган эндопротезларнинг турлари таҳлили шуни кўрсатдики, 27 холатда IRENE, 35 холатда DePuy, 5 холатда эса Zimmer фирмаси махсулотларидан фойдаланилган. Ўтказилган эндопротезлаш операциясидан кейинги яқин даврда бир беморда тромбоэмболия туфайли ўлим холати кузатилди. Қолган беморларда қониқарсиз натижалар кузатилмади. Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, чанақ-сон бўғими касалликлари туфайли стационар даволанган беморларнинг атиги 7,1% га эндопртезлаш операцияси бажарилганлиги, беморларнинг деярли барчасида яшаш тарзининг ижобий томонга ўзгаришига эришилганлиги, ушбу касалликларда тотал эндопротезлаш операциясини янада кенг кўламда амалиётга тадбиқ қилиниши давр талабидир.

ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ТАЗОБЕДРЕННОМУ СУСТАВУ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ

Хужаназаров И.Э., Щубняков И.И., Косимов А.А., Махмудов Б.Л.

Ташкентская медицинская академия,
ФГБУ Российский Научно-исследовательский институт травматологии имени Р.Р. Вредена, Россия

Актуальность**.** Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава является успешным методом лечения остеоартрита на конечных стадиях. В медицинской литературе описывается большое количество доступов к тазобедренному суставу (ТБС), будь то классические доступы или их модификации. Следует отметить, что в последние годы возрос интерес к разработке новых доступов для сложных случаев как первичного, так и ревизионного эндопротезирования. Использование какого-либо одного доступа к ТБС зависит как от точки зрения хирурга, так и от состояния самого пациента, в том числе от его возраста, физических кондиций, патологических изменений в суставе и окружающих тканей, развившихся в результате заболевания. Немаловажное значение для выбора какого-либо доступа имеют также стандарты и уровень оснащенности местной больницы. Но какой бы доступ не использовался, он имеет свои преимущества и недостатки.

Цель исследования: определить преимущества и изучить недостатки оперативных доступов к ТБС.

Материал и методы. Для проведения данного исследования мы наблюдали 124 больных (мужчин – 18, женщин - 16) с остеоартрозом ТБС в возрасте выше 50 лет, которые находились на лечении в отделении травматологии Республиканской клинической больницы № 1 и клиники ФГБУ РНИИТО имени Р.Р. Вредена МЗ РФ за 2018-2019 гг. Двадцати восьми (23%) больным была проведена операция по замене ТБС из переднего доступа; семидесяти восьми (63%) проведена операция из бокового доступа, а восемнадцати (14%) больным – из заднебокового доступа. Все доступы производились по показаниям.

Результаты. Для определения преимущества и недостатков были оценены несколько показателей.

Во-первых, мы оценили длину разреза: при переднем доступе она составляла в среднем 9,5 см., при заднебоковом доступе длина разреза составляла в среднем 13,1 см., а при боковом доступе – 13,8 см.

Во-вторых, мы оценивали объем интраоперационной кровопотери в каждой группе. При переднем доступе объем интраоперационной кровопотери составлял в среднем 148,8 мл, при заднебоковом доступе – в среднем 165,3 мл, а при боковом доступе – в среднем 214,5 мл, что связано с разрезом средней ягодичной мышцы.

В-третьих, мы определяли длительность операции для каждого доступа с момента разреза до наложения швов. При заднебоковом доступе наблюдалась наименьшая продолжительность операции – в среднем, 72,4 мин., что в среднем, на 15,3 минуты больше длительности операции при переднем доступе – в среднем, 87,5 мин. Наибольшая длительность операции наблюдалась при боковом доступе – в среднем, 91,4 мин. Учитывая этот показатель стоит отметить, что меньшая продолжительность операции снижает степень обсеменения раны микроорганизмами и, соответственно, снижает риск инфицирования раны.

В-четвертых, мы оценивали продолжительность пребывания больных в стационаре. Больные, оперированные передним доступом, имели наиболее низкий срок госпитализации – в среднем 5,6 дней. При заднебоковом доступе больные пребывали в больнице в среднем 6,8 дней. Наибольший срок госпитализации имели больные, оперированные боковым доступом – в среднем 8,8 дней. Это связано с тем, что они требовали более длительного восстановления, вследствие травмирования отводящего механизма.

Выводы:

1. Передний доступ является более оптимальным для молодой группы пациентов с низким индексом массы тела, так как не затрагивает отводящий механизм, способствует более быстрому функциональному восстановлению и дает меньше осложнений. К тому же при переднем доступе объем интраоперацонной кровопотери низкий. Главным недостатком переднего доступа является то, что для этого требуется высокотехнологичный дорогостоящий стол, который доступен не во всех клиниках.

2. Заднебоковой доступ, также как и передний, является оптимальным, так как вышеперечисленные показатели не сильно отличались от таковых при переднем доступе. К тому же средняя длительность операции была наименьшей, что снижает риск инфицирования раны.

3. Непосредственно боковой доступ имеет показатели чуть ниже остальных двух доступов. Но данный метод является основным для более старшего контингента больных. При данном доступе срок функционального восстановления и срок пребывания в стационаре чуть более длительный.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТОЛОГИИ

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СТЕРЖНЕЙ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Алимов А.П., Шукуров Э.М., Камолов Б.Х., Кодиров М.Ф., Акбархонов Ж.Ж., Гофуров А.З., Сапаев З.Э.

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

Основными требованиями к остеосинтезу в лечении переломов длинных костей конечностей являются: 1) надежная иммобилизация костных отломков; 2) минимальная инвазивность; 3) малая травматичность; 4) непродолжительность оперативной вмешательство, блокируемого

интрамедулярного остеосинтеза (БИОС) полностью удовлетворяет этим требованиям и с успехом применяется при переломах бедра, голени и плеча.

Материал и методы. Нами произведены различные операции на бедренных костях — у 6 (БИОС — у 4), костей голени – у 6 (БИОС — у 6). остеосинтез плечевой кости — у 8.

Показаниями к остеосинтезу являлись закрытые диафизарные переломы, диафизарные переломы 2-х и более сегментов нижних конечностей.

Таким образом, блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) предпочтителен при переломах длинных трубчатых костей из-за малой травматичности, надежной фиксации, минимального риска инфицирования. Активное применение блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.

Цель исследования: улучшение результатов оперативного лечения диафизарных переломов длинных костей конечности с применением метода БИОС.

Материал и методы. С 2016 по 2020 гг. в нашей клинике у 80 больных с переломами длинных трубчатых костей конечностей произведены операции остеосинтеза длинных костей методом БИОС. Операция проводилось под контролем электронно-оптического преобразователя. Использованы продукции «Chmsp.zo.o.» (Польша), полые (коньюлированные), «IRENE» (Китай) и цельные гвозди. Нами использованы блокирующие стержни для бедренной и большеберцовой костей: реконструктивные; компрессионные, динамические, статические; ретроградные, антиградные от коленного сустава.

Реконструктивные стержни применялись для интрамедуллярного остеосинтеза проксимального отдела бедренной и плечевой костей. Угловая установка реконструктивных винтов обеспечивает головке анатомическое положение по отношению к диафизу кости.

При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломах применялось статическое блокирование отломков с интероперационной коррекцией длины поврежденных сигментов.

В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялась, а активные движения в смежных суставах поврежденного сегмента проводились со второго дня после операции. Движение на поврежденной конечности разрешалось с 2-5-го дня, в зависимости от общего состояние больных. Больные с диафизарными и околосуставными переломами костей нижней конечности начали ходить с полной нагрузкой на травмированную конечность через 1-2 месяца после операции, при внутрисуставных переломах возможность нагрузки решалась

индивидуально. Консолидизация переломов и восстановление опорной функции поврежденной конечности у № больных через 6-8 месяца после операции. Из этой группы пациентов в 10-ти случаях произведено удаление фиксаторов после 14-16-го месяца после операции. За 24 больными с разными стадиями консолидации переломов ведется амбулаторное наблюдение, № больных в настоящее время находятся на стационарном лечении. У 6 больных с оскольчатым и фрагментарным переломом большеберцовой кости произведена динамизация гвоздя через 2-3 месеца после операции путем удаления статистического винта, что предотврощает деформацию дистальных блокириющих винтов и дает возможность создавать физиологическую компрессию в области перелома без риска укорочения поврежденного сегмента.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: глубокое нагноение мягких тканей в области перелома у 4 больных. В двух случаях удалось купировать инфекционный процесс без удаления металлоконструкции.

В 5 случаях отмечалось замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведена динамизация гвоздя. Перелом фиксаторов - 1, несращение – 1 случай. Среди осложнений, не оказавших влияние на конечный результат и не потребовавших выполнения реостеосинтеза (4 случаях, 6%), отмечены: миграция дистальных блокирующих винтов - 6, избыточная длина блокируюших винтов - 7,перелом стержня на фоне срастающегося перелома – 1 случай. Из всех полученных осложнений мы выделили те, причиной которых могла быть конструктивная особенность использованных фиксаторов.

Сращение после первичного остеосинтеза было достигнуто в № случаях (№%) У этих пациентов результат лечения по шкале Маттис признан отличным в 93% хорошим в 7%. Неудовлетворительный окончательный результат лечения признан у одного пациента (остеомиелит). В трех случаях (4.5%) результат лечения оставил 98.4% от всех изученных результатов.

Выводы: 1. Остеосинтез переломов длинных костей бедра и голени с интремедуляными стержнями с блокированием является методом выбора у больных с переломами длинных костей нижних конечностей.

2. Закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, выполненный по строгим показаниям при диафизарных преломах, способствует восстановлению опороспособности конечности.

3. Правильный выбор методики операции и технического оснащения (ЭОП, ортопедический стол, специальный инструментарий), а также правильное ведение больного в послеоперционном периоде позволяет

избежать таких осложнений, как неудовлетворительная фиксация костных отломков, перелом блокирующих винтов и др.

4. При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации и появляется возможность ранней разработки суставов, что способствует сокращению сроков стационарного лечения.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Акбархонов Ж.Ж., Алимов А.П., Кодиров М.Ф. Камолов Б.Х., Сапаев З.Э.

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

Переломы проксимального отдела плечевой кости наиболее часто встречаются у лиц пожилого возраста, у молодых людей данное повреждение чаще характерно для высокоэнергетических травм, таких как падение с высоты и ДТП. С возрастом частота таких переломов возрастает, и у лиц старше 65 лет они находятся по частоте на третьем месте после переломов других критических зон остеопороза, в частности, проксимального отдела бедренной и дистального отдела лучевой костей.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения переломов проксимального отдела плечевой кости и их последствий путём дифференциального выбора вида остеосинтеза в зависимости от характера переломов.

Материал и методы: за 2018-2019 годы пролечено 58 пациентов с переломами проксимального отдела плечевой кости. Среди пациентов было 39 (67%) женщин и 19 (33%) мужчин. Из них 34 (59%) больных лечились консервативно и 24 (41%) больным были произведены операции. У всех 58 (100%) больных травмы были бытовые. Наиболее тяжелые травмы получили 27 больных в возрасте старше 60 лет (46%) и 26 (45%) возрасте между 46-60 лет. 47 (81%) больных поступили в экстренном порядке и 11 (19%) больных поступили плановом порядке. В 55 (95%) случаях имелись кардиологические болезни, такие как ИБС, АГ, аритмия, атеросклероз и так далее. Все больным проведены клинические, интрументальные и лабораторные исследования.

Результаты и обсуждение: результаты консервативного и оперативного лечения переломов проксимального отдела плечевой кости удалось проследить у 58 пациентов в сроки до 2 лет и более. Наиболее благоприятные

анатомо-физиологические результаты были получены у пациентов с двух- и трехфрагментарными переломами. В 48 клинических наблюдениях удалось добиться сращения перелома в сроки до 10 недель. Необходимо отметить, что большинство этих пациентов было прооперированно в сроки от 3 до 14 дней с момента получения травмы. Хирургическая реабилитация пациентов с четырехфрагментарными переломами и переломо-вывихами проксимальной части плечевой кости характеризовалась значительными техническими сложностями при выполнении оперативного вмешательства: выраженные разрушения костных структур, разрывы и растяжение капсулы плечевого сустава влияли на прочность фиксации отломков плечевой кости и требовали увеличения сроков иммобилизации конечности в послеоперационном периоде. В 3-х клинических наблюдениях у пациентов старше 80 лет при динамическом контроле выявлен асептическим некроз головки плечевой кости с фрагментацией костных структур и миграцией установленных конструкций. Соматическая патология и состояние костных структур не позволили выполнить у данных пациентов повторные хирургические вмешательства. В лечении несросшихся переломов проксимального отдела плечевой кости основные сложности остеосинтеза обусловлены дефицитом костной ткани, формирующимся в результате местного остеопороза и асептического некроза отдельных фрагментов плечевой кости, лишенных кровоснабжения. В данной группе больных было прооперированно 4 пациентов. Наши исследования подтверждают результаты, полученные другими исследователями. Так, оптимальные анатомо-функциональные результаты лечения получены при хирургической реабилитации пациентов с двух- и трехфрагментарными переломами проксимального отдела плечевой кости. При этом оперативное вмешательство необходимо выполнить в ближайшие сроки после получения травмы, не позднее 5-7 дней.

Выводы: проведенный нами ретроспективный анализ 58 клинических случаев после консервативного и хирургического лечения переломов проксимального отдела плечевой кости позволяет констатировать, что использование накостных пластин с угловой стабильностью винтов в целом обеспечивает необходимую прочность фиксации для сращения перелома и ранней функциональной реабилитации конечности при любых типах повреждения костных структур указанной локализации. Однако у пациентов со сложными многофрагментарными повреждениями (особенно пожилого и старческого возраста) и пациентов с несросшимися переломами проксимальной части плечевой кости необходимо индивидуально, с учетом качества костных структур, решать вопрос о выборе между методом открытого остеосинтеза пластиной LCP (PHILOS) или малоинвазивного

пластинового остеосинтеза (MIPO) и первичным протезированием плечевого сустава.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Алимов А.П., Юсупов С.Ю., Хакимов Ш.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент,
Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель исследования: оценить результаты различных видов хирургического лечения больных с переломами проксимального отдела плечевой кости (ППОПК).

Материал и методы. Исследование основано на анализе 40 пациентов с ППОПК, которые проходили лечение в клиниках Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии и Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицисикой помощи 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 переломо-вывихами. 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 ППОПК 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 ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ И ПЕРЕЛОМОВЫВИХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Алимов А.П., Юсупов С.Ю., Хакимов Ш.К.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент,
Бухарский государственный медицинский институт,
Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение. Переломы проксимального отдела плечевой кости составляют около 6% от всех переломов у больных трудоспособного возраста, занимают третье место по частоте встречаемости среди больных пожилого возраста (Сластинин В.В., Титов Р.С. (2014). 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 (E. Weber et al. (2016).

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.

ФАЛАНГЛАРАРО БЎҒИМИЧИ СИНИҚЛАРИНИ ВА СИНИБ ЧИҚИШЛАРИНИ ОШИҚ-МОШИҚЛИ ДИСТРАКЦИОН АППАРАТ БИЛАН ДАВОЛАШ

Асилова С.У., Каримов Х.М., Ходжаев Ш.Ш., Равшанов Ш.Н., Эргашов М.М.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Республиканская клиническая больница №1,Ташкент,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Долзарблиги. Олиб борилган тадқиқотлар натижалари кўрсатишича, қўл панжаси бўғим ичи жарохатлари умумий таянч-харакатланиш травмаларининг 25-59%ини ташкил қилмоқда. Қўл панжаси эскирган ва янги фалангалараро бўғим ичи синиқлари, фалангалараро бўғим ичи синиб-чиқиши ва фалангалараро чиқишларида оператив даволардан кейин асоратларнинг кўпайиши бунинг оқибатида ногиронликнинг хам ўсиб боришига сабаб бўлмоқда.

Мақсад: Қўл панжаси эскирган ва янги фалангалараро бўғим ичи синиқлари, фалангалараро бўғим ичи синиб-чиқиши ва фалангалараро

чиқишларида оператив даво натижасини қайта ишлаб мукаммаллаштирилган ошиқ-мошиқли дистракцион аппарат усули билан даволаб асоратлар олдини олиш ва ногиронликларни камайтириш.

Материал ва услублар: 2017 - 2020 йилларда кузатувда бўлган 40 та фалангалараро бўғим ичи синиқларини, синиб-чиқиш ва чиқишлари ташҳиси билан даволанган беморда изланиш олиб борилди, бунда беморларда МСКТ, рентгенография ва клиник текширув усулларидан фойдаланилди. Беморларнинг ўртача ёши 18 дан 45 ёшгача (30±5).

Беморларни даволаш усули бўйича икки гуруҳга ажратилди: биринчи гуруҳ беморлар традицион усул билан даволанганлар - 30 тани, иккинчи гуруҳ беморлар ошиқ-мошиқли дистракцион аппарат билан даволанганлар 10 тани ташкил қилди.

Традицион усул: бу усул даволанган беморларни икки яримёйли Куршунова –Лазерева ва Киршнер сихлари билан остеосинтезлаш амалиётлари олиб борилган, бундан ташқари консерватив усул яъни гипсли боғламлардан фойдаланиб беморлар даволанди. Гипс боғлами билак ички юзаси юқори учлигидан синган бармоқ учигача қўйилди. Гипс 6 хафта давомида қўйиб даволанилиши керак, бу вақт оралиғида суяк битаётганлигини бахолаш учун такрорий рентгенография қилиб туриш керак. Гипс муддати суяк синиш турига қараб ўзгаради. Агар беморда суяк бўлакланиб синмаган бўлса у ҳолда 5-6 ҳафта давомида даволанади бордию парчаланиб синиб силжиган бўлса 6-7 ҳафта гипсли боғламда ёки аппаратда туриши керак бўлади.

Ошиқ-мошиқли дистракцион усул: Ушбу усул билан даволанган барча беморларда, яъни 8 (80%) тасида беморда яхши натижа қолган 2 (20%) беморларда қониқарли натижалар олинди. Ошиқ – мошиқли дистракцион аппаратни қўллаш усули ва асосий ишлаш принципи: ошиқ – мошиқли дистракцион аппарат жароҳатланган бўғимни бир вақт ичида ҳаракатини, тузилишини ва фаолиятини тиклайди. Битиш жараёнини кузатиш учун 1 йил давомида 3 марта рентген қилиб назоратга олинди.

Беморларни даволаш давомида 1 ой, 3 ой ва 6 ой давомида текширувлар олиб борилди. Текширувлар натижалари рентгенография, МСКТ ва функционал усулларга асосида ўрганилди. Олинган натижалар қуйидаги мезонларга қараб бахоланди, суяк функционал ва морфологияси, иммобилизация муддатига қараб яхши, қониқарли ва қониқарсиз бахолаш билан белгиланди. унга кўра традицион усул билан даволанган беморларда 20 (66.67%) яхши, 6 (20%) қониқарли ва 4 (13.33%) қониқарсиз натижалар олинган. Қониқарсиз натижаларнинг асосий сабаби ортопедик режимни бузганлиги яни аппаратни муддатдан аввал олиб ташланганлиги, бўғимнинг

майдаланиб синиб силжиганлиги ва очиқ синиб боғлам аппарати ва пайларинг жарохатидир. Хулоса ва муҳокамалар. Олиб борилган тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатадики, фалангалараро бўғимичи синиқларини, синиб чиқишлари ва чиқишларини ошиқ-мошиқли дистракцион аппарат билан даволаш традицион усулидан кўра самарадорлиги юқоридир. Ошиқ-мошиқли дистракцион усул билан даволанган беморларда реабилитацияни жарроҳлик амалиётидан 5 кун ўтиб бошлаш имконини беради ва беморлар уйга кетгач хам ўзлари бемалол уйида реабилитацион чора тадбирларниамалга ошириши мумкин ва энг мухим томони аппаратда туриш муддатини 2 хафтагача қисқартириш имконини берди, бу эса ўз навбатида самарали натижалар эришишга имкон яратди.

Бунга қарама-қарши ўлароқ традицион усул билан даволанган беморларда аппаратни ўрнатгач, беморларнинг аксарияти узоқ муддат бармоқлардаги бир хил холат оқибатида юзага келган оғриқлар сабаб беморлар аппаратни эрта ечиб ташлагани, реабилитацион чора тадбирларни кечиктириб бошлагани ва энг мухими аппаратнинг 6-7 хафта туриши олинган натижаларнинг нисбаттан кам самара олишга сабаб бўлди.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, фалангалараро бўғимичи синиқларини, синиб чиқишлари ва чиқишларини асосий даволаш ва самарали натижага эришиш ошиқ-мошиқли дистракцион аппарат билан даволаш усулидан шунингдек кафт ва бармоқ деформацияларини ошиқ – мошиқли дистракцион усулда миқдорли аста тўғирлаш жарроҳлик муолажадан кейинги юз берадиган қийинчиликларни енгишга имкон беради. Ошиқ – мошиқли дистракцион аппарат ёрдамида жароҳатланган қўл тўқимасида минимал жарроҳлик муолажа билан коорекция қилишга эришилди.

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ахмаджонов О.Н., Буронов Ф.Ё., Умаров А.Х.

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

Традиционными способами анестезиологического обеспечения оперативного лечения травм и заболеваний органов опоры и движения в настоящее время являются ингаляционная анестезия и тотальная

внутривенная анестезия (ТВА). В большинстве случаев применение этих методов анестезии не соответствует современным требованиям. Указанные способы обезболивания, с одной стороны, значительно превышают риск самого оперативного вмешательства из-за возможности развития серьезных, вплоть до фатальных осложнений, с другой – неполноценная интра- и послеоперационная ноцицептивная защита и замедленная активация больных в послеоперационном периоде.

Цель работы: изучение эффективности и безопасности комбинированного применения разных методов регионарной анестезии у пациентов с переломами верхних и нижних конечностей.

Материал и методы. Мы провели исследование по сравнению эффективности между тотальной внутривенной анестезии с компонентом ИВЛ и комбинированного применения спинномозговой (эпидуральной) анестезии с блокадами нервных сплетений и стволов верхней конечности при множественных переломах верхних и нижних конечностей. Работу выполняли в отделении анестезиологии и реанимации. Всего исследовали 83 больных с множественными переломами верхних и нижних конечностей сопутствующими патологиями в разных внутренних органах. Больных разделили на 2 группы: в 1-ю группу (n=38) входили больные, оперированные под ВТА с компонентам ИВЛ по эндотрахеальному типу, а в 2-ю группу - под регионарную анестезию (n=45). В первой группе для анестезии применяли все наркотические и психотропные средства в сбалансированных дозах. Во второй группе для блокады периферических нервов верхней конечности использовали методику межлестничных или подмышечных доступов, а для нижней конечности спинномозговая анестезия. Как местный анестетик применяли 0,5% и 0,75% растворы бупивакаина. По необходимости для седатации внутривенно вводили растворы седуксена(0,5% р-р 2,0-4,0 мл) или мидазолама (0,5% р-р 3,0-6,0 мл), а в редких случаях сочетали с раствором промедола.

Анестезию проводили поэтапно: вначале сделали спинномозговую анестезию для операции нижней конечности, а потом за 30 мин. до конца операции на нижней конечности проводили блокаду нервов верхней конечности.

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), после начала анестезии через 30 мин (2-этап), на самом травматичном этапе операции (3-этап), в конце операции (4-этап) и после операции в течение 1 часа.

Результаты: изучение изменения концентрации глюкозы и кортизола в крови и неинвазивных показателей гемодинамики резко не отклонялись от нормы у обеих групп больных интра- и послеоперационного периода. В 1-й группе больные были экстубированы в первые часы после операции и все остались для дальнейшего наблюдения в отделении реанимации. У 7% больных потребовалось дополнительная коррекция гемодинамики. Больные из 2-ой группы в 94% случаев переводились в травматологическое отделение. В 6% случаев потребовалась медикаментозная коррекция гемодинамики и больные были оставлены для дальнейшего наблюдения в отделении реанимации.

Выводы:

1. Применение комбинации разных методов регионарной анестезии с седацией у больных с множественными переломами обеспечивает адекватную и безопасную анестезию, продолжительную послеоперационную анальгезию до 3-4 часов, раннюю активацию в послеоперационном периоде.

2. У больных, оперированных под регионарной анестезией, сохраняется нормальный баланс симпатической и парасимпатической активности вегетативной нервной системы в отличие от ВТА с проведением ИВЛ.

3. Регионарная анестезия обеспечивает адекватный газообмен и метаболизм на фоне эффективного спонтанного дыхания, а при ВТА с проведением ИВЛ отмечается развитие ацидоза.

Таким образом, комбинации разных методов регионарной анестезии с седацией у больных с множественными переломами является методом выбора, что обеспечивает адекватную и безопасную анестезию, продолжительную послеоперационную анальгезию до 3-4 часов, раннюю активацию в послеоперационном периоде.В настоящее время хирургическая ортопедия и травматология располагает широким спектром высокотехнологичных корригирующих и восстановительных операций. В частности, были сформированы новые принципы лечения, которые включают в себя проведение оперативного лечения на ранних стадиях заболевания и увеличение количества хирургических вмешательств, выполняемых по экстренным показаниям, непосредственно в ближайшее время после травмы. Большинство этих операций характеризуется высокой сложностью, длительностью, многоэтапностью, значительной травматичностью и кровопотерей.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ С ВЫТЯЖЕНИЕМ ПО ОСИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ В АППАРАТЕ ИЛИЗАРОВА

Аширов М.У., Уринбаев П.

Самаркандской государственный медицинский институт

Актуальность. Пяточная кость плотно вогнана к находяшимся сверху таранной кости, находяшимся спереди костям: кубовидной, ладьевидной. Она прочно соединена посредством связок с рядом находяшимися костями.

Своды стопы образованы костями, соединяющимися между собой относительно малоподвижными суставами, укрепленными большим количеством связок, и поддерживается пассивно этими связками и мощным подошвенным апоневрозом. Среди мышц, поддерживающих свода стопы, наиболее важными являются: передняя большеберцовая мышца (m.tibialis anterior), задняя большеберцовая мышца (m. Tibialis posterior) и малоберцовые мышцы. Стопа обладает исключительно важными свойствами: противостоять усилиям сжатия, растяжения и сдвига, как ни одна ткань организма, благодаря прочного кожно - соединительного футляра. Подошвенная кожа имеет особую структуру со специальной жировой тканью, пронизанной во всех направлениях соединительнотканными пучками (коллагеновыми и эластическими), соединяющимися с подошвенным апоневрозом и фасциями мышц. Пассивные факторы (кости и связки) играют в поддержании свода стопы не меньшую, если не большую роль, чем активные (мышцы).

Материал и методы. В основе нашей модификации метода компрессионно-дистракционного остеосинтеза лежит описание техники скелетного вытяжения при лечении переломов пяточной кости (А.В. Каплан, 1978) и методика дистракции по приближенной оси пятки (Халилов Р.Г.,2014)

Мы скомпоновали аппарат состоящий из деталей аппарата Илизарова и предложенного нами полукольца и стержней, позволяющий проводить дистракцию по оси пяточной кости.

Наше сообщение основано на изучении результатов лечения переломов пяточной кости с применением дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова у 94 больных, лечившихся в 2015-2019 годах в Самаркандской областной больнице ортопедии и травматологии, на базе кафедры ортопедии и травматологии Самаркандского государственного медицинского института. Мужчин было 87 (92,5%), женщин – 7(7,5%). По локализации у 64(66,1%) больных мы наблюдали внутрисуставные переломы. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 45лет – 54(58%), 46-59 лет- 32(34%), 60-75 лет-8(8%).

Наш анализ показал, что повреждение локализовалось справа у 45, слева у 42 пострадавших, двустороннее повреждение было у 7 больных. Двое лечились с помощью гипсовой повязки, 6 больных- с использованием открытого остеосинтеза, 86 больных –методом компрессионно-дистакционного остеосинтеза аппаратом Илизарова, в том числе 14 больных по новой методике.

Для оценки результатов лечения мы взяли за основу протокол, предложенный С.М. Платоновым (2007).

Результаты. Отдаленные результаты изучены у 68 больных, что составляет 72,3% от общего количества лечившихся больных, в сроки от 6 месяцев до 2,5 лет. У 49(72,06%) получены хорошие результаты, у 19(27,94%) удовлетворительные. Неудовлетворительных результатов не было.

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИ И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Байимбетов Г.Дж., Ходжанов И.Ю.

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

Цель работы: анализ ошибок и осложнений в лечении чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

Материал и методы: за 2017 по 2019 гг. пролечено 48 детей с дистальными переломами плечевой кости и посттравматическими контрактурами локтевого сустава. Мальчики составили 61%, девочки - 39%. Правосторонние повреждения превалировали - 71%. Сроки обращения спустя травмы: в течение первого года 8% больных, через два года - 35%, через три года - 28% и более трех лет - 29% больных. Последствия чрезмыщелковых переломов составили 38%, блока плечевой кости 7%, головки мыщелка 19%, переломов проксимального конца локтевой кости 19%, костей предплечья 17%. Всем больным проведены стандартные рентгенография и МСКТ исследования. Статистическая обработка цифровых данных проведена на персональном компьютере.

Результаты и обсуждение. В клинике 77% пациентов подвержены оперативному методу лечения (артропластика – у 24 пациентов, у остальных 21 открытый остеосинтез на аппарате Илизарова), а остальные больные 20

пролечены консервативно (с допустимыми смещениями). При этом хорошие результаты составили 78%, удовлетворительные 18% и неудовлетворительные составили 4%. Результаты оценены по шкале Broberg&Morrey.

Для более детального разбора мы раздельно изучаем эти явления по отдельности. Ошибки в лечении чрезмыщелковых переломов по мере допустимости различают: диагностические, лечебно-тактические, реабилитационные. Несмотря на модерниизацию лечебно-профилактических учреждений диагностические ошибки встречаются довольно часто. Применение цифровых рентгенологических аппаратов в действительности снизило количество ошибок, но основные ошибки встречались при низких чрезмыщелковых переломах (остеоэпифизеолизы) и эпифизеолизах дистального конца костей предплечья. Более тщательное изучение рентгенограммы и опознавательные признаки помогают не допускать грубых ошибок. Диагностическими признаками нарушения взаимного пространственного расположения элементов сустава являются: ядро окостенения головки мыщелка, блок и внутренний надмыщелок плечевой кости. Нарушение взаимного пространственного расположения этих структур и относительно к длинной оси плечевой кости косвенно указывают на наличие повреждения. Кроме того, окостеневшие части проксимального конца тоже дают информацию и правильную ориентацию о костных структурах дистального конца плечевой кости.

К основным лечебно-тактическим ошибкам относятся неправильный выбор оперативного метода лечения, не обоснованный выбор оперативного лечения (при остаточных смещениях костных отломков) и преувеличение компенсаторных возможностей детского возраста.

Как показывает практика, при чрезмышелковых переломах следующие остаточные смешения не являются допустимыми: варусное положение дистального отломка, нарушение угла между головкой мышелка и плечевой кости, ротационное смещение костных отломков.

Выбором метода оперативного метода при чрез- и надмышелковых переломах является внеочаговый дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова, желательно до операции следует определить направление ротационного смещения дистального отломка с помощью мультиспиральной компьютерной томографий (МСКТ). При переломах головки мышелка плечевой кости допустимым смещением по ширине по данным разных авторов колеблется от 3 до 5 мм, но, надо иметь ввиду, если смещения по ширине сопровождаются ротационным смещением, то допустимость этих смещений резко снижается. Как показывает многолетняя практика нашей

клиники, головка мышелка плечевой кости у средней и старшей возрастных групп ломается с захватом блока плечевой кости на 1/3 или ½ части. В таких случаях, если имеется ротационное смещение, следует применить открытую репозицию с последующим остеосинтезом на аппарате Илизарова, в противном случае наблюдается рассасывание блока плечевой кости.

Частые диагностические упущения наблюдается при апофизеолизах внутренного надмыщелка плечевой кости, так как не редко ядро окостенения появляется поздно. В тех случаях, когда диастаз между отломками превышает дистанцию в 5 мм, следует производить открытую репозицию с последующим остеосинтезом на аппарате Илизарова. Результаты хирургического лечения свежих повреждений внутреннего надмыщелка плечевой кости хорошие, а застарелые повреждения с посттравматическими контрактурами локтевого сустава далеко не утешительны. При далеко зашедших апофизеолизах с внутрисуставным ущемлением, внутренняя надмышелка так интимно сращена с поверхностью блока и локтевой вырезкой, что мобилизовать ее без повреждения вышеуказанных суставных поверхностей порой невозможно.

Осложнениями при переломах дистальных структур плечевой кости являются следующие: контрактура локтевого сустава, вальгусная деформация (при застарелых повреждения головки мышелка), варусная деформация, сложные атипичные деформаций локтевого сустава, контрактура Фолькмана, периферические неврологические изменения.

Причинами контрактур локтевого сустава при переломах плечевой кости являются: неправильное сращение, объемные конфликты, нарушения пропорциональности дистальных структур. К первой группе относится неправильное сращения блока плечевой кости, головка мышелка и чрезмышелковые переломы. Объемные конфликты возникают с сочленяющимися костями предплечья, когда не совпадают размеры костных структур. Одним из компонентов контрактуры является снижение пластичности капсуло-связочного комплекса и не полная мобилизация их препятствуют полноценному разрешению контрактуры локтевого сустава.

Таким образом, ошибки и осложнения при хирургическом лечении переломов дистального конца костей предплечья встречаются довольно часто, этому способствуют анатомические предпосылки. Современное техническое оснащение и повышение компетентности врачей позволят снизить данные явления.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ

Болтаев Н.

Наваийский филиал Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы

Цель исследования. Показать возможности установления танатогенеза СТ на основе исследования структуры головного мозга морфологическими методами.

Возможности морфологических методов в судебной медицине значительно расширились за счет все более широкого применения морфометрических приемов с применением компьютерных программ, применения методов иммуногистохимии, сочетания морфологических методов с биохимическими, биофизическими и другими исследованиями. В танатологических исследованиях головной мозг (ГМ) наряду с сердцем, легких, печенью, почками подвергается обязательному морфологическому исследованию. Изменения в структурах различных отделов ГМ в достаточной степени отражает танатогенез механической травмы.

Отмечены особенности нарушения кровообращения в ГМ при политравме. Гистостереометрическое исследование артерий, вен и сосудов микроциркуляторного русла в поле 6, стенке III и IV желудочков показало, что реакция внутримозговых сосудов на травму закономерно изменяется во времени, что может быть объективно оценено по определению средней объемной плотности кровенаполненных и обескровленных сосудов. Эти данные были использованы как для оценки танатогенеза, так и для установления давности травмы. Также установлено, что ишемические поражения ГМ, вызванные различными причинами, в том числе, острой и массивной кровопотерей, вызывают разнообразные поражения его нервной ткани, сосудистой системы и реологических свойств крови. Подчеркивается, что изучение реакции головного мозга при различных травматических повреждениях, в том числе и при смерти от СТ целесообразно проводиться комплексно с оценкой долевого участия каждой из составляющих его структур в танатогенезе процессов.

Можно полагать, что исследования структурных изменений различных отделов ГМ в случаях СТ с применениями методов современной морфометрии, особенно в случаях отсутствия в её составе ЧМТ, может позволить оценить танатогенез данного состояния.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Даминова М.У.

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

Блокада плечевого сплетения считается одним из оптимальных методов анестезии при оперативных вмешательствах на верхних конечностях. Сегодня регионарные блокады при операциях на верхних конечностях составляют 60-80 % от объема всех выполняемых анестезий. Важными преимуществами регионарной анестезии являются снижение нейрогуморального ответа организма на операционную травму, уменьшение интраоперационной кровопотери, улучшение микроциркуляции в оперированной конечности и уменьшение выраженности послеоперационного болевого синдрома. Применение ультразвуковой навигации дало возможность осуществлять контроль (в режиме реального времени) за положением не только иглы, но и за распространением анестетика в зоне блокады, без потери контакта с пациентом.

Материалы и методы: Нами проанализировано течение регионарного обезболивания у 55 больных, оперированных по поводу травм верхней конечности, у которых применялась блокада плечевого сплетения надключичным способом, с ультразвуковой навигацией. Из них 20 пациентов - женщины, 35 - мужчины. Возраст больных колебался от 21 года до 75 лет, вес пациентов - от 49 до 103 кг. Для блокады использовались 1-2% раствор лидокаина (5 - 7 мг/кг) у 27 больных и 0,5% раствор бупивакаина (2 – 3 мг/кг) у 28 больных. С целью седатации применяли внутривенно сибазон (0,5% - 2,0 мл) и промедол (2% - 1,0 мл). Пациентам обеих групп проводилась стандартная предоперационная подготовка и премедикация: Sol. Atropini sulfatis 0,1% - 0,5 мл, Sol. Dimedroli 1% - 1,0 мл.

Интраоперационно контролировали гемодинамические и респираторные показатели. Все пациенты находились на самостоятельном дыхании. Интенсивность болевого синдрома исследовалась с помощью 10-балльной визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Исследование проводилось перед операцией и в послеоперационном периоде, через 6, 12 и 24 ч после окончания операции.

Результаты и обсуждение: При применении 1-2% раствора лидокаина полная сенсорная блокада наступала через 9,5±0,5 мин, частичная

двигательная блокада через 12,5±1,5 мин. Анестезиологический эффект сохранялся 90,5±5,0 мин, анальгетический эффект - 120,5±5,5 мин.

При применении 0,5 % раствора бупивакаина полная сенсорная блокада наступала через 14,5±1,5 мин, частичная двигательная блокада - через 18,5±2,5 мин. Анестезиологическая эффект сохранялся в течение 180,5±5,0 мин, анальгетический эффект - 250,5± 5,5 мин.

Гемодинамические показатели на протяжении всего оперативного вмешательства оставались стабильными. Сатурация кислорода составляла 98-99% на фоне инсуффляции кислорода 3 л\мин, вспомогательная вентиляция легких не требовалась.

Интенсивность болевого синдрома по ВАШ до операции значимо не отличалась между группами больных и составляла в среднем 3,5 балла в покое и 5,2 балла при активизации пациентов. Использование проводниковой анестезии позволило значимо уменьшить выраженность послеоперационного болевого синдрома как в покое, так и при активизации пациентов. Длительность аналгезии сохранялась и через 6 ч после операции при применении раствора бупивакаина.

Во всех случаях блокада была выполнена без осложнений, т. е. без повреждения нервов, сосудов, плевры. Адекватная анестезия была достигнута почти у всех пациентов.

Выводы: Выполнение адекватной проводниковой анестезии плечевого сплетения под ультразвуковым контролем является безопасной и позволяет сократить время выполнения манипуляции. Выполнение блокады плечевого сплетения не вызывает значимых изменений основных показателей центральной и периферической гемодинамики.

ПРЕИМУЩЕСТВО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ И ВТОРИЧНЫХ ПАРЕЗОВ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

Дехканов К.М., Мухамадиев А.Б., Ботиралиев А.Б.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель. Сократить сроки реабилитации пациентов с переломами диафиза плеча, осложнёнными невритом лучевого нерва. Профилактика вторичных ятрогенных парезов лучевого нерва при остеосинтезе диафизарных переломов плеча.

Актуальность. По литературным данным, частота повреждений плечевой кости составляет 13,5 %, среди других трав опорно-двигательного аппарата. Повреждения диафиза плеча чаще встречаются в возрасте 20–50 лет, и их доля колеблется от 50 до 72 % от всех переломов плечевой кости. Нарушение процесса консолидации перелома плечевой кости, приводящим к формированию ложных суставов достигают 15,7 %, из них половина случаев приходится на диафизарную часть плеча, Высокий процент осложнений свидетельствует об изъянах в методологии лечения переломов плечевой кости и их последствий.

Повреждение лучевого нерва при диафизарных переломах плеча может произойти как в момент самой травмы, так и на этапах лечения: при закрытой репозиции и внешней фиксации или при выполнении остеосинтеза. При лечении переломов диафиза плечевой кости, в последние годы всё шире используются малоинвазивный вариант остеосинтеза БИОС с применением блокирующих интрамедуллярных штифтов. Преимуществом данного вида стабилизации перелома является меньшая опасность сдавления нерва в гипсовой повязке, отсутствие необходимости в большом операционном доступе как в случае остеосинтеза пластиной, следствием чего в последующем является массивное образование рубцов в мягких тканях. Соответствие БИОС высоким критериям качества жизни, и возможность ранних движений в суставах, выполнения широкого спектра реабилитационных процедур позволяют рекомендовать метод к более широкому использованию.

Материалы и методы исследований. За период с 2017 по 2019 годы, в отделении травматологии Ферганского филиала РНЦЭМП пролечено 234 пациентов с повреждениями плечевой кости, что составило 12,3 % от общего количества больных с переломами длинных трубчатых костей. Группа больных в количестве 72 человек с закрытыми диафизарными переломами плеча, лечились с применением оперативных методов. Из них женщин – 27 (37,5 %), мужчин – 45 (62,5 %). Выполнены следующие оперативные вмешательства: I группа (остеосинтез пластиной) – 20 (27,8 %), II группа (остеосинтез БИОС) – 28 (38,9 %), III группа (ВКДО аппаратом Илизарова) – 17 (23,6 %), IV группа (штифтами Кюнчера) – 7 (9,7%). У 16 пациентов до начала лечения был диагностирован парез лучевого нерва. Показанием к выполнению оперативного вмешательства

было неудовлетворительное состояние отломков на рентгенограмме после закрытой репозиции, отсутствие стабильной фиксации при оскольчатом переломе в гипсовой повязке, неврологические расстройства с первичным посттравматическим парезом лучевого нерва.

Результаты: 20 пациентам был выполнен экстрамедуллярный остеосинтез плечевой кости пластиной, в том числе десяти пациентам с первичным парезом лучевого нерва. В этих случаях операция сопровождалась невролизом. 28 пациентам произведён блокирущий интрамедул лярный остеосинтез штифтом, среди них шесть пациентов с первичным парезом лучевого нерва, при выполнении малоинвазивного блокирующего интрамедулярного остеосинтеза из короткого передненаружного доступа на границе средней и дистальной трети плеча было выполнено исследование состояния повреждённого лучевого нерва. Во всех 6 случаях лучевой нерв был расположен по спиральной линии излома между костными отломками. После его высвобождения удавалось достичь репозиции и фиксировать перелом. Пациентам с неврологическими расстройствами операция выполнена в первые 5-7 дней с момента травмы. 17 пациентам был выполнен внешний компрессионно – дистракционный остеосинтез аппаратом Илизарова. И оставщимся 7 больным произведён остеосинтез штифтами Кюнчера. Всем пациентам с неврологическими расстройствами с первых дней после операции проводилась медикаментозная терапия, физиотерапия, массаж. Больные активно занимались лечебной физкультурой. У всех пациентов через 4 месяца с момента операции нам удалось достичь сращения перелома, которое было зарегистрировано клинически и рентгенологически. У 10 пациентов с первичным парезом лучевого нерва, оперированных пластиной, регресс неврологических расстройств наступил через 4,5 месяца с момента травмы. При выполнении малоинвазивной фиксации БИОСом у 6 пациентов с первичным невритом этот процесс занял в среднем 2,5-3,5 месяца. При выполнении ВКДО аппаратами Илизарова в 4 случаях зарегистрирован вторичный парез лучевого нерва, который купировался при последующем консервативном лечении за 3-4 месяца. При выполнении малоинвазивной интрамедуллярной фиксации блокирующими штифтами вторичных парезов лучевого нерва не отмечено. При применении блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза хорошие и удовлетвори- тельные результаты получены 96,4 % случаев.

Заключение. Анализ полученных результатов позволяет сделать вывод, что малоинвазивный интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами является атравматичным, соответствуют высоким требованиям к

качеству жизни в современном мире. Малоинвазивный стабильно-функциональный интрамедуллярный остеосинтез блокирующими штифтами более эффективен и обеспечивает достаточную механическую прочность и компрессию фиксации костных отломков, что является хорошей профилактикой ложных суставов. Отсутствие необходимости в гипсовой иммобилизации, выраженного отёка после операции дают возможность рекомендовать их как для фиксации диафизарных переломов плеча, осложнённых невритом лучевого нерва, так и для профилактики вторичных неврологических расстройств после остеосинтеза плеча.

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Дурсунов А.М., Эргашев Ж.Э., Рузиев О., Эрназаров Х., Эргашев Б., Мавлонов О.

В 2009 году для оказания травматолого-ортопедической помощи населению Кашкадарьинской области развернуто 205 койки, функционирующих на базе 3-х отделений областного и 3 районных травматологических отделений.

В области зарегистрировано 99,00 штатных врачебных должностей, которые заняты 93 физическими лицами (укомплектованность100 %). Из 93 врачей аттестовано 75 (79%), в т.ч. высшая аттестационная категория у 18, первая - у 40 и вторая - у 17. Пять специалистов имеют степень кандидата медицинских наук.

В течение 2019 года в травматологических стационарах области пролечено 10561 пациентов при среднем пребывании больного на койке 9,2 дня, оборот её составил 27,1. За год выполнено 2930 операции при хирургической активности 55,1%. С начало года организовано регулярные выезды ведущих специалистов РНПМЦТО травматологов-ортопедов в районы области, где вырабатывалась практика профилактической и организационной работы, диспансеризации ортопедотравматологического контингента пациентов, внедрялись новые высокотехнологичные методы

хирургического лечения. В областном центре, так и в районных травматологических и хирургических отделениях внедрены различные способы внутреннего остеосинтеза, лечение ортопедической и травматологической патологии с помощью аппаратов внешней фиксации, расширены диапазоны операций по поводу ортопедических заболеваний опорно-двигательной системы.

Функционирование травматологических отделений, несомненно, способствовало повышению уровня и качества помощи при травмах, внедрению оперативных вмешательств пациентам с ортопедической патологией.

В 2019году в практику работы областного филиала РНЦЭМП внедрены операции с применением артроскопической техники (9), эндопротезирование тазобедренного сустава (29) в ОМПМО Кашкадарьинской области. Во всех районных и в некоторых хирургических отделениях внедрены современный метод - блокируемый интрамедуллярный остеосинтез длинных костей (34). Одним из важнейших достижений этого этапа считаем мероприятия, направленные на приближение специализированной помощи сельскому населению области как путем формирования районных отделений в РМО, так и подготовка врачебных кадров, что в значительной мере способствовало повышению качества оказания помощи не только в областном центре.

Оценивая достижения последнего этапа практической травматологии и ортопедии области, следует отметить внедрение в практику работы травматологического центра высокотехнологичных методов, позволяющих существенно сократить сроки лечения пациентов и их инвалидность. В практику работы ОМПМО внедрены операции на позвоночнике (транспедикулярная фиксация с пластикой-55), реконструктивные и костнопластические операции на тазобедренном суставе и стопе, БИОС. В областном филиале РНЦЭМП внедрены операции с применением артроскопической техники.

Оценивая перспективы развития травматолого-ортопедической помощи населению области, считаем возможным отметить следующие направления: 1. Активизация профилактической и организационной работы с широким привлечением средств массовой информации. 2. Повышение уровня квалификации специалистов и прежде всего врачей амбулаторного звена. 3. Постоянное обеспечение врачей информацией о новых методах диагностики и лечения. 4. Постоянное обновление и пополнение структурных подразделений службы современными средствами диагностики и лечения. 5. Тесное сотрудничество клиницистов-практиков и сотрудников РНПМЦТО, РНЦЭМП и кафедр с целью постоянной разработки новых

лечебно-диагностических методов и их внедрения в практическое здравоохранение.

НОВЕЙШИЕ ПОДХОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Орипов А.А., Фозилов Х., Юсупов С.Ю.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение: Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) являются одними из тяжелейших осложнений травматической болезни при политравме. Активация системы гемостаза при множественных переломах костей конечностей происходит за счет нарушения целостности сосудистой стенки, попадания в кровь большого количества тромбопластина, нарушения кровотока.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пациентов с множественными переломами костей конечностей путем оптимизации прогнозирования развития и профилактики тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы: за период с 01.01.2017 по 30.06.2018 года через приемное отделение экстренной травматалогиии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи прошли 85 пострадавших с тяжелой травмой костей конечностей (переломы бедренной кости, множественные переломы костей конечностей и таза). Все пострадавшие с тяжелой скелетной травмой были доставлены с явлениями травматического (как правило, II-III-IV ст.) шока.

Всем пострадавшим были оказаны комплексные противошоковые мероприятия параллельно с проведением диагностических и лечебных мероприятий в условиях противошокового отделения и операционной. Специализированная хирургическая медицинская проводилась согласно принципам контроля повреждений (damage control). Наиболее оправданным методом лечения при поступлении пациентов в стационар на этапе приемно-диагностического отделения является чрескостный остеосинтез стержневым аппаратами внешней фиксации.

Профилактика ТЭО проводилась по общепринятой схеме и являлась одним из важных этапов оказания специализированной и высококвалифицированной помощи. В условиях клиники основным медикаментозным методом профилактики являлся препарат эноксапарин в дозировке 40 мг (4000 МЕ) в сутки с последующим возможным увеличением дозировки до 60 мг при очень высоком риске развития ТЭО.

Согласно разработанной нами схеме, в день поступления каждому пациенту назначался препарат эноксопарин натрия в начальной дозировке 40 мг. В дальнейшем производились лабораторные диагностические мероприятия. В 0-й день осуществлялись исследования коагулограммы, общего анализа крови (ОАК). После проведения специализированной хирургической помощи пациенту проводился гематологический тест «тромбодинамика» каждый день, а также предыдущие лабораторные исследования для оценки в динамике.

Тест «тромбодинамика» позволяет количественно оценить все физиологические стадии формирования фибринового сгустка, недоступные гомогенным методом: скорость, размер, образование спонтанных фибриновых сгустков. В тесте имитируется локальное повреждение сосудистой стенки и регистрируется процесс формирования фибринового сгустка в реальном времени в небольшом объеме плазмы крови пациента. Параметры тромбодинамики обладают высокой чувствительностью к гипо- и гиперкоагуляции различного генеза, а также к повышенному фибринолизу.

В случае нормальных значений показателей тромбодинамики и других лабораторных тестов, дозировка эноксопарина остается на прежнем уровне – 40 мг, при выраженной гиперкоагуляции дозировка увеличивается до 60 мг и проводится УЗДГ нижних конечностей. Если определяется наличие тромба любой локализации – назначаются лечебные дозы антикоагулянтов.

При высоком риске тромбообразования на 3-4 сутки проводится контроль коагулограммы, УЗДГ вен нижних конечностей с последующей оценкой результатов – при появлении тромбозов любой локализации – назначение лечебных доз антикоагулянтов.

После выписки из стационара пациенты получали пероральные низкомолекулярные гепарины – ривароксобан (ксарельто 15 мг х 2 раза в день в течение трех недель) с профилактической целью ТЭО в течение 35 дней с момента травмы.

Результаты и обсуждение: в настоящее время метод тромбодинамики применен у 15 пациентов с тяжелыми переломами костей конечностей. При динамическом наблюдении у данных пациентов имеет место ухудшение показателей свертывающей системы крови в соответствии с динамикой

развития травматической болезни на 3-4 сутки. Однако на 10-е сутки у всех пролеченных пациентов гиперкоагуляция значительно уменьшается.

Таким образом, у исследуемых пациентов имеет место нарушение реологии крови за счет развития гиперкоагуляции, которая усугубляется на 3-4-е сутки после полученной травмы, что соответствует развитию травматической болезни и ее переходу в третий период – период наиболее вероятного развития осложнений

Выводы:

1.С целью профилактики тромбоэмболических осложнений, необходимо производить малоинвазивные оперативные вмешательства с применением аппаратов внешней фиксации и БИОС трубчатых костей конечностей в раннем периоде травматической болезни, согласно принципу «контроля повреждений», когда риск возможных осложнений сведен к минимуму.

2.Также следует производить комплексную медикаментозную антикоагуляционную терапию низкомолекулярными гепаринами под контролем современных методов лабораторной диагностики, с последующим назначением препаратов низкомолекулярного гепарина перорально.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Сайдиахматханов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б., Гаипов З.А.

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

Переломы вертлужной впадины являются тяжелой травмой опорно-двигательного аппарата. Это связано с тем, что нарушение целостности хряща вертлужной впадины приводит к развитию дистрофических изменений в суставе и, в конечном итоге - к формированию посттравматического коксартроза.

Результаты лечения таких травм зависят от многих факторов. Причинами неудовлетворительного исхода могут служить высокая энергия травмирующего воздействия, отсроченное, более чем на 6 часов, вправление вывиха бедра, наличие сложного оскольчатого внутрисуставного перелома, неполноценная репозиция отломков и фиксация костных отломков.

Для фиксации переломов вертлужной впадины предложены ряд

устройств, но их применение при оскольчатых переломах задней колонны вертлужной впадины ограничены. Нами разработано устройство, целью которого является создание стабильной, жесткой фиксации костных отломков при многооскольчатых переломах вертлужной впадины и создание конгруэнтности различных отделов вертлужной впадины.

Для решения поставленных задач предлагается устройство (патент на полезную модель № FAP 01443 от 28.12.2018) для лечения переломов вертлужной впадины, содержащее плавно изогнутую дугообразную пластину с крепежными отверстиями для винтов, отличающееся тем, что его пластина: по краю малой дуги имеет четыре равноудаленных, под углом 90° от основания пластины, шипа треугольной формы, размером основания 1.5 мм и высотой 3 мм для фиксации отломков; по центру большой дуги, расположенную под углом 100°-130°, планку размером 15х25 мм с крепежными отверстиями для дополнительной фиксации к костям таза и на концах - расположенные под углом от 125° до 130° ушкообразные изгибы радиусом 10 мм для прочной фиксации к костям таза.

Сопоставительный анализ с другими устройств показывает, что разработанное устройство для фиксации переломов вертлужной впадины, отличается тем, что выполнение четырех равноудаленных шипов треугольной формы, размером основания 1.5 мм и высотой 3 мм, для фиксации отломков, по краю малой дуги пластины даёт возможность сцепки мелких осколков. Выполнение планки, размерами сторон 15х25 мм, для дополнительной фиксации к костям таза по центру большой дуги, с отверстиями для винтов, увеличивает жесткость конструкции и обеспечивает стабильность фиксации нижележащих отломков. Выполнение под углом выступающих элементов пластины повторяет анатомическую форму костей таза, даёт ей возможность плотного прилегания к костям таза. Выполнение на концах пластины ушкообразных изгибов необходимо для прочной фиксации к костям таза.

Устройство используется следующим образом. Больному под спинномозговым обезболиванием, в положении на боку, после соответствующей обработки кожи антисептиками, по наружной поверхности бедра выполняют задний доступ по Кохеру-Лангенбеку, длиной 8-10 см. После обнажения места перелома производят ревизию тазобедренного сустава, определяют наличие осколков, осколки мобилизируют и репонируют, временно фиксируют спицами, пластину адаптируют к поврежденному заднему краю вертлужной впадины. Пластину, параметры которой рассчитаны по рентгенограмме пациента, исходя из диаметра головки бедренной кости, накладывают так, чтобы продольный край малой

дуги пластины был расположен на расстоянии 5 мм от плоскости входа в вертлужную впадину, а концы пластины - ушкообразные изгибы - располагают у основания крыла подвздошной кости и на борозде, между нижним краем вертлужной впадины и нисходящей ветвью седалищной кости. Сверлят несколько отверстий, одно из них должно проходить через костный отломок. Расположение винтов ориентируют, как правило, по направлению наибольшего костного массива. Пластину винтами крепят к костям таза. Рану послойно ушивают наглухо до дренажа. В послеоперационном периоде применяют гемостатики, дренаж удаляют через 1 сутки. Через 2-3 недели назначают дозированную лечебную физкультуру, массаж, электростимуляцию мышц бедра и голени.

Устройство удобно в использовании, позволяет увеличить надежность и стабильность фиксации при хирургическом лечении оскольчатых переломов вертлужной впадины.

Таким образом, предлагаемое устройство обладает новизной и может быть применимо в практической медицине, при лечении переломов вертлужной впадины.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Гаипов З.А., Рахматов Р.Б., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.

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

Актуальность: По данным различных авторов переломы в области вертлужной впадины являются следствием высокоэнергетической травмы, возникшей преимущественно в результате ДТП или при падении с высоты и составляют от 12 до 25 % по отношению ко всем переломам таза. В результате ДТП повреждения вертлужной впадины случаются в 40-76 % случаях. Кататравма является причиной повреждений вертлужной впадины в 11 % случаях.

Оперативное лечение переломо-вывихов ацетабулярной области остается наиболее сложным и дискутабельным вопросом хирургии повреждений данной

локализации. В связи ростом количества сложных повреждений в области тазобедренного сустава возрос интерес к разработке определенных доступов к тазобедренному суставу, в частности к вертлужной впадине.

Переломы вертлужной впадины невозможно лечить, применяя стандартный доступ. Изучив рентгенологические снимки и компьютерные томограммы, хирург должен иметь точное изображение анатомии перелома, который он собирается лечить. Выбранный хирургический доступ должен позволить осуществить все необходимые манипуляции по репонированию и фиксации. Нужно также иметь хорошее представление преимущества и недостатка каждого доступа.

Цель исследования: Выбрать дифференцированный доступ для улучшения результатов оперативного лечения больных с переломами вертлужной впадины в зависимости от характера перелома.

Материалы и методы. За период 2015-2019 годов в отделении травматологии ГУ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии прооперировано 59 пациентов с переломами в области вертлужной впадины в возрасте от 20 до 69 лет. Из них пациенты до 30 лет-11, от 30 до 40 лет-17, от 40 до 50 лет-17, свыше 50 лет-14 больных. Из них мужчин было-46, женщин-13. По локализации переломы вертлужной впадины распределялись следующим образом: переломы передней колонны у 11 больных, переломы задней колонны у 35 больных, переломы крыши вертлужной впадины – у 13 больных. При лечении применялся доступ Kocher-Langenbeck- у 48 пациентах, расширенный подвздошно-бедренный доступ – у 11 пациентах.

Результаты и обсуждение. Отдаленные результаты изучены у наблюдаемых нами 59 больных в сроки от 1 года до 3 лет. При оценке исходов лечения пользовались трехбалльной системой. При оперативном лечении у 48 пациентов доступом Kocher-Langenbeck : Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен - у 41 (85.4%) больных, удовлетворительный исход (прочное сращение отломков, ограничение функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного) – у 5 (10.4%) больных, неудовлетворительный исход (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности и выход на инвалидность) – у 2 (4,2%) больных.

При оперативном лечении у 11 пациентов доступом расширенный подвздошно-бедренный: Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен - у 7 (63.6%) больных, удовлетворительный исход (прочное сращение отломков, ограничение

функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного) – у 2 (18.2%) больных, неудовлетворительный исход (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности и выход на инвалидность) – у 2 (18.2%) больных.

Выводы. На основании правильного выбора хирургического доступа для успешного оперативного лечения пострадавших с переломами вертлужной впадины основная цель лечения должна заключаться не только в сохранении жизни, но и в максимально короткие сроки производить операцию по стабилизации костных отломков.

НОВЕЙШИЕ ПОДХОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Орипов А.А., Фозилов Х., Юсупов С.Ю.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Введение: Тромбоэмболические осложнения (ТЭО) являются одними из тяжелейших осложнений травматической болезни при политравме. Активация системы гемостаза при множественных переломах костей конечностей происходит за счет нарушения целостности сосудистой стенки, попадания в кровь большого количества тромбопластина, нарушения кровотока. Лабораторные исследования свертывающей системы крови достоверно показали, что показатели гемокоагуляции достигают максимума на второй неделе после травмы, превышают нормальные почти в 3 раза и возвращаются затем к нормальным только после 8 недель. При этом на протяжении этого периода времени сохраняется риск развития тромбоэмболических осложнений. Частота ТЭО при тяжелой травме нижних конечностей и таза составляет от 60% до 90%. Тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) составляют 2-10% в случаях множественных переломов костей конечностей. При этом, по данным ряда авторов, у 85% пострадавших с политравмой имеет место бессимптомное течение тромбоэмболических осложнений.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения пациентов с множественными переломами костей конечностей путем оптимизации

прогнозирования развития и профилактики тромбоэмболических осложнений.

Материал и методы: За период с 01.01.2017 по 30.06.2018 года через приемное отделение экстренной травматалогиии Бухарского филиала Республиканской научной центр экстренной медецинской помощь прошли 85 пострадавших с тяжелой травмой костей конечностей (переломы бедренной кости, множественные переломы костей конечностей и таза). Все пострадавшие с тяжелой скелетной травмой были доставлены шоковым зале в приемное отделение РНЦЭМП БФ с явлениями травматического (как правило, II-III-IV ст.) шока.

Всем пострадавшим были оказаны комплексные противошоковые мероприятия параллельно с проведением диагностических и лечебных мероприятий в условиях противошоковой отделении и операционной. Специализированная хирургическая медицинская проводилась согласно принципам контроля повреждений (damage control). Наиболее оправданным методом лечения при поступлении пациентов в стационар на этапе приемно-диагностического отделения является чрескостный остеосинтез стержневым аппаратами внешней фиксации

Профилактика ТЭО проводилась по общепринятой схеме и являлась одним из важных этапов оказания специализированной и высококвалифицированной помощи. В условиях клиники основным медикаментозным методом профилактики являлся препарат эноксапарин в дозировке 40 мг (4000 МЕ) в сутки с последующим возможным увеличением дозировки до 60 мг при очень высоком риске развития ТЭО.

Согласно разработанной нами схеме в день поступления каждому пациенту назначался препарат эноксопарин натрия в начальной дозировке 40 мг. В дальнейшем производились лабораторные диагностические мероприятия. В 0-й день осуществлялись исследования коагулограммы, общего анализа крови (ОАК). После проведения специализированной хирургической помощи пациенту проводился гематологический тест «тромбодинамика», каждый день, а также предыдущие лабораторные исследования для оценки в динамике.

Тест «тромбодинамика» позволяет количественно оценить все физиологические стадии формирования фибринового сгустка, недоступные гомогенным методам: скорость, размер, образование спонтанных фибриновых сгустков. В тесте имитируется локальное повреждение сосудистой стенки и регистрируется процесс формирования фибринового сгустка в реальном времени в небольшом объеме плазмы крови пациента.

Параметры тромбодинамики обладают высокой чувствительностью к гипо и гиперкоагуляции различного генеза, а также к повышенному фибринолизу.

В случае нормальных значений показателей тромбодинамики и других лабораторных тестов дозировка эноксопарина остается на прежнем уровне 40 мг, при выраженной гиперкоагуляции дозировка увеличивается до 60 мг и проводится УЗДГ нижних конечностей. Если определяется наличие тромба любой локализации – назначаются лечебные дозы антикоагулянтов.

При высоком риске тромбообразования на 3-4 сутки проводится контроль коагулограммы, УЗДГ вен нижних конечностей с последующей оценкой результатов – при появлении тромбозов любой локализации – назначение лечебных доз антикоагулянтов.

После выписки из стационара пациенты получали пероральные низкомолекулярные гепарины – ривароксобан (ксарельто 15 мг х 2 раза в день в течение три недели)с профилактической целью ТЭО в течение 35 дней с момента травмы.

Результаты и обсуждение: В настоящее время метод тромбодинамики применен у 15 пациентов с тяжелыми переломами костей конечностей. При динамическом наблюдении у данных пациентов имеет место ухудшение показателей свертывающей системы крови в соответствии с динамикой развития травматической болезни на 3-4 сутки. Однако на 10-е сутки у всех пролеченных пациентов гиперкоагуляция значительно уменьшается.

Таким образом, у исследуемых пациентов имеет место нарушение реологии крови за счет развития гиперкоагуляции, которая усугубляется на 3-4-е сутки после полученной травмы, что соответствует развитию травматической болезни и ее переходу в третий период – период наиболее вероятного развития осложнений

Выводы: С учетом полученных данных с целью профилактики тромбоэмболических осложнений необходимо производить малоинвазивные оперативные вмешательства с применением аппаратов внешней фиксации и БИОС трубчатых костей конечностей раннем периоде травматической болезни согласно принципу «контроля повреждений», когда риск возможных осложнений сведен к минимуму, а также производить комплексную медикаментозную антикоагуляционную терапию низкомолекулярными гепаринами под контролем современных методов лабораторной диагностики, с последующим перорально употреблять препарата ксарельто .

НАШ ОПЫТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Камолов Б.Х., т.ф.д. Алимов А.П., к.м.н Шукуров Э.М., к.м.н Қодиров М.Ф., Сапаев З.Э., Акбархонов Ж.Ж.

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

Цель исследования – улучшить результаты лечения пациентов с переломами нижней трети плечевой кости выработкой протокола консервативного и оперативного лечения в зависимости от вида перелома и степени смещения, возраста пациента и выраженности остеопороза.

Материал и методы. С 2018-2019 гг. мы изучили отдаленные результаты лечения 139 пациентов (мужчин - 81, женщин - 58) с переломами нижней трети плеча в возрасте от 18 до 80 лет. Считали обязательным выполнение каждому пациенту рентгенограмм нижнего сегмента плечевой кости с захватом локтевого сустава в двух проекциях.

Переломы были получены при падении на локтевой сустав – у 98, при армрестлинге - у 7, в результате дорожно-транспортных происшествий - у 31, насильственные действия (криминальная травма) имели место у троих больных.

Выбор тактики лечения определялся типом перелома, возрастом пациента, наличием сопутствующей патологии и требованием пациентов к результатам лечения. Консервативно лечили 21 пациента, оперативно - 118. У 81 больного выполнен накостный остеосинтез пластиной с угловой стабильностью, интрамедуллярный остеосинтез - у 23, остеосинтез винтом и проволокой - у 3, ВКДО-у 11 б-х.

Результаты и обсуждение. Осложнения оперативного лечения были у 7 из 139: у одного (БИОС) ложный сустав, замедленная консолидация - у двух (интрамедуллярный остеосинтез у обоих), невропатия лучевого нерва - у одного (остеосинтез пластиной), невропатия лучевого нерва - у одного (интрамедуллярный остеосинтез), - у одного (ВКДО). Лечебную физкультуру (ЛФК) на локтевой и лучезапястный суставы начинали по мере уменьшения болевого синдрома (2-4 сутки). Иммобилизация до операции осуществлялась косыночной повязкой, иногда накладывалась гипсовая лангетная повязка сроком на 3-4 недели. ЛФК на локтевой сустав начинали на 12-14 сутки после операции. Оперативное вмещательство необходимо выполнять в ближайшие сроки после получения травмы, не позднее 5-7 дней.

Так, при наличии тяжелой соматической патологии у лиц пожилого возраста, переломах левого плеча у правшей, отсутствия мотивации на

оперативное лечение следует избрать консервативный способ лечения. При переломах у лиц трудоспособного возраста при наличии смещения более 1 см показана операция.

Заключение: проведенный нами ретроспективный анализ 58 клинических случаев консервативно и хирургического лечения переломов нижней трети плечевой кости позволяет констатировать, что использование накостных пластин с угловой стабильностью винтов в целом обеспечивает необходимую прочность фиксации для сращения перелома и ранней функциональной реабилитации конечности при любых типах повреждения костных структур указанной локализации. Однако у пациентов со сложными многофрагментарными повреждениями (особенно пожилого и старческого возраста) и пациентов с несросшимися переломами проксимальной части плечевой кости необходимо индивидуально, с учетом качества костных структур, решать вопрос о выборе между методом открытый остеосинтез и пластиной LCP.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Каюмов Ж.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Цель работы: Изучение эффективности лечения оперативного вмешательства в раннем периоде при травмах опорно-двигательного аппарата с множественными и сочетанными травмами.

Нами в период с 2011 по 2016 года проведено оперативное лечение у 125 больных с открытыми и закрытыми переломами длинных костей при множественных и сочетанных травмах. Большинство больных, что составило 109 пациентов (87,2%), были лицами трудоспособного возраста.

Переломы бедренной кости наблюдались у 56 больных, у 69 больных отмечались переломы костей голени.

Больные были распределены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили 47 (37,6%) пациентов, которым произведен ранний стабильный остеосинтез переломов длинных костей в первые трое суток после травмы. В контрольную группу входили 78 (62,4%) больных, которым произведен остеосинтез в отсроченном и плановом порядке.

При изучении отдаленных результатов в сравниваемых группах получены следующие результаты. В основной группе: хорошие результаты выявлены у 34 (91,5%) больных, удовлетворительные – у 3 (6,4%), неудовлетворительные – у 1 (2,1%) больного. В контрольной группе: хорошие результаты выявлены у 47 (85,45%) пациентов, удовлетворительные – у 3 (5,45%), неудовлетворительные – у 5 (9,1%) больных.

Проведенное исследование показывает целесообразность проведения оперативных вмешательств в раннем периоде травматической болезни и снижает показатели летальности, число осложнений у больных с политравмами опорно-двигательного аппарата.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р.

Ташкентская медицинская академия

Цель: изучить результаты хирургического лечения переломов нижних конечностей у больных пожилого и старческого возраста.

Материал и методы исследования. Проанализировано 64 историй болезни пациентов, находившихся на стационарном лечении в травматологическом отделении многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии в периоде 2017–2019 гг. с переломами нижних конечностей. В группу исследования были отобраны пациенты пожилого и старческого возраста (пожилой возраст, по классификации Всемирной организации здравоохранения, составляет 60–75 лет, старческий — 75–90), 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 4 до 19 суток (в среднем — 8 суток).

Для обследования больных, определения эффективности проводимого лечения, оценки процессов консолидации костных отломков нами применялись общепринятые физикальные, инструментальные и лабораторные методы исследования в соответствии с современными рекомендациями.

Результаты и обсуждение. В 3 случаев выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, 9 пациентам выполнен БИОС при диафизарных переломах. Закрытый остеосинтез спицами в 16 случаях при переломах проксимального отдела бедра. 24 больных с хроническими заболеваниями в стадии субкомпенсации отказались от оперативного лечения и потому лечились консервативно. У 12 декомпенсированных пациентов степень операционного риска определена как максимальная.

После остеосинтеза нижних конечностей хороший результат выявлен лишь у 9 пациентки, удовлетворительные результаты у анкетированных пациентов выявлены 12, неудовлетворительные результаты отмечены у 11 анкетированных пациентов.

По результатам исследования наилучшие анатомо-функциональные результаты и минимальное количество осложнений наблюдалось в группах пациентов, которым стабильный остеосинтез переломов, а также больным, которым с первых дней проводился комплекс реабилитационных мероприятий, выражавшийся в дыхательной гимнастике, ЛФК, массаже, профилактике тромбоэмболических осложнений.

РОЛЬ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Кодиров М.Ф., Алимов А.П., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Сапаев Э.И., Акбархонов Ж.

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

В последние десятилетия все большее признание и популярность во всем мире, приобретают технологии лечения переломов, разработанные Ассоциацией по изучению остеосинтеза (*нем.* Arbeitsgemeinschaft fur Osteosynthesefragen — AO), в частности накостный остеосинтез с использованием пластин с угловой стабильностью. Это касается и переломам плечевой кости, особенно проксимального его отдела.

По нашему мнению, при лечении переломов проксимального отдела плечевой кости наиболее рациональным является метод накостного остеосинтеза блокирующими пластинами.

Особенностью пластин с угловой стабильностью является наличие резьбы в отверстиях пластины и на головках соответствующих винтов. При закручивании головка винта блокируется в отверстии пластины, образуя с ней единую жесткую конструкцию.

Блокирование винта в пластине исключает его дальнейшее затягивание, что в конечном итоге предотвращает компрессию между пластиной и костью, периостальный слой подвергается меньшему давлению и сохраняется кровоснабжение кости.

Существуют два вида пластин с угловой стабильностью для проксимального отдела плечевой кости: LCP (locking compression plate, блокируемая компрессирующая пластина), LC-DCP (locking compression-dynamic compression plate, динамическая компрессирующая пластина с ограниченным контактом). Блокируемые пластины для переломов проксимального отдела плечевой кости, как и для других сегментов костей скелета, имеют анатомическую форму, что ограничивает необходимость моделирования.

В пластинах имеются дополнительные маленькие отверстия, которые позволяют осуществить временную фиксацию отломков спицами, а также фиксировать отломки к пластине при помощи швов или проволоки. Все отверстия диафизарной части пластин комбинированные. Наличие в пластинах LCP комбинированных отверстий позволяют использовать как блокируемые винты, усиливая жесткость конструкции, так и традиционные винты, создавая межфрагментарную компрессию.

При остеосинтезе проксимального отдела плечевой кости выполняется стандартный дельтовидно-грудной доступ. После обнажения места перелома осуществлятся репозиция костных отломков, пластина устанавливается точно по центру латеральной поверхности плечевой кости, пластина временно фиксируется спицами. Репозиция костных отломков контролируется с помощью электронно-оптического преобразователя. В переднезадней проекции пластина должна быть расположена

приблизительно на 8 мм дистальнее верхушки большого бугорка (прикрепление вращательной манжеты). Чем проксимальнее установлена пластина, тем выше риск субакромиального импиджмент-синдрома. Размещение пластины слишком дистально тоже не рекомендуется, это может помешать оптимальному расположению винтов в головке плеча. В боковой проекции пластина должна быть установлена по центру латеральной поверхности большого бугорка, что обеспечивает достаточное пространство между пластиной и сухожилием длинной головки двуглавой мышцы плеча.

Направление введения винтов должно точно соответствовать направлению резьбы в отверстии для их блокирования в пластине. Выполнение этого условия можно обеспечить с помощью резьбового направителя, который задает направление рассверливания отверстий под винты. Рекомендуется проксимальную часть пластины зафиксировать как минимум 4-6 блокируемыми винтами, особенно при плохом качестве кости, в дистальный отломок необходимо ввести не менее 3-х бикортикальных блокируемых или 4-х бикортикальных стандартных винта.

Нами, с 2017 года шире стали использовать пластин с угловой стабильностью при переломах проксимального отдела плечевой кости. Применение этих пластин намного упростил технику операции, снизил травматизацию мягких тканей, исключил необходимость широкую мобилизацию тканей в области повреждения. Достижение стабильной фиксации позволил начинать ранних реабилитационных процедур в плечевом и локтевом суставах. Использование в нашей практике оперативной стабильной фиксации отломков в сочетании с ранним функциональным лечением позволил добиться положительных результатов с минимальным количеством осложнений в отдаленном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Кодиров Р.Р., Кодиров Р.С., Соипов Р.Р.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Интерес к чрезвертельным, межвертельным и вертельно-диафизарным переломам связан с высокой частотой данных повреждений в структуре травматизма, а также неудовлетворенностью авторов высоким процентом

плохих анатомо-функциональных результатов лечения. Демографические исследования показывают, что частота переломов бедренной кости вертельной области с годами увеличивается, и к 2050 году может достигнуть почти четырехкратного увеличения по сравнению с 1990 г. Трудности лечения больных с переломами проксимального отдела бедра обусловлены анатомией и биомеханикой области. В понятие «вертельная область» входит часть проксимального конца бедренной кости - от основания шейки до нижнего края малого вертела. Основу проксимального отдела бедренной кости составляет губчатая кость, окруженная тонким кортикальным слоем с хорошо выраженной надкостницей**.** Толщина кортикального слоя, окружающего губчатую кость, неравномерна и имеет значительное утолщение по нижней кривизне шейки.

В настоящее время оперативный метод лечения распространился практически повсеместно. Анатомо-функциональные исходы по сравнению с консервативными методами улучшились, неудовлетворительные исходы составили 5-30%, а срок нетрудоспособности уменьшился до 143,9±8,3 дня.

Поиски простого, надежного устройства для соединения и прочного удержания отломков привели к созданию огромного множества конструкций, в которых использовались разные принципы фиксации.

За период 2015-2019 годов в отделении травматологии Ташкентского областного филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан прооперировано 104 пациента с переломами проксимального отдела бедренной кости в возрасте от 15 до 68 лет. Из них пациенты до 30 лет - 43, от 30 до 40 лет - 24, свыше 40 лет - 37, 78 - мужчины, 26 - женщины, с переломами верхней трети - 17, средней трети - 67, нижней трети - 20.

При лечении пациентов применялся остеосинтез интрамедулярным штифтом у 39, фиксация интрамедулярным штифтом и серкляжными швами - у 49, остеосинтез накостными пластинками - у 16 пациентов.

Отдаленные результаты изучены у наблюдаемых нами 89 больных в сроки от 1 года до 3 лет. При оценке исходов лечения пользовались трехбалльной системой. Хороший исход (отсутствие жалоб, полное сращение отломков, восстановление функции конечности и трудоспособности больного) получен у 72 (80,9%), удовлетворительный (прочное сращение отломков, ограничение функции оперированной конечности, частичная потеря трудоспособности больного) – у 12 (13,5 %), неудовлетворительный (отсутствие сращения костных отломков, резкое нарушение функции конечности, потеря трудоспособности и выход на инвалидность) – у 5 (5,6 %) больных.

Таким образом, при лечении пострадавших с вертельными переломами бедренной кости основная цель лечения должна заключаться в сохранении жизни, но в максимально короткие сроки производить операции по стабилизации костных отломков.

ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Кодиров Р.С., Соипов Р.Р., Кодиров Р.Р.

Ташкентский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Лечение диафизарных переломов костей предплечья является одной из актуальных и сложных проблем современной травматологии. Диафизарные переломы костей предплечья относятся к числу наиболее часто встречающихся повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют от 11 до 25% переломов длинных трубчатых костей. При консервативных методах лечения неудовлетворительные результаты встречаются в 13-29%, а при оперативных методах в 10,3-19%. Инвалидность при переломах предплечья достигает 19,2%. Сложность лечения повреждений данного сегмента определяется его анатомическим строением, в частности наличием трех сочленений в локтевом и лучезапястном суставах. При диафизарных переломах костей предплечья наблюдается несовпадение анатомических и функциональных результатов, последние всегда оказываются хуже. При повреждениях костей предплечья большой проблемой являются ротационные контрактуры, которые происходят при сморщивании и рубцовых изменениях межкостной мембраны предплечья. Фиксация предплечья в любом положении сроком более 3 недель приводит к рубцовому сморщиванию межкостной мембраны и как следствие этого ограничение пронационных и супинационных движений**.**

Показаниями к оперативным методам лечения диафизарных переломов костей предплечья являются в основном безуспешность консервативных методов лечения. Существуют разные методы оперативного лечения данного сегмента. Недостатком интрамедуллярной фиксации является ротационная нестабильность костных отломков. При этом методе остеосинтеза нарушение внутрикостного кровообращения бывает выраженной и это приводит к замедленной консолидации костных отломков. К недостаткам интрамедуллярного остеосинтеза следует отнести выпрямление

физиологической кривизны лучевой кости при использовании жестких фиксаторов, что ведет к нарушению пронационно -супинационных движений, а также нарушение функции лучезапястного сустава.

Неудовлетворительные результаты по данным различных авторов встречаются от 7,8 до 46,7 %. В нашей клинике с 2015 по 2019 года оперированы 98 больных с диафизарными переломами костей предплечья. Из них 74 больных составили мужчины, 24 - женщины. 65 переломов приходилось на долю левого предплечья, 33 на правую. 66 больных имели переломы обеих костей предплечья, из них 48 составили переломы средней трети, 6 в верхней трети, 12 в нижней трети. Изолированные переломы лучевой кости встречались в 21 случаях, из них: 3 - в верхней трети, 11 - в средней трети, 7 - в нижней трети. Изолированные переломы локтевой кости встречались у 11 больных, из них: 5 в верхней, 6 в средней трети. В основном у 68 больных произведен интрамедуллярный остеосинтез, у 4 больных из-за наличия осколок дополнительно костные отломки фиксировались серкляжной проволокой. 12 больным произведен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. 14 больным произведен комбинированный интрамедуллярный и чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. Одному больному произведен накостный остеосинтез пластинкой.

Наш опыт показывает, что при диафизарных переломах костей предплечья наиболее целесообразным является применение аппаратов наружной чрескостной фиксации. Преимуществом чрескостных аппаратов является достижение стабильной фиксации костных отломков, создание необходимой компрессии, которая обеспечивает оптимальные условия для сращения костных отломков.

ПОКАЗАНИЯ ЭТАПНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.

Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Несмотря на разработку целого ряда новых систем и направлений в лечении повреждений костей предплечья число осложнений в виде повторных переломов остается довольно высоким и достигает от 4% до 21,3%. Несмотря на достижения медицинской науки в области детской травматологии и ортопедии, исследования, посвященные лечению рефрактур, единичны. Анализ

литературных источников показал, что рентгенологические изменения в области рефрактуры имеют большое значение при выборе методов лечения и в определении сроков иммобилизации у детей. Кроме того, в литературе нет четкого определения понятия «рефрактура» у детей. По нашему мнению, недостаточная изученность диагностических особенностей и особенностей лечебных подходов при повторных переломах приводит к ухудшению окончательных результатов и объясняет частое возникновение осложнений у детей. Поэтому решение этого вопроса остается актуальным и социально значимым.

Материал и методы. В отделении детской травматологии ГУ “РСНПМЦТО” МЗ РУз с 2010 по 2018 гг. нами наблюдались 52 больных с повторными переломами костей предплечья, из которых 12 (23,1%) были девочки. Возраст детей колебался в пределах 3 – 18 лет (средний возраст - 9,75 ± 0,28 лет), больные с сопутствующими заболеваниями были исключены из исследования. Все наблюдавшиеся были разделены на две группы: 1 группа контрольная – 25 (48,1%) пациентов, находившихся на лечении с 2010 г. по 2014 г. с рефрактурами костей предплечья, получавших оперативное лечение (интрамедуллярный остеосинтез спицами - ИМОС); 2 группа – основная – 27 (51,9%) детей, находившихся на лечении с 2014 г. по 2018 г., которым проведено оперативное лечение: у 10 пациентов с выраженным мозолеобразованием по данным рентгенографии проведен ИМОС; у 17 детей проведен комбинированный остеосинтез (КО), т.е. интрамедуллярный остеосинтез спицей в комбинации с аппаратом Илизарова.

Результаты: Оперативное лечение рефрактуры костей предплечья состояло из двух этапов с учетом его особенностей. У детей с рефрактурами костей предплечья с наличием смещения по ширине на 1/3 поперечника кости и по длине, с углом деформации отломков более 10°, наличием периостальной и параоссальной мозолей по данным рентгенографии в 2-х проекциях служило показанием к оперативному лечению, заключавшемуся в проведении интрамедуллярного остеосинтеза спицей с наложением гипсовой повязки. Операции проводились под общим наркозом. В ходе операции, имеющиеся периостальную и параоссальную мозоли, категорически рекомендуется не удалять.

На втором этапе - через один месяц у этих детей после контрольной рентгенограммы при наличии сращения в области перелома для улучшения кровообращения в эндостальном канале и создания условий для образования эндостальной мозоли под местной анестезией на выходе спица удалялась и накладывалась сегментарная гипсовая повязка на 2 недели. В этот период проводилась разработка смежных суставов для предупреждения развития в них

контрактуры. После снятия сегментарной гипсовой повязки через 2 недели рекомендовалось проведение физиотерапевтических процедур.

У больных с рефрактурами костей предплечья со смещением отломков костей и углом диафизарной деформации более 15°, отсутствием периостальной и параоссальной мозолей, закрытым костномозговым каналом по данным рентгенографии в двух проекциях на первом этапе оперативного лечения под общим наркозом проводился комбинированный остеосинтез. Через один месяц после проведения контрольной рентгенографии при наличии мозоли в области повторного перелома, под местным обезболиванием в области выхода спица удалялась с целью создания условий формирования эндостальной мозоли. Внешняя фиксация аппаратом Илизарова оставлялась еще на две недели с проведением в этот период мероприятий, разрабатывающих смежные суставы. После этого проводилось рентгенографическое исследование в динамике, и в случае образования эндостальной и интрамедиарной мозолей аппарат внешней фиксации демонтировался, т.е. проводилось этапное удаление фиксирующих средств. При отсутствии эндостальной и интрамедиарной мозолей аппарат внешней фиксации оставлялся еще на 2 недели. После снятия аппарата рекомендуется проведение физиотерапевтических процедур.

Вывод: При оперативном лечении и при наличии периостальной и параоссальной мозолей необходимо их сохранение, это относится к ранним рефрактурам относительно первого перелома. В случае рассасывания мозолей на поздних этапах регенерации, мозоли частично удаляются до здоровой ткани и очищается костно - мозговой канал для улучшения кровоснабжения на месте перелома и, соответственно, стимулируются процессы заживления.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР РЕФРАКТУРАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю.

Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий маркази, Тошкент

Кириш. Болаларда суякларнинг анатомик-функционал бутунлигини тиклаш учун ортопед-травматологлар ҳам анъанавий консерватив ҳам оператив усулларини қўллашади, бунда остеосинтезнинг каминвазив усули афзал деб саналади. Адабиётлардан маълумки ҳозирги вақтда узун найсимон суякларни остеосинтез қилишда эластик интрамедулляр сихларни қўллаш

“олтин стандарт” ҳисобланади. Аммо, замонавий ва каминвазив технологияларни қўллаш даволашнинг муваффақиятли натижасига кафолат бера олмайди. Консолидация секинлашиши ва сохта бўғимлар ҳосил бўлиши 0,5-3,2% клиник кузатувларда учрайди, барқарор эластик остеосинтездан кейинги рефрактура 4,9-6,7% болаларда кузатилади. Турли авторларнинг маълумотларига кўра, болаларда қайта синишлар юзага келиши 4% дан 21,3% гача ўчраб туради. Бизнинг тажрибамиз кўрсатишича, қайта синишлар мавжуд болаларни даволашда худди бирламчи синишларда қўлланиладиган даволаш – реабилитация тадбирларидан фойдаланилади. Бу масала очиқ адабиётларда, асосан рус тилидаги, етарлича кам ёритилган. Бизнинг фикримизга кўра, даволаш тактикасига нисбатан ягона қарашлар йўқлиги, узун суякларнинг қайта синишларида кечадиган репаратив жараёнлар ҳақидаги маълумотларнинг камлиги билан боғлиқ.

Тадқиқот мақсади – ўсаётган ҳайвонларда (каламушларда) узун найсимон суякларнинг моделлаштирилган қайта синишида репаратив жараёнларнинг морфологик хусусиятларини аниқлаш.

Материал ва текшириш усуллари. Эксперимент учун Вистар зотидаги иккала жинсдаги 5-6 ойлик, тана вазни 306 гр дан 506 гр гача бўлган 36 та каламуш олинди. Ҳайвонлар 2 та тажриба сериясига ажратилди. Биринчи тажриба сериясида (n=18) катта болдир суягининг бирламчи кўндаланг синиши моделлаштирилди, аппарат ёрдамида суяк синиқларининг ташқи фиксацияси амалга оширилди. Морфологик манзара синиқлар фиксацияланганидан кейинги 35-кунда (n=6), мослама демонтаж қилингандан (ечиб олингандан) кейинги 28- (эксперимент бошланишидан 63-куни, n=6) ва 49- кунларда (тажриба бошланишидан 84-куни, n=6) ўрганилди.

Тажрибанинг иккинчи сериясида (n=18) бирламчи синиш моделлаштирилиб, суяк синиқлари барқарор фиксацияланганидан кейинги 21-кунда катта болдир суяги диафизининг рефрактураси ва синиқларнинг такрор ташқи фиксацияси амалга оширилди. Эксперимент муддатлари фиксациядан кейинги 21-кунни (тажрибанинг 21-куни, n=6); рефрактура моделлаштирилгандан кейинги фиксациянинг 35-куни (тажрибанинг 56-куни, n=6); аппарат ечиб олингандан (демонтаж қилингандан) кейинги 28-кунни (тажрибанинг 84-куни, n=6) ташкил қилди.

Операция стерил шароитларда, умумий наркоз остида бажарилди. Наркоз учун 2% ли рометар эритмаси 8 мг/кг дозада, золетил-100 4 мг/кг дозада қўлланилди. Гистологик препаратларни микроскопик нурли оптик текшириш «Zen blue» («Carl Zeiss Microimaging GmbH», Германия) дастурий таъминоти билан комплектда бўлган AxioScope.Al стереомикроскопида ва AxioCam ICc 5 рақамли камера ёрдамида амалга оширилди.

Натижалар: Тадқиқот натижалари кўрсатдики, каламушларнинг катта болдир суякларини аниқ мослаштириш ва барқарор фиксациясида 21-кунга келиб диастаз соҳасида асосан фиброз-суяк-тоғай битишиш шаклланади, у мосламани эрта олганда ўқ бўйича юкламани кўтараолмайди ва рефрактураларга олиб келади. Суяк синиқларини 35 кун давомида барқарор фиксация қилганда суяк тўқимаси билан алмашинадиган фиброз-суяк-тоғайли қадоқнинг қайта қурилиши содир бўлади, у, фиксацияловчи мослама ечиб олинганда, битишишнинг ҳам интермедиар, ҳам периостал зоналарида компактлашади.

Иккинчи сериядаги (диафиз рефрактурасига эга) ҳайвонларда қайта фиксация даврининг 35-кунига келиб толали-тоғай устун келган суяк синиқларининг фиброз-суяк-тоғайли битиши шаклланади. Фиксацияловчи мослама ечиб олинганидан кейин 28 кун ўтиб, битишиш жойида суст кечадиган остеогенез ва фиброз-тоғайли псевдоартроз шаклланиши қайд қилинади.

Хулоса: Экспериментал ҳайвонларда бирламчи синишдан кейин мослама билан ташқи фиксациялаш шароитларида синиқларнинг тўлиқ суяк битиши шаклланишигача бажарилган рефрактура битиб кетишининг ўзига хос хусусиятлари бўлиб микроциркуляциянинг узоқ вақт бузилишлари шароитида репаратив жараёнларнинг секин кечиши ва суяк регенератларининг орган типик қайта қурилиши анча узоқ даври ҳисобланади. Олинган маълумотларни оператив даволаш тактикасини танлашда ҳисобга олиш керак.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.

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

Известно, что необходимым условием успешного сращения переломов являются точное сопоставление и прочная фиксация костных отломков. Высокие показатели инвалидности и летальности, варьирующие от 20 до 50%, во многом зависят от поздней стабилизации переломов, в первую очередь бедренной кости. Без стабилизации отломков бедренной кости невозможно предупредить вторичную травматизацию тканей, жировую эмболию, сложно эффективно лечить сочетанные травмы, так как нельзя

придать возвышенное положение верхней половине тела, производить полноценную интенсивную терапию.

С 2015 по 2019 гг. мы наблюдали 74 больных с переломами бедренной кости. Среди них мужчин было 66 (89,2%), женщин - 8 (10,8 %). Большинство (76,9 %) пострадавших были молодого и трудоспособного возраста (21-50 лет). Основной причиной травмы у 69 (95,2%) пострадавших являлись дорожно-транспортные происшествия. В течение первого часа с момента травмы госпитализировано 41 (55,4 %) пострадавших, до 12 ч. - 9, до 24 ч. - 3. Двадцать один (28,4%) больной переведен из районных больниц. Из них 5 поступили в течение одной недели с момента получения травмы, 4 - в пределах одного месяца и 12 - позже одного месяца.

У 38 из 74 больных переломы были внутри- или околосуставными, что неблагоприятно отразилось на функциональных исходах.

Остеосинтез при диафизарных переломах бедренной кости блокирующим штифтом выполнен 36 больным, пластиной АО - 38 больным.

Результаты лечения в отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) изучены у 50 (67,5 %) больных. Хорошие результаты получены у 45 больных, удовлетворительные - у 4 больных, неудовлетворительный - у 1 больного. Результаты оценивали по трехбалльной системе с разграничением анатомического и функционального исходов лечения, что имеет, на наш взгляд, существенное значение, так как функциональные исходы не всегда соответствуют анатомическим и при полном сращении переломов бедренной кости функция в суставах конечности восстанавливается далеко не всегда.

Анатомический результат считали хорошим при сращении костей с полным восстановлением формы, удовлетворительным - при сращении костей с укорочением конечности до 2 см; неудовлетворительным - при отсутствии сращения бедренной кости (укорочение более чем на 2 см или угловое смещение), а также при наличии дефектов костей и анкилозов.

Функциональный результат считали хорошим при отсутствии жалоб и полном восстановлении функции в суставах поврежденной конечности; удовлетворительным - при наличии жалоб на боли в области переломов после длительной ходьбы и при ограничении объема движений в суставах поврежденной конечности до 30%; неудовлетворительным - при стойкой контрактуре в суставах поврежденной конечности или анкилозе.

Таким образом, краткий анализ наших клинических наблюдений показывает, что лучшие результаты достигнуты при раннем оперативном лечении.

УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРДА БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ

Муҳаммадиев А.Б., Абдураҳмонов Б.У., Деҳқонов Қ.М.

Республика шошилинч тиббиёт илмий маркази Фарғона филиали

Травматологияда синишларни оператив усулда даволашни ривожланишида замонавий усуллар қуйидаги талабларга жавоб бериши керак: суяк атрофидаги юмшоқ тўқималарни минимал травматизацияси ва инфекцияларни ривожланишини минимал хавфи, кам миқдордаги қон йўқотилиши, оёқ-қўлларни қўшимча ташқи иммобилизациясини талаб қилмайдиган суяк бўлакларини мустахкам фиксацияси. Булар хаммаси эрта функционал юклама беришни ва тўлақонли суяк қадоғини хосил бўлишини таъминлайди. Бундан ташқари, оператив усул билан даволаш бемор учун операциядан кейинги даврда қулай шароитлар яратиб беришни назарда тутади.

Ушбу усулни асосий моҳияти синиқ жойини кесмасдан, ёпиқ репозициядан кейин, синиқ жойидан ташқарида кичик кесим орқали штифт киргизилади. Бу эса ўз навбатида суяк бўлакларини ротацион, бурчакли ва узунасига бўлган силжишларини олдини олади. Штифтни проксимал учида узунлиги 20 мм ли ўйиқ шаклдаги тешик мавжуд ва унга блокловчи винт киргизилганида (агарда иккинчи блокловчи винт бўлмаса) 8мм гача бўлган узунасига силжишга йўл қўяди. Бундай динамик блоклаш ротацион стабилликни сақлаган холда оёқ-қўлга юклама берганда суяк ўқи бўйича компрессияни яратади, бу эса сон парчали синишларида жуда мухим ахамиятга эга. Оператив амалиётни муваффақиятини ушбу механизм тушунтиради: юмшоқ тўқималарни фасцияси суяк бўлакларини таранглаштирганда кучланади ва бўлакларни штифтга ёпиштиради, шунинг учун синиқ жойини очишга ва суяк бўлакларини ўз жойига қўйишга ҳожат бўлмайди.

Ушбу усулни шубҳасиз устунлиги унинг суяк канали пармалаш зарурияти йўқлиги ва штифтни синиқ жойидан ташкарида антеград киргизишга боғлиқ юмшоқ тўқималарни кам травматизациясида. Металлоконструкцияни имплантацияси периостал васкуляризацияни минимал бузиши кейинчалик суяк тўқимасини яхши битишига сабабчи бўлади. Штифтни суяк каналига синиқ жойидан узоқдан киргизилиши операциядан кейинги инфекцион асоратларни камайтиради (3-4%).

Штифтдан блокловчи винтларни ўтказиш металл мослама ва суяк орасидаги контактни янада мустахкамлайди, бундан юқори антиротацион эффект келиб чиқади, бу эса ўз ўрнида ушбу методни юқори ва пастки диафизар синишларда қўллашга имконият беради. Шу сабабли операциядан кейинги даврда қўшимча ташқи иммобилизациясиз касални олиб борса бўлади. Стабил фиксация ва эрта ҳаракатланиш суяк битиш жараёнини яхшилайди, ҳаракат ҳажмини тиклайди ва даволаш вақтини камайтиради.

Ушбу усулни қўллашга қарши кўрсатмалар бу метаэпифизар ва диафизар синиқлар билан қўшилган метаэпифизар синишлар, чунки бу ҳолатда блокловчи винтларни ўтказиш самарадорликка эга эмас. Шунингдек, чуқур некроз ва юмшоқ тўқималарни суяккача борган йиринглаши хам қарши кўрсатма ҳисобланади. Агар суякда узунасига ёрилган холат бўлса хам ушбу усулни қўллаш мумкин эмас, чунки штифтни киргизиш суякни ёрилиб кетишига олиб келиши мумкин.

Биомеханик принципи бўйича блокловчи интрамедулляр остеосинтез иккига хил бўлади: статик ва динамик. Ушбу турларни хар бири синиқ тури ва жойлашувига қараб танланади.

Статик интрамедулляр остеосинтезда операция бўлган оёқ-қўлни эрта реабилитациясида бўлиши мумкин булган калталашиш ва суяк бўлакларини силжишини олди олинади. Статик блокловчи интрамедулляр остеосинтез эса парчали синиқларда ва стандарт штифт қўлланганда натижа бермайдиган суяк дефектлари бўлса қўлланилади.

Динамик блокловчи интрамедулляр остеосинтез деганда беморга суяк ўқи бўйича юклама берса бўладиган фиксация тушунилади. Лекин бу ҳолатда ҳар доим ҳам суяк калталашишини олдини олиб бўлмайди. Бу катта бўлакни блокламаслик уни штифт бўйлаб сирғаниб синиқ жойини эзиши билан боғлиқ.

Статик блокловчи интрамедулляр остеосинтездан амалиётидан кейин синган суяк битишига кўп омиллар бор.

Биринчидан, ёпиқ усулдаги амалиётда периостал қадоқ хосил бўлиши суяк синган сохада гематома нисбатан сақланиб қолишида, иккинчидан, стандарт синиқ сохани очадиган остеосинтезлардан фарқли ўлароқ статик блокловчи интрамедулляр остеосинтез синиқ жойида бироз харакат бўлишига сабабчи хам бўлади, бу эса битиш жараёнини стимуллаштиради.

Интрамедулляр блокловчи остеосинтезни таъминлаш тизимида қимматбаҳо мосламалар, интрамедулляр канал хосил қилиш учун қурилмалар керак бўлади. Клиник амалиётда бу усулни қўллаш учун шифокордан олий малака ва махсус жиҳозланган операция хоналарини бўлишини талаб қилади.

ЛЕЧЕНИЕ БАРОГИДРОТРАВМЫ КИСТИ

Назарова Н.З., Холмирзаев О.Н.

Ташкентская медицинская академия

Повреждение кисти струей жидкости под высоким давлением встречается редко. Барогидротравмы кисти известны с 30-х годов XX века и до сих пор не потеряли актуальность в диагностике и лечении данной категории больных, а использования различных новых аппаратов и приборов с жидкостями высокого давления усовершенствуются. Учитывая вышесказанное и малые размеры входного отверстия раневого канала и отсутствие болевого синдрома в ранние сроки после повреждения часто являются причинами позднего обращения больных. Впоследствии очаги циркулярного некроза нарушают функцию кисти, в зависимости от объема инъецированного материала, чем больше объема, тем значительнее патологические изменения пораженных тканей.

В отделение ортопедии и хирургии кисти обследованы 6 больных с 2015-2020 гг с диагнозом барогидротравмы. В возрасте от 16 до 30 лет мужского пола. Обратились на медицинскую помощь спустя 3 – 2 месяцев, 2 через 6 месяцев и 1 - более 1 года. Все больные, были прооперированны широким доступом, одному пришлось выполнить доступ с ладонной и тыльной поверхности. Произведено удаление инородных тел плотно спаянных с сухожилиями, капсулой суставов, плотно окутывающие сосуды и нервы, с максимальным сохранением анатомических структур кисти. У двух больных гиперемия и уплотнение кожи и подкожно жировой клетчатки связанные с полной экспозицией пораженных клеточных пространств. Во всех случаях произведено полное удаление инъецированного материала. У двух больных в послеоперационном периоде выполнена иммобилизация конечности в физиологическом положении, в связи обширности внедрения инородного тела и нарушения кровообращения. Функция кисти восстановлена полностью.

Таким образом, для барогидротравмы кисти характерны незначительное входное отверстие, обширное поражение анатомических структур кисти деформации тыла кисти, косметический дефект.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Касымов Х.А., Эдилов У.А.

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

Введение. За последние годы отмечается устойчивый рост госпитализации детей и подростков с застарелыми отрывными переломами локтевого сустава, нуждающиеся в хирургическом лечении. Из всей массы, особенно выделяются авульсионные переломы в локтевом суставе, которые при несвоевременном и неправильном лечении могут привести к различным деформациям или контрактурам. Нерешенными остаются многие вопросы, в том числе вопрос о состоянии ретрактных мышц, их кровоснабжение до- и после оперативного вмешательства, трудности репозиции оторванного фрагмента на место. В подавляющем большинстве случаев, пациентам требуется оперативное вмешательство, заключающееся в стабильной фиксации оторванного участка кости.

Цель исследования - улучшить эффективность хирургического лечения застарелых отрывных переломов локтевого сустава у детей.

Материал и методы. За период с 2014-2019 гг. в отделение детской травматологии было пролечено 72 пациента с застарелыми отрывными переломами. По полу пациенты распределены следующим образом: 51 (70%) - мальчики и 21 (30%) - девочки. Обосновываются эти показатели более частым занятием мальчиками такими видами спорта, как армрестлинг, борьба и другие современные экстремальные виды спортивных занятий.

По локализации оторванного фрагмента пациенты были разделены следующим образом: 46 пациентов прооперированы с диагнозом застарелый апофизеолиз внутреннего надмыщелка плечевой кости, из них у 8 с внутрисуставным ущемлением костного фрагмента. У 26 пациентов при диагностике определился застарелый или неправильно срастающийся остеоэпифизеолиз головчатого возвышения плечевой кости.

Всем пациентам для более лучшей адаптации костных отломков было произведено иссечение рубцовых тканей с последующей продольной или поперечной фасциотомией, ввиду значительной ретрактности мышц, которая способствовала более тяжелой адаптации оторванного фрагмента. Необходимость данной процедуры обязательна вследствие дегенеративных изменений в мышцах в зависимости от срока повреждения. Нужно отметить, что полное отделение оторванного фрагмента от мышечно-сухожильного

компонента не проводилось по причине последующего нарушения кровоснабжения данного участка и высокого риска не сращения.

Выбором метода фиксации был аппарат Илизарова, который позволял управлять костными отломками интра- и постоперационный период, обеспечивал стабильную фиксацию спицами, не нарушая кровоснабжение. Срок фиксации аппаратом Илизарова в среднем составил 1,5 месяца, показанием к удалению металлоконструкции было полное сращение.

Лишь 2 пациентам с внутрисуставным ущемлением костного фрагмента было произведено полное удаление отломка без какой-либо фиксации на материнское ложе.

Эффективность хирургического лечения застарелых отрывных переломов в области локтевого сустава оценивалась клинически и рентгенологически на сроке от 2 недель до 6 мес. после операции.

Результаты и обсуждение

К положительному клиническому результату (97,2%) отнесли пациентов, у которых отсутствовала контрактура, отмечалось полное восстановление движения, наличие сращения на рентгенограмме, и к которым вернулась трудоспособность и самообслуживание. У 2 пациентов (2,8%) отмечался удовлетворительный результат, т.к. присутствовала разгибательная контрактура локтевого сустава.

При анализе литературных источников, многие авторы указывают на серьезную необходимость решения стабильной фиксации оторванного фрагмента, не рассматривая глубоко при этом ситуацию с ретраткными мышцами. Описываются методики фиксации костного отломка спонгиозно-конюлированным шурупом и шило-шурупом, которые обеспечивают должную фиксацию, но риск повреждения ростковой зоны с последующим не сращением и повторное оперативное вмешательство для удаления металла, не решают все задачи хирургического лечения застарелых отрывных переломов. Затрагивая вопрос о ретрактных мышцах, некоторые исследования указывают на различного рода мобилизацию мышц для более удобной репозиции, в других говорится о полном отделении костного фрагмента от мышечной ткани, что является опасным для кровоснабжения. Эффективность нашей методики, заключается не только в стабильной фиксации аппаратом Илизарова, отсутствии повторного оперативного вмешательства с целью удаления, отсутствие миграции, но и в продольной фасцитомии мышечных волокон без нарушения кровоснабжения, поперечной фасциотомии для снижения мышечно-сухожильного натяжения.

Заключение. Применение разработанной методики хирургического лечения, включающий остеосинтез аппаратом Илизарова и фасциотомией

мышечно-сухожильного компонента, обеспечивает получение удовлетворительных результатов у 97,2% оперированных больных.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.

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

Лечение больных с ложными суставами длинных костей конечностей являются одной из актуальных, и в тоже время нерешенных проблем современной травматологии и ортопедии. Частота неудовлетворительных исходов при этой патологии достигает 40%.

В последнее время широко начали применять в таких отраслях медицины, как гинекология, гнойная хирургия, эндокринология, фтизиохирургия ферментный препарат отечественного производства кукумазим, который является экстрактом из плодов дынного дерева. А данных о применение кукумазима при лечении несросшихся переломах и ложных суставах в отечественной и зарубежной литературе мы не нашли.

Совершенствование вопросов лечения несросшихся переломов и ложных суставов, разработка целенаправленных и эффективных средств, положительно влияющих на регенерацию костной ткани и предупреждающих послеоперационные осложнения, снижение инвалидности является актуальной проблемой современной травматологии.

В клинике последствия травм под нашим наблюдением находились 160 больных в возрасте от 16 до 60 лет с несросшимися переломами и ложными суставами длинных костей. По локализации ложных суставов больные распределялись следующим образом: 80 пациентов - большеберцовая кость; 34 пациента - бедренная кость; 25 пациентов - плечевая кость; 21 пациент - кости предплечья.

Факторами, влияющими на выбор тактики лечения, являлись: наличие деформации и укорочение сегмента конечности; характер смещения отломков; степень патологической подвижности в области ложного сустава; изменение костной структуры (стеопороз, склероз); степень нарушения

микроциркуляции; лимфовенозная недостаточность и социальной статус больного.

Нами разработан новый способ лечения данной категории больных, который включает внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез с введением кукумазима в область ложного сустава в дозе 50 ПЕ, растворенного в 5 мл 0,5% раствора новокаина. Аппарат для внеочагового остеосинтеза накладывается на 2-ой день после введения фермента. В результате размягчения рубцов при гипо- или гиперваскулярном ложном суставе уже в день наложения аппарата можно устранить часть угловой или осевой деформации, не открывая область ложного сустава.

Перед наложением аппарата Илизарова при ложных суставах большеберцовой кости производили остеотомию малоберцовой кости. Во всех случаях на операционном столе начинали дистракцию для исправления оси конечности, в послеоперационном периоде дистракцию производили тогда, когда стихали боли, до образования диастаза 1-1,5 см. Далее, давали компрессию в аппарате до полного контакта костных отломков.

При ложных суставах с наличием металлоконструкции (шурупы, пластинки, штифты и т.д.) производили удаление металлоконструкции и накладывали аппарат Илизарова, а после снятия швов вводили кукумазим в область ложного сустава и на следующий день дали дозированную дистракцию, далее - компрессию до полного контакта.

Спустя 6-8 недель на контрольной рентгенографии у большинства пациентов в области конца отломков выявлялась «костная спайка». Дальнейший период стабильной фиксации рентгенологически характеризовался интенсивной минерализацией и смыканием костных отломков.

Заключение. Анализ полученных результатов, прослеженных от 1 года до 5 лет, показал высокую эффективность (96%) разработанного способа внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с применением кукумазима, что обеспечивает неизвестный ранее темп консолидаций ложных суставов длинных костей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.

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

Проблема лечения нарушений костной регенерации остается одной из актуальных вопросов современной травматологии и ортопедии.

Цель исследования: изучить особенности изменения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, а также функционирования активационных маркеров лимфоцитов у больных с несросшимися переломами и ложными суставами костей верхней конечности.

За период 2017-2019 гг. в отделении последствия травм РНПМЦТО МЗ РУз. получили лечение 198 больных с несросшимся переломами и ложными суставами длинных трубчатых костей, 110 больным проведены иммунологические исследования. Также иммунологические исследования проведены у 43 здоровых людей. I группа – 43 здоровых людей, II группа – 59 пациентов, пролеченные с применением кукумазима, III группа – 51 пациент, пролеченные с применеием костного мозга+кукумазима.

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 α-цепи 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.

СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.

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

Лечение больных с посттравматическими нарушениями костной регенерации является одной из важных проблем травматологии и ортопедии.

Цель исследования – изучить морфологические особенности регенерации кости в условиях экспериментально воспроизведенного псевдоартроза и локального введения аутогенного красного костного мозга.

Эксперименты выполнены на 30 белых лабораторных крысах популяции ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины» (6-месячные, живой массой 250-270 гр.). Работу с животными проводили, руководствуясь Международными правилами гуманного отношения к экспериментальным животным (Конвенция). Протокол экспериментальных исследований утвержден Комитетом по биоэтике ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины» (протокол № 120 от 09.09.2013 г.).

Для достижения поставленной цели по изучению влияния трансплантации костного мозга в область сформированного ложного сустава у крыс был смоделирован ложный сустав.

Сравнение площадей тканей в регенератах опытных и контрольных животных на 28 сутки показало, что площадь хондроида у опытных животных на этот срок была снижена на 24,3%, а костной ткани - повышена на 22,8% по сравнению с контрольными животными. Положительным звеном влияния аутологичного красного костного мозга было то, что общая площадь костной ткани в регенерате составила 39% к концу эксперимента, а также наблюдалась тенденция к снижению площади всего регенерата за счет перестройки и редукции регенерата в костном канале. Эффект положительного влияния на репаративный остеогенез костного мозга заключается в том, что трансплантированный костный мозг богат не только биологически активными веществами, но и содержит мезенхимальные стромальные клетки, которые способны, дифференцируясь в остеобласты, пополнять пул костеобразующих клеток – остеобластов. Доказано, что

мезенхимальные стромальные клетки костного мозга при нарушении репаративного остеогенеза являются основой клеточного дифферона костной ткани способствуют остеогенезу, что позволяет восстановить целостность костной ткани при переломе. Однако использование культивированных мезенхимальных стромальных клеток требует наличия высокотехнологичного лабораторного оборудования для их получения и продолжительного времени культивирования, что сдерживает их широкое клиническое использование. Применение нативного костного мозга, содержащего мезенхимальные стромальные клетки, характеризуется доступностью, простотой технологии его получения и трансплантации, что свидетельствует о преимуществах его применения для стимуляции репаративного остегенеза при переломах кости, а также при нарушении репаративного остеогенеза.

Таким образом, на 30 белых лабораторных крысах было проведено экспериментальное исследование по изучению регенерации костной ткани в условиях воспроизведения перелома с последующим развитием ложного сустава и использованием аутологичного красного костного мозга для оптимизации репаративного процесса.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Рахматов Р.Б., Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Рахимов А.М.

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

Для определения устойчивой работы фиксаторов различной конструкции на действия различных нагрузок с различной интенсивностью, целесообразно проведения лабораторных экспериментальных исследований с использованием современных измерительных приборов и аппаратур.

Цель данного лабораторного экспериментального исследования, изучение прочностных характеристик устройства для лечения переломов бедренной кости и определения предела упругой работы фиксатора в системе «устройство- кость».

При выполнении данной работы и проведения лабораторных экспериментальных исследований была разработана специальная методика измерений с использованием метода тензометрии. Метод тензометрических

исследований широко применяются во всех областях технической деятельности человека. Известно использование тензометрии для определения механических свойств материалов и для других целей, например, в биомеханике, в ортопедии и травматологии при оценке работы фиксаторов, в медицине при измерении сил и деформаций мышц человека и др.

Кроме тензометрического метода измерений существуют и другие методы измерений напряженно-деформированного состояния исследуемого объекта: оптико-геометрический, поляризационно-оптический, интерференционно-оптический, пьезоэлектрический и др. Приборы и системы измерения деформаций и перемещений твердых упругих тел должны обладать точностью, позволяющие выполнять достоверный анализ напряженно-деформированного состояния во всем диапазоне модулей упругости и пределах значений напряжений.

На основании проведенных экспериментальных исследований можно оценит работоспособность и устойчивость устройства, определить уязвимые части. В результате можно предлагать новые усовершенствованные варианты устройств, использование которых позволить быстрому сращиванию кости и уменьшению веса фиксатора.

Проведение лабораторных испытаний накостного устройства для лечения переломов бедренной кости, при различных растягивающих и сжимающих нагрузках.

Основные выводы и заключения. На основании проведенных лабораторных экспериментальных исследований конструкции устройство при действии растягивающих и сжимающих нагрузок различной интенсивности можно сделать следующие выводы:

1. Разработана методика измерений относительных микроперемещений в месте установки устройства для лечения переломов бедренной кости на действия различных нагрузок.

2. Разработаны, изготовлены специальные датчики микроперемещений на базе тензорезисторов и их электроизмерительная система для регистрации относительных перемещений в конструкции устройство в месте имитируемого перелома.

3. Проведены лабораторные экспериментальные исследования по определению зоны упругой работы устройство при действии сжимающих и растягивающих нагрузок различной интенсивности.

4. Определены максимальные численные значения нагрузки при котором устройство работает в упругом режиме, который равен P = 31,0 кгс. Дальнейшее увеличение нагрузки приводит к появлению остаточной

деформации, значение которой увеличивается с ростом действующей нагрузки.

5. Данную систему «устройство-кость» можно использовать при лечении переломов, где значения внешней растягивающей или сжимающей нагрузки не превышает значение P =61,0 кгс.

НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС

Рузикулов О.Ш., Дурсунов А.М., Файзуллаев Г.А.

Самаркандский Филиал ГУ Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии,
ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Переломы костей голени в структуре скелетной травмы по данным медицинской статистики составляют от 20 – 37 % случаев до 60 % - переломов длинных костей. В зависимости от механизма и силы травмирующего фактора, а также возраста пострадавшего наблюдается от простых до многооскольчатых типов переломов.

Интрамедуллярный остеосинтез с блокированием стал стандартам лечения диафизарных переломов конечностей в развитых странах. Нехватка и дороговизна имплантантов, потребность специального инструментария, обученных медперсонала, сдерживали внедрение данного метода в Республики Узбекистан.

Цель работы- изучить результаты лечения диафизарных переломов костей голени с применением интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием.

Мы изучили результаты хирургического лечения пациентов с переломами костей голени, которые проходили лечения во 2 отделении последствии травмы Самаркандского Филиала Республиканского Специализированного Научно Практического Центра Травматологии и Ортопедии за период 2017 – 2019 годов.

Общее количество больных составлял 121. Возраст пациентов составил от 18 до 75 лет. Мужчины составили 91 (75,2%), женщины 30 (24,8%). Пациентов распределили по возрасту на 3 группу: I группа составило от 18 лет до 39 – лет -42(34.7 %); II группа от 40 лет до 69 лет – 71(58,7%); III

группа от 70 лет и старше – 9 (7,4%). По механизму травмы больные распределялись следующим образом: бытовая травма – 68 –(56,2%), автодорожная - 32 – (26,4%), спортивная – 21 – (17,4%.)

Распределение диафизарных переломов костей голени пациентов по классификации АО.

Группа	42 А	42 В	42 С
1	8	27	
2	10	50	4
3	12	10	

Средний срок выполнения оперативного вмешательство после травмы составил 6,5 – 7,5 суток. Применялись имплантаты фирмы «Chm» (Польша), «IRENE» (Китай)

Остеосинтез тибиальной кости выполняли антеградным способам с использованием ЭОП (фирма Seimens). В большинстве случаев операция выполнили без рассверливания костномозгового канала, рассверливание выполнили только 10 пациентов.

Для остеосинтеза использовали универсальные канюлированные стержни с изгибом 11^0 в проксимальной части, длиной 330, 360, 380 мм диаметром 8, 9 и 10 мм.

Статической остеосинтез выполнен у 48 (39,7%), динамический у - 20(16,5%), компрессионный остеосинтез 53(43,8%). Средняя длительность хирургического вмешательство составила 30,5 ± 60,2 минуты.

Больным проводилось раннее реабилитационные лечение.

Для оценки результатов лечения диафизарных переломов костей голени использовали опросник SF 36.

По результатам обследования хорошие результаты получены у – 114 (94%), удовлетворительные у -6(5%), неудовлетворительно у 1(0,8%) больных.

В раннем послеоперационном периоде инфекционных осложнений не наблюдались, у 2 больных наблюдался перелом дистальных блокирующих винтов, у 1 больного через 4 месяца наблюдался воспалительное осложнение, которые купированы медикаментозными с физиотерапевтическими средствами.

Выводы:

1.Блокирующий интрамедуллярный остеосинтез при лечении диафизарных
переломах большеберцовой кости является надежным методом.

2.При использование данного метода обеспечивает восстановление анатомическая целостности поврежденной конечности.

3.Стабильная фиксация переломов, ранняя реабилитация конечности приводит к сокращению сроков лечения пациентов и возвращению к привычной среду проживания.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б.

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

Полезная модель относится к медицине, а именно к медицинской технике и может быть использована для репозиции костных отломков при лечении переломов длинных костей нижних конечностей, бедренной кости, при лечении несвежих переломов с захождением отломков, с ретракцией мышц и, кроме того, при уже формирующемся сращении.

Использование устройства для репозиции костных отломков при лечении переломов длинных костей нижних конечностей скелетным вытяжением, включающее шину, оснащенную болтами, гайками, кронштейном, резьбовыми штангами, спицами, оснащеннными спицефиксаторами, причем шина выполнена Г-образной формы, которая жестко соединена с направляющей трубкой, в которой выполнено отверстие и вставлен стопор, кроме того, направляющая трубка выполнена с внутренней резьбовой нарезкой, в которую ввинчен резьбовой стержень, пропущенный через вертикальную втулку и с двух сторон зафиксированный ушковыми гайками, вертикальная втулка жестко соединена с горизонтальной втулкой, через которую пропущен резьбовой стержень, с двух сторон зафиксированный ушковыми гайками и на концах жестко соединенный с муфтами и фиксаторами, причем муфты установлены с возможностью перемещения на двух параллельных трубках, на проксимальном конце трубки установлен паховый упор, на дистальном конце трубок выполнена П-образная рамка, в середине верхней части выполнена перекладина, состоящая из двух параллельных приспособлений с муфтами и фиксаторами,

установленными с возможностью перемещения, на которые установлена тяга, втулка оснащена двумя муфтами с фиксаторами, муфты жестко соединены с муфтами на параллельных держалках, на проксимальном конце стержня установлен кронштейн, выполненный в виде полукольца аппарата Илизарова, оснащен спицей и спицефиксаторами, а на дистальном конце стержня выполнена ручка которое позволяет повысить удобство использования.

Устройство удобно и эффективно в использовании. Позволяет лечить переломы трубчатых костей. Рекомендуется к широкому использованию в практической медицине при лечении переломов костей.

Таким образом, предлагаемое устройство обладает новизной и может быть применимо в практической медицине.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЛОКИРУЮЩИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ШТИФТАМИ

Сайпиев А.А., Сайпиев А.С., Фахриддинов Ш.У., Сувонов Н.О..

Навоийский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Цель настоящего исследования состояла в проведении анализа применения блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза при переломах длинных трубчатых костей за период с 2015 г. по 2018 г. В отделение сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП оперативное лечение переломов длинных трубчатых костей было проведено у 322 пациентов. Из них количество мужчин составило 189 (58,6 %), женщин – 133 (41,4 %) человек. Возраст пациентов варьировал от 25 лет до 87лет, средний возраст равнялся 47,2 лет. Методом лечения являлся блокирующий интрамедуллярный остеосинтез (фирмы ChM Польша и IRENE). Для лечения сложных переломов диафиза бедренной кости применялась реконструктивные блокирующие штифты (32). При переломах диафиза плеча, бедра, голени использовалась стандартная система интрамедуллярной фиксации (IF). Интрамедуллярная фиксация системой штифтов от ChM применялась в оперативном лечении (89,0 %) пациентов, из них мужчин было (65,0 %), женщин – (35,0 %) человек. Средний возраст мужчин составил 46,6 лет, с индивидуальными колебаниями от 23 лет до 84 лет. Средний возраст женщин ровнялся 74,0 года (от 66 лет до 82 лет). При этом больных с переломом плеча было (10,5 %) человек. Средний возраст пациентов составил 50,3 лет (от 25 летдо 71 года). Перелом диафиза бедра был

диагностирован у(35,8 %) человек. Возраст больных варьировал от 14 лет до 84 лет, среднее значение ровнялось 36,4 лет. Количество пациентов с переломом голени установлено (53,7 %). Средний возраст больных составил 38,0 лет, с индивидуальными колебаниями от 17 лет до 69 лет.

Выводы: Таким образом, блокирующая интрамедуллярная фиксация штифтами ChM является эффективным способом лечения переломов длинных трубчатых костей и успешно применяется в отделение сочетанных и осложненных травм Навоийского филиала РНЦЭМП. Известные достоинства данного метода позволяют использовать его у пациентов различных возрастных групп. Также при применении данного метода позволяет сократить сроки пребывания больных в стационаре, ранней реабилитацией и быстрое восстановление самообслуживание после травмы.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю. Саидносиров О.К., Мирзаахмедов Ф.М., Муслимов Ш.С.

Ташкентская медицинская академия

Цель: улучшение результатов лечения переломов костей таза, путем применения разработанного стержневого аппарата.

В отделении экстренной травматологии 2-клиники Ташкентской медицинской академии с 2019 по 2020 г.г. проводилось оперативное лечение при применении разработанного стержневого аппарата наружной фиксации у четырех пациентов. Все пациенты мужского пола. Возраст пациентов варьировал от 28 до 56 лет. Все пациенты поступили после высотных трав (3-6 метра). Переломы костей таза были классифицированы согласно АО 2018 года: преимущественно B3.1; B3.3 C1 и C3 типы переломов.

Всем пациентам после проведения соответствующих клинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования было проведено оперативное вмешательство.

Нами разработан стержневой аппарат (патент FAP 01441 от 26.11.2019 г.). - Способ лечения переломов костей таза, вертлужной впадины и центральных вывихов головки бедренной кости. Оперативное вмешательство проведено под СМА, под ЭОП. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 2 сутки пациенты начинали ЛФК. Вертикализация и начало ходьбы с костылями через 4 недель, без нагрузки поврежденной нижней конечности. Средняя продолжительность

стационарного лечения составила 9,7 суток. Через 10 месяцев после операции начинали осевую нагрузку. Контрольную динамическую рентгенографию проводили через 2, 4 и 6 и 12 месяцев. Демонтаж аппарата проводили после клинико–рентгенологических исследований: при отсутствии боли и отеков на поврежденной конечности и наличии рентгенологических признаков консолидации переломов костей таза. Средний срок фиксации составил 120 ± 25 дней.

Преимущество предложенного нами стержневого аппарата является: мининвазивность - можно использовать в первые часы после травмы и ранняя стабильная фиксация костей таза, способствует остановке кровотечения, уменьшению болевого синдрома и проведению важных моментов противошоковых мероприятий; технические условия и компановка обеспечивает 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 репонировать костных отломков дна вертлужной впадины; облегчает уход за больными и обеспечивает возможность проведения ранней активизации и уменьшает различных вторичных осложнений.

Таким образом, разработанная модель аппарата, позволяет стабильно фиксировать, производить репозицию костных отломков костей таза, также устраняет центральный вывих бедренной кости, с репозицией переломов вертлужной впадины.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ НОВОЙ ГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю., Алиев Х.Э., Каюмов Ж.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Цель: улучшение результатов лечения переломов шейки бедренной кости, путем разработки нового стержневого аппарата.

В отделении экстренной травматологии 2- клиники Ташкентской медицинской академии с 2016 по 2019 г.г. проводилось оперативное лечение аппаратом наружной фиксации 30 пациентам, из них 19 мужского пола, 11 женского пола. Возраст пациентов варьировал от 22 до 92 лет. По механизму травмы больные распределялись следующим образом: бытовые - 22 (73,3%); уличные - 8 (26,7%). Всем пациентам после проведения соответствующих

клинических, лабораторных и рентгенологических методов исследования были проведены оперативное вмешательство.

Нами разработан стержневой аппарат (патент FAP 01180 от 06.12.2016г.) - устройство для лечения переломов проксимального конца бедренной кости и центральных вывихов головки бедренной кости. Оперативное вмешательство проведено под спинномозговой анестезией и под контролем электронно-оптического преобразователя. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 2-3 сутки пациенты начинали активные движения в смежных суставах и ходили при помощи костылей с дозированной нагрузкой. У всех пациентов 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 7,6 суток. Полностью опираясь на оперированную конечность, пациенты ходили через 2 месяца после операции. Проводили контрольно-динамическую рентгенографию через 1, 2,5 и 4 месяцев. Асептический некроз головки бедренной кости не наблюдался. Демонтаж аппарата проводили после клинико-рентгенологических исследований при отсутствии боли и отеков на поврежденной конечности, легкой и уверенной ходьбы и наличии рентгенологических признаков консолидации перелома. Средний срок фиксации составил 4 $\pm$ 1 месяца.

Преимущество предложенного нами стержневого аппарата является: возможность использования из-за мининвазивности в первые часы после травмы; проводить раннюю стабильную фиксацию костей переломов проксимального конца бедренной кости, способствующую уменьшить болевого синдрома и проведению противошоковых мероприятий; технические условия и компановность, обеспечивающая репозицию костных отломков и стабильную фиксацию; коррекция антиверзионного угла шейки бедренной кости и шеечно-диафизарного угла при подвертельных переломах; возможность компрессии костных отломков в динамике лечения; универсальность остеосинтеза различных типов переломов; облегчает уход за больным и обеспечивает возможность проведения ранней активизации и реабилитации; уменьшает возможности развития вторичных осложнений.

Таким образом, применение стержневого аппарата у пациентов с переломами проксимального конца бедренной кости позволяет достигнуть общей стабилизации больных, облегчение ухода, профилактики вторичных осложнений, ранней разработки движений в смежных суставах и может являться методом выбора среди известных современных фиксаторов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Алимов А.П., Камолов Б.Х., Кодиров М.Ф., Акбархонов Ж.Ж., Гофуров А.З.

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

Цель исследования: оценить результаты лечения пациентов с диафизарными переломами конечностей и проанализировать причины, приводящие к неудовлетворительным исходам

Материал и методы Проведен ретроспективный анализ хирургического лечения 146 пациентов в возрасте от 18 до 67 года с диафизарными переломами верхних (49 больной) и нижних (97 больных) конечностей по материалам отделение взрослой травматологии.

с 2016 по 2020 годы. Оценена частота диафизарных переломов у лиц разного пола, структура диафизарных переломов по годам исследования, распределение пациентов по механизму полученной травмы, по количественному составу в группе с переломами плечевой кости преобладают женщины 146 (на 19 % больше по сравнению с мужчинами).

Проведен учет количества реконструктивных операций по поводу несращений и псевдоартрозов диафизарных переломов верхней и нижней конечностей.

Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1. Как свидетельствуют эти результаты, по количественному составу в группе с переломами плечевой кости преобладают женщины 146 (на 19 % больше по сравнению с мужчинами). В остальных группах большинство принадлежит пациентам мужского пола: в группе с перелома бедренной кости — на 16 % и в группе с переломами костей голени — на 11 % по сравнению с женщинами. основная часть травмированных во всех группах приходится на молодой и зрелый возраст (30–50 лет), что требует в значительной мере подбора адекватного лечения, направленного на скорейшее восстановление функции поврежденной конечности, а значит, и трудоспособности больного. Среди травмированных преобладали пациенты с диафизарными переломами голени 146 (41,7 %) и плечевой кости 146 (28,2 %). Основная масса больных

получила травмы конечностей в быту — 491 пациент, что составило146 63,5 % от общего числа пострадавших, 189 пациентов получили высокоэнергетическую травму в результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП), что соответствует 146(24,2 %) от общего количества больных. Из 146780 больных 83 % (653 пациента) госпитализированы в первые 3–5 суток после травмы.

В отделении выполняются различные операции, в том числе с применением современных имплантов за 2016-2020г.г. Современные тенденции лечения переломов длинных трубчатых костей направлены в первую очередь на стабильную фиксацию костных отломков, минимизацию операционной травмы, сокращение сроков реабилитации и временной нетрудоспособности.

У методов лечения в группах больных с диафизарными переломами длинных костей наиболее часто применяли методы с применением блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза (БИОС).

У 146 больных у 30 было повреждение двух сегментов всего произведено 176 операции. Биос при переломах бедренной кости 50 больных и у больных с пеореломами костей голаени у 67 больных с переломами плечевой кости у 23 больных. При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломах применялись статическое блокирование, отломков с интероперационной коррекцией длины поврежденных сигментов. У 44 операций с использованием пластин с угловой стабильностью при переломах проксимального и дистального отдела бедренной кости. аппараты внешней фиксации применено у 47 больныхи их сочетание больше всего с блокирующем интрамедулярныи стержнями позволял раннюю нагрузку на конечность.

Как видно из вышесказанного блокируемый интрамедуллярный остеосинтез занимает лидирующее место при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей. Операции с применением БИОС исключает ротационное, угловое смещение и смещение фрагментов по длине. Преимуществом лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей с применением интрамедуллярного остеосинтеза с блокированием является также возможность отказа от применения дополнительной внешней иммобилизации в послеоперационном периоде, ранняя статодинамическая нагрузка и активизация больных.

Изучены и проанализированы основные ошибки, которые допускают хирурги при его выполнении. Главными причинами ошибок являются нарушение тактических основ данной методики и технические недостатки,

среди которых наибольшее значение имеет недостаточное предоперационное планирование по локализация и по характера перелоима. 1) неадекватный выбор импланта; 2) нарушение ортопедической режим послеоперационном периоде; 3) миграция металлического имплантата при остеопорозе Анализ причин, приведших к неудовлетворительным исходам лечения диафизарных переломов конечностей у 12 пациентов, позволил выявить основные:

Выводы.

1. Применение современные методы лечения переломов длинных трубчатых костей направлены на сокращение сроков реабилитации, временной нетрудоспособности и снижение инвалидности.

2. Блокируемый интрамедуллярный остеосинтез занимает лидирующее место при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

3. Больным с переломами длинных костей при предоперационном выборе имплантата в каждом отдельном случае надо выбрать учитывая локализация и характера и возраст больного.

ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СТЕРЖНЕЙ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сапаев З.Э Алимов А.П. Шукуров Э.М. Камолов Б.Х. Кодиров М.Ф. Акбархонов Ж.Ж. Гофуров А.З.

Проведен анализ хирургического лечения 189 больных с переломами длинных трубчатых костей и расстройствами остеорепарации, оперированных методом блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза. Результаты лечения были отслежены в сроки от 4 до 36 месяцев после выполнения оперативного вмешательства. Установлено, что метод блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза позволяет оптимизировать сроки консолидации, улучшает результаты и качество жизни пациентов во время лечения и может быть рекомендован как метод выбора для оперативного лечения диафизарных переломов длинных трубчатых костей.

При стабилизации поперечных и косопоперечных диафизарных переломов применялось первичное динамическое блокирование, а при оскольчатых переломах применялись статическое блокирование, отломков с интероперационной коррекцией длины поврежденных сигментов.

В послеоперационном периоде дополнительная гипсовая иммобилизация не применялось, а активные движения в смежных суставах поврежденного сигмента проводилось со второго дня после операции.

Движение на поврежденном конечности разрешалось с 2-5 дни,в зависимости от общего состояние больных. Больные с диафизарными и околосуставными переломами костей нижней конечности начали ходить с полной нагрузкой на травмированный конечность через 1-2 месяца после операции, при внутрисуставных переломах возможность нагрузки решалось индивидуально.Консолидизация переломов и восстоновление опорной функции поврежденной конечности у № больных через 6-8 месяца после операции.Из этой группы пациентов в 10-ти случаях произведено удаление фиксаторов после 14-16 месяца после операции. За 24 больными с разными стадиями консолидации переломов ведется амбулаторное наблюдение № больных в настоящее время находятся на стационарном лечении. У 6 больных с осколатым и фрагментарном переломом большеберцовой кости произведена динамизация гвоздя через 2-3 месеца после операции путем удаления статистического винта, что предотврощает деформацию дистальных блокириющих винтов и дает возможность создавать физиологическую компрессию в области перелома без риска укорочения поврежденного сегмента.

В раннем послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: глубокое нагноение мягких тканей в области перелома у 4 больных. В обеих случаях удалось купировать инфекционный процесс без удаления металлоконструкции.

В 5 случаях отмечалось замедленная консолидация оскольчатых переломов большеберцовой кости, при которых произведена динамизация гвоздя. Перелом фиксаторов-1, несращение-1. Среди осложнений, неоказавщих влияния на конечный результат и не потребовавших выпольнениярeостеосинтеза (4 случаях 6 %) отмечаны: миграция дистальноыхблокириющих винтов-6, избыточное длина блокириющих винтов -7, перелом стержня на фоне срастающегося перелома-1. Из всех полученных осложнений мы выделили те, причиной которых могла быть конструктивная особенность использованных фиксаторов.

Сращение после первичного остеосинтеза по шкале Маттис признан отличным в 93 % хорошим в 7 %. Неудовлетворительное окончательный результат лечения признан у одного пациента(остеомиелит). В трех случаях (4.5 %) результат лечения оставило 98.4 % от всех изученных результатов.

Выводы:

1.Остеосинтез перелом длинных костей бедра и голени с интремедуляными стержнями с блокированием является методом выбора у больных с переломами длинных костей нижних конечностей.

2.Закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, выполненный по строгим показаниям при диафизарныхпреломах способствует восстановлению опороспособности конечности.

3.Правильный выбор методики операции и технического оснащения, (ЭОП, ортопедический стол,специальный инструментарий), а также правильное ведение больного в послеоперционном периоде позволяет избежать от таких осложнений, как неудовлетворительная фиксация костных отломков, перелом блокирующих винтов и др.

4.При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации и появится возможность ранней разработки суставов, что способствует сокращению сроков стационарного лечения.

5.Нами произведены различные операции на бедренных костей — у 6 (БИОС — у 4), костей голени – у 6 (БИОС — у 6). остеосинтез плечевой кости — у 8.

6.Показаниями к остеосинтезу являлось закрытые диафизарные переломы, диафизарные переломы 2-х и более сегментов нижних конечностей.

Таким образом, блокируемый интрамедуллярный остеосинтез (БИОС) предпочтителен при переломах длинных трубчатых костей из-за малой травматичности, надежной фиксации, минимального риска инфицирования. Активное применение блокируемого интрамедуллярного остеосинтеза.

Выводы:

1.Остеосинтез перелом длинных костей бедра и голени с интремедуляными стержнями с блокированием является методом выбора у больных с переломами длинных костей нижних конечностей.

2.Закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез, выполненный по строгим показаниям при диафизарных преломах способствует восстановлению опороспособности конечности.

3.Правильный выбор методики операции и технического оснащения, (ЭОП, ортопедический стол,специальный инструментарий), а также правильное ведение больного в послеоперционном периоде позволяет избежать от таких осложнений, как неудовлетворительная фиксация костных отломков, перелом блокирующих винтов и др.

4.При применении БИОС отсутствует необходимость в дополнительной внешней иммобилизации и появится возможность ранней разработки суставов, что способствует сокращению сроков стационарного лечения

БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИНИ ИЧКИ ДЎНГЛИГИ СИНИШЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ

Содиқов И.Х. Муҳаммадиев.А.Б. Омонов Н.Н.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Фарғона филиали

Ҳозирги вақтда болаларда суяклар синиши билан кечадиган касалликларни даволашни такомиллаштириш бугунги куннинг талаби бўлиб бормоқда. Болалардаги жароҳат изларини камайтириш, биринчи навбатда суяк ва тўқималарни ўсишига тўсқинлик қилиши, ҳаракат ва таянч тизими ривожланишини нуқсонлари келиб чиқиши ва уларни орган ва системаларга таъсир қилиши кузатилади. Ҳозирда болаларда учрайдиган елка суягини ички дўнгликларини синишларини даволаш болаларнинг жисмоний фаоллигини ва бўлиши мумкин бўлган асоратларни олдини олишга қаратилган.

Мақсад: Болаларда елка суягини ички дўнглигини синиб силжишларини кичик хажмдаги кам инвазив йўл билан асоратсиз кам жароҳат етказилган ҳолатда ёпиқ усул билан оператив даволаш.

2017 - 2019 йиллар давомида 971 нафар болалар даволанган. Улардан елка суягини синишлари 291 нафарни (30%) ташкил қилади. Жами травматологик беморларни 971 нафари (42%) елка суягини синишлари ташкил қилади. Улардан ўғил болалар 212 нафар (73%) қизлар 67 нафарни (23%) ташкил қилади. Ундан елка суягини ички дўнглигини синишлар 61 та (20%). Травма механизми бўйича йўл транспорт ҳодисаси 106 нафар (11%), баландликдан йиқилиш-68 нафар (7%), жиноий-10 нафар (5%), маиший-573 нафар (59%), спорт травмаси-174 нафар (18%) ўртача ташкил қилади.

2017-2019 йиллар давомида 29 нафар (48%) бемор болаларда елка суяги ички дўнглигини синиб силжишларини ёпиқ усул билан остеосинтезлаш амалиёти ўтказилди.

Беморни умумий оғриксизлантириш остида ЭОП (электрооптический преобразователь) назорати остида операция майдонига антисептик ишлов берилгандан сўнг елка суягини ички дўнглик сохасидан 2 та спица билан кирилиб суяк парчасини спица учи билан илиб олинди ва спица орқали суяк парчасини ёпиқ холатда жойига қўйилиб (ёпиқ репозиция) спицаларни елка суягини проксимал синиқ булаги томон ўтказилди. Спицаларни иккиламчи, паталогик харакати аниқланмади ва стабил остеосинтез бажарилганлиги кўрилди. Суяк бўлакларини иккиламчи силжишини олдини олиш мақсадида спицаларни бир-бири билан кесишган ҳолатда ўтказилди. Интраоперацион

ҳолатда тирсак бўғимидан харакатлантирилиб кўрилганда суяк бўлагини стабил холатда турганлиги ва стабил остеосинтез бажарилганлиги аниқланди.

Натижа:

Ўтказилган операциялардан сўнг беморни ётиб даволаниш кунлари камайиши, жарохат ҳажми кичиклиги, операция вақтини камайиши, наркоз вақтини камайиши, ўтказилган операциядан сўнги гипс боглами билан даволаниш вақтини нисбатан камайиши, суякларни битиш жараёнини оптималлашишига ва спицаларни олинишида ҳам катта бўлмаган жарохат орқали олиб ташланиши эришдик.

ТРАВМЫ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ

Стужина В.Т., Ельцин А.Г., Мининков Д.С.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова», Москва, Россия

Физическая культура и спорт практически вошли в жизнь молодого поколения России. Спортивный травматизм в общей структуре детского травматизма стоит на третьем месте, уступая лишь бытовому и уличному. Идет неуклонный рост спортивных травм от 2,7% до 12,8% и выше.

В отделении детской травмы ФГБУ НМИЦ ТО с 2010 по 2018 годы проходили лечение 351 юный спортсмен с травмами области локтевого сустава. Наибольшее число травм приходится на спортивную гимнастику, борьбу, футбол, хоккей. Среди травмированных были представлены 39 видов спорта.

Распределение по нозологиям:

1. Над- и чрезмыщелковые переломы плечевой кости – 105 пациентов
2. Вывихи костей предплечья – 21 пациент.
3. Вывихи костей предплечья с отрывом внутреннего надмыщелка – 168 пациентов.
4. Перелом головочки мыщелка плечевой кости – 15 пациентов.
5. Переломы шейки и головки лучевой кости – 25 пациентов.
6. Переломы локтевого отростка – 17 пациентов.

Рациональное использование консервативных и оперативных методов лечения при травмах области локтевого сустава позволило получить у 91,8%

юных спортсменов отличные и хорошие анатомо-функциональные результаты и приступить к занятиям теми же видами спорта. 6% сменили вид спорта и 2,2% прекратили занятия спортом по различным причинам.

ОПТИМАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ.

Сувонов У.Х., Хужаназаров И.Э., Косимов А.А.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Хирургические методы лечения застарелых повреждений мягких тканей передней поверхности нижней трети предплечья до сих пор являются актуальной проблемой, не найдя своего решения. Это, в свою очередь, направляет исследователей к решению данной проблемы.

Цель исследования: улучшение застарелых повреждений мягких тканей передней поверхности нижней трети предплечья с применением хирургических методов лечения.

Материал и методы: в отделении травматологии РКБ №1 с застарелыми повреждениями мягких тканей передней поверхности нижней трети предплечья лечились 21 пациент. Из них 16 мужчин и 5 женщин. От 18 до 25 лет было 8 пациентов, от 25 до 35 лет - 11 пациентов, от 35 до 45 лет - 2 пациента. Все пациенты подверглись клиническим, лабораторным, ЭНМГ, рентгенографическим и МРТ исследованиям.

Результаты: Все пациенты лечились методом, предложенным автором. Из общего числа пациентов 3-е имели изолированные застарелые повреждения, у которых все клинические инструментальные и функциональные признаки нормализировались и хорошо оценились. Из 7 пациентов с комбинированным застарелым повреждением (без повреждения нервных волокон) у 5 пациентов по критериям и качеству показатели хорошие, а у 2 удовлетворительные. Таким образом, неудовлетворительных результатов не выявлено. У остальных 11 излечившихся пациентов с комбинированными застарелыми повреждениями (с повреждением нервных волокон) были следующие результаты: у 9 пациентов клинические признаки полностью восстановились, инструментальные изменения нормализировались и функциональные, т.е. движение в лучезапястном и фаланговых суставах полностью восстановились. У 1 пациента нервная

функции нервной проводимости, чувствительность и функции движения частично восстановились, т.е. показатели ЭНМГ ниже нормальных показателей. Поэтому наблюдались удовлетворительные результаты, а у другого пациента в результате нарушения ортопедического режима наблюдался неудовлетворительный результат, т.е. у этого пациента наблюдалась атрофия мягких тканей, парез лучевого нерва и контрактуры в лучезапястном и фаланговых суставах.

Таким образом, вышепредложенный метод позволяет полностью диагностировать, определять глубину повреждения и помогает устранению зон патологических очагов, а также позволяет улучшить результаты лечения, уменьшить осложнения и количество инвалидов.

Заключение. Лечением повреждений мягких тканей передней поверхности нижней трети предплечья достигается улучшение результатов до 83,8%, восстановление трудоспособности пациентов и уменьшение неудовлетворительных результатов на 24,7%.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ТАЗА И ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Тиляков Х.А.

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Актуальность. Лечение переломов костей таза, сочетающихся с переломами других сегментов скелета, является одной из актуальных проблем современной травматологии. Сочетанные повреждения таза с переломами бедренных костей относятся к одному из самых тяжёлых и проблемных видов травмы. В структуре сочетанных и множественных повреждений они регистрируются с частотой от 4,4 до 12,8%. Причиной этих повреждений в основном являются дорожно-транспортная травма и кататравма.

Своевременная диагностика и правильное лечение больных с переломами бедра и повреждениями таза имеют не только медицинское, но социальное значение. Связи с этим, необходима разработка новой тактики и методов лечения у данного контингента больных.

Цель исследования: улучшение результатов лечения пострадавших с сочетанными повреждениями таза и бедренной кости путём разработки тактических и технических аспектов с учётом тяжести повреждения и тяжести состояния.

Материал и методы. Под нашим наблюдением в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи (РНЦЭМП) и его Самаркандского филиала (РНЦЭМПСФ) с 2016-2020 гг. находилось 67 пациентов с сочетанными переломами бедра и повреждениями таза. Дорожно-транспортне происшествия явились причиной травм у 33 (49%) пострадавших, кататравма - у 21 (31%), несчастные случаи в быту - у 13 (20%). В состоянии алкогольного опьянения – у 17 (25,3%) больных. Открытые переломы диагностированы у 12 (18%), закрытые переломы отмечены у 55 (82%) пациентов. Чаще всего имело место сочетание переломов бедра и голени. Лиц мужского пола было 47, женского 20. У 25 (37,3%) больных возраст варьировался от 14 до 25 лет, и 29 (43,5%) пострадавших были возрасте от 25 до 55 лет, 13 (19,2%) - старше 55 лет. Переломы костей таза и конечности в сочетании с повреждениями внутриполостных органов выявлены у 8 (12%) пострадавших. У 14 (21%) пострадавших переломы локализовались в проксимальном отделе бедра, у 22 (33%) - в верхней трети, у 23 (34%) - в средней трети, у 8 (12%) - в нижней трети бедра.

Результаты. У пострадавших 1 группы при стабильном или условно стабильном состоянии для стабилизации повреждений бедра использовали погружной интраэкстрамедуллярный остеосинтез (в течение первых 3 суток) а повреждения таза лечили консервативно. При повреждении внутренних органов остеосинтез бедренной кости выполняли последовательно после устранения доминирующей патологии. У пациентов 2 группы в декомпенсированном состоянии (шок 3-4 степени) применяли менее травматичные методы на основе чрезкостного остеосинтеза. С целью противошоковой терапии и остановки кровотечения из костей таза производили стабилизацию таза стержневыми аппаратами, а переломы бедренной кости имобилизировали временными гипсовыми лонгетами или наложением системы скелетного вытяжения. После выведения больных из шока и стабилизации состояния больных, бедренную кость стабилизировали методом погружного интра-экстрамедулярного остеосинтеза. Лечение наиболее тяжёлых больных 3 группы проводили в следующем порядке. При стабильном состоянии больных в течение первых 3-х суток осуществляли стабилизацию таза и бедра с использованием малоинвазивных методов с помощью разработанного в клинике спице-стрежнего аппарата «таз-бедро».

Исходы лечения, изученные в сроки до 3 лет, с учётом анатомо-функциональных результатов оценены традиционно по трехбалльной системе. Хорошие результаты получены у 46 больных, удовлетворительные - у 19, неудовлетворительные -иу 2.

Заключение. Таким образом, переломы бедра с повреждением костей таза являются одной из наиболее тяжёлых сочетанных травм опорно-двигательного аппарата. Ранняя стабилизация переломов даёт возможность ранней активизации больного, предупреждения грозных гипостатических осложнений. Совмещение сроков консолидации и реабилитации способствовало получению положительных функциональных результатов, что позволило значительно сократить число больных с тяжёлыми последствиями повреждений опорно-двигательного аппарата.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Турдибеков Б.С., Асилова С.У.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Повреждения сухожилий разгибателей пальцев до сих пор представляют собой недостаточно изученную проблему. Повреждения сухожилий разгибателей по данным литературы чаще всего встречается от 34,6% до 59,5%. В литературе способы восстановления повреждений разгибателей и его хирургического лечения весьма противоречивы. Сложность анатомического строения и функции разгибательного аппарата пальцев кисти, значительное количество (15,7%) неудовлетворительных исходов лечения их повреждений придают этой проблеме особую актуальность. Предпосылки для восстановления разгибателя должны быть следующими: подвижные суставы, сохранение хотя бы одного пальцевого нерва, функционирование внутренних мышц кисти. Сочетание костно-сухожильных повреждений фаланг пальцев с поражением преимущественно разгибателей представляет проблему в тех случаях, когда функциональный прогноз зависит не от метода сухожильного шва, а от качества лечения переломов костей кисти. Применение тактики лечения в зависимости от уровня повреждений разгибательного аппарата пальцев кисти. При лечении различных вариантов этого повреждения до сих пор нет общепринятых рекомендаций, количество неудачных исходов остается высоким, что

свидетельствует о важности и значимости проблемы восстановления сухожилий разгибателей пальцев кисти, которые окончательно не решены.

Цель исследования: улучшение результатов лечения при повреждениях сухожилий разгибателей пальцев путем разработки методов хирургического лечения и реабилитации больных.

Материалы и методы исследования: Под нашем наблюдением в отделении Травматологии №2 Республиканской клинической больницы №1 с повреждением сухожилий разгибателей пальцев кисти в период с 2015 по 2019 годы для выполнения исследования были одобрены 42 больных. Больные были распределены на две группы (контрольную – 23 (54,7%), основную 19 (45,3%).

В возрастном аспекте пациенты распределились следующим образом: 18-25 лет — 5 чел. (11,9%), 26-45 лет — 34 больных (81,0%), 46-60 лет — 3 (7,1%) больных (9,5%). Мужчин было 35 (83,3%), женщин — 7 (16,7%).

Результаты: В контрольной группе больных проводилось консервативное лечение с иммобилизацией на гипсовой повязке на 4 недели. Из 23 больных, 12 (52,1%) пациентов клинические, функциональные и рентгенологические показатели оценивались как хорошие; у 7 (30,4%) больных по трём критериям показатели были снижены, поэтому у этих больных результаты считали, как удовлетворительные, и у 4 – х (17,4%) больных клинические и функциональные критерии не нормализовались и за счет этого мы считали это как неудовлетворительные результаты.

В основной группе лечение повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти всегда оперативное (артродез дистального межфалангового сустава спицей Киршнера, тенодермодез, удаляемый шов Беннелля, закрытый аппарат клиники). У 19 больных в основной группе после операции были получены следующие результаты: операция артродез дистального межфалангового сустава спицей Киршнера проводился у 10 (52,6%) больных, из них у 7 (36,9%) хороший результат, у 2 - (10,5%) пациентов удовлетворительный результат, оперативное вмешательство тенодермодез выполняли у 2 больных из них 1 хороший результат и у одного больного клинические показатели были низкие и мы оценили его как удовлетворительный. Удаляемый шов Беннелля тоже проводился 2 больных, у 2 больных по трём критериям все показатели были норме и оценили как хороший результат.

Вывод: 1. Консервативную терапию повреждениях сухожилий разгибателей пальцев кисти целесообразно проводить в течение первых суток после травмы. По нашему мнению, и анализ результатов лечения показал, что лечение повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти

после суток является только оперативный, потому что они нам дают избежать разные осложнения.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА И ЛОЖНОГО СУСТАВА ГОЛОВКИ МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Уринбаев П.У., Холхужаев Ф.И., Уринбаев И.П.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Проблема лечения детей с постравматическими контрактурами локтевого сустава остается одной из самых сложных в детской травматологии (Овсянкин Н.А., 2010).

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечении травм области локтевого сустава у детей, число неудовлетворительных результатов остается высоким и составляет 16-21% (Меркулов В.Н., 2004).

Частота осложнений переломов ГМПК у детей, по данным разных авторов, составляет от 3,3% до 54,8% (Г.Г. Багомедов 2005, Н.А. Овсянкин, И.Е. Никитюк 2002).

Среди неудовлетворительных результатов лечения переломов ГМПК, по материалам О.А. Купцовой с соавт, из 36 у 10 (28%) имело место ложные суставы ГМПК.

В настоящее время при обследовании детей с переломами и их последствиями основным методом диагностики является рентгенологический метод, также используется наиболее перспективные методы диагностики, такие как компьютерная томография, термография, лазерная доплеровская флоуметрия, ультрасонография(В.Н. Меркулов, А.И.Дорохин, В.Т.Стужина 2004).

Цель исследования. Описать результаты хирургического лечения остеопороза и ложного сустава переломов головки мыщелка плечевой кости у детей.

Материалы и методы. За 2009-2019 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.

Всем больным проводили клиническое, стандартные рентгенологические исследования, МСКТ-у 7 детей, УЗИ-у 14 детей.Для обозначения плотности остеопороза отломка в цифровых значениях, отнасительной оптической платности на ренгенограммах мы прибегали к фотометричекому исследованию на микрофотометре ИФО-451, у 11 больных.

Рентгенологически выявлялись костный дефект блока, дефект костной ткани мыщелка, значительное смещение отломка проксимально и остеопороз костного рисунка; щель псевдоартроза проходила через локтевую ямку или место, которое ей соответствует. Ретроспективное изучение рентгенограмм показало, что такой псевдоартроз развивается при следующих условиях: если линия излома берет начало в медиальной половине блока и направление хода излома «отсекает» менее $^1/_2$ угла между продольной осью плеча и суставной поверхностью (меньше 40-45^0). Псевдоартрозы с дефектом костной ткани нуждаются в сложной восстановительной операции.

В методике операции «костное замещение костного дефекта области ложного сустава ГМПК» предусмотрена резекция смежных поверхностей, выведение руки из вальгусного отклонения, заполнение образованного диастаза между метафизом и отломком ГМПК 2-мя костными трансплантатами, взятым из малоберцовой кости больного. Они фиксируются спицами (у 30 больных), или дополнительно применяется аппарат Илизарова (4 больных).

Результаты операций костной пластики псевдоартрозов ГМПК. У 4 больных, у которых была выполнено костная пластика с наложением аппарата у всех получено сращение. 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. У 6 (20%) больных получено сращение со стороны метафиза, а со стороны отломка ГМПК отмечена слабая консолидация, рентгенологически несращение. Причина – остеопороз ГМПК. После применение им закрытого наложения аппарата Илизарова, у всех получено сращение ложного сустава.

У 2 больных мы наблюдали рассасывание костных трансплантатов со стороны отломка ГМПК, которым произведена повторная операция костная пластика, у одной с применением аппарата Илизарова. Достигнуто сращение псевдоартроза.

Таким образом, у 80% больных детей мы получили сращение ложного сустава ГМПК после операции замещение дефекта костной ткани путем аутотрансплантации, фиксации спицами (3-4 спицы), с наружной иммобилизацией гипсовой повязкой. У 20% больных, пролеченных при

помощи данной методики, сращение трансплантатов произошло со стороны метафиза, за 2-3 месячного срока. На рентгенограммах признаков костного сращения трансплантатов с отломком ГМПК не было выявлено. Костное сращение у больных данной группы наступило после применения аппарата Илизарова, за 2-3 месячный срок. Эти клинические наблюдения служат для целесообразности применения костной пластики при ложных суставах ГМПК с заметным остеопорозом несросшего отломка. Сращение отломка и трансплантатов после наложения аппарата Илизарова свидетельствует об отрицательной роли микродвижения в репеpативной регенерации отломков.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧИНИЯ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.

Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Маматов У.Ж.

Самаркандский медицинский институт

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

Цель работы: описание самых частых направлений смещений дистального отломка чрезмыщелковых переломов плечевой кости. Описание нами применяемой методики закрытой репозиции с последующим дистракционным остеосинтезом.

Материалы и методы: Наше сообщение основано на анализе результатов лечения у 61 детей, лечившиеся за 2019 г. Мальчиков было 42 (69%), девочек – 19 (31%). Дети поступили в стационар от 1 до 7 дней после получения травмы.

Наш анализ частоты и направления смещения дистального отломка показал, что по данными показателями больные дети распределяются на следующие группы:

1) Больные с наличием углового (сгибательного, разгибательного) смещения; 2) Больные с наличием ротационного и аддукционно углового смещения; 3) Больные с несколькими смещениями в нескольких направлениях. Смещение дисталного 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 основана на изучение направление смещение дистального отломка, на изучение частоты направления смещение дистального отломка. На основании

полученных данных определено понятия: плоскость смещения отломков чрезмещелкового перелома, самые частые направления смещения дистального отломка, допольнительные рентгенологические признаки ротации дистального отломка.

Ротационное смещение дистального отломка определяется в боковой проекции рентгенографии локтового сустава по выступающему краю центрального отломка. Следующий рентгеноглогический признак: в переднее задней проекции дистальный отломок имеет обычный рисунок, характерный для здорового сустава, а проксимальный отломок уже, чем обычный. Третый рентгенологической признак: на переднее-задней проекции рентгенограммы с радиальной стороны перерыва кортикального слоя незаметно, с ульнарной строны конец центрального отломка наслаивается на дистальный, и аддукция дисталного 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 двухставных мышц (m.biceps, m.triceps, m.brachi), 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. Рука отводится от туловища на 45-50º, предплечье, кисть супинировано. Тракция по оси (устранятся смещение по длине): не ослаблаяя тракции рука сгибается под углом 90º; плечо придается вертикальное положение; для сопоставление ротационной оси дистального отломка к ротационной оси проксимального отломка, дистальный отломок ротируется кнаружи, при этом продольная ось предплечья расположеннего спереди груди, пересекает противоложной ключицы, в области ее средней трети учитываем: среднефизиологическую ротацию плеча.

Помощник не ослабляет тракции по оси, врач пальцами выводит дистального отломка из ульнарного смещения, аддукционо-углового смещения, ориентируюсь на среднее положение локтовога отростка, восстановления тряуголника Гютера.

Осуществляется дистракционный остеосинтез.Аппарат собран из двух полуколец аппарата Илизарова, спицы проводятся через метафиз локтового отростка и средней трети плеча во фронтальной плоскокости; в аппарате даётся дистракция.

В нашей методике лечения мы придаём большое значение дистракции и удерживанию отломков в достигнутом дистракционном состоянии.

Дистракционный остеосинтез благоприятсвует к спадению отека, нет опасности вторичного смещения, так как пресечено спазм и натяжение дву, одно-суставных мыщц плеча, причиняющие к вторичному смещению. Методом предупряждается угловой аддукционное – варусное смещение отломков, что является профилактой cubitus varus.

Результаты лечения. Наш анализ показал что, у 77,2% больных был достигнут отличные резултаты. У 7,5% детей мы получили «хорошие» результаты. У 2,8% удовлетворителные, неудовлетворителных результатов не было.

БОЛДИР СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИ БИОС ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ

Ўразбоев А.А., Тахиров Ж.М., Уразбоев Ж.Д.

Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Хоразм филиали

Болдир суяклари очиқ синишлари бўлган беморларни даволаш хамма вақт хам оддий масала бўлмаган, айниқса шикастланишлар бўйича оғир парчаланиб синиш характерида бўлганида. Бундай беморларни даволашнинг мураккаблиги асосан: 1. Болдир суяклари анатомик биомеханик хусусиятларига. 2. Болдир сохаси юқори учлигида массив мушаклар борлигига, пастки учлигида эса мушаклар йўқлигига. 3. Жуфт иккала болдир суяклари (кичик ва катта болдир) борлигига. Болдир соха сегменти анатомик тузилиши мураккаблиги, тана вазнининг функционал зўриқишлари шу сегментга кўпроқ тушиши болдир суяклари синишини нотурғун синишлар категориясига киритади шу сабабли тўлиқ функция тикланиши учун максимал даражада аниқ репозиция қилишни тақозо қилади. Болдир суяклари ёпиқ синишларини даволаш даво тактикасини қўллашда унча мураккаблик туғдирмайди, ундан кўра болдир суяклари очиқ синишларини даволаш ўзининг актуаллиги билан фарқ қилади, парчаланиб синишлар, юмшоқ тўқималарнинг кўплаб жарохатланиши –эзилиши билан кечиши, шу сегментда қон билан таъминланиш бузилиши, компартмент синдром ривожланиши, жарохатлар узоқ битиши, секин битишлар ва бошқа асоратлар билан кечади. Болдир суяклари синган беморларда иккала болдир суякларининг синиши кўпроқ кузатилади бу эса унинг нотурғунлигини таъминлайди. Болдир суяклари очиқ синишларида ташқи фиксация аппаратлари ёрдамида ўчоқдан ташқари остеосинтез қўллаш афзалроқ хисобланади, кўпчилик мутахассислар эса ички томондан остеосинтез

қилишни таклиф қиладилар. Ташқи фиксация аппаратлари ўчоқдан ташқари остеосинтез болдир сяклари синишида энг қулай усул хисобланади, аммо мушаклар атрофияси –кичик болдир нерви неврити, оёқ панжа эквинуси – ротацион харакатлар бузилиши кузатилади.

Ишнинг мақсади. Ташқи фиксацион аппаратларда синишларни даволаш кам функционал усул бўлганлиги сабабли, максимал даражада функционал натижаларга эришиш мақсадида оғир очиқ синишлар бўлган беморларда оптимал даволаш стратегиясини излашимизни тақозо қилади.

Текшириш материали ва усуллари. РШТЁИМ Хоразм филиалида 2017-2019 йилларда болдир суяклари очиқ синиши билан 54 бемор даволанган. Улардан 37 (68,5%) тасида иккала болдир суяклари синиши, 17 (31,5%) тасида катта болдир суяги иккиланиб синиши кузатилди. Беморлар ёши 18 дан 80 ёшгача, ўртача 48 ёшни ташкил қилади, аёллар 27 (50%), эркаклар 27 (50%) тани ташкил қилади.

Очиқ синишлар оғирлигини бахолашда АВО классификациясидан фойдаландик. Очиқ синишлар 1- даражаси 36 (66,7%) беморда, 2- даражаси 8 (14,8%) беморда, 3- даражаси энг оғир шикастланишлар 10 (18,5%) беморда кузатилди. 1-2 даражали синишлари бор беморлар барчасига 44 (81,5 %) жарохатларига мураккаб бирламчи жаррохлик ишлови берилди ва жарохатлар битишигача гипс боғламида иммобилизация 25 та беморда, скелет тана тортма системаси 19 та беморда қўлланилди, жарохатлар битиши билан ички остеосинтез усуллари қўлланилди, 3- даражали юқориэнергетик шикасти бор 10 (18,5%) беморга жарохатларни бирламчи хирургик ишловидан сўнг ташқи фиксацион аппаратлар ёрдамида суяк бўлаклари бирламчи стабилизацияси бажарилди.

Текшириш натижалари ва мухокама. Барча 54 беморларда яқин ўртадаги ва узоқ натижалар текшириб кузатилиб борилди. 100% беморларда болдир суяклари синиши тўлиқ битганлигига эришилди. Иккита холатда 4- ой давомида ташқи фиксация аппаратларида даво муолажалари олиб борилди, аммо асосий суяк бўлаги битмаганлиги сабабли аппарат ечиб олинди ва блокловчи интрамедулляр аутосуякли остеосинтез қилинди, динамикада кузатганимизда аутотрансплантат қайта яхши ўсиши кузатилди ва анатомик хамда функционал яхши натижа олинди. Олинган натижаларни бахолаш анатомик ва функционал натижаларга қараб Гирголав балл усулига қараб белгиланди. Яхши 8 балл ва ундан юқори, қониқарли 6-7 балл, қониқарсиз -5 ва ундан кам.

Беморларни даволаш натижалари

Яхши	қониқарли	ёмон	Жами

51 (94,4%)	2 (3,7%)	1 (1,9 %)	54 (100%)

Оғир очиқ синишлари бор шикастланганларни даволашнинг оптимал тактикаси бу этапли даволаш хисобланади. Биринчи этапда жарохатлар битишигача ташқи фиксация аппаратларида ёки скелет тана тортма системасида синиқлар фиксацияси бажарилади – кейинчалик ташқи фиксацион аппаратлар блокловчи интрамедулляр стерженларга конверсия қилинади. Болдир суякларини БИОС – блокловчи интрамедулляр остеосинтезлаш максимал даражада функционал усул хисобланади, операциядан кейинги яқин кунлар ичида актив реабилитация қилишни бошлашга ва бундай оғир синишларда ажойиб функционал натижаларга эришишга олиб келади. Шуни айтиш лозимки экстрамедулляр остеосинтез интрамедулляр остеосинтезга қараганда анча травматик усул бўлиб операциядан кейинги даврда узоқ муддат ташқи иммобилизацияни талаб қилади, сегмент функционал қобилиятини йўқотади, металл конструкцияни етарли даражада травматик олинишини талаб қилади. БИОС қўлланилганда эса минимал муддатларда функция тикланиши учун эрта реабилитация бошлашга эришилади.

Хулоса: 1. 1-2 даражали болдир суяклари очиқ синишларида беморларни даволашда БИОС- энг қулай усул хисобланади, бунинг учун жарохат битишигача боғламларни алмаштириш учун дарча очилиб сегментни гипс боғламида вақтинча иммобилизация қилиш ёки скелет тана тортма системаси ўрнатиш зарур.

2. 3- даражали очиқ парчаланиб синишларни даволаш этапли равишда, 1-этапда болдир суяклари синишини ташқи фиксацион аппаратлар ёрдамида стабилизация қилиш, жарохат битишигача ва юмшоқ тўқималар трофикаси тиклангунча, 2-этапда ташқи фиксацион аппаратлар ўрнига БИОС усулини бажариш зарур.

3. БИОСнинг биомеханик хусусиятлари ташқи гипсли иммобилизацияни талаб қилмайди, шикастланишга яқин бўғимларда эрта харакатларни бажариш мумкинлигини таъминлайди бу эса максимал функционал натижа олишимизга олиб келади.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ

Хайитбоев Б. М., Ахмадалиев А.А., Махмудов Б. Э.

Ферганский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Локтевой сустав является очень сложным в анатомо-функциональном отношении. Он состоит из трёх сочленений: плечелучевого, плечелоктевого и проксимального лучелоктевого сочленений, заключённых в одну капсулу. В плечелоктевом суставе происходит сгибание и разгибание предплечья. В плечелучевом суставе происходят сгибание, разгибание и вращение лучевой кости вокруг его оси. В проксимальном лучелоктевом суставе происходит вращение лучевой кости, обеспечивающее пронацию и супинацию предплечья. Во всех функциях локтевого сустава немало важную роль играет хорошо сформированный связочно-мышечный аппарат, окружающий этот сустав. В связи со сложностью этого сустава лечение переломов костей образующих локтевой сустав имеют определённые сложности и проблемы, возникающие при лечении, до сих пор остаются актуальными.

Цель. Целью данной работы является изучение результатов лечения переломов костей образующих локтевой сустав, проанализировать проблемы и осложнения, возникающие при лечении таких переломов.

Материалы и методы. Материалами и методами при изучении данной проблемы являются больные, обратившиеся в травматологический пункт Ферганского филиала РНЦЭМП за период с 2018 по фераль 2020 года. За этот период в травматологический пункт Ферганского филиала РНЦЭМП обратилось больных с данной патологией. Детей - 54, мужчин -46, женщин - 34. У больных поступивших с чрезмышелковыми и межмышелковыми переломами в случаях мы наблюдали переломы без смещения. Им была произведена гипсовая иммобилизация на соответствующий срок в зависимости от возраста. У пострадавших подобного рода переломы были со смещением. Некоторым из них произведена репозиция костных отломков под местным, а у детей под 92% общим обезболиванием, с последующей иммобилизацией. После контрольной рентгенографии у больных было выявлено неудовлетворительное состояние отломков, что послужило поводом для повторной репозиции в случаях и в случаях произведено оперативное лечение в виде наложения аппарата Илизарова или открытой репозиции с остеосинтезом различными фиксаторами. Не уменьшая достоинства консервативного метода лечения при переломах костей образующих локтевой сустав со смещением отломков, нами всё же отдаётся предпочтение оперативному методу лечения. Ведь при репозиции и перепозиции часто оставались различного рода смещения, которые

устранялись при оперативном методе лечения. При контрольной рентгенографии после первичной или повторной репозиции часто наблюдалось ротационное смещение костных отломков, которое возможно было устранить в случае наложения аппарата Илизарова. В случаях больные поступили после обращения к «табибам», которыми на конечность были наложены тугие повязки. Это в свою очередь приводило к нарастанию отёка, нарушению кровообращения и в 4 случаях послужило причиной развития ишемической контрактуры Фолькмана. В подобных случаях производились оперативные вмешательства после спадения отёка и компенсации кровообращения, а в случаях с контрактурой Фолькмана помощь была оказана незамедлительно совместно с ангиохирургами. В случаях перелома головки лучевой кости и переломах локтевого отростка лечебные мероприятии осуществлялись общепринятыми методами. В дальнейшем контрактура в локтевом суставе чаще развилась при консервативном лечении переломов со смещением отломков в случаях, в варусная деформациях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАЦИИ

Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х., Махкамов И.Х.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент

Актуальность проблемы: Лечение и реабилитация больных с переломами проксимального отдела бедренной кости представляют собой сложную медико-социальную задачу. Выбор тактики лечения в значительной степени определяет его исход. В прошлые годы приоритет отдавался консервативным методам лечения данной категории больных, что объяснялось наличием у большинства пожилых и старых людей психосоматической патологии, повышающей риск анестезиологического пособия и хирургического вмешательства. Выбор тактики лечения зависит от: возраста пациента, его физической активности до травмы, наличия сопутствующей соматической патологии, остеопороза, срочности оперативного вмешательства, правильно выбранного метода лечения, атравматичности, комплексного реабилитационного лечения в послеоперационном периоде.

Материал и методы: В работе представлен опыт лечения 253 больных с переломами проксимального отдела бедренной кости. В 2012-2019 гг. нами выполнено 253 операций закрытого чрескожного остеосинтеза при переломах проксимального отдела бедренной кости, из них 186 (73,3%) мужчины, 67 (26,6%) женщины. По механизму травм превалировала бытовая травма, которая составила 135 (64%) случаев. Из всех переломов проксимального отдела бедра наибольшее количество переломов наблюдается в трансцервикальной зоне шейки бедра - 110 (43,7%) и чрезвертельной области - 52 (20,6%). Оперативные вмешательства проводились в первые 3-е суток, при позднем обращении больных сроки операции увеличивались от 3-х до 7 дней. В большинстве случаев остеосинтез был выполнен в первые 3-е суток. Предпочтение отдавали методам с использованием компрессирующих винтов и стержней. Однако в РНЦЭМП был внедрен с 4 квартала 2018 года новый стабильный малоинвазивный остеосинтез «Гамма» штифт фирмой ChM (Польша).

Все операции проводились под контролем электронно-оптического преобразователя. Оперативные вмешательства у 72 больных проводили под местной анестезией, у 45 - внутривенное обезболивание и у 136 проведена спинальная анестезия. Под ЭОП контролем проводили репозицию костных отломков, для полного представления об анатомических соотношениях костей, кроме фасных снимков выполняли дополнительные исследования в аксиальной проекции (косые под углом 45°). В качестве имплантов-фиксаторов использованы: I группа - пучок спиц Илизарова (не менее 5 шт) - 38 больных, II группа - компрессирующие стержни (не менее 3 шт) – 62 больных, III группа - конъюгированные винты (не менее 2 шт) – 108 случаев и IV группа - «Гамма» штифты - 45 пациентов.

I, II, III группам больным дополнительно иммобилизированы оперированные конечности деротационной гипсовой повязкой по Верешковскому. Начиная со 2-3-х суток после операции начинали активизацию больных в пределах постели. Стабилизация переломов способствовала снижению болей в первые сутки после операции, что значительно облегчало уход за больным и предупреждало развитие грозных гипостатических осложнений. IV группа больных в дополнительной иммобилизации не нуждалась. Данная группа больных на 2-3-и сутки были активизированы после операции в пределах постели, ходили с помощью ходунков в пределах палаты, на 2-е сутки уже самостоятельно ходили по отделению и выписывались на 3-е сутки после операции.

Результаты и обсуждение: результаты лечения были изучены у 212 (84%) из 253 прооперированных больных, хороший и удовлетворительный

результаты лечения получены в 216 (85,2%) случаях. В группе больных с неблагоприятными исходами у 37 (14,8%) пациентов наблюдались осложнения следующего характера: у 12 (32,0%) больных отмечалось нагноение мягких тканей вокруг спиц, миграция спиц - у 16 (44,0%) и перелом спиц и стержней - у 9 (24,0%) больных, что привело к раннему удалению имплантов и, в последствии, образованию ложного сустава шейки бедра. Рассасывание шейки бедренной кости было отмечено у 12 (30%) больных от общего числа не удовлетворительных результатов лечения.

Изучали результаты при различных методах оперативного лечения больных с повреждениями проксимального конца бедренной методов кости в сроки от 6 мес. до 1 года. Оценку результатов лечения больных проводили по двум направлениям: анатомический и функциональный. Анатомический результат оценивали на основании контрольных рентгенограмм (прямая и аксиальная проекция) и компьютерных томограмм. Функциональные результаты оценивали на основании жалоб, клинических данных, объема движений в тазобедренном суставе. Хорошими анатомическими результатами считали полное устранение смещений костных фрагментов и полной консолидацией переломов проксимального конца бедренной кости. Хорошими функциональными результатами считали полное восстановление функциональных возможностей поврежденной конечности и тазобедренного сустава с подтверждением денситометрическим исследованием.

Удовлетворительными анатомическими результатами считали неполное устранение смещений при хорошей адаптации костных фрагментов. Удовлетворительными функциональными результатами считали, когда у пациентов возникали боли при длительных физических нагрузках и имелось ограничение крайних движений в тазобедренном суставе, а так же наличие деформаций, изменения шеечно-диафизарного угла проксимального отдела бедренной кости, существенно не влияющие на опорную функцию, при ограничении движений в суставе до 25-30 градусов, с незначительным дефектом походки.

Неудовлетворительными результаты считались при сохранении выраженного болевого синдрома, в том числе и в покое, ограничения движений в тазобедренном суставе более чем 30 градусов, нарушение опорной функции и возникновение вторичных дегенеративно-дистрофических изменений типа коксартроз, асептический некроз головки бедренной кости и рассасывания шейки бедренной кости.

Основным методом лечения рассматриваемых переломов проксимального отдела бедренной кости является оперативный метод, который позволяет провести репозицию, стабильно фиксировать костные

отломки с межотломковой компрессией, дает возможность ранней активизации больных (так же в пожилом и старческом возрасте). При оперативной фиксации повреждений консолидация переломов достигает 80%, и сокращаются сроки реабилитации.

Выводы: 1. Все лица пожилого возраста с аддуционными, варусными, не вколоченными переломами шейки бедра, должны лечиться хирургическими методами для их ранней активизации. 2. Операции остеосинтеза шейки бедра должны проводиться как можно в ранние сроки (в первые двое-трое суток) с момента госпитализации. 3. При выборе средства фиксации подход должен быть индивидуальным, в зависимости от характера перелома и состояния порозности проксимального отдела бедренной кости. 4. После остеосинтеза шейки бедра трёхлопастным штифтом, пучком спиц, винтами, компрессирующими стержнями, конъюгированными и компрессирующими винтами часто встречаются ложные суставы, асептический некроз головки бедра, миграция фиксатора, поэтому наиболее надежным, прочным является новый массивный «гамма» блокирующий штифт или эндопротезирование при переломах шейки бедра.

ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю, Байимбетов Г.Дж, Ни Г.В.

ГУ Республиканский специализированний научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение. К множественным переломам локтевого сустава мы относим наличие двух и более различных повреждений костей, составляющих локтевой сустав. Имеющие на сегодняшний день в повседневной практике тяжелые осложнения в виде контрактур, грубых деформаций и анкилозы локтевого сустава встречаются именно после таких не диагностированных множественных повреждений. Постоянно ссылаться на анатомо-функциональные особенности локтевого сустава детского возраста считаем не правильным. Тенденцию роста множественных и сочетанных переломов в области локтевого сустава отмечает и зарубежная литература. Сегодня с появлением новых современных методов диагностики эти повреждении выявляются все чаще. Проведенный анализ работы показал, что применение магнитно-ядерной и мультислайсной компьютерной томографии, ультразвуковые, электронейромиографические исследования локтевого

сустава и околосуставных структур существенно улучшают адекватную диагностику и, тем самым, послеоперационные результаты. Но в определении тактики лечения этих сложных множественных переломов костей локтевого сустава имеются значительные прочеты. Определение объема, сроков и очередность проведения оперативных вмешательств и сроков фиксации иммобилизирующих средств в подобных ситуациях остается неясной из-за высокой вариабельности встречаемых случаев.

Материал и методы. Изучено 946 историй болезней, поступивших к нам детей за последние четыре года (2015-2019 гг.), с повреждениями локтевого сустава. Определено осложнение у 246 больных детей (26%). При этом огромное значение имели сроки обращения больных в специализированную клинику. К нам поступали дети в течение 6 часов - 110, 24 часов - 44, 72 часов - 36, 10 суток после получения травмы - 27, тридцати дней - 19, три месяца и более - 10 детей. Установлены причины возникших осложнений, которые были связаны с поздним обращением больных по поводу свежих травм у 45% детей. Не осмотрены детским травматологом 79% больных, не проведены рентгенологические исследования или проведены в одной проекции 21%, первичная помощь оказана табибами 13%, не установлен диагноз у 6% детей, т.к. все внимание врачей было обращено на лечение доминирующего перелома.

Из этой же группы больных мы отобрали 82 (33,33%) истории болезни для дальнейшего исследования. Причиной возникших осложнений у этих больных оказались множественные повреждения костей локтевого сустава, что составило 8,66%. Разнообразие полученных травм показывает большую вариабельность этих повреждений. Из отобранных больных они были в следующих вариантах: 1). Переломы дистального конца плечевой кости с переломами проксимального конца локтевой кости - 16, 2). Переломы дистального конца плечевой кости и переломы проксимального конца лучевой кости - 7, 3). Переломы дистального конца плечевой кости с переломами проксимального конца обеих костей предплечья – 12. 4) Переломо-вывихи Брехта и Мальгени костей предплечья - 32, 5). Переломы плечевой кости с изолированными вывихами головки лучевой кости – 12. 6). Переломы дистального конца плечевой кости и вывихи костей предплечья - 3. Из 82 детей 57 больных были прооперированы в других лечебных учреждениях Республики.

Ретроспективный анализ 82 историй болезней пролеченных детей показали, что неправильные сращения встречались у 32 (39,02%) детей, различные деформации у 30 (36,5%) детей, разнообразнае тяжелые контрактуры отмечали у 70 (85,36%) детей, костные дефекты имели 7 (5,74%

) детей, нейро-сосудистые расстройства верхней конечности - у 3 (3,36)% детей, остеомиелит отмечен у 1 ребенка (1,2%), и были даже анкилозы сустава у 2 (2,4%) детей. Вышеперечисленные осложнения наблюдались у больных с множественными переломами костей локтевого сустава, где от выбора тактики лечения решалось качество жизни пациента. Всем этим больным произведены 102 реконструктивно-восстановительные операции.

Заключение. Множественные повреждения костей локтевого сустава отличаются высокой вариабельностью. По частоте эти повреждения сравнительно редки, но тяжесть осложнений и их последствия занимают ведущие место в детской травматологии. Правильная и своевременная диагностика этих повреждений в ургентной травматологии имеет огромное прогностическое значение. Ошибки при диагностике множественных внутрисуставных переломов костей, составляющих локтевой сустав, множественны и очевидны. Проведение многоплоскостных рентгеновских исследований, ультразвуковая визуализация и тщательное клиническое наблюдения за детьми являются залогом хороших результатов. Научный подход в определении тактики лечения с созданием стабильно-функционального остеосинтеза при помощи аппаратов внешней фиксации может привести к удовлетворительным клиническим результатам.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ТИБИАЛЬНОГО ПЛАТО БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

Ходжанов И.Ю., Махманов Л.С., Элов Д.Р.

ГУ Республиканский специализированний научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент,
Булунгурский РМО, Самарканд,
4-клиническая больница, Ташкент

Цель исследования. Анализ результатов лечения переломов тибиального плато большеберцовой кости.

Материал и методы: Наше сообщение основано на анализе результатов и методов лечения 72 больных, лечившихся по поводу переломов тибиального плато большеберцовой кости в Самаркандской областной больнице ортопедии и последствий травм, 4 городской больнице г. Ташкента в 2018-2019 гг. Распределение больных по возрасту: до 20 лет – 8 больных (11,1%), 21-45 лет – 35 больных (48,6%), 46-60 лет – 22 больных (30,5%), старше 60 лет – 7 больных (9,8%). Распределение больных по полу: мужчины – 50

больных (69,5%), женщины – 22 (30,5%). Переломы правой большеберцовой кости наблюдались у 39 больных (54,1%), левой большеберцовой кости у 33 больных (45,9%). Переломы медиального мыщелка – у 10 больных (13,9%), латерального – у 53 больных (73,6%), переломы обеих мыщелков – у 9 больных (12,5%). Открытые переломы наблюдались у 3 больных (4,1%), закрытые переломы у 69 больных (95,9%). Повреждения мягкотканых структур коленного сустава наблюдались у 13 больных (18,1%): повреждения менисков – у 8 больных (61,5%), повреждения боковых связок - у 3 больных (23,1%), повреждения крестообразных связок – у 2 больных (15,4%).

При лечении переломов мы исходили от типа перелома, степени смещения костных отломков, состояния суставных поверхностей, наличия повреждений мягкотканых элементов коленного сустава и общего состояния больного. Консервативное лечение в виде наложения гипсовой повязки применяли у 35 больных (48,6%), скелетное вытяжение с последующей иммобилизацией в гипсовой повязке – у 14 больных (19,4%), накостный остеосинтез пластиной – у 1 больного (1,4%), остеосинтез при помощи шурупов и болта-стяжки – у 19 больного (26,4%), компрессионно-дистракционный остеосинтез – у 3 больных (4,2%).

Результаты: Отдаленные результаты лечения были оценены у 48 больных в сроки от 1 до 3 лет. Результаты лечения были оценены следующим образом: хорошие результаты – у 16 больных (33,3%), удовлетворительные результаты – у 14 больных (29,1%), неудовлетворительные результаты – у больных (37,5%). При анализе неудовлетворительных результатов лечения мы определили, что это были в основном больные, у которых наблюдались оскольчато-дефектные переломы тибиального плато большеберцовой кости.

Заключение. Трудность определения площади и объёма дефекта костной ткани при оскольчато-дефектных переломах тибиального плато большеберцовой кости и нестабильное удержание спонгиозной кости приводит к вторичной импрессии места повреждения. Это, в свою очередь, приводит к деформации суставной поверхности. Поэтому проблема нуждается в точном определении дефицита спонгиозной кости, полноценного его заполнения, стабильно-функциональной фиксации и ранней осевой нагрузки. Не решены вопросы состояния кровообращения субхондральной области при оскольчато-дефектных переломах, вопросы показания заполнения дефекта по локализации нагружаемой поверхности, отсутствие стабильно-функционально-фиксирующих устройств спонгиозно-кортикальной кости, создающих оптимальную функцию сустава. Поэтому мы считаем целесообразным проведение дальнейших исследований в этой области.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х.,Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.

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

По многочисленным данным, ведущая роль среди открытых переломов в силу частоты, тяжести течения, развития различных осложнений принадлежит открытым переломам костей голени. Открытые переломы длинных костей продолжают оставаться одним из наиболее актуальных вопросов травматологии. В связи с этим, поиск путей улучшения результатов лечения данной патологии остается в центре внимания травматологов.

Аппарат Илизарова использован нами у 62 больных с открытыми переломами костей голени. Репозицию отломков осуществляли одномоментно на операционном столе. В большинстве случаев применяли аппарат Илизарова из 4 внешних опор. При проведении спиц учитывали смещение отломков, по возможности спицы проводили вне очага открытого перелома.

Изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения у 42 больных с открытыми переломами костей голени, имевших обширные (более 10 см длиной) размозженные и ушибленные раны с отслойкой окружающих мягких тканей. У 4 пострадавших были повреждены магистральные сосуды. До недавнего времени такие тяжелые транспортные травмы приводили к первичной ампутации конечности. В ряде случаев в подобных ситуациях ампутации проводились в отсроченном порядке по жизненным показаниям в связи с присоединившейся инфекцией или явной функциональной непригодностью конечности.

В профилактике гнойных осложнений открытых переломов ранняя первичная хирургическая обработка раны играет значительную роль, поэтому все пациенты были оперированы при поступлении в стационар. Проводилась тщательная хирургическая обработка раны с удалением мелких свободных костных отломков, инородных тел, иссечением размозженных тканей. Оперативное вмешательство заканчивалось промыванием ран растворами антисептиков, активным дренированием раны, стабилизацией перелома.

Внесение в комплекс восстановительного лечения первичной кожной пластики и остеосинтеза аппаратом Илизарова позволило создать оптимальные условия для заживления ран.

При возникших осложнениях (некроз и нагноение ран) патологический процесс имел ограниченный характер и тенденцию стихания в сроки 3-4 недели. Вторичных ампутаций у наших больных, лечившихся с применением внеочагового остеосинтеза не было. Вторичная кожная пластика выполнена у 18 больных с обширными гранулирующими ранами и инфицированными переломами.

Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении больных с тяжелой открытой травмой конечности дает возможность планировать расширенную хирургическую обработку ран в комплексе лечения с первичной кожной пластикой и создает идеальные условия для гладкого течения раневого процесса.

Эффективность метода доказывается уменьшением количества ампутаций, сокращением срока лечения, хорошими функциональными результатами у 87% больных с открытыми переломами голени.

Таким образом, оперативное лечение открытых переломов костей голени чрескостным остеосинтезом по Илизарову преобладает рядом преимуществ, дает возможность осуществлять движения в смежных суставах, укорачивает срок нетрудоспособности больных.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Несмотря на значительный прогресс травматологии, которым характеризуются последние годы, остается еще много нерешенных проблем, сохраняющих актуальность и по сей день. К их числу по праву может быть отнесена проблема переломов ключицы, что объясняется той ролью, которую последняя играет в обеспечении различных аспектов деятельности человека.

Переломы ключицы чаще всего случаются при производственной и уличной травме. Преобладает непрямой механизм травмы (падение на

вытянутую руку, на плечо, на локоть и т.д.). При этом немаловажное значение имеет рефлекторное сокращение мышц.

Переломы ключицы характеризуются рядом клинических признаков, которые могут быть относительными и достоверными.

Рентгенологическое исследование при переломах ключицы позволяет установить окончательный диагноз и выбрать правильную тактику лечения. Рентгенография ключицы производится в двух проекциях – передне-задней и аксиальной.

В настоящей работе приводим результаты лечения 129 больных с переломами ключицы. Мужчин было 87, женщин - 42. Переломы ключицы чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста. Так, в возрасте от 21 до 50 лет было 97 больных, в пожилом и старческом возрасте - 32 больных. На производстве травму получили 31 больной, в результате дорожно-транспортных происшествий - 29 больных, бытовая травма была у 69 больных.

По рентгенологической характеристике переломы ключицы распределялись следующим образом: поперечные переломы - у 23 (17.8%) больных, косые - у 34 (26.4%) больных, оскольчатые и многооскольчатые переломы - у 72 (55.8%) больных.

Наибольшее распространение при оперативном лечении переломов ключицы получил интрамедуллярный остеосинтез металлическими стержнями и спицами и накостный остеосинтез пластинами.

Под общей анестезией после соответствующей обработки операционного поля производится линейный разрез длиной до 7 см на 1 см ниже ключицы. Обнажается место перелома, мобилизуются отломки. После сопоставления отломков и их фиксации вводится металлический стержень или производится накостный остеосинтез. Рана послойно ушивается.

После операций по поводу переломов ключицы иммобилизация осуществляется гипсовой повязкой в течение 4 недель. С третьего дня в послеоперационном периоде назначается комплекс физио-функционального лечения, который расширяется после прекращения фиксации. Трудоспособность больных восстанавливается через 1,5-2 месяца после оперативного лечения.

Остеосинтез пластинами произведен 75 больным, спицами - 54 больным. Хороший результат отмечен у 119, удовлетворительный у 8 и неудовлетворительный у 2-х больных.

В числе неудовлетворительных результатов оперативного лечения в 1 случае был ложный сустав после оскольчатого перелома, фиксированного

кетгутом, а в другом случае – воспаление мягких тканей вокруг спиц, которое было купировано после лечения.

Таким образом, при переломах ключицы со смещением костных отломков методом выбора является оперативный метод лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Частота данной патологии, продолжительность сроков нетрудоспособности, не снижающаяся от применения различных способов лечения, придают вопросам лечения больных с переломами плечевой кости не только медицинское, но и социально-экономическое значение, так как основная часть пострадавших - лица трудоспособного возраста.

Оперативное лечение у больных с переломами плечевой кости применяется в 8-29,6% случаях. Показаниями к операции являются повреждения сосудов и нервов, интерпозиция мягких тканей, открытые переломы, неэффективность консервативного лечения. Для лечения диафизарных переломов плечевой кости рекомендуются различные хирургические способы остеосинтеза.

В отделении последствий травм РСНПМЦТО МЗ РУз применяется компрессионно-дистракционный аппарат Илизарова для лечения диафизарных переломов плечевой кости. При оскольчатых переломах плечевой кости применяется открытая репозиция с последующей фиксацией аппаратом Илизарова. Аппарат состоит из 2-х колец и 2-х полуколец. На проксимальный конец плечевой кости по передне-наружной поверхности, учитывая расположение сосудистой зоны, проводятся две спицы, которые фиксируются на полукольце. Затем проводятся по две пары спиц через с-в/з, с/з и чрезмыщелковую области. Они закрепляются в двух кольцах и одном полукольце.

В настоящей работе приводим результаты лечения 42 больных с диафизарными переломами плечевой кости. Мужчин было 26, женщин - 16. Диафизарные переломы чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста.

Так, в возрасте от 21 до 50 лет было 35 больных, в пожилом и старческом возрасте - 8 больных. На производстве травму получили 22 (52.4%) больных, в результате дорожно-транспортных происшествий - 16 (38.1%) больных, бытовая травма была у 4 (9.52%) больных.

По локализации перелома больные распределялись следующим образом. Переломы в верхней трети плечевой кости наблюдались у 13 (30.9%) больных, в средней трети - у 21 (50%) больных, в нижней трети - у 9 (19.1%) больных.

При переломе в верхней трети плечевой кости спице-стержневой метод остеосинтеза применен у 4 больных, в средней трети - у 10 больных, в нижней трети - у 15 больных. 13 больным выполнен чрескостный остеосинтез по Илизарову. Период реабилитации составил от 2 до 4 недель. У всех оперированных больных аппаратами внешней фиксации результат лечения был хороший, отмечалась полная консолидация перелома и нормальная функция суставов.

Таким образом, предложенная нами методика применения спице-стержневого аппарата внешней фиксации дает возможность стабильной фиксации костных отломков, что в конечном счете улучшает результаты лечения открытых переломов плечевой кости. Простота методики и монтажа аппарата обусловливает сокращение времени оказания помощи пострадавшим, что дает надежду на их широкое использование в ургентной травматологии.

ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Диафизарные переломы костей предплечья относятся к числу наиболее часто встречающихся повреждений опорно-двигательного аппарата и составляют от 11 до 25% переломов длинных трубчатых костей. Лечение диафизарных переломов костей предплечья является одной из актуальных и сложных проблем современной травматологии. Предплечье играет роль центрального звена в биокинематической системе верхней конечности и

определяет работу всей руки**.** При диафизарных переломах костей предплечья наблюдается несовпадение анатомических и функциональных результатов, последние всегда оказываются хуже. У четверти больных леченных консервативным методом отмечается замедленная консолидация или несращение костных отломков.

Показаниями к оперативным методам лечения диафизарных переломов костей предплечья являются в основном безуспешность консервативных методов лечения. Существуют разные методы оперативного лечения данного сегмента. Недостатком интрамедуллярной фиксации является ротационная нестабильность костных отломков. При этом методе остеосинтеза нарушение внутрикостного кровообращения бывает выраженной и это приводит к замедленной консолидации костных отломков. К недостаткам интрамедуллярного остеосинтеза следует отнести выпрямление физиологической кривизны лучевой кости при использовании жестких фиксаторов, что ведет к нарушению пронационно - супинационных движений, а также нарушение функции лучезапястного сустава.

Одним из широко распространенных методов остеосинтеза диафизарных переломов костей предплечья, особенно за рубежом, является накостный остеосинтез. При этом методе остеосинтеза костные отломки сопоставляются точно, однако значительный процент неудач заставляет относиться к этому способу лечения закрытых диафизарных переломов сегмента предплечье с большой осторожностью. Удаление самого накостного фиксатора осуществляется не без риска повреждений сосудов и нервов, и инфекционных осложнений.

В настоящей работе приводим результаты лечения 127 больных с диафизарными переломами костей предплечья. Мужчин было 94, женщин - 33. Диафизарные переломы костей предплечья чаще встречаются у лиц трудоспособного возраста. Так, в возрасте от 21 до 50 лет было 105 больных, в пожилом и старческом возрасте – 22 больных. На производстве травму получили 29 (22,8 %) больных, в результате дорожно-транспортных происшествий – 26 (20,5%) больных, бытовая травма была у 72 (56,7%) больных. У 47 больных диафизарные переломы костей предплечья сопровождались множественными и сочетанными травмами, что характеризует тяжесть данного контингента больных. Так, у 20 больных была сочетанная травма, у 27 больных - множественная травма.

По рентгенологической характеристике переломы костей предплечья распределялись следующим образом: поперечные переломы – у 35 (27,6 %) больных, косые и винтообразные – у 37 (29,1%) больных, оскольчатые и многооскольчатые переломы - у 55 (43,3%) больных.

По локализации перелома больные распределялись следующим образом. Переломы в верхней трети костей предплечья наблюдались у 18 (14,2%) больных, в средней трети - у 83 (65,4%) больных, в нижней трети - у 26 (20,4%) больных.

По методу фиксации костных отломков больные распределялись следующим образом. Остеосинтез пластинами произведен 68 больным, интрамедуллярная фиксация - 30 больным, фиксация аппаратами внешней фиксации – 29 больным.

Таким образом, оперативное лечение диафизарных переломов костей предплечья накостным остеосинтезом преобладает рядом преимуществ, дает возможность осуществлять движения в смежных суставах, укорачивает срок нетрудоспособности больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

Известно, что необходимым условием успешного сращения переломов являются точное сопоставление и прочная фиксация костных отломков. Высокие показатели инвалидности и летальности, варьирующие от 20 до 50%, во многом зависят от поздней стабилизации переломов, в первую очередь бедренной кости. Без стабилизации отломков бедренной кости невозможно предупредить вторичную травматизацию тканей, жировую эмболию, сложно эффективно лечить сочетанные травмы, так как нельзя придать возвышенное положение верхней половине тела, производить полноценную интенсивную терапию.

Для достижения этой цели при диафизарных переломах бедренной кости существуют ряд методов остеосинтеза: интрамедуллярный остеосинтез штифтами, фиксация накостными пластинками разной модификации, внеочаговые методы остеосинтеза аппаратами внешней фиксации.

С 2015 по 2019 гг. мы наблюдали 74 больных с переломами бедренной кости. Среди них мужчин было 66 (89,2%), женщин - 8 (10,8 %). Большинство (76,9 %) пострадавших были молодого и трудоспособного возраста (21 года - 50 лет). Основной причиной травмы у

69 (95,2%) пострадавших являлись дорожно-транспортные происшествия. В течение первого часа с момента травмы госпитализировано 41 (55,4 %) пострадавших, до 12 ч - 9, до 24 ч - 3. Двадцать один (28,4 %) больной переведен из районных больниц. Из них 5 поступили в течение одной недели с момента получения травмы, 4 - в пределах одного месяца и 12 - позже одного месяца.

У 38 из 74 больных переломы были внутри- или околосуставными, что неблагоприятно отразилось на функциональных исходах.

Остеосинтез при диафизарных переломах бедренной кости блокирующим штифтом выполнено 36 больным, пластиной АО-38 больным.

Результаты лечения в отдаленные сроки (от 1 года до 5 лет) изучены у 50 (67,5 %) больных. Хорошие результаты получены у 45 больных, удовлетворительные у 4 больных, неудовлетворительный у 1 больного. Результаты оценивали по трехбалльной системе с разграничением анатомического и функционального исходов лечения, что имеет, на наш взгляд, существенное значение, так как функциональные исходы не всегда соответствуют анатомическим и при полном сращении переломов бедренной кости функция в суставах конечности восстанавливается далеко не всегда.

Анатомический результат считали хорошим при сращении костей с полным восстановлением формы, удовлетворительным - при сращении костей с укорочением конечности до 2 см; неудовлетворительным - при отсутствии сращения бедренной кости (укорочение более чем на 2 см или угловое смещение, а также при наличии дефектов костей и анкилозов.

Функциональный результат считали хорошим при отсутствии жалоб и полном восстановлении функции в суставах поврежденной конечности; удовлетворительным - при наличии жалоб на боли в области переломов после длительной ходьбы и при ограничении объема движений в суставах поврежденной конечности до 30%; неудовлетворительным - при стойкой контрактуре в суставах поврежденной конечности или анкилозе.

Таким образом, краткий анализ наших клинических наблюдений показывает, что лучшие результаты достигнуты при раннем оперативном лечении.

ОСТЕОСИНТЕЗ ЭЛАСТИЧНЫМИ ТИТАНОВЫМИ СТЕРЖНЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Шоматов Х.Ш., Абдуяминов Ф.У.

ГУ Республиканский специализированний научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения переломов длинных костей нижних конечностей у детей.

Материал и методы. В клинике детской травматологии за 2014 по 2019 гг. пролечено 27 детей с переломами длинных костей нижних конечностей; бедренной кости – 11, переломами костей голени – 16. Среди них диафизарные переломы бедренной кости встречались у 6, а костей голени у 12 детей. Метадиафизарные переломы бедренной кости наблюдались у 5 и костей голени у 4 детей. Мальчиков с переломами бедренной кости было 8, костей голени – 10, девочки соответственно 3 и 6. Возраст больных 5-7 лет - 7, 8-10 лет - 11, 11-16 лет -7 больных. Правосторонние повреждения превалировали, составляя 18 случаев. Всем больным проведены стандартные рентгенографические исследования. У 5 детей с метадиафизарными переломами бедренной кости проведена мультиспиральная компьютерная томография на предмет интактности метафизов. При всех диафизарных переломах остеосинтез проведен под ЭОП контролем. При подборе эластического стержня придерживались стандарта, чтобы конструкция заполняла 40% диаметра костномозгового канала. Для создания стабильно-эластичного состояния дугообразные изгибы стержней должны пересекаться в области перелома и располагаться против друг к другу. Для проведения остеосинтеза использовали стандартный адаптированный набор хирургического инструментария. При переломах средней трети стержни вводили ретроградно, а при метадиафизарных переломах эластичные стержни вводились антеградно. Все цифровые материалы подвергнуты статистической обработке.

Результаты и обсуждения. Показаниями к данному виду остеосинтеза являются нестабильные косые или оскольчатые диафизарные и метадиафизарные переломы бедренной кости и костей голени, поперечные диафизарные переломы со смещением и переломы с интерпозицией мягких тканей. Противопоказаниями к данному виду остеосинтеза являются: винтообразные или спиральные с длинной линией излома переломы, двойные переломы, активные инфекции костной ткани или инфекционные процессы в области введения стержней.

В предоперационном периоде пациенты обследованы по диагностическим стандартам по объему оперативных вмешательств: общие клинические анализы, стандартные рентгенографические исследования, мультиспиральная компьютерная томография. В послеоперационном периоде в динамике общеклинические исследования проводили в режиме мониторинга. Рентгенографическим методом верифицировали степень репозиции костных отломков, положения металлоконструкций в костномозговом канале и степень сращения.

Результаты изучены у всех больных в сроке сращения до трех лет. Результаты оценивались по трех бальной шкале.

Результаты	Хорошие	Удовлет.	Неудовлет.
Бедро	8	3	-
Голень	9	3	-

Преимущество данной методики заключается в том, что оно является малоинвазивным среди существующих методик, кроме вышеперечисленного метод отличается низким уровнем гнойных осложнений. Отсутствие дополнительной иммобилизации и восстановление опороспособности через 2-3 месяца дает ребенку возможность возвращения к полноценной жизни. Репозиция костных отломков под ЭОП и проведение эластических штифтов через маленькие разрезы определяют приоритетность данного остеосинтеза в детском возрасте. При многооскольчатых переломах, при патологических переломах и у больных с политравмой в ургентных условиях целесообразно применять малотравматичное вмешательство. Отсутствие хирургической агрессии в области перелома создает благоприятные предпосылки для консолидации поврежденной кости. Достаточная стабильность костных отломков исключает применение дополнительной наружной иммобилизации гипсовой повязкой или разными шинами. Ребенку, начиная с первого месяца остеосинтеза, разрешается нагружать поврежденную конечность и это механически стимулирует консолидацию перелома.

Как и все другие виды остеосинтеза, данный вид также имеет свои особенности при проведении остеосинтеза костей нижних конечностей. При диафизарных переломах бедренной кости закрытая репозиция костных отломков без тракционных устройств создает определенные технические трудности при сопоставлении отломков из-за массивных мышц бедра, но проведение стержней проводится без особых технических трудностей. При дистальных переломах репозиция костных отломков проводится без

технических трудностей, а вот проведение стержней создает некоторые технические трудности, т.к. метафизарная часть детской кости очень мягкая и требует осторожности при проведении остеосинтеза. Для предотвращения этого фактора в эпифизе бедренной кости предварительно под углом 45° создается костный канал относительно длинной оси бедра. Затем делается изгиб под 40-45° во вводимом конце штифта и проводится стержень в костномозговой канал. Во всех случаях нужно стараться, чтобы изгибы штифтов находились друг против друга, и пересекались близко к линии излома, для создания эластичного напряженного состояния. Эластичное напряженное состояние, которое имеется и при других видах остеосинтеза, активно стимулирует костный репаративный процесс в области перелома, которое доказано учеными школы Г.А. Илизарова.

Данная методика оправдала себя и при переломах костей голени.

Таким образом, переломы длинных костей нижних конечностей ввиду особенности характеристики и консолидации костных отломков создают определенные трудности в лечении и реабилитации. Скелетное вытяжение является более физиологичным методом лечения переломов нижних конечностей, но длительность вынужденного обездвижения не всегда приемлема для детей. В арсенале детских травматологов существуют несколько видов малоинвазиных методов остеосинтеза. Среди этих методов хирургического лечения по нашему мнению приемлемым считаем стабильно-эластичный остеосинтез титановыми стержнями. Преимуществом данного вида остеосинтеза является ее малотравматичность, непродолжительность стационарного лечения и возможность ранней активации пациентов. Те трудности, которые наблюдаются при проведении остеосинтеза эластичными стержнями, имеются и при других видах остеосинтеза, без преодоления их конечно невозможно проведение стабилизации отломков. Особенно важно проведение остеосинтеза и создание стабильности отломков при нестабильных состояниях, где иногда требуется проведение дополнительных стержней или дополнительной внешней иммобилизации, что нисколько не умоляет достоинство какого-либо метода.

Заключение. Таким образом, остеосинтез диафизарных переломов детского возраста требует тщательного подбора показаний к оперативному лечению и подбору вида остеосинтеза, который должен отвечать анатомо-функциональному состоянию растущего организма. Малотравматичность операции, сохранение функции суставов и комфортность ношения металлических фиксаторов являются особо важными атрибутами фиксации костных отломков у детей. В этом контексте интрамедуллярный остеосинтез эластическими стержнями превосходит ныне существующие способы

фиксации диафизарных переломов нижних конечностей. Наше полученные результаты показывают, что метод может быть широко применен в разных клиниках для пациентов детского возраста.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

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

Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность. Трудности в лечении переломовывихов и переломов акромиального конца ключицы обусловлены анатомобиомеханическими особенностями акромиального ключичного сочленения. Существующие оперативные способы лечения с применением интрамедуллярные спицами по Уоткинсу-Каплану, операция Бенеля, крючковидной пластины при лечении вывихов акромиального конца ключицы требует длительной послеоперационной иммобилизацией верхней конечности в торакобронхиальной повязки.

Цель работы: Описание нового устройство для лечение переломов и переломовывихов акромиального конца ключица (FAP: 20180119. От 10 .08.18г.) разработанных в клинике РСНПМЦ ТО в рамках прикладного гранта. («Разработка устройства для лечения вывихов и переломовывихов акромиального конца ключица»)

Материалы и методы обследования: Нами изучена результатов лечение у больных с перелома вывихами акромиального конца ключица находившихся на стационарном лечение в отделение взрослая травматология РСНПМЦТО с 2018 по 20200гг.

При изучение результатов лечение у 68 больных с повреждением акромиального конца ключица по поводу перелома ключицы выделено 63 переломовывихом акромиального конца ключицы 5 пострадавших. Мужчин было 54, женщин - 14. По видам травмы наибольшее количество приходится на бытовые – 72,5%, ДТП – 20% %, прочие – 7,5%%. По механизмам травмы подавляющее число переломов получено при непрямом механизме травмы. Отдаленные неудовлетворительные результаты собственных наблюдений, мы выделили следующие группы:

1 группа больных:интрамедулярный остеосинтез, остеосинтез выполнен 18 пациентам. Показаниями к этому виду остеосинтеза являются закрытые оскольчатые переломы в наружной трети без осложнений при относительно молодом возрасте больных, костная структура у которых не была изменена.

2 группа больных:остеосинтез пластиной АО у 27, LCP 13.Показаниями к накостному остеосинтезу служили: закрытые нестабильные переломы; оскольчатые переломы; полифокальные, необходимость ранней разработки движений в смежных суставах.

Отдаленные неудовлетворительные результаты собственных наблюдений, мы выделили следующие группы:

Проанализировав отдаленные неудовлетворительные результаты, мы выделили следующие группы: нестабильный металлоостеосинтез имел место у 2 пациентов, поломки металлоконструкций — в 2 случаях, 1 больных (один после оперативного лечения) самостоятельно сняли фиксирующие спицы. В результате недостаточного срока внешней иммобилизации развились ложные суставы и деформации ключицы у двух боль них**.** Основная причина неудовлетворительных результатов находится в несоответствии существующих фиксаторов с анатомическими особенностями ключицы на различных уровнях.

- на основе ретроаспективной анализ результатов лечение с разными методами лечение разработано устройство для лечение переломовывихов акромиального конца ключица, способствующие улучшение результатов лечение у больных с повреждениями акромиального конца ключица.

Устройство для лечения переломов акромиального конца ключицы выполнено в виде пластины, с отверстиями, причем: один конец пластины закруглен, а противоположный конец - выполнен с тремя зубцами с заостренными концами, два из которых – выполнены симметрично перпендикулярно оси пластины, а третий - выполнен в продольном направлении.

Суть операции состоит в фиксации отломка акромиального конца ключицы пластинкой с тремя зубами. Под проводниковом регионарном анестезии, в положении на спине, в акромиальном конце, послойно, рассекают кожу, подкожную клетчатку, фасцию, дельтовидную мышцу. После обнажения кости отломки репонируют, далее - зубец в накостной пластине с отверстиями забивают в акромиальный отросток лопатки, после этого вдавливают зубцы в дистальный конец ключицы.После создания каналов на диафизарной части ключицы в ввинчивают винты . Проверяют стабильность остеосинтеза, рану наглухо ушивают.В послеоперационном

периоде иммобилизируют конечность на косыночной повязке. Движение в плечевом суставе - после 2 недель со дня операции.

По описанному способу было выполнено 8 операций. Ранняя функциональная разработка суставов, сокращение сроков лечения в послеоперационном периоде, уменьшение сроков стационарного и амбулаторного лечения позволило сократить срок временной нетрудоспособности. Динамическое наблюдение на протяжении год у всех оперированных больных полное восстановление функции сустава и их трудоспособности.

Выводы: Предложенный метод операции с применением устройство разработанными нами является оптимальной по сравнению с вышеперечисленными методами операции. Техника выполнения операции не сложная, проводится с минимальной травматизацией мягких тканей и не требует специальной внешней иммобилизации конечности.

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА: ПРОБЛЕМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ

Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Суяров З.

Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Локтевой сустав является очень сложным в анатомо-функциональном отношении. Он состоит из трёх сочленений: плечелучевого, плечелоктевого и проксимального лучелоктевого сочленений, заключённых в одну капсулу. В плечелоктевом суставе происходит сгибание и разгибание предплечья. В плечелучевом суставе происходят сгибание, разгибание и вращение лучевой кости вокруг его оси. В проксимальном лучелоктевом суставе происходит вращение лучевой кости, обеспечивающее пронацию и супинацию предплечья. Во всех функциях локтевого сустава немало важную роль играет хорошо сформированный связочно-мышечный аппарат, окружающий этот сустав. В связи со сложностью этого сустава лечение переломов костей образующих локтевой сустав имеют определённые сложности и проблемы, возникающие при лечении, до сих пор остаются актуальными.

Цель. Целью данной работы является изучение результатов лечения переломов костей образующих локтевой сустав, проанализировать проблемы и осложнения, возникающие при лечении таких переломов.

Материалы и методы. Материалами и методами при изучении данной проблемы являются больные, обратившиеся в травматологический пункт Джизакского филиала РНЦЭМП за период с 2016 по 2018 годы. За этот период в травматологический пункт Джизакского филиала РНЦЭМП обратилось 94 больных с данной патологией. Детей - 34, мужчин -36, женщин -24. У больных поступивших с чрезмышелковыми и межмышелковыми переломами в 28 ми случаях мы наблюдали переломы без смещения. Им была произведена гипсовая иммобилизация на соответствующий срок в зависимости от возраста. У 66 пострадавших подобного рода переломы были со смещением. Некоторым из них произведена репозиция костных отломков под местным, а у детей под общим обезболиванием, с последующей иммобилизацией. После контрольной рентгенографии у 48 ми больных было выявлено неудовлетворительное состояние отломков, что послужило поводом для повторной репозиции в 7 случаях и в 41 м случае произведено оперативное лечение в виде наложения аппарата Илизарова или открытой репозиции с остеосинтезом различными фиксаторами. Не уменьшая достоинства консервативного метода лечения, при переломах костей образующих локтевой сустав со смещением отломков, нами всё же отдаётся предпочтение оперативному методу лечения. Ведь при репозиции и перепозиции часто оставались различного рода смещения, которые устранялись при оперативном методе лечения. При контрольной рентгенографии после первичной или повторной репозиции часто наблюдалось ротационное смещение костных отломков, которое возможно было устранить в случае наложения аппарата Илизарова. В 9 ти случаях больные поступили после обращения к «табибам», которыми на конечность были наложены тугие повязки. Это в свою очередь приводило к нарастанию отёка, нарушению кровообращения и в 4 случаях послужило причиной развития ишемической контрактуры Фолькмана. В подобных случаях производились оперативные вмешательства после спадения отёка и компенсации кровообращения, а в случаях с контрактурой Фолькмана помощь была оказана незамедлительно совместно с ангиохирургами. В случаях перелома головки лучевой кости и переломах локтевого отростка лечебные мероприятии осуществлялись общепринятыми методами. В дальнейшем контрактура в локтевом суставе чаще развилась при консервативном лечении переломов со смещением отломков в 12 случаях, варусная деформация в 5 случаях.

ПОЛИТРАВМА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ

Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Суяров З.

Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Политравма – это сложный патологический процесс, обусловленный повреждением нескольких анатомических областей или сегментов конечностей с выявленным проявлением синдрома взаимного отягощения, который включает в себя одновременное начало и развитие нескольких патологических состояний и характеризуется глубокими нарушениями всех видов обмена веществ, изменениями со стороны центральной нервной системы, сердечно-сосудистой, дыхательной и гипофизарно-надпочечниковой системы. Частота множественных и сочетанных переломов колеблется от 8,6% до 49,8% от общего числа переломов (Д.И.Фадеев (1)). Политравма не может быть лёгкой или тяжёлой, это всегда жизнеугрожающее состояние. Политравма является одной из трёх причин смертности населения. Доля умерших в рудоспособном возрасте составляет 27%, средний возраст колеблется в пределах от 35 до 40 лет, причём подавляющее большинство (80%) составляют мужчины. Пациенты с политравмой дают более 60 % всех летальных исходов от травм. В Джизакском филиале РНЦЭМП накоплен определенный опыт работы по оказанию помощи пострадавшим с политравмой.

Цель работы. Целью данной работы является произвести анализ лечения пострадавших с политравмой, определить оптимальные пути лечения таких больных, изучить результаты.

Материалы и методы. Материалом послужат больные с травмой, поступившие в Джизакский филиал РНЦЭМП с 2014 по 2018 годы. За этот период в стационар поступило – 4098 больных с травмой. Из них мужчин 2786 (68%), женщин - 1025 (25 %), детей - 2877 (7 %). При анализе травмы преобладает бытовой травматизм - 2876, автотравма составляет - 695, уличная травма составила – 312, производственная травма - 55, криминального характера - 41, прочие (повторное обращение) – 119. Пострадавшие с политравмой составили - 346 человек. Из них мужчин – 278 (80,3 %), женщин – 37 (10,7 %), детей – 31 (9 %). 314 пострадавших

получили повреждения в результате ДТП, 12 - получили повреждения в результате падения с высоты, 7 - были придавлены тяжёлым предметом, огнестрельное ранение у – 1, производственная травма – 5, бытовая травма – 4, в результате железно-дорожной травмы – 3. Превалирование ДТП связанно с близостью центральной трассы. С множественными переломами поступило – 304 больных, сочетанная травма с повреждением внутренних органов наблюдалась у – 17 ти пострадавших, сочетанная травма с черепно-мозговой травмой у – 25ти больных. Проблема лечения пациентов с тяжёлыми множественными повреждениями занимает одно из ведущих мест в медицине по своей актуальности. Конечный результат при оказании помощи таким пострадавшим напрямую зависит от времени начала оказания помощи после повреждения, времени транспортировки, быстроты диагностических мероприятий, от качества и объёма оказываемой помощи на этапе транспортировки и непосредственно в стационаре. Наличие сопутствующих переломов черепа, повреждения органов грудной и брюшной полостей усугубляют шоковое состояние, требуют скорейшего начала лечебных мероприятий и существенно ухудшают его исход. Оперативный метод лечения в настоящее время является основным при лечении тяжёлой политравмы. Соответственно остеосинтез нами производился, в зависимости от тяжести состояния пострадавшего, как можно в более ранний срок. По данным Krettek et al.(2) остеосинтез тяжелых переломов таза, бедра, голени в период «первичной стабилизации функций» является наиболее целесообразным. Поэтому мы выделяем операции 1-2-3-й очереди. При срочных операциях 1-й очереди, выполняемым в первые 6 часов после поступления, производили лапаротомии, трепанации черепа, дренирование плевральных полостей. При операциях 2-й очереди, производимых в срок до 12 часов с момента травмы, осуществляли ПХО ран и стабилизацию открытых переломов, ампутации при травматических отрывах конечностей. К операциям 3-й очереди, производимым в течении 72 часов с момента травмы, относятся вмешательства по поводу закрытых переломов длинных трубчатых костей. Отсроченный остеосинтез нами производился чаще всего в период полной стабилизации состояния, как правило, на 7-8-й день после травмы. Проблема лечения пострадавших остаётся до сих пор глобальной и даёт много осложнений, процент которых зависит от тяжести повреждения. Из осложнений, возникших при политравме на фоне тяжёлого шока, мы наблюдали: ТЭЛА – у 4-х пострадавших, тромбоз глубоких вен конечностей у 3-х больных, жировая эмболия – 7 случаев, ОПН развилась у 2-х пострадавших, полиорганная недостаточность на фоне тяжёлой кахексии – 1 случай, различного рода контрактуры возникли у 71го больного. За

указанный выше период от политравмы в нашем стационаре умерло 27 больных. От ТЭЛА – 3, от декомпенсированного шока тяжёлой степени – 15, от жировой эмболии – 6, от развившейся ОПН – 2, от полиорганной недостаточности – 1. Считаем уместным отметить, что борьба за жизнь пострадавших при политравме необходимо начинать на месте трагедии. И чем быстрее и «качественнее» будет доставлен больной в стационар, тем больше шансов сохранить ему жизнь и избежать больших осложнений.

Выводы:

1. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что оказание помощи пострадавшим при политравме в течении 1-го часа наиболее эффективен.

2. Необходима, по возможности, более активная оперативная тактика.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б.

Джизакский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Как известно, голеностопный сустав является сложной анатомо-функциональной структурой со своими особенностями. Учитывая, что в образовании этого сустава участвуют таранная и обе берцовые кости, а стабильность в этом суставе обеспечивают наряду со связками лодыжки берцовых костей, передний и задний края большеберцовой кости, то переломы в области голеностопного сустава часто сопровождаются вывихом или подвывихом при нарушении целостности этих структур. Такого рода повреждения сопровождаются обширным отёком, ишемией стопы, что затрудняет диагностику и лечение этих повреждений, а так же требует скорейшего оказания помощи.

Лечение переломо–вывихов области голеностопного сустава имеет свои особенности и трудности, а так же требует определенных навыков в выборе метода лечения.

Цель работы: Провести анализ лечения больных с переломо-вывихами области голеностопного сустава.

Материалы и методы**:** В отделении сочетанной и осложнённой травмы Джизакского филиала РНЦЭМП за период с 2015 года по июнь месяц 2018

года с данной патологией обратилось 29 больных. Из них мужчин – 19 (65,5%), женщин – 7 (24%), детей – 3 (10,5%). Основной причиной, в результате которой была получена травма, было падение с высоты. Открытый переломо-вывих в области голеностопного сустава диагностирован в 15 (52%) случаях, у детей – 2 (7%). Контингенту детского возраста под общим обезболиванием была произведена репозиция с ликвидацией вывиха или подвывиха и наложена гипсовая повязка в соответствующем положении стопы. При открытых переломах произведена первичная хирургическая обработка раны с открытым вправлением и фиксацией. Практически во всех случаях получен хороший результат.

У взрослого контингента больных всем пострадавшим с открытыми переломами произведено оперативное лечение в момент поступления. Произведена обработка раны, репозиция отломков и их фиксация по мере надобности. Аппарат Илизарова, в компановке 2 кольца и 1 полукольцо, наложен в 8 случаях.

Остальным больным под общим обезболиванием произведена репозиция с наложением гипсовой повязки. Однако при наличии обширного отёка зачастую не удаётся добиться хорошей репозиции. И даже при достижении хороших результатов после схождения отёка может произойти вторичное смещение костных отломков. После контрольной рентгенографии на 2е сутки оперативное вмешательство произведено у 9 больных. Вторичное смещение наблюдалось у 5 больных. Зачастую эти больные нарушали ортопедический режим или не вовремя обращались для дальнейшего лечения. В итоге лечение этих больных осуществлялось оперативным путём. Фиксация осуществлялась спицами Илизарова, при необходимости компрессионными шурупами или болт-стяжкой. Аппарат Илизарова в соответсвующей компановке наложен 4 больным. Все оперативные вмешательства произведены под контролем ЭОП.

Осложнения в виде контрактур или нагноения мы наблюдали у 4х (13,7%) больных. Миграция металлоконструкций мы наблюдали у 3х (10,3%) больных, что было обусловлено нарушением ортопедического режима. Из-за недостаточной фиксации подвывих сохранился у 1 го больного. В отдалённых результатах постравматический артроз развился у 8ми (27,5%) больных. Этот контенгент больных лечился консервативно. Восстановление после оперативного лечения происходило быстрее, нежели при консервативном лечении.

Вывод. Таким образом, лечение переломов области голеностопного сустава, сопровождающихся вывихом или подвывихом, требует особого внимания и контроля. Так как не полная конгруэнтность суставных

поверхностей приводит к инвалидности. При лечении оперативным путём достигнут более хороший результат.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БРЕХТА У ДЕТЕЙ

Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Дж., Шоматов Х.Ш., Касымов Х.А., Ни Г.В., Абдуяминов Ф.У.

Специализированный республиканский научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Введение: По данным различных исследователей переломо-вывихи типа Брехта составляют около 5,5% среди всех повреждений предплечья. Несмотря на относительную редкость этих переломо-вывихов, проблема их лечения весьма актуальна, так как на них приходится 54,3% переломов локтевой кости, а количество неудовлетворительных результатов достигает 95%. Основными причинами неудовлетворительных исходов являются: тяжесть травмы, обусловленная переломом одной или обеих костей предплечья в сочетании с повреждением локтевого сустава; диагностические ошибки, разногласия в определении показаний и противопоказаний к консервативному и оперативному лечению, методикам остеосинтеза локтевой кости; упрощенный подход к восстановительному лечению.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения застарелых повреждений Брехта у детей путём разработки перспективных способов фиксации.

Материал и методы: В клинике детской травматологии РСНПМЦТиО МЗ РУз за 2018-2019 г. пролечено 15 больных с застарелыми повреждениями Брехта. Мальчиков было 9, девочек - 6. Возраст больных варьировал от 3 до 15 лет. Превалируют правосторонние повреждения, составляя 10 случаев. Всем больным проведена рентгенография локтевого сустава. Периферические неврологические нарушения наблюдались у 3 пациентов. У пациентов с неврологическими нарушениями проводилось ЭНМГ исследование и консультация невропатолога. Всем больным проведёны артролиз, устранение вывиха с пластикой кольцевидной связки и фиксация трансартикулярными спицами. У 2 больных в возрасте 15 лет наложен аппарат Илизарова, 13 больным в возрасте до 12 лет была произведена корригирующая остеотомия проксимального конца локтевого кости и остеосинтез перекрестными спицами Илизарова. Отдаленные результаты

изучены у всех больных, и результаты оценены по трех бальной шкале. Хорошие результаты составили 72%, удовлетворительные - 23%, неудовлетворительные – 5%.

Заключение. Таким образом, анализ результатов лечения показал, что при данном виде повреждения наиболее атравматичным способом лечения застарелых переломо-вывихов является спицевой остеосинтез с трансартикулярной фиксацией головки лучевой кости и пластикой кольцевидной связки. При выборе метода оперативного лечения у детей более старшего возраста хорошие результаты дает аппаратно-хирургическое лечение, разработанное в клинике РСНПМЦТиО в отделении детской травматологии.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ У ДЕТЕЙ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ВЫВИХАМИ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Эранов Ш.Н., Уринбаев П.У., Эранов Н.Ф.

Самаркандский государственный медицинский институт

Актуальность. Повреждения локтевого сустава у детей, по данным различных авторов, составляют от 40 до 50% всех травм опорно-двигательного аппарата. А посттравматические осложнения как следствие повреждений локтевого сустава занимают первое место и в 29,9% случаев приводят к стойкой инвалидизации пациентов [Мельцин И.И., Павлов В.А., Афауков И.В., 2016]. Неудовлетворительные результаты лечения повреждений локтевого сустава до настоящего времени остаются высокими, достигают 21% и не имеют тенденции к уменьшению [Меркулов В.Н., Дергачев Д.А., Дорохин А.И. 2014., Уринбаев П.У., Эранов Ш.Н. 2017]. Нередко лечение повреждений локтевого сустава, как сопутствующих повреждений, производится в отдаленные сроки, когда получить хорошие результаты уже не представляется возможным [Benson, M., Fixsen, J., Macnicol, M., 2012]. Научная литература, освещающая тактику лечения застарелых повреждений плече-лучевого сустава, практически отсутствует. Все это свидетельствует об необходимости дальнейшего изыскания более оптимальных вариантов оперативного восстановления кольцевидной связки при ее повреждениях.

Цель: описать клинические, рентгенологические, УЗИ особенности застарелых вывихов головки лучевой кости и показания к операции от вида вывиха лучевой кости.

Материалы и методы. Наше сообщение основано на изучения результатов лечения 83 детей, которые находились в стационаре с 2017 по 2020 гг. Из них изолированные вывихи у 62 больных (74,6%), с повреждениями Монтеджа у 21 больных (25,4%). Мальчиков было – 54 (65,1%), девочек – 29 (34,9%). Повреждения локализовались справа у 41, слева у 39 и двусторонние у 3 больных. По возрасту: до 5 лет – 22 больных, 6-12 лет – 46 больные, 13-18 лет – 15 больные. По давности травмы: из 62 больных с изолированными вывихами только у одного больного было несвежего характера, а у остальных всех случаях застарелого характера. Клинически: у всех больных были деформации локтевого сустава, у 67 больных сгибательно-разгибательные контрактуры локтевого сустава и у 72 больных пронационно-супинационные контрактуры предплечья. Рентгенологически: подвывих головки лучевой кости у 16 больных и у 67 полный вывих головки луча. Вывих головки луча кпереди – у 19 больных, передне-медиальные – у 48 больных. Ось лучевой кости нарушена у 74 больных и ось локтевой кости нарушена у 9 больных.

Оперативные вмешательства и показания к ним.

1-группа больных.

1.а. Застарелые вывихи головки лучевой кости. Обычно наблюдается передне-медиальные вывихи головки луча. Им показано: операция открытое вправление головки луча, пластика кольцевидной связки по методику П.У.Уринбаева, Ш.Н.Эранова (Рац.предл. №1899 – 13.12.2019г).

1.б. Не очень запущенных случаях, образование лоскута и фиксация его в латеральной области локтевой кости к остаткам фиброзно измененной латерально задней части кольцевидной связки.

1.в. В очень запущенных случаях: удержание и фиксация головки луча костным швом через проделанный канал локтевой кости лавсаном, щелком.

2-группа больных: застарелые повреждения Монтеджа.

2.а. В случаях, когда перелом локтевой кости срастается без деформацией, но вывих головки луча остается, при этом выполняли операцию открытое вправление головки луча, пластика кольцевидной связки по нашей методике.

2.б. При сращении перелома локтевой кости с угловой девиацией показано остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки луча, пластика кольцевидной связки по нашей методике. Применение аппарата по показаниям.

3-группа больных: врожденные дефекты, дисплазии локтевой кости и вывих головки лучевой кости.

3.а. Закрытое удлинение локтевой кости на аппарате Илизарова, открытое вправление головки луча.

3.б. Низведение головки луча на аппарате, открытое вправление головки луча и замещение дефекта локтевой кости аутотрансплантатом.

4-группы больным – удаление хондромы, артролиз сустава, моделирование головки лучевой кости, вправление и воссоздание кольцевидной связки.

Выводы: Для воссоздания кольцевидной связки, мы использовали самой капсулы сустава и отрезки кольцевидной связки, которая является более анатомо-физиологическим по отношению локтевого сустава. Хирургическое лечение детей с застарелыми вывихами головки лучевой кости, воссозданием кольцевидной связки, позволила нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 91,8% случаев, а анатомических – в 89,3% случаев. У 7 больных (8,2%) наблюдался рецидив и им была проведена повторная операция.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ш.Н.Эранов

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд

Актуальность. В настоящее время детский и подростковый травматизм становится одной из главных проблем медико-биологического плана в связи с увеличением количества и тяжести травм. Повреждения локтевого сустава у детей, по данным различных авторов, составляют от 40 до 50% всех травм опорно-двигательного аппарата. А посттравматические осложнения, как следствие повреждений локтевого сустава, занимают первое место и в 29,9% случаев приводят к стойкой инвалидизации пациентов.

По частоте ошибок и осложнений в лечении повреждения данной области занимают первое место относительно других сочленений, образующих локтевой сустав, что диктует необходимость в более тщательном и детальном изучении. Неудовлетворительные результаты лечения повреждений локтевого сустава до настоящего времени остаются

высокими, достигают 21% и не имеют тенденции к уменьшению. Нередко лечение повреждений локтевого сустава, как сопутствующих повреждений, производится в отдаленные сроки, когда получить хорошие результаты уже не представляется возможным. Научная литература, освещающая тактику лечения застарелых повреждений плече-лучевого сустава, практически отсутствует. Все это свидетельствует о необходимости дальнейшего изыскания более оптимальных вариантов оперативного восстановления кольцевидной связки при ее повреждениях.

Цель исследования: восстановления кольцевидной связки при различных вывихах головки лучевой кости у детей по нашей методике.

Материал и методы. Наше сообщение основано на изучения результатов лечения 83 детей, которые находились в стационаре с 2017 по 2019 гг. Из них изолированные вывихи были у 62 больных (74,6%), с повреждениями Монтеджа - 21 (25,4%) больной. Мальчиков было 54 (65,1%), девочек – 29 (34,9%). Повреждения локализовались справа у 41, слева у 39 и двусторонние у 3 больных. По возрасту: до 5 лет – 22 больных, 6-12 лет – 46 больные, 13-18 лет – 15 больные.

Больным предприняты следующие оперативные методы лечения: открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 52 больных; остеосинтез локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 21 больных; остеотомия локтевой кости, открытое вправление головки лучевой кости с воссозданием кольцевидной связки – у 10 больных.

Техника операции: доступ латеральный, 2 см выше наружного надмыщелка через сустав, на 4 см в область предплечья. Подкожная клетчатка отсепаровывается. Мышцы, прикрепляемые к наружному надмыщелку, рассекаются спереди, снизу, сзади надмыщелка. Виднется головка мыщелка плеча. Латерально, продольно рассекается сухожильно-капсульная мягкая ткань на 1-1,5 см, чтобы обнажить головку лучевой кости. Когда выполняется подобное рассечение, можно не опасаться повреждение r.profundus ветви лучевого нерва. Поверхностный слой мышцы области шейки луча тупо отодвигается медиально, в толще мышцы супинатора находят глубокую ветвь лучевого нерва. Его обнажает до передней капсулы сустава – это необходимо, чтобы безопасно выкроит из капсулы лоскут, чтобы воссоздать кольцевидную связку.

Обычно место луче-локтевого сочленения будет заполнено рубцовыми тканями. Ее остро отделяют от локтевой кости, начиная от центра к периферии, в сторону остатка кольцевидной связки, у заднего края локтевой вырезки. Головка смещается в родное место, придерживается, прижимая

кзади новообразованную связку (лоскутом из капсулы), проверяют степень 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. Таким образом, в толще образованного лоскута находится и собственно кольцевидная связка. Лоскут укладывается на область шейки лучевой кости и прикрепляется путем сшивания к плотной фиброзной ткани у заднего края лучевой вырезки локтевой кости. Головка лучевой кости после вправления продолжает сохранять тенденцию к переднему, медиальному смещению, что создает нагрузку на сформированное подобие кольцевидной связки. Поэтому 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 3 недель в положении супинации. Затем больные получали курс электрофореза йодистым калием, лечебную гимнастику, массаж.

Результаты и обсуждение: Анализ результатов лечения проводили с помощью клинического и рентгенологического методов. Результаты оценивали по шкале «Оценка хирургии локтя». Шкала позволяет определить выраженность болевого синдрома, амплитуду движений в локтевом суставе, состояние сустава, силу руки и степень повседневной бытовой активности. Максимальная оценка (100 баллов) по этой шкале соответствует здоровому локтевому суставу. Хорошие и отличные результаты при оценке через 6, 12 месяцев (>70 баллов) получены у 56 больных, что составило 57,4% , удовлетворительные результаты (50-69 баллов) наблюдалось у 26 (31,3%). Рецидив в виде подвывиха наблюдался у 1 ребенка.

При выполнении открытого вправления головки лучевой кости у детей, с застарелой травмой мы считаем целесообразным обратить внимание на следующие моменты: воссоздание кольцевидной связки лучевой кости из передней капсулы локтевого сустава; иссечение рубцовой ткани из лучевой вырезки локтевой кости.

Так, при изменении плече-лучевого сустава во время оперативного вмешательства показало нахождение прослойки капсулы сустава между головкой лучевой кости и суставным концом плеча. Подобные изменения наблюдались у 80% и более больных. Такие изменения освящают по новому

патологию застарелых вывихов головки луча и обосновывают предложенную тактику оперативного лечения больных.

Заключение. Причины застарелых вывихов головки луча объясняются ошибками диагностики, несвоевременной медицинской помощю из-за позднего обращения пациентов, когда родители больных расценивали травму несерьезной. Для воссоздания кольцевидной связки мы использовали саму капсулу сустава и отрезки кольцевидной связки, которые являются более анатомо-физиологическими по отношению к локтевому суставу. Хирургическое лечение детей с вывихами головки лучевой кости, воссоздание кольцевидной связки, трансартикулярная фиксации головки луча, позволило нам добиться хороших и удовлетворительных функциональных результатов в 96,4% случаев, а анатомических – в 94,7% случаев.

УЛЬТРАЗВУКАВАЯ АССОЦИИРОВАННАЯ ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ

Эшназаров О.Н.

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

Введение. Переломы и вывихи костей локтевого сустава в детском возрасте ниболее часто дигностируемые повреждения по сравнению с другими травмами. Следовательно, из всего количества травматологичекских операций, проведённых в детском возрасте, вмешательства на суставах составляют 60%. Адекватное и полноценное обезболивание в подобных случаях является актуальной и злободневной проблемой детской анестезиологии. Общая внутривенная анестезия в виду свойственных данной анестезии трудностей, осложнений и недостатков является причиной поиска более эфеективных, а вместе с тем и более безопасных методов обезболивания. Адекватная анестезия при травмах в детском возрасте отражает актуальность данного вопроса.

Цель исследования: оптимизация анестезии при операциях на локтевом суставе в детском возрасте.

Материал и методы. Материалом исследования стали 88 пациентов оперативно пролеченных в отделении детской травматологии нашего центра по поводу повреждений костей локтевого сустава различной сложности за

период с 2017 по 2018 год. Всем вышеупомянутым пациентам в условиях отделения анестезиологии и реанимации применено два вида анестезии и изучены результаты. Пациентам первой группы (44 пациента) произведена применяемая ранее общая внутривенная анестезия. Данной группе пациентов для получения желаемого результата и полноценной анестезии применён весь спектр необходимых психотропных и наркотических аналгетиков соответсвенно возрасту и массе тела. Второй группе пациентов (44 пациента) произведена проводниковая анестезия (плечевое сплетение) под контролем ультразвукового аппарата. Для проводниковой анестезии был использован препарат бупивакаин 0,5% объёмом, прямопропорциональным возрасту и массе тела. В семи случаях (16%) с учётом психоэмоционального состояния пациентов дополнительно произведена седатация 0,5% раствором диазепама. В двух случаях (4,5%) с целью дополнительной анестезии применены растворы кетамина (100мг.) и промедола (1 или 2 % в зависимости от возраста и массы тела). Во всех случаях проводниковая анестезия проведена заблаговременно, за 30 минут до оперативного вмешательства. С целью оценки адекватности проведённой проводниковой анестезии изучены клинические показатели (шкала боли, парестезия, ограничение движений руки) и лабораторные показатели (уровень глюкозы в крови и уровень картизола). Анализ вышеуказанных показателей произведён в до-, интра- и послеоперационном периодах, в первые часы после операции.

Результаты и обсуждение: В результате исследования стало очевидным, что показатели в дооперационном и интраоперационном периодах показатели кортизола и уровня глюкозы в крови в обеих группах оставался неизменным. Следует отметить, что в период пробуждения в первой группе пациентов отмечался незначительный подъём уровня гормонов стресса (картизол). В данной группе у двух пациентов наблюдалась депрессия дыхания, что ликвидировано медикаментозно и с помощью оксигенотерапии. Если в 100% случаях в первой группе пациенты после операции были переведены в палату интенсивной терапии для пробуждения, то во второй группе в 98% случаев пациенты проследовали в свои палаты без каких либо дополнительных мероприятий.

Вывод: В свете роста детского травматизма в структуре оперативного лечения в детской травматологии основной целью является минимизация проводимых вмешательств и скорейшее возвращение пациентов детского возраста к обычному образу жизни. Применение проводниковой анестезии пациентам в возрасте от 10 до 18 лет под ультрозвуковым контролем, на наш взгляд, является оптимальным к применению и наиболее безопасным.

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА

Яхёев А.С., Валиев Э.Ю., Муминов А.Ш.

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Мы проанализировали 72 случая переломов костей таза, в которых был использован малоинвазивный остеосинтез. Пациентам проведено оперативное лечение с применением чрескостного остеосинтеза аппаратами наружной фиксации и новыми металлическими фиксаторами - винтами. Инновационные технологии показали ее высокую клиническую эффективность, ее преимущества и слабые места, которые были проанализированы авторами.

Большинство травм малого таза являются опасными для жизни и часто сопровождаются переломами других частей скелета и повреждениями внутренних органов. Высокое качество оперативного лечения переломов таза часто ограничивается тяжелым общим состоянием больных и необходимостью одновременного оперативного лечения травм внутренних органов и поврежденных участков опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, с одной стороны, необходимо обеспечить высокое качество синтеза фрагментов тазовой кости, а с другой стороны, важно уменьшить хирургическую агрессию во время остеосинтеза. Самыми серьезными являются кольцевые переломы таза, связанные с вертлужной впадиной, когда есть необходимость интракапсулярной стабилизации перелома вертлужной впадины для успешного функционального восстановления органов малого таза.

Переломы вертлужной впадины по-прежнему остаются одним из наиболее важных вопросов современной травматологии. Инвалидность, низкое качество жизни, эндопротезирование тазобедренного сустава являются главными последствиями неадекватного лечения таких переломов.

Консервативное лечение приводит к инвалидности в 23-66,8% случаев, что в 3 раза чаще по сравнению с уровнем инвалидности после оперативного

лечения. Только оперативное лечение позволяет достичь успешного функционального восстановления.

Открытая репозиция с внутренней фиксацией связана с большим хирургическим разрезом, массивной интраоперационной кровопотерей и высоким риском инфекционных осложнений. Главное условие для костной консолидации перелома — сохранение кровоснабжения отломков, что обеспечивает только минимальное хирургическое вторжение.

Таким образом, разработка и внедрение имплантатов и малоинвазивные методы стабилизации костных отломков — основные инновационные тенденции развития внутреннего остеосинтеза.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИИ

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩЕГО КОРСЕТА ТИПА ШЕНО В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА

Алиев Т.Г., Собиров Ж.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Среди методов корригирующего воздействия на деформацию позвоночника у детей и подростков, страдающих идиопатическим сколиозом (ИС) особое место занимает корсетное лечение. Его применение основано на создании насильственного внешнего форма воздействия на патологически измененную уравновешенность и рельеф поверхности туловища в ходе физиологического роста и развития ребенка. Необходимо отметить, что корсетное лечение, имея статус классического ортопедического средства при ИС, до сих пор является предметом дискуссий, связанных с его эффективностью и целесообразностью, особенно в случаях с деформациями IV ст.

Корсетное лечение проводили корригирующим корсетом типа Шено. Данный корсет, производимый по методологии известного французского ортопеда-протезиста Chêneau, зарекомендован как один из высоко эффективных ортезов индивидуального изготовления, в котором коррекция

сколиотической деформации осуществляется путем создания давящего деротационно тракционного воздействия на патологические выпуклости поверхности рельефа туловища пациента. Корсет используют от 18 до 22 часов в сутки. Необходимые условия для пациента, это дисциплинированное соблюдение режима лечения, контрольные осмотры у курирующего ортопеда 2-4 раза в год, контрольные осмотры у курирующего протезиста 3-4 раза в год.

Цель исследования. Оценка эффективность использования функционально-корригирующего корсета типа Шено в лечении больных с идиопатическим сколиозом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением за период с 2016 по 2019 года находилась 48 пациента из них 41 девочек (85%) и 7 мальчиков (15%), гендерное соотношение составило 6:1. Всем пациентам было проведено консервативное лечение сколиоза с использованием функционально-корригирующего корсета типа Шено.

Минимальный возраст начала корсетного лечения – 4 года, максимальный – 17 лет. Исходная величина основных дуг сколиотической деформации позвоночника у данных пациентов составило 19° – 60° при измерении по Коббу (J.R. Cobb), II, III и IV степени тяжести по классификации В.Д.Чаклину. Проведены клинико-инструментальные методы исследования. Клиническое исследование включал жалобы больного и анамнез заболевания. Внешний осмотр осуществлялся по общепринятой схеме обследования ортопедического больного. Инструментальные методы исследования включали в себя; рентгенография позвоночника, которая производилась в двух стандартных проекциях стоя (прямая и боковая); функциональная рентгенография (bending test) при максимальном наклоне в выпуклую и вогнутую сторону. Это позволило получить данные о функциональной коррекционной мобильности дуг деформации позвоночника, адекватно сравнивать их с параметрами прямых проекциями стоя и учесть как величину возможной коррекции у конкретного больного ИС.

По рентгенограммам и данным клинического обследования определяли анатомический тип деформации, её параметры и показатели ростковой пластичности позвоночника и таза – тесты В.И. Садофьевой и Риссера (J.R. Risser), как отражавшие возможную перспективу дальнейшего развития сколиотической деформации данных пациентах. Согласно классическим представлениям о построении и формулировании диагноза мы придерживались предложенным диагностическим алгоритмом РНПЦТО Минск Беларусь.

Пациенты распределились по степени деформации следующим образом: первая группа (19-25° по Коббу) -14 пат.; вторая группа (26-40° по Коббу) – 24 пат.; третья группа (41-60° по Коббу) – 10 пат. Исходно рентгенологически у всех обследованных констатировали сохранение ростковой костной активности скелета: по Risser (R0–R IV) и по В.И. Садофьевой (S0–S IV). По типу деформации преобладали больные с комбинированным сколиозом: правосторонней грудной и левосторонней грудопоясничный дугами - 34 пациенты. Правосторонний грудной сколиоз - 8 пат. грудопоясничный - 4 пат. поясничный -1 пат. левосторонней грудной и правосторонней грудопоясничный дуга -1 пат.

Проводимая методика корсетного лечения включала несколько периодов.

1. Период корсетной адаптации.
2. Период первичной коррекции.
3. Период корсетного удержания.
4. Период отмены корсета.

Результаты и обсуждение. Осмотр в наблюдаемой группе пациентов осуществлялся после изготовления корсета, каждому пациенту проводился методический инструктаж по соблюдению дисциплины и установления корсетного режима. Всем пациентам раздавалась рекомендационная брошюра медицинских вопросов по эксплуатации изделия. Ортез снимался только для гигиенических процедур и вспомогательного лечения ЛФК и дыхательная гимнастика по методике К. Шрот в общем, на 1,5-3 часа в день.

С учетом различных исходных параметров искривлений за период первичной коррекции уменьшение основных дуг в целом составило 6°–29° с достигнутым эффектом фронтальной коррекции в интервале 52–85 % а также улучшение формы сагиттального профиля позвоночника. Коррекция деформации в процентном соотношении (% средняя коррекция от общей деформации) у пациентов первой группе составила 81%.; вторая группа составила 85%.; в третьей группе составило 52% коррекции.

Период первичной коррекции и период корсетного удержания полностью пройден 48 пациентами. Из них у 31 достигнута стабилизация полученной первичной коррекции деформации. У 17 детей констатировано увеличение коррекции деформации позвоночника – дополнительное уменьшение основных дуг.

Заключение. Таким образом, корсетотерапия является эффективным средством коррекции и стабилизации позвоночника при ИС от 19° до 60°. В комплекс лечения должны быть включены специальная ЛФК, физиотерапия, дыхательная гимнастика по методике К.Шрот. Проведенный нами анализ

результатов лечения детей и подростков функционально-корригирующим корсетом типа Шено показывает, что данный методы позволяют добиться максимальной коррекции у детей I и II группы и является наиболее благоприятным на ранних этапах заболевания.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Асилова С.У., Раззаков Э.Б., Садиев Б.М.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Лечение постожоговых контрактурах пальцев кисти является актуальной проблемой в травматологии и ортопедии. Задачей пластической хирургии является устранение различных дефектов. В пластической хирургии особенно большое значение приобретает щадящая операционная техника. Индивидуальный подход при выборе метода лечения рубцовых поражений кожи, позволяет подобрать оптимальный способ устранения дефекта покровных тканей.

Под нашим наблюдением, в клинике РКБ №1 отделение травматологии с 2015-2020 г. находились 87-больных, из которых. Мужчин-53, женщин-34. Больные были молодого и работоспособного возраста.

Целью нашего исследования - улучшение результатов лечения при дефектах кожи верхней конечности, путем применения различных видов кожной пластики на питающей ножке. Больным проводили следующие виды оперативных вмешательств:

1. Мостовидный лоскут с живота для закрытого дефекта кожи пальца, такая операция произведена – 15 больным.

2. Перекрестная пластика кожи на культях пальцев. Кожный дефект ладонной поверхности пальца кисти закрывается лоскутом на ножке с тыльной поверхности соседнего пальца. Донорский участок пальца кисти закрывается путем свободной пересадки - 18 больным.

3. Замещение дефекта кожи кисти лоскутом на ножке из кожи живота- 25 больным.

4. Лоскут на ножке для закрытия дефекта кончика 2 пальца взятая из кожи thenera - 14 больным.

5. Закрытие дефекта кожи ротационном лоскутом в комбинации со свободной трансплантацией в области предплечья - 15 больным, в области кисти -14- больным.

Ближайшие результаты изучены у всех больных. Отдаленные результаты изучены у 75(84,5%) больных: из них - хорошие результаты – у 59 (80.5%), у 13 (16,7%) удовлетворительные, неудовлетворительные – у 2 (2,8 %) больных.

Таким образом постожоговых контрактурах пальцев кисти при дефектах кожи верхней конечности, нужно проводить различные виды кожно-пластических операций в зависимости от глубины и размера повреждений.

Выводы: 1.Закрытие дефекта кожи постожоговых контрактурах пальцев кисти, выполняется с применением различных видов кожной пластики.

2.При изучение отдаленные результаты получили хорошие результаты – у 59 (80.5%), у 13 (16,7%) удовлетворительные, неудовлетворительные – у 2 (2,8 %) больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Асилова С.У., Назарова Н.З., Умарова Г.Ш.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский институт усовершенствования врачей
ГУ Республиканский специализированный научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Актуальность работы. Кистозные образования костей определяются, в среднем, в трех случаях на 100 тыс. населения в возрасте до 15 лет, с постепенным снижением частоты в возрасте от 30 до 50 лет, затем к 60 годам наблюдается тенденция к росту заболеваемости. Наиболее частая локализация данных новообразований – длинные кости (от 40 до 70%), при этом, нижние конечности поражаются чаще, чем верхние.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 124 пациентов, проходившие лечение на стационарном лечении за период 2015-2019 г.г. по поводу опухолевых и опухолеподобных заболеваний костей конечностей. Возраст больных варьировал от 5 лет до 60 лет. Пациентов мужского пола было 63 (51%), женского пола – 61 (49%). Из них детей 55 больных 44 %), взрослых 69 (56%) больных.

Все больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу включены больные, оперированные по предложенной нами миниинвазивной методике под контролем электронно-оптического преобразователя (ЭОП), а контрольную группу составили больные, получившие оперативное лечение традиционными методами без применения ЭОП.

Результаты исследований и их обсуждение. Показаниями к хирургическому методу лечения являлось клиническое проявление заболевания в виде симптомокомплекса – боль, деформация и/или пальпируемое образование на уровне кости, нарушение функции конечности или близрасположенного сустава, иногда патологический перелом, а также рентгенологическая верификация.

Для определения метода хирургического лечения применялся разработанный нами алгоритм лечения - “Программа лечения доброкачественных опухолевых и опухолеподобных заболеваний костей конечностей” (DGU 20180831).

При первичной оценке эффективности хирургического лечения в динамике проводили клиническое обследование пациентов после операции и рентгенологическое исследование. Результаты оперативного лечения изучены у - 95 больных, критерии оценки результатов лечения оценивались на основе предложенной нами 5 балльной шкале. При этом оценка производилась при среднем значении баллов по 3 показателям: боль, нарушение функции, деформации конечности. При этом отличный результат был у 38 (40%), хороший у 35 (37%), удовлетворительный у 19 (20%) больных, неудовлетворительные результаты отмечались у 3 (3%) больных.

Выводы. Применение ЭОП для упрощения доступа к очагу и применение малоинвазивной технологии при экскохлеации патологической ткани из очага поражения и при костной пластике позволила выполнить хирургическое вмешательство атравматично , технически упростила процесс доступа к очагу, что позволило сократить длительность операции. Данная методика позволила получить хорошие и отличные результаты в 77 % и удовлетворительные в 20 % случаев.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

Асилова С.У., Юсупов Б.Ш., Садиев Б.М.

Ташкентская медицинская академия,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Актуальность: Лечение посттравматических контрактур являются актуальной проблемой травматологии и ортопедии. Все больше внимания уделяется аппаратное хирургическому лечению посттравматических контрактур межфаланговых суставов пальцев кисти. Наиболее часто возникают при переломах и перелома- вывихах суставов кисти и пальцев.

Цель исследования: Восстановление и улучшение функции пальцев кисти при посттравматических артогенных контрактур межфаланговых суставов пальцев кисти.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились артрогенными контрактурами пальцев кисти - 39 больных с 2017-2020 г. в РКБ№1 отделение травматологии. Из них мужчин - 23, женщин – 16. В возрасте от 25 – 35лет -19, от 36 – 45 лет 13, от 46-55и более – 7 больных. В зависимости от давности и степени контрактур межфаланговых суставов пальцев кисти подразделяли на три степени.

При 1 степени произведено наложение дистракционного аппарата, разработанного нами. Приводит разработку суставов атравматично с постепенным их дозированием. Наложение дистракционного аппарата выполнена у- 17 больных при застарелых вывихах и перелома- вывихах для разработки суставов.

При 2 степени контрактуры произведено капсула пластика межфаланговых суставов разработанным нами способом у – 14 больных.

У 8 больных наблюдалась 3 степени артрогенной контрактуры. Этим больным был произведен артродез межфалангового сустава пальцев кисти.

Мы изучали ближайшие результаты лечения у всех больных. Отдаленные результаты лечения изучены у 31(80%) больных. Хорошие результаты получены 25 (82%), удовлетворительные 5 (16%), и не удовлетворительные 1 (2%) больных.

Таким образом, клинически артрогенные контрактуры кисти и пальцев имеют три степени тяжести в зависимости от давности и степени деформации. Тактика лечения определяется от степени контрактуры.

Выводы.

1. При артрогенных контрактурах 1- Степени рекомендуется наложения дистракционного аппарата разработанного нами.

2. При 2- степени контрактуры производится капсула пластика межфаланговых суставов пальцев способом разработанного нами.

3. Методом при 3 – степени контрактуры выбором лечения является артродез межфалангового сустава пальцев кист.

4. При применении разработанных нами методик лечения хорошие результаты получены в 25 (82%)больных случаях, удовлетворительные в 5 (16%) и неудовлетворительные – в 1 (2%) больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ КОНТРАКТУР

Асилова С.У., Юсупов Б.Ш.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Потеря подвижности межфаланговых суставов пальцев при травмах их последствиях вызывает тяжелые нарушения функции кисти и является причиной нетрудоспособности и инвалидности. Лечение посттравматических контрактур с восстановлением их функции остается одной из наиболее сложных и актуальных проблем в травматологии. Нарушение функции суставов часто отмечается после вывихов – 50,1 %, при внутрисуставных переломах – 56,6% (Е.В Усольцева, К.И Мошкара 1975, 1978).

Цель исследования: Восстановление функции межфаланговых суставов пальцев кисти при посттравматических контрактур.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находились контрактурами межфаланговых суставов пальцев кисти - 25 больных с 2017- 2020 г. в РКБ№1 отделение травматологии. Из них мужчин - 17, женщин – 8. В возрасте от 25 – 35лет -14, от 36 – 7 лет 13, от 46-55и более – 4 больных. В зависимости от давности и степени контрактур межфаланговых суставов пальцев кисти прроизводится определенных способ лечения.

При застарелых травмах повлекший собой контрактуры межфаланговых суставов пальцев кисти давностью более 2 месяцев било произведено оперативное вмешательство. В межфаланговых суставов пальцев кисти было произведено капсула пластика разработанный нами способом, после чего накладывается гипсовая лангета на 15 дней.

В основном при оценке эффективность лечения контрактур учитывают степень восстановление подвижности, силу, функциональные возможности пальцев.

Мы изучали ближайшие результаты лечения у всех больных. Отдаленные результаты лечения изучены у 20(80%) больных. Хорошие результаты (когда движение в суставе восстановлено в пределах 50° и более) получены 16 (80%), удовлетворительные результаты (когда движение в суставе восстановлено в пределах 30°- 50°) 3 (15%), и не удовлетворительные (когда движение в суставе восстановлено менее 20°) 1 (5%) больных.

Таким образом, благоприятные результаты лечения больных с контрактурами межфаланговых суставов пальцев кисти свидетельствует об эффективности капсула пластики разработанный нами.

Выводы.

1. Методом выбора лечения посттравматических контрактур межфаланговых суставов пальцев кисти в зависимости от давности повреждения с помощью капсула пластики.
2. При застарелых травмах повлекший собой контрактуры межфаланговых суставов пальцев кисти давностью более 2 месяцев било произведено оперативное вмешательство. В межфаланговых суставов пальцев кисти было произведено капсула пластика разработанный нами способом.
3. Оценка эффективность лечения контрактур, восстановление подвижности более 50°, силу, функциональные возможности пальцев.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЕ УКОРОЧЕНИЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У ДЕТЕЙ.

Буриев М.Н., Аюбханов Х.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить характерную клиническую картину умеренной укорочения ахиллово сухожилия у детей с нарушением походки, а также разработать методику лечения.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находили 18 больных детей с различным степенями тяжести укорочение ахиллово сухожилия, возраст детей составил от 4 х лет до 17 лет. Ллокальные клинические симптомы у всех детей определяли в установленном порядке, частый

симптом нарушения походки, нестабильность. Для геометрической характеристики анатомических изменений сухожилия и костей голено стопного сустава использовали УЗИ и рентгенометрические показатели, которые определяли по рентгенограммам в 2-х проекции.

Результаты. Основным жалобами детей были боли в области икроножных мышц и пяточных костей. Суть проблемы данного контингента детей состоит в том, что такие дети при ходьбе рано отрывают пятки от пола и как бы подпрыгивают про ходьбе, это связано с относительным укорочение ахиллова сухожилия. При попытке сгибание в голеностопном суставе причем при полным разгибанием в коленном суставе сгибание составляет до 90 градусов и более, что обусловлено с натяжения ахиллова сухожилия. Очень явным является симптом, когда просим ребенка сесть на ноги из-за укорочение сухожилия ребенок приподнимает пятки. Однако если заставить сесть на всю стопу ребенок опрокидывается назад и падает ягодицу.

Проводимые клинические и пара клинические исследования показывают, что среди детей которые имеют жалобы на ногу, особое место имеет укорочение икроножной мышцы. Эти дети в силу укорочения трехглавой мышцы голени, а также его сухожилия имеют определенную неправильную походку. Конечно при выраженном укорочение, когда имеет место конской стопы, установление диагноза не вызывает сомнений в силу классической клинической картины. Однако незначительное укорочение последнего остается в не поле зрения как педиатров, так и детских ортопедов, а со стороны родителей специфическая походка воспринимается как детская своеобразная. При осмотре среди детей имеет место действительно своеобразная походка и не определяется рентгенологические нарушения. В дальнейшем это укорочение может привести к таким осложнениям как Болезнь Шинца, вальгусное положение стопы, выраженному болевому синдрому на ногах без признаков воспаления.

Заключение: Укорочение Ахиллова сухожилия, которое имеет умеренный характер, клиническая картина проявляется скудно, но существенно влияет на ходьбу ребенка и повседневную жизнь. Учитывая выше изложены клиническую картину мы использовали новую методику ахиллотомии которая проводится чрезкожно через точечное отверстия на трех уровнях сухожилия. Верхняя и нижняя точка иссекается в медиальную сторону, а средняя часть в латеральную сторону и насильем натяжения происходить разрыв сухожилия. После операция накладывается гипсовой сапок на 2 месяцев. Результаты 99% удовлетворительные.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С АСЕПТИЧЕСКИМИ НЕКРОЗАМИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Джаббаров Р.Т., Халимов Р.Ж.

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

Актуальность: Среди всех патологий опорно-двигательного аппарата асептический некроз головки бедренной кости составляет до 3%, среди ортопедических заболеваний тазобедренных суставов - до 25%. Асептический неркоз головки бедренной кости после бескровного вправления врожденного вывиха бедра является грозным осложнением консервативного лечения и часто возникает из-за ятрогенного неадекватного вмешательства ортопеда. Заболевание протекает длительно, у 20-25% детей образуется выраженная деформация головки бедренной кости, и в последующем развивается деформирующий коксартроз.

Цель: Нашего исследования является усовершенствовать диагностику асептических некрозов головки бедренной кости у детей.

Материалы и методы исследования: Нами обследовано 146 больных с асептическим некрозом головки бедренной кости различного генеза в возрастном аспекте от 2 до 14 лет. Все больные находились на стационарном лечении в детском ортопедическом отделении НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз за последние 6 лет. Из 146 детей (173 суставов) отмечали АНГБК после консервативного и оперативного лечения врожденного вывиха бедра составляет у 85 детей (103 сустава), остеохондропатия головки бедренной кости – болезнь Пертеса у 61 детей (70 сустава).

Результаты и их обсуждение. Для оценки варианта деформации тазобедренного сустава проводилась рентгенография в прямой проекции обоих тазобедренных суставов. Для оценки недоступных в прямой проекции участков головки бедра производилась рентгенография по Лауэнштейну. На серии рентгенограмм обратили внимание на центрацию головки бедренной кости, стабильность тазобедренного сустава, угол антеторсии, шеечно-диафизарный угол, шеечно-эпифизарный угол, степень покрытия головки бедра и др.

Ультрасонографическими признаками АНГБК являлись выпот в переднем отделе полости сустава, в области шейки, утолщение хряща головки бедренной кости, утолщение синовиальной оболочки, деформация, фрагментация ядра окостенения головки бедренной кости. Разница толщины

суставного хряща между здоровой и поврежденной стороной в 80,5% превышала 3 мм. В 69 % определялся транзиторный синовит, при котором длительность симптомов болей и ограничения движения составила 7-14 дней. При болезни Пертеса выпот в полости сустава сохранялся на протяжении всего срока заболевания и был типичен как для ранних, так и для поздних стадий заболевания, включая стадию фрагментации. При проградиентном течении заболевания эхографически мы отмечали уменьшение расстояния между передним ацетабулярным краем и метафизом бедренной кости, деформацию головки бедра с потерей ее высоты, в сравнении со здоровой стороной. На ультрасонографии у детей после лечения врожденного вывиха бедра кроме вышеуказанных больше отмечалось недоразвитие деформация головки, нарушение соотношения костей тазобедренного сустава и латерапозиция головки бедра.

Выводы: Комплексная диагностика поможет индивидуально подходить к лечениям асептического некроза головки бедренной кости у детей. Все результаты инструментальных лучевых обследований дополняет друг другу.

Выбор метода хирургического вмешательства зависит от стадии и тяжести патологического процесса. Хирургическая вмешательства способствуют быстрому восстановлению конгруэнтности и функции, улучшение кровоснабжения и регенеративных процессов в тазобедренном суставе.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОДОЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИЕЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ

Джураев А.М., Холматов Б.У., Каримов Х.М., Хошимов А.Р.

ГУ Республиканский специализированный научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент,
Ташкентский институт усовершенствования врачей

Введение. Продольная эктромелия костей голени – аномалия развития берцовых костей, включающая разнообразные по выраженности анатомические нарушения тканевых структур. Эти нарушения, в процессе развития организма, приводят к прогрессированию порока, являются причиной детской инвалидности вследствие нарушения основной опорной функции нижней конечности и представляют сложную проблему восстановительной ортопедии, также в плане хирургического вмешательства.

Цель исследования – изучить клинические проявления деформаций и проанализировать результаты реконструктивного оперативного лечения у детей с врожденной аномалией костей голени.

Материал и методы. Нами было изучено 26 детей с продольной эктромелией костей голени, которым проводилось оперативное лечение в отделении детской ортопедии в период 2015-2019 г. Дети были в возрастном аспекте от 1,5 до 12 лет.

Всем детям былы проведены клинические и инструментальные методы исследования. Оперативное лечение осуществлялось аппаратно-хирургическим методом.

Все дети с продольной эктромелией костей голени были разделены на 5 групп по выявленным рентгенологическим и клиническим проявлениям. У детей были выявлены гипоплазия и аплазия одного или обеих костей голени. Также из деформаций наблюдались укорочение костей, контрактуры, осевые деформации во фронтальных и сагиттальных плоскостях.

Компрессионно-дистракционный метод позволял нам одновременно исправить несколько компонентов деформаций коленного сустава, голени, и голеностопного сустава. А также возможность применения сочетания с другими хирургическими вмешательствами, такими как остеотомия, остеоперефорация, пластика связок и сухожилий, что дает перспективу для эффективного аппаратно-хирургического вмешательства. Из 26 детей у 9 лечение было проведено в два и три этапа.

Для устранения укорочения и искривления голени у детей младшего возраста выполняли коррекцию методом дистракционного эпифизеолиза и после постепенно выполняли дистракцию для устранения контрактуру в области коленного сустава, с одновременной коррекцией деформации голеностопного сустава и стопы. При тяжёлых деформациях с наложением аппарата сочетали остеотомию и у некоторых остеоперефарацию. У 3-х больных отмечалась нестабильность в области коленного сустава и им производили лавсанопластику связок между бедренной и берцовой костями и при необходимости создавали искусственое бедренно-малоберцовое сочленение.

Оценка результатов лечения детей с врожденной аномалей развития костей голени осуществлялась по функционо-анатомическим характеристикам. Основными критериями явились: опороспособность, состояние оси нижней конечности, объем движений в коленном суставе, степень укорочения голени и возможность самостоятельного передвижения и самообслуживания. Оценку результатов лечения проводили как хороший, удовлетворительный и неудовлетворительный.

Из 20 детей с деформациями коленного сустава при врожденной аномалии костей голени, у 13 детей результаты были хорошими, у 5 - удовлетворительными, а у 2 - неудовлетворительными.

Выводы. 1. Аппаратно-хирургический метод лечения является наиболее эффективным при лечении деформаций коленного сустава с аномалиями развития костей голени.

2. Раннее хирургическое лечение позволяет благоприятно влиять на воздействие статических нагрузок и избежать развитие вторичных деформаций.

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЯ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш. Исматуллаева М.Н.

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

Актуальность. Актуальность проблемы обусловлена частотой встречаемости и сложностью лечения врожденного высокого стояния лопатки. Высокое стояние лопатки – это комплекс аномалий развития, основными проявлениями которого являются: нарушение пространственного положения, нарушения роста и деформация лопатки, смещение в краниальном направлении дистального конца ключицы, гипоплазия мышц надплечья и туловища, вплоть до полной их аплазии, нарушение функционального состояния нервно-мышечного аппарата, патология со стороны магистральных сосудов и нарушение периферического кровотока.

Цель исследования: изучение современных методов диагностики больных с врожденным высоким стоянием лопатки с учетом формы и особенностей течения заболевания.

Материал и методы: В отделении детской ортопедии РСНПМЦТО с 2005 по 2019 г. находились на стационарном лечении 85 детей с врожденным высоким стоянием лопатки в возрасте от 3 до 14 лет.

Все больные принимали консервативное лечение по месту жительства. Консервативное лечение включало в себя: парафин, массаж, электрофорез, ЛФК и гимнастика, но видимых результатов не было, что послужило поводом к обращению в наше отделение детской ортопедии.

Для получения объективной информации о состоянии заболевания, комплексной оценки изменений, а также качества хирургического лечения применяли следующие методы исследования: параклинические, клинические и инструментальные, такие как, цифровая рентгенография, ЭМГ, МСКТ. Эти методы исследования позволили нам точно и своевременно поставить диагноз, и оказать специализированную помощь больному в зависимости от возраста и тяжести поражения.

Результаты и обсуждение. Клиническое исследование позволяло определить характерные для данного заболевания жалобы, возможные факторы этиопатогенеза, типичные деформации надплечья и нарушения функции плевого сустава. Больные предъявляли жалобы на косметический дефект надплечья. При осмотре больных выявились следующие деформации: ограничение функции верхней конечности, искривление позвоночника, порочное положение головы, укорочение шеи.

Рентгенологическое исследование проводилось при первичном обращении больного, при поступлении его в стационар, непосредственно после завершения хирургического лечения и после него, через 3-6 месяцев. Функциональное состояние нервно-мышечного аппарата, плечевого пояса и верхней конечности, а также кровотока верхней конечности исследовали с помощью электромиографии. С помощью компьютерной томографии получили объективные данные о вариантах деформации лопатки, её анатомо-топографическом расположении, а также о наличии и степени тяжести сопутствующей патологии ключицы, позвоночника и грудной клетки.

Заключение. Таким образом, проводимые современные диагностические методы исследования позволяют оценить объективное состояние больного, а также степень тяжести высокого стояния лопатки, изменение в мышцах и связках. Это, в свою очередь, определяет тактику хирургического лечения с учетом формы и особенности течения врожденного высокого стояние лопатки.

ПАРАЛИТИЧЕСКИЕ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВЕРТЕБРО-МЕДУЛЛЯРНЫХ АНОМАЛИЯХ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Рахматуллаев Х.Р., Эргашев Б.Н.

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

Цель исследования: изучить характер паралитических деформаций нижних конечностей у детей при спинномозговых грыжах.

Обследованы 219 детей (116 мальчиков, 103 девочки) в возрасте от 1 дня до 18 лет с различными формами спинномозговой грыжи (СМГ). Определены клинические, неврологические проявления заболевания. Проведены клинические и инструментальные исследования: УЗИ, МСКТ, МРТ головного, спинного мозга, позвоночного столба; ЭНМГ мышц нижних конечностей. Исследование проводили в отделениях плановой хирургии 2-детской хирургической клинической больницы города Ташкента и детской ортопедии РСНПМЦТО МЗ РУз в 2000 – 2019 годы. Выраженность двигательных нарушений нижних конечностей у детей с поражением периферического звена рефлекторной дуги оценивали по пятибалльной шкале MRS (Modified Rankin Scale). Характер и вид деформаций тела и конечностей оценены в соответствии с общепринятыми критериями.

Спинномозговая грыжа или проявления скрытого спинального дизрафизма являются маркёром потенциальных пороков развития центральной нервной и других систем организма. Детей необходимо обследовать для выявления сочетанных аномалий ЦНС и других органов и систем. Кожные маркеры (липомы, дермальный синус, гемангиомы, гипертрихозы и асимметричные складки ягодицы) позволяют распознавать спинной дизрафизм у 20 (6,3%) больных. Одна или несколько кожных стигм у 10 (50%) больных были расположены в зоне грыжевого выпячивания, у 10 (50%) - в различных участках по ходу позвоночника. Заболевания у 140 (63,9%) больных было изолированным пороком развития, у 79 (36,1%) в основном при менингорадикулоцеле – 53 (67,1%) и МК – 26 (32,9%). С расширеним применения специальных методов обследования увеличилась выявляемость сочетанных аномалий спинного мозга, позвоночника и других органов и систем. У 38 (48,1%) больных констатирована признаки синдрома фиксации спинного мозга у 41(51,9%) - конкретные формы миелодисплазии: гидромиелии - 9(11,4%), диастематомилия – 8 (10,1%), сирингомиелия - 17 (21,5%), одновременное сочетание нескольких форм - у 7(8,8%). У части этих больных скрытие формы миелодисплазии установлены в отдаленном периоде после операции на этапе реабилитационной терапии. Это обусловлено недостаточным объемом дооперационных обследований или как осложнения перенесенной операции. Из 219 больных сочетанные аномалии других органов и систем выявлены у 89 (40,6%). С преобладанием аномалий опорно-двигательной системы - 73(82%) в виде различных вертебральных нарушений, выявляемых лучевыми методами диагностики. Клинико-неврологические проявления различных форм кистозного спинального дизрафизма у 219 больных зависили от локализации, размеров, анатомического варианта порока и были представлены со следующей

частотой: кожные стигмы - 4,5%, аномалии внутренних органов – 14,6%, вегетативные нарушения – 19,2%, поражения черепно-мозговых нервов – 22,4%, нарушения функции тазовых органов - 76,7%, нарушения чувствительности – 53,9%, двигательные нарушения - 88,1%, , трофико-ортопедические нарушения – 39,7%.

Из 193 больных у 87 (45 %) двигательные нарушения сопровождались другими расстройствами: трофическими нарушениями – у 30(34,5 %); трофическими нарушениями и деформациями суставов – у 35 (40,2 %); деформациями суставов и трофическими язвами – у 22 (25,3 %). Это объясняется тем, что при тяжелых и сочетанных вариантах остеоневральной аномалии увеличивается мальформация спинного мозга с нарастанием частоты и выраженности нарушений. Сочетание опорно-двигательных нарушений с деформацией в суставах нижней конечности свидетельствует об общности патогенетических механизмов, усугубляемых ассоциированными вертебро - медуллярными аномалиями.

В заключении следует отметить, что частое сочетание опорно-двигательных, трофических нарушений с деформацией в суставах нижних конечностей свидетельствует об общности патогенетических механизмов, усугубляемых ассоциированными вертебро - медуллярными аномалиями. Комплексное обследование больных направленно на установление характера спинальной и сочетанной патологии, выявление скрытого спинального дизрафизма и связанных с ним функциональных, нейроортопедических нарушений. Ранние профилактические и лечебные мероприятия следует проводить с участием специалистов, соответствующих характеру сочетанной патологии.

Локализация, характер нейроортопедических проявлений, выраженность нарушений в динамике зависят от уровня, протяженности нейросегментарного поражения и степени миелодисплазии. Отягощающее статико - динамические факторы без ортопедической профилактики усугубляют деформации опорно-двигательной системы.

Паралитические деформирующие артрозы при миелодисплазиях преимущественно наблюдаются в дистальных отделах нижних конечностей, чаще поражается голеностопный сустав.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Джураев А.М., Усманов Ш.У., Тилавов Р.Х., Зуфаров Г.Р.

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

Актуальность. Выявленные в результате позднего обращения деформации нижних конечностей у детей предопределяют необходимость применения хирургического метода лечения. Имеется множество методов лечения искривлений нижних конечностей у детей, широко применяющиеся в практике детской ортопедии, с определенными негативными и позитивными последствиями, однако более перспективным на сегодняшний день является щадящий метод полиперфоративной остеотомии. Данный метод заключается в проведении нескольких перфоративных отверстий на выбранном уровне кости, где обычно предполагается проведение коррегирующей остеотомии. После проведения нескольких перфоративных отверстий проводится остеоклазия, после чего накладывается компресионно-дистракционный аппарат Илизарова (КДА) на 20-30 дней , тем самым, выравнивается ось нижних конечности. Преимущество метода – сохранение целостности всех надлежащих мягких тканей вплоть до надкостницы, почему и не развиваются массивные послеоперационные отеки.

Цель исследования: совершенствовать щадящий метод полиперфоративной остеотомии при рахитических деформациях нижних конечностей у детей.

Материал и методы. Хирургическому лечению подвергнуты 112 больных детей в возрасте от 3 до 6 лет, находившиеся по поводу лечения остеопении и пострахитических деформаций нижних конечностей.

Результаты: исследование показало, что искривления нижних конечностей, в основном,начинались с 1,2-1,5 летнего возраста, когда ребенок начинал ходить и возрастающая осевая нагрузка на нижние конечности способствовала О-образной деформации последних. При варусных деформациях тяжелых степеней проявляется своеобразная походка, похожая на двухстороннюю хромоту, которая связана с тем, что при походке стопы опрокидываются друг на друга. Поэтому больной старается наступать латеральным краем стоп. У 7 детей на фоне варусной деформации в 3-4-летнем возрасте отмечали расширение метафизарных отделов рахита, а при рентгенологическом исследовании выявили чаще «О» образное расширение метафизарных отделов.

Метод полиперфоративной остеотомии является щадящим, не требующим внешних фиксаторов использования КДА Илиазарова. Самое

главное, что длительность операции составляет от 10 до 20 минут. Во время операции не рассекается кожа, подкожно жировая клетчатка, мышцы и фасции, а также надкостница. Поэтому в послеоперационном периоде продолжительность болевого синдрома не длительная, очень скудные послеоперационные отеки.

Заключение. Таким образом**,** при анализе полученных результатов оказалось, что новый метод остеотомии, имея вышеописанные преимущества перед другими, дал возможность получить хорошие результаты. Эти результаты основывались на клинических, антропометрических и рентгенологических, рентгенденситометрических исследованиях, а также биохимических анализах костных маркеров и показателях нейтронно-активационных анализов. Необходимо отметить, что, во-первых, дети, оперированные данным методом, находятся в условиях стационара не более 4 суток. Во-вторых, отмечаются умеренные послеоперационные отеки.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ПОДРОСТКОВ

Жабборбергенов А.Д., Холов З.С., Кадыров С.С. Ибoтов Б.И.

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

Этиология ВВБ является многофакторной. Существует ряд предрасполагающих факторов, которые приводят к развитию диспластических изменений тазобедренного сустава, включая слабость связок, тазовое предложение плода и т.д.

Наследственная слабость связок и другие нейропедиатрические патологии с аномальным мышечным напряжением, такие как ДЦП, артрогрипоз также являются распространенными факторами ВВБ.

Проблема усугубляется тем, что не всегда данная патология своевременно диагностируется, и нередко пациенты поздно обращаются к специалистам. Лечение врожденного вывиха бедра у подростков и является одной из самых сложных проблем современной ортопедии. Внутрисуставные хирургические вмешательства у взрослых не всегда эффективны из-за риска развития раннего коксартроза. Особенности анатомических структур тазобедренного сустава у подростков ограничивает показания к внутрисуставным вмешательствам.

Цель: Изучить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов подросткового возраста с ВВБ.

Материалы и методы. В период с 2017-2020 в отделении врожденных деформаций скелета РСНПМЦТО было прооперировано 67 больных школьного возраста (от 7-12 лет) с ВВБ. 45 из них были девочки и 22 мальчики. Средний возраст пациентов составлял 8,7 лет. Всем больным применена остеотомия по Лансу с низведением крыши вертлужной впадины и укорачивающей остеотомией бедра. Средний срок послеоперационной иммобилизации составлял 40 дней, после истечение которого начались разработка сустава и физиотерапевтические процедуры. Через 2 месяца после операции пациенты начали ходить с костылями. Нагрузка на оперированную конечность разрешалось спустя 6 месяцев после операции. Металлоконструкции в среднем были удалены через 10-12 месяцев. Все пациенты в дальнейшем получали консервативное реабилитационное лечение каждые 6 месяцев.

Результаты: У 34 пациентов (54%) отдаленные результаты лечения охарактеризовались нами как удовлетворительные. У 20 пациентов сохранялось остаточное укорочение оперированной нижней конечности в диапазоне 1-3 см., которое компенсировалось назначением специальной обуви. У 11 пациентов из-за недостаточной разработки развивались контрактуры тазобедренного сустава и диспластический коксатроз.

Заключение: Оперативное лечение врожденного вывиха бедра у подростков является сложной проблемой учитывая анатомические особенности тазобедренного сустава у пациентов данной возрастной группы. Послеоперационная реабилитация и разработка сустава имеет важное значение в лечение ВВБ у подростков.

БОЛАЛАРДА ЯССИОЁҚЛИКНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ МАСАЛАЛАРИ

Зокирходжаев М.А.

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади: болаларда яссиоёқликни ташхислаш ва реабилитацион даволаш усулларини такомиллаштириш.

Материал ва услублар: 1ёшдан 14 ёшгача бўлган 1427 болада текширувлар ўтказилди, шундан 12,8% ҳолат (182 бола)да турли даражадаги яссиоёқлик белгилари аниқланди. Патология қизларга нисбатан - 79 (43,4%)

кўпроқ ўғил болаларда – 103 (56,6%) ҳолатда кузатилди. Аниқланган яссиоёқлик частотаси 4-7 ёшли болаларда кўпроқ устунлик қилди.

Яссиоёқлик даражасини аниқлаш мақсадида компьютер плантографияси, миография (Нейрософт-фирмасининг 2-каналли электромиграфда текшириш ўтказилди), подометрия (оёқ кафти гумбази баландлиги, узунлиги, кенглиги, пронация, абдукция, аддукция даражаларини ўлчаш ва Френдленд индексини ҳисоблаб чиқариш), рентгенография усулларидан фойдаланилди. Биокимёвий текширувлар даволангунча ва ўтказилган даводан кейинги сийдикдаги оксипролин миқдорини (колориметрик) ўрганишдан иборат бўлди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси: Болаларда яссиоёқлик умумқабул қилинган тасниф бўйича аниқланди ва компьютер плантография, подометрия, рентгенография натижаларига кўра яссиоёқлик даражалари белгиланди.

Ташхис қўйиш учун умумқабул қилинган усуллардан ташқари (кўрик, подометрия, плантография, электромиография) текширувларда компьютер плантография усулидан ҳам фойдаланилди. Ушбу усул ёрдамида, бемор ўтирган ва турган ҳолатида, оёқ панжасининг узунлиги, катта ва кичик кенглиги аниқланди. Олинган натижалар компьютерга киритилган махсус дастур ёрдамида шарҳланди ва мос равишда ўнг ва чап оёқ панжаси учун яссиоёқлик даражаси ҳисоблаб чиқилди. Компьютер плантография ўтказишда оёқ панжасининг олдинги ва орқа кўндаланг бўлими кенглиги, 3-4 бармоқлар оралиғидан ўтадиган тўғри товон чизиғининг ўлчамлари, бармоқлар изи бўйлаб оёқ панжаси гумбазигача ўтадиган тўғри чизиқ ўлчамлари ҳисобга олинди.

Олинган компьютер ва клиник натижалар асосида ясси оёқликнинг прогностик- диагностик мезонлари бўйича 48 (26%) болада яссиоёқликнинг енгил даражасини, 91(50%) болада- ўртача даражасини, 43(24%) бемор, асосан ўғил болалаларда яссиоёқликнинг оғир даражасини аниқлаб берди.

Қайд этиш лозимки, яссиоёқликнинг енгил даражаси 3 ёшгача беморларда кўп сезилмайди ва ота-оналар кўпинча аҳамият бермайдилар, бу эса кейинчалик оҳир даражадаги яссиоёқликнинг яққол ифодалнган симптомлари билан кеч мурожаат этишга олиб келади.Бола ҳаракатланишининг сезиларли пасайиши ёки чегараланиши ота-онани сергак бўлишга ва кўпинча мутахассисга мурожаат этишга ундаши зарур.

4-7 ёшда яссиоёқлик белгилари боланинг қадам ташлашидаги сезиларли ўзгаришларда, юришнинг чегараланишида,тез толиқиш, оёқ панжасининг турли соҳаларидаги доимий оғриқлардан шикоят қилишда ифодаланади. Бунда оёқ панжаси таг қисми шаклининг ўзгариши ва қизариши кузатилади.

8-14 ёшда яссиоёқлик белигилари нафақат ҳаракатланишнинг чекланишида, балки оёқ панжаси шаклининг ўзгариши, оёқ гумбазининг ялпайиб текисланиши,

оёқ панжасининг таг ва юза қисмидаги доимий оғриқлар, таг қисмининг доимий қизаришида ифодаланади. Қадам ташлаш “босма”тарзда, яъни товондан оёқ учига ўтказмасдан бўлиши билан характерланади.

Ўтказилган тадқиқотларда оёқ панжаси бойлам аппаратининг бириктирув-тўқима асосининг мустаҳкамлигини аниқлаш учун сийдикдаги гиалурон кислота (ГК)компоненти- оксипролин миқдори ўрганилди. Маълумки, ГК ҳужайраларарo муносабатларда асосий роллардан бирини ўйнайди. Нордон глюкозамингликан-юқори молекуляр чизиқли полимерлар гуруҳига кирувчи ГК одам тўқималарида кўп миқдорда бўлади ва бириктирувчи тўқима асосий моддасининг муҳим компоненти ҳисобланади. Бириктирувчи тўқима асосий моддасининг “цементловчи” компоненти сифатида ГК бириктирувчи тўқиманинг ўтказувчанлигига таъсир қилади, ҳужайрадан ташқари матрикснинг барьер ва ҳимоя функциялари белгилаб беради. Бириктирувчи тўқима оқсиллари ҳар хил бўлиб глобуляр ва фибрилляр оқсилларга,тузилишига кўра оддий ва мураккаб оқсилларга бўлинади. Фибрилляр оқсиллар коллаген, эластин, ретикулиндан иборат бўлади. Коллаген миқдори устунлик қилади ва тоғай, пай, бойламлар ҳамда бошқа структуравий элементлар таркибига кирувчи бириктирувчи тўқимадаги умумий оқсилнинг 25-33% ни ташкил этади. Яссиоёқликда ГКнинг уч ўлчамли структурасининг ёпиқлиги бузилади ва хондриотинсульфат протеингликаннинг йирик молекуласи бирикиши учун зарурий каркас ҳосил бўлмайди. ГК алмашинуви бузилиши қалқонсимон ва жинсий безлардаги функционал бузилишлар, кортизон, аденокортикотроп гормонлар билан боғлиқлиги ҳақида фараз ҳам мавжуд. ГК катаболизми гидролазаларни катализловчи гиалуронидаза ферментлари ҳамда ушбу кислоталар деполимеризацияси ёрдами амалга оширалади. Айнан оксипролин-алмашинадиган аминокислота ва бириктирувчи тўқима функционал ҳолатининг кўрсаткичи ҳисобланади.

Бириктирувчи тўқима функциялари бузилишларини таҳлил қилиш натижасида олинган маълумотлар яссиоёқлик билан хасталанган болаларда моддалар алмашинуви бузилиши натижасида оксипролин ажралишининг ортганлигидан далолат беради. Натижаларнинг асослилиги ёш ва оксипролинурия ўртасида бевосита боғлиқлик мавжудлигини таъкидлайди. Эрта ёшда (1-3 ёш) алмашинув жараёнларининг компенсацияланган бузилишларида тўғри даво тактикаси коррекцияловчи боғлам, массаж, шифобахш игнабаргли-тузли ванналар, қоматни тўғрилаш, витаминли комплекслар, даволовчи жисмоний машқлар билан уйғунлаштирилганда бириктирувчи тўқима инволюцияси ижобий бўлади. Катта ёшда (4-14 ёш) анча давомли даво чора-тадбирларини ўтказиш, доимо супинатор патакларда юриш талаб этилади. Мультивитамин препаратларининг курс (йилига 4 марта) билан қабул қилиниши, коррекцияловчи

массаж,алмашинув жараёнларини стимулловчи даволовчи жисмоний машқлар оёқ кафтининг таг ва юза қисми бойлам аппаратининг тикланишига ижобий таъсир кўрсатади.

Таклиф этилган услуб бўйича ўтказилган комплекс даво оёқ кафтининг анатомик яхлитлигини сезиларли коррекциялаш, унинг физиологияси ва ҳаракатчанлигини яхшилаш имконини беради. Бундан ташқари, оксипролинурияни ўрганиш жинсий ва ёшга боғлиқ ҳолда унинг сийдик билан ажралишининг камайишини аниқлаб берди.

Шундай қилиб, ўтказилган текширувлар асосида болаларда яссиоёқлик даражаларини аниқлашнинг замонавий, диагностик, ноинвазив, компьютер технологиялари ва усулларини кўрсатиш мумкин, бунинг тасдиғи ўлароқ сийдикда оксипролин концентрациясини аниқлаш ҳисобланади. Болаларда яссиоёқликнинг турли даражаларини даволашда тавсия этилаётган консерватив даво чора-тадбирлари- физиотерпевтик,ЛФК, бальнеологик усуллар, пойафзални патаклар билан кийиш, мультивитамин препаратларни қабул қилиш патологиянинг физиологик коррекциясини яхшилайди, беморларнинг психологик реабилитациясига ёрдам беради.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

Ибрагимов А.Ю., Асилова С.У., Абдураззакова Р.А., Фозилов А.В.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,
Ташкентская медицинская академия

Актуальность темы: На сегодняшний день у многих больных с хронической болезнью почек находящихся на амбулаторном программном гемодиализе, проявляется остеопороз в разных стадиях и в разных этапах лечения гемодиализом. Наблюдается нарушение фосфорно-кальциевого обмена, минерализации и переломов у больных получающих программный гемодиализ, у больных развивается серьезные осложнение ухудшающих качество их жизни. Нарушение обмена кальция и минеральных веществ, а так желудочного-кишечного тракта связанные с ними патологические проявления у диализных больных являются предметом для серьезного изучения. Нет более серьезной проблемы в гемодиализной патологии. Что основным элементом в развитии остеопороза является нарушение

превращения почками неактивной формы витамина Д(1,25-ОН-холекальциферол) в активную форму витамина Д(1,25-(ОН)2-холекальциферол). Дефицит витамина Д приводить к снижению всасывания кальция в кишечнике, а это вызывает гипокальциемию и стимуляцию выработки паратиреоидного гормона(ПТГ). ПТГ действует на остеокласты, которые высвобождают кальций из костной ткани, повышают уровень щелочной фосфатазы. Основным элементом в развитии остеопороза является нарушение превращения почками неактивной формы витамина Д(25-ОН-холикальциферол) в активную форму витамина Д(1,25-(ОН)2-холикальциферол). В настоящие время остается актуальной проблемой вопросы коррекции оптимального комплексного лечения у больных получающих программный гемодиализ.

Целью исследований: Явилось улучшение результатов лечения у гемодиализных больных в первичном звене, путем разработки комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 120 больных с 2015 по 2020г. Из них мужчин – 75 , женщин – 45. В возрасте от 20 до 31 лет – 30 больных; в возрасте от 31 до 40лет – 42 больных; в возрасте от 41 до 50лет – 28 больных; в возрасте 51 и более лет – 20 больных. При лечение гемодиализных больных мы разделили на 2 группы : основной и контрольный. В основной группе 40 – больных получили лечение разработанный нами методике. В контрольной группе – 80 больных получили лечение традиционным методом. Больные гемодиализом на основании абсорбционной денситометрии, УЗД, МРТ и лабораторных исследовании установили диагноз остеопороз. .Остеопороз в зависимости от степени выраженности делиться на : остеопении , остеопороз и сильный остеопороз. Больным в зависимости от степени остеопороза было подобрано оптимизирована комплексное лечение с различными препаратами в первичном звене.

Эффективность терапии контролировалась с помощью денситометрии, УЗД, рентгенографии костей. Через 12 недель всем больным проводили полное лабораторное обследование: клинический и биохимический анализы крови, критерием эффективности проводимой терапии служила оценка показателей кальция в крови, уровня остеокальцина (ОК), щелочной фосфатазы(ЩФ) и уменьшение субъективных жалоб.

Плотность костной ткани в поясничных позвонках и проксимальных отделах бедра исследовали с помощью рентгеновской абсорбционной денситометрии. У больных риск развития остеопороза уменьшилась на 70%.

Качество жизни улучшилась, больные чувствовали себя намного бодрее и риск переломов уменьшилась за счет увеличения плотности костей.

Отдалённые результаты лечения изучены у 96(85%) больных, хорошие результаты получено у 84 (70%) больных, удовлетворительный у 29(24%) больных и неудовлетворительный у 7(6%)больных.

Таким образом, исходя из степени остеопороза больные с гемодиализ получали индивидуальное комплексное лечение с препаратами кальция. Получили разный эффект от лечения в разных группах у исследуемых группах. Риск развития переломов костей заметно уменьшилась в основной группе больных. Исходя от степени остеопороза больным получающий амбулаторный гемодиализ, врачи в первичном звене должны уметь подобрать комплексное лечение.

Выводы: 1. Лечения остеопороза у гемодиализных больных в первичном звене должны проводить комплексное лечение , учитывая степени остеопороза.

2. У гемодиализных больных с остеопорозом после комплексного лечение получили хорошие результаты у 84 (70%) больных, удовлетворительный у 29(24%) больных и неудовлетворительный у 7(6%)больных.

МЕТОД ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЕМ РАХИТА И РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

Ташкентский институт усовершенствование врачей

Введение. У больных с рахитом и рахитоподобными заболеваниями отмечаются множественные варианты деформаций, формирование которых связано с началом ходьбы. Степень их выраженности прогрессирует с возрастом. Лечение детей с последствиями рахита и рахитоподобными заболеваниями (ПРИРЗ) в основном проходит в несколько этапов, с использованием разных консервативных и оперативных методик, которые часто затягиваются на долгие годы и, в итоге, нередко не приносят желаемого результата. Консервативное лечение у детей с ПРИРЗ даже в раннем возрасте на сегодняшний день не дает существенных результатов.

Применение аппарата Илизарова в клинической практике на сегодняшний день остаётся одним из самых малотравматичный и наилучшим методом для коррекции деформации нижних конечностей у детей. на современном этапе развития детской ортопедии также одним из перспективных, малоинвазивных методов коррекции является метод «контролируемого роста» с применением временного гемиэпифизеодеза.

Цель исследования: изучение клинических проявлений деформации нижних конечностей при ПРИРЗ и анализ результатов применения разных методов лечения.

Материал и методы. Для достижения поставленной цели нами разносторонне изучены клинические проявления и результаты инструментальных методов исследования (рентгенография, МРТ, денситометрия), проанализированы результаты оперативного лечения 58 детей разного возраста с деформациями коленного сустава с ПРИРЗ в РесЦНПМЦТиО Уз за период 2016-2019 гг. Дети были в возрасте от 4 до 18 лет (в среднем 12,1±2,2 лет).

В результате этих исследовании дети были разделены по видам деформации и деформированных сегментов: вальгусная деформация коленных суставах у 45 и варусная деформация коленных суставах у 13 больных.

Оперативное лечение производили одноэтапно. У всех детей выполняли оперативное лечения методом временного блокирования зон роста костей (гемиэпифизеодез) с использованием пластины с двумя винтами. При вальгусных деформациях с углом искривления от 13° до 20° выполняли медиальный временный гемиэпифизеодез, а при варусных деформациях с углом искривления от 8° до 12° - латеральный временный гемиэпифизеодез.

Результаты. Из 58 оперированных детей с ПРИРЗ у 43 результаты было хорошими, у 11 - удовлетворительными, у 4 - не удовлетворительными.

Вывод. Использование малоинвазивной хирургической методики, направленной на временное блокирование ростковой зоны, является эффективным методом коррекции при средних и легких степенях деформаций коленного сустава при ПРИРЗ. Недостатками этого метода в нашей практике оказались: малоэффективность при раннем возрасте ребенка и сниженном уровне минеральной плотности костной ткани, а также высокая степень деформации.

В заключении следует отметить, что наиболее благоприятным возрастом для оперативной коррекции оси нижней конечности у детей с последствиями рахита и рахитоподобными заболеваниями является возраст от 6 до 14 лет. Также не обходимо отметить при коррекции деформаций коленного сустава

надо создавать умеренную гиперкоррекцию, а оставлять незначительный угол исходной деформации не рекомендуется.

КОРСЕТОТЕРАПИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Эдилов У.А., Ни Г.В.

ГУ 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.

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.

Заключение: 1. Консервативная коррекция КДГК в большинстве случаев КДГК 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.

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ХАГЛУНДА

Равшанов Ш.Н., Садыков А.Р., Иботов Б.И.

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

Деформация Хаглунда была впервые описана Патриком Хаглундом в 1927 году. Она также называлась ретрокальканеальным экзостозом. Это очень распространенное, но все еще плохо изученное клиническое состояние. Деформация Хаглунда является патологией кости и мягких тканей стопы. Данное состояние вызывается появлением костных экзофитов в области прикрепления Ахиллово сухожилия. Клинической особенностью этого состояния является Ахиллодиния - боль в задней части пятки, которая усиливается при ходьбе. Клинической оценки и боковых рентгенограмм голеностопного сустава в основном достаточно, чтобы поставить диагноз деформации Хаглунда. Деформацию Хаглунда часто лечат консервативно,

изменяя высоту каблука при ношении обуви, ортезом, физиотерапией и противовоспалительными препаратами. Хирургическое резекция костных экзостозов пяточной кости требуется только в случаях, когда консервативное лечение неэффективно.

Цель: Изучить и оценить результаты хирургического лечения пациентов с деформацией Хаглунда, путем краевой резекции пяточной кости.

Материал и методы. В период с 2019 по 2020 г. в отделении Хирургии кисти и стопы было прооперировано 17 пациентов (20 стоп). Из них 11 женщин и 6 мужчин. Средний возраст пациентов составлял 33 лет. Большинство пациентов до обращения к нам получили консервативное лечение в других клиниках, которое по их словам не дало эффекта. Всем пациентам до операции была выполнена рентгенография под нагрузкой в боковой проекции, компьютерная подометрия, МСКТ голеностопного сустава. Открытая краевая резекция пяточной кости выполнена на 18 стопах, в 2 случая была применена чрескожная краевая резекция. Всем пациентам после операции назначена иммобилизация на срок 2 недель. Оценка результатов операции проведена по следующим критериям: рецидив деформации, боль при пальпации, боль при ношении обуви, удовлетворенность пациента результатом.

Результаты. В 17 случаях был получен хороший результат, в 3 случаях удовлетворительный результат. На вышеуказанный срок рецидивов не выявлено. Все пациенты вернулись к активному образу жизни уже через месяц после операции.

Заключение. Оперативное лечение при деформации Хаглунда показана в случаях, когда консервативное лечение не дает ожидаемого эффекта. Основным показанием к оперативному лечению является боль по задней части пятки. Размер экзофитов не всегда пропорционален выраженностью болевого синдрома и не является показанием для операции.

КЛИНОВИДНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФРЕЙБЕРГА

Равшанов Ш.Н., Толочко К.П.

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

Цель работы: изучение результатов лечения пациентов с болезнью Фрейберга.

Материал и методы. В течении 2019-2020 года в отделении Хирургии Кисти и Стопы Республиканского Специализированного Научно-Практического Центра Травматологии и Ортопедии наблюдалось и прошло лечение 5 пациентов с болезнью Фрейберга. Средний возраст пациентов 19,8 лет. Вторая плюсневая кость была поражена в 4-х случаях (80%), в одном случае (20%) наблюдалось множественное поражение плюсневых костей обеих стоп. По классификации (Smillie IS, 1967), в 4-х случаях (80%) была диагностирована четвертая стадия с образованием внутрисуставных тел, в одном случае (20%) – пятая стадия, с развитием деформирующего артроза плюснефалангового сустава. Всем пациентам была проведена корригирующая внутрисуставная дорсальная клиновидная остеотомия плюсневых костей. Пациенты наблюдались после проведенного хирургического лечения, с использованием оценки состояния при помощи опросника AOFAS, определении объема движений в плюснефаланговом суставе, оценки болевого синдрома при помощи ВАШ.

Результаты. Средний срок наблюдения составил 5 месяцев. На последнем этапе наблюдения 4 пациентов были удовлетворены полностью, 1 пациент - удовлетворительно. Средний балл AOFAS составил 81.5 при последнем наблюдении. Отмечена средняя потеря 15° подошвенного сгибания и 10° дорсифлексии. Консолидация после проведенного хирургического лечения и сферичность плюсневой головки были достигнуты во всех случаях.

Заключение. Процедура корригирующей внутрисуставной дорсальной клиновидной остеотомии приводит к восстановлению сферичности головки плюсневой кости, хорошим клиническим результатам и низкой вероятности рецидива.

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ БРАХИМЕТАТАРЗИ

Равшанов Ш.Н.

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

Введение. Среди деформаций стоп одной из наименее изученных является брахиметатарзия (укорочение плюсневых костей). Несмотря на то, что это патология стопы диагностируется без особых трудностей, не изучена общая клиноко-рентгенологоческая характеристика стоп, не определены вторичные деформации пальцев стоп, имеются различные взгляды в отношении методов и сроков лечения брахиметатарзий. До настоящего времени предложенные классификации не охватывают вышеперечисленное. Литературные данные подтвердили, что вопросы клинико-ренгенологической характеристики и лечения врожденных брахиметатарзий до настоящего времени остаются недостаточно изученными, нуждаются в тщательном анализе. Классификация брахиметатарзий представляет сложности в связи с вариабельным проявлением и изменениями переднего отдела стопы. В связи с этим мы попробовали систематизировать врожденных укорочений плюсневых костей.

Цель. Изучить клинико-рентгенологичнеские особенности врожденных брахиметатарзий и создать классификацию.

Материалы и методы Настоящая работа основана на клинико-рентгенологическом анализе и лечения 56 больных (92 стоп, 48/44) в возрасте от 11 до 18 лет за период с 2006 по 2019 год, изучения данных литературы. Все больные были женского пола. У многих больных болезнь диагностировали в 7-10 летнем возрасте. Рентгеновское исследование стопы проводилось в 2-х проекциях.

Результаты и обсуждение. У 20 больных наблюдалась одностороннее поражение: 12 больных правостороннее и у 8 левостороннее. Из этих больных укорочение IV плюсневой кости составило 18 больных, укорочение I или V плюсневой кости по одному больному. Двухстороннее поражение отмечалась у 36 больных. Из них у 22 больных диагностирована двухсторонняя брахиметатарзия IV плюсневых костей, у 5 больных брахиметатарзия III и IV плюсневых костей, у 2-х правостороннее IV и левостороннее III и IV плюсневых костей, у 3-х левостороннее IV и правостороннее III и IV плюсневых костей, у одной пациентки выявлено левостороннее укорочение IV и правостороннее укорочение IV и V плюсневых костей. У 2-х больных диагностирован брахиметаподия и у одного больного укорочение III, IV плюсневых костей правой и II, III, IV плюсневых костей левой стопы. Учитывая вышеизложенное можно сделать вывод, что множественное укорочение плюсневых костей всегда бывает двухсторонним. В 20 случаях наблюдается наследственность болезни. 2-е больных были сестрами. Надо отметить то, что при выявлении данной патологии у матери больного, у дочери отмечалась тяжелее.

Сочетание укорочений пястных костей отмечено у 10 больных. Брахиметатарзия, не сочетающийся с патологией смежного сегмента характеризуется укорочением луча стопы. У 71 стоп также отмечалась укорочение проксимальной фаланги пораженного луча и его неконгруентностью с головкой плюсневой кости. Брахиметатарзия часто сочетается с изменениями суставов переднего отдела стопы. В 25 стопах величина угла M1P1 была до 20°, в 20 – от 20° до 30°, в 4 – от 30° до 40° и 5 стопы имели угол более 40°. Укорочение до 10 мм выявлено у 10 стоп. Укорочение средней степени от 11 до 19 мм отмечено у 38 больных. И укорочение более 20 мм выявлено у 40 больных. Надо отметить, что укорочение легкой и средней степени отмечалась больше при одностороннем поражении плюсневых костей. Укорочение плюсневых костей тяжелой степени выявлено при двухсторонней одиночной и множественной брахиметатарзии.

На основании анализа полученных данных предложена следующая классификация брахиметатарзии:

I. По этиологии: идиопатическая, ассоциированная врожденная (при синдромах), приобретенная.

II. По локализации: односторонняя, двухсторонняя

III. По поражению количества плюсневых костей: одиночная, множественная, брахиметаподия

IV. В зависимости от болевого синдрома: без метатарзалгии, с метатарзалгией.

V. В сочетании укорочения пястных костей

VI. Брахиметатарзия, не сочетающийся с патологией смежного сегмента:

1. Изолированное укорочение плюсневой кости
2. Укорочение плюсневой кости и основной фаланги
3. Укорочение плюсневой кости, вывих фаланги

VII. Брахиметатарзия, сочетающийся с патологией смежного сегмента:

1. Сочетание с патологией первого луча – Hallux valgus различной степени.
2. Сочетание с патологией 5-го луча -Варусная деформация 5 пальца

VIII. В зависимости от величины укорочения:

1. Легкой степени: укорочение до 10 мм
2. Средней степени: укорочение до 20мм
3. Тяжелой степени: укорочение более 20 мм.

Заключение. Анализируя состояние больных с врожденными брахиметатарзиями, следует отметить, что все они имели выраженный патологический симптомокомплекс, характеризовавшийся укорочениями плюсневых костей, в большинстве случаев усугубленными патологией смежных отделов стопы, а также изменениями со стороны суставов и мягких тканей. При этом степень выраженности патологических нарушений может быть различна, что требует строго индивидуального подхода к выбору варианта лечения.

НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.

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

Лечение больных с ложными суставами длинных костей конечностей являются одной из актуальных, и в тоже время нерешенных проблем современной травматологии и ортопедии. Частота неудовлетворительных исходов при этой патологии достигает 40%.

В последнее время широко начали применять в таких отраслях медицины, как гинекология, гнойная хирургия, эндокринология, фтизиохирургия ферментного препарата отечественного производства кукумазима, который является экстрактом из плодов дынного дерева. А данных о применение кукумазима при лечении несросшихся переломов и ложных суставов в отечественной и зарубежных литературах мы не нашли.

Совершенствование вопросов лечения несросшихся переломов и ложных суставов, разработка целенаправленных и эффективных средств, положительно влияющих на регенерацию костной ткани и предупреждающих послеоперационных осложнений, снижение инвалидности является актуальной проблемой современной травматологии.

В клинике последствия травм под нашим наблюдением находились 160 больных в возрасте от 16 до 60 лет с несросшимся переломами и ложными

суставами длинных костей. По локализации ложных суставов больные распределялись следующим образом:

80 пациентов- большеберцовая кость;

34 пациентов- бедренная кость;

25 пациентов- плечевая кость;

21 пациентов- кости предплечья;

Факторами, влияющими на выбор тактики лечения, являлись: наличие деформации и укорочение сегмента конечности; характер смещения отломков; степень патологической подвижности в области ложного сустава; изменение костной структуры (стеопороз, склероз); степень нарушения микроциркуляции; лимфовенозная недостаточность и социальной статус больного.

Нами разработан новый способ лечения данной категории больных, который включает внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза с введением кукумазима в область ложного сустава в дозе 50 ПЕ, растворенного в 5 мл 0,5% раствора новокаина. Аппарат для внеочагового остеосинтеза накладывается на 2-ой день после введения фермента. В результате размягчения рубцов при гипо- или гиперваскулярном ложном суставе уже в день наложения аппарата можно устранить часть угловой или осевой деформации, не открывая область ложного сустава.

Перед наложением аппарата Илизарова при ложных суставах большеберцовой кости производили остеотомию малоберцовой кости. Во всех случаях на операционном столе начинали дистракцию для исправления оси конечности, в послеоперационном периоде дистракцию производили тогда, когда стихали боли до образования диастаза 1-1,5 см. Далее давали компрессию в аппарате до полного контакта костных отломков.

При ложных суставах с наличием металлоконструкции (шурупы, пластинки, штифты и т.д.) производили удаление металлоконструкции и накладывали аппарат Илизарова, а после снятия швов вводили кукумазим в область ложного сустава и на следующий день дали дозированную дистракцию, далее- компрессию до полного контакта.

Спустя 6-8 недель на контрольной рентгенографии у большинства пациентов в области конца отломков выявлялась «костная спайка». Дальнейший период стабильной фиксации рентгенологически характеризовался интенсивной минерализацией и смыканием костных отломков.

Анализ полеченных результатов, прослеженных от 1 до 5 лет, показал высокую эффективность (96%) разработанного способа внеочагового

компрессионно-дистракционной остеосинтеза с применением кукумазима, что обеспечивает неизвестный ранее темп консолидаций ложных суставов длинных костей.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М.,Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.

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

Проблема лечения нарушений костной регенерации остается одной из актуальных вопросов современной травматологии и ортопедии. Ложные суставы и несросшийся переломы являются тяжелыми осложнениями переломов, а частота их возникновения, по данным А.Д.Ли (2002г), В.И.Шевцов, В.Д.Макушина (2007г), колеблется в очень широких переделах и достигают до 30%.

Исследованиями многих ученых доказаны развитие глубоких нарушений клеточного иммунитета, но на доступной литературе о результатах проведенных иммунологических исследований при несросшихся переломах и ложных суставах мы не нашли.

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 2017-2019гг. в отделении последствия травм РНПМЦТО МЗ РУз. получили лечение 198 больных с несросшимся переломами и ложными

суставами длинных трубчатых костей, 110 больным проведены иммунологические исследования. А также иммунологические исследования проведены у 43 здоровых людей.

- I группа: группа здоровых людей n= 43.

- II группа леченные с применением кукумазима n=59.

- III группа леченные с применеием костного мозга+кукумазима n= 51.

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 α-цепи 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.

СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б.

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

Лечение больных с посттравматическими нарушениями костной регенерации является одной из важных проблем травматологии и ортопедии. При травматических повреждениях нарушение репаративного остеогенеза наблюдается в высоком проценте случаев и по данным различных авторов составляет от 2,5% до 25,0%. Такая ситуация вынуждает исследователей искать новые подходы к проблеме лечения больных с несрастающимися переломами и сформированными псевдоартрозами.

Цель исследования – изучить морфологические особенности регенерации кости в условиях экспериментально воспроизведенного псевдоартроза и локального введения аутогенного красного костного мозга.

Эксперименты выполнены на 30 белых лабораторных крысах популяции ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины» (6-месячные, живой массой 250-270 г). Работу с животными проводили, руководствуясь Международными правилами гуманного отношения к экспериментальным животным [Конвенция]. Протокол экспериментальных исследований утвержден Комитетом по биоэтике ГУ «ИППС им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины» (протокол № 120 от 09.09.2013 г.).

Для достижения поставленной цели по изучению влияния трансплантации костного мозга в область сформированного ложного сустава у крыс был смоделирован ложный сустав.

Сравнение площадей тканей в регенератах опытных и контрольных животных на 28 сутки показало, что площадь хондроида у опытных животных на этот срок была снижена на 24,3 %, а костной ткани - повышена на 22,8 % по сравнению с контрольными животными. Положительным звеном влияния аутологичного красного костного мозга было то, что общая площадь костной ткани в регенерате составила 39 % к концу эксперимента, а также наблюдалась тенденция к снижению площади всего регенерата за счет перестройки и редукции регенерата в костном канале. Эффект положительного влияния на репаративный остеогенез костного мозга заключается в том, что трансплантированный костный мозг богат не только биологически активными веществами, но и содержит мезенхимальные стромальные клетки, которые способны, дифференцируясь в остеобласты, пополнять пул костеобразующих клеток – остеобластов. Доказано, что мезенхимальные стромальные клетки костного мозга при нарушении репаративного остеогенеза являются основой клеточного дифферона костной ткани способствуют остеогенезу, что позволяет восстановить целостность костной ткани при переломе . Однако использование культивированных мезенхимальных стромальных клеток требует наличия

высокотехнологичного лабораторного оборудования для их получения и продолжительного времени культивирования, что сдерживает их широкое клиническое использование. Применение нативного костного мозга, содержащего мезенхимальные стромальные клетки, характеризуется доступностью, простотой технологии его получения и трансплантации, что свидетельствует о преимуществах его применения для стимуляции репаративного остегенеза при переломах кости, а также при нарушении репаративного остеогенеза.

Таким образом, на 30 белых лабораторных крысах было проведено экспериментальное исследование по изучению регенерации костной ткани в условиях воспроизведения перелома с последующим развитием ложного сустава и использованием аутологичного красного костного мозга для оптимизации репаративного процесса.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М., Зуфаров Г.Р.

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

Осевые деформации приводят к патологическому перекосу суставных поверхностей и отклонению биомеханической оси в сторону. Патологический перекос суставных поверхностей обусловливает перегрузку одного из мыщелков в зависимости от вида деформации (синдром гиперпрессии). При выраженной вальгусной деформации наблюдается гиперпрессия латерального отдела бедренной и большеберцовой костей, при варусной деформации - медиального. Из-за децентрации осей голени и бедра в латеральном отделе сустава, ширина площадки контакта в 2,5 раза больше, чем в медиальном, при четырехкратном превышении уровня давления.

Консервативное лечение применяли у 31 ребенка (31,1%). Из них 26 больных с последствием рахита, 1 больная с последствием остеомиелита и 5 больных с системными заболеваниями скелета. Возраст детей: от одного до 4 лет - 24 больных, от 4 до 7 лет - 3, от 7 до 10 лет - 1 больная и старше 10 лет - 4 больных.

Основными задачами лечения детей с различными осевыми деформациями нижних конечностей являются исправление деформаций, восстановление функции, стабильности и создание возможности

нормального передвижения больных. При выборе методик консервативного лечения необходимо учитывать общее состояние, возраст ребенка, распространенность патологии на сегменты нижних конечностей, тяжесть деформации и степень функциональных нарушений.

Консервативное лечение преследует цель: по возможности устранять деформации.

Консервативное лечение должно проводиться комплексно, с применением всего арсенала медикаментозного, физиотерапевтического лечения, массажа, лечебной физкультуры, корригирующих и профилактических приспособлений. При врожденных и приобретенных деформациях дети бывают ослабленными, малоподвижными, часто при обследовании обнаруживаются анемии, обменные нарушения из-за недостатка витаминов. Поэтому ребенку, прежде всего, создают режим, способствующий благоприятному течению заболевания. Он должен находиться в светлом, хорошо проветриваемом помещении. Большую роль в укреплении здоровья ребенка играет обтирание его водой с примесью раздражающих веществ и систематическое облучение ультрафиолетовыми лучами.

Улучшению обмена веществ в организме ребенка способствует рациональное питание, богатое белками и витаминами (фрукты, овощи, ягоды, творог, яичный желток, рыба, различные соки и т.д.). Для нормализации фосфорно-кальциевого обмена назначаются витамины группы Д, В, С и препараты кальция, фосфора, магния. Для стимуляции процессов регенерации костной ткани рекомендуется применение биологических стимуляторов. Кроме того, при анемиях назначаются препараты железа, поливитамины.

Важное значение при консервативном лечении играют физиотерапевтические процедуры. Из физиотерапевтических процедур используются водолечебные процедуры, парафиновые аппликации, электрофорез с кальцием, фосфором, аскорбиновой кислотой (среднее 10 раз) и др.

Водолечебные процедуры – солено-хвойные ванны воздействуют как тепловой, механический и химический фактор раздражения. Они благотворно влияют на работу микроциркуляторного русла и процессы метаболизма, повышают обмен веществ и реакцию сосудистой системы.

Одним из важнейших методов при консервативном лечении после этапных гипсовых повязок и послеоперационной реабилитации больных с осевыми деформациями нижних конечностей является массаж и лечебная физкультура. Они направлены на укрепление мышц и на коррекцию

развивающихся деформаций. В результате массажа расширяются сосуды, усиливается кровообращение в коже и мышцах. Под влиянием массажа сокращаются мышечные волокна, утомление мышц исчезает быстрее. Массаж заметно увеличивает объем и усиливает работоспособность недоразвитых, атрофированных мышц. Ретрагированные мышцы растягиваются, уменьшается боль при движении в коленном суставе.

Лечебная физкультура направлена на укрепление определенных мышечных групп и исправлению осевых деформаций нижних конечностей. Для различных осевых деформаций нижних конечностей составляется соответствующий комплекс упражнений. Упражнения могут выполняться стоя или сидя для исключения статических нагрузок.

Для консервативного лечения осевых деформаций нижних конечностей широко применяются этапные гипсовые повязки. Для коррекции деформации гипсовая повязка обычно накладывается от кончика пальцев стопы до верхней трети бедра. Гипсовые повязки накладывают на 10-12 дней каждого этапа до исправления оси нижних конечностей. Перед сменой гипсовой повязки целесообразно сделать ванночку, кожа нижней конечности смазывается вазелином или кремом.

Мы считаем, что этапные гипсовые повязки с редрессацией деформаций коленного сустава показаны детям до 3-х летнего возраста, а при последствиях рахита легкой степени деформации - до 4 летнего возраста.

В некоторых случаях у детей с системными заболеваниями, из-за тяжести общего состояния ребенка, низкой минеральной плотности костей мы вынужденно применяли консервативное лечение у больных старше 10 лет.

После консервативного лечения и достижения коррекции деформации нижних конечностей, важное значение имеют профилактические мероприятия, направленные на предупреждение рецидивов деформаций. С этой целью больным назначается ношение фиксирующих и разгружающих ортопедических аппаратов и шин. Они предупреждают рецидив деформации по мере роста ребенка и под влиянием статической нагрузки.

Результаты консервативного лечения зависят от тяжести и распространенности деформаций, возраста ребенка, состояния скелетных мышц, сухожильно-связочного аппарата, эпифизов и соотношения костей. У детей с легкими осевыми деформациями нижних конечностей, при своевременном, раннем начале консервативного лечения могут быть полностью исправлена ось и восстановлена подвижность сочленения. Однако, при деформациях с патологическими изменениями в костях, эпифизах, сухожильно-связочном аппарате, а также с нарушением

соотношения костей, эффект от консервативного лечения минимальный. В связи с этим, при тяжелых костных деформациях нижних конечностей продолжительное консервативное лечение с наложением этапных гипсовых повязок нецелесообразно.

При отсутствии необходимого эффекта от консервативного лечения у детей с последствием остеомиелита с 2 летнего возраста, с патологическими изменениями эпифиза, метафиза с 2 летного возраста при последствиях травм, последствиях рахита и системных заболеваниях скелета при среднетяжелой тяжести с 3-х летнего возраста, решается вопрос об оперативном лечении.

Необходимо отметить, что консервативное лечение в большинстве случаев явилось подготовительным этапом к предстоящим операциям.

ЛЕЧЕНИЕ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М., Бабажанов Д.Э., Зуфаров Г.Р.

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

Консервативное лечение деформаций нижних конечностей даёт положительные результаты при лёгких формах заболевания у детей младшего возраста. При этом, данный метод малоэффективен при средней и тяжёлых степенях деформаций нижней конечности. Оперативные методы коррекции деформаций включающие различные виды остеотомий дают положительные результаты при лечении детей среднего и старшего возраста. Различные виды остеотомий для детей у младшего возраста травматичны и неприемлемы.

Разработка и внедрение в практику аппаратно-хирургического метода, благодаря работам Г.А. Илизарова открыл новые перспективы при устранении деформаций нижних конечностей у детей во всех возрастных категориях. Среди оперативных методов лечения аппаратно-хирургическое лечение является малотравматичным и наиболее эффективным у детей младшего возраста.

Выбор оптимального способа лечения деформаций оси нижней конечности является важным шагом оперативного лечения, так как неадекватное лечение ведёт к рецидивам и осложнениям.

За последние 5 лет под нашим наблюдением в отделении детской ортопедии находились 115 больных с осевыми деформациями нижних конечностей в возрасте от 3 до 14 лет. Мальчиков было 55, девочек - 60. В возрастном аспекте дети были разделены следующим образом: до 5 лет – 62 больных, от 5 до 10 лет - 34 и от 10 до 14 лет – 19 детей.

Консервативное лечение было проведено 60 больным, из которых у 42 детей деформации были отнесены к лёгкой степени деформации, а у 18 - к среднетяжелой степени. Оперативная коррекция деформаций оси нижней конечности была проведена 55 больным, из них 31 больному для коррекции осевых деформаций и укорочения конечности применяли метод дистракционного эпифизеолиза и метафизеолиза, 4 больным проводилась корригирующая остеотомия бедренной кости, а 20 больным производилась остеотомия с наращиванием треугольного регенерата.

Отдаленные результаты лечения в сроки от одного года до 5 лет были изучены у 42 детей. Консервативное лечение при лёгкой степени деформации нижних конечностей проводилось с применением физиотерапевтических процедур включающего парафин, электрофорез с хлористым кальцием, массаж, ЛФК, а также витаминотерапию и препараты кальция. При среднетяжёлой степени деформации нижних конечностей вышеуказанное лечение сопровождалось наложением этапных гипсовых повязок и шин. Как показали наши наблюдения, в отдаленном периоде после лечения у 48 больных были получены хорошие результаты, у 12 детей наблюдали рецидивы после консервативного лечения, которым в последующем были применены оперативные методы лечения.

Оперативное лечение, выбор метода лечения деформаций нижних конечностей у детей осуществляли с учетом возраста больного, характера, тяжести заболевания и этиологии заболевания. В частности, у детей дошкольного возраста применяли методику корригирующего дистракционного эпифизеолиза. Для этого на конечность накладывали аппарат Илизарова состоящий из двух колец. Дистракцию начинали со второго дня после операции. Отрыв эпифиза от метафиза наступал обычно на 6-7 сутки после операции. Дистракцию продолжали до получения гиперкоррекции в пределах 4-5°. Затем начинался фиксационный период, который продолжался в течение 4-х недель. После контрольной рентгенографии, при наличии достаточной прочности регенерата аппарат снимали и назначали физиотерапевтическое лечение.

Методика корригирующего дистракционного метафизеолиза также применялась у детей дошкольного возраста, при осевых деформациях нижних конечностей с недоразвитием мыщелков и синостозированием ростковой зоны. Для закрытого разрыва метафизарной зоны деформированной кости на конечность накладывали аппарат Илизарова состоящий из трех колец. Спицы проводили через метафиз, среднюю треть бедренной или большеберцовой костей с учетом коррекции деформации. Дистракцию начинали со второго дня после операции. Разрыв метафиза происходил на 8-10 сутки после операции. Темп дистракции до получения разрыва составил 2-3 мм в сутки, а после разрыва 1 мм. Дистракцию продолжали до получения гиперкоррекции в пределах 4-5°. Фиксационной период 4-5 недель. После этого производили контрольную рентгенографию. При слабости регенерата фиксация конечности в аппарате продолжалась ещё на 2 недели. Затем чрескостный аппарат снимали и начинали физиотерапевтическое лечение.

В результате наших исследований было установлено, что использование закрытых способов коррекции осевых деформацией нижних конечностей у детей старших возрастных групп затруднено в связи с возрастными изменениями в костях и развитием вторичных деформаций. Поэтому у детей 11 лет и старше мы применяли аппаратно-хирургические способы коррекции осевых деформаций. Для этого на конечность накладывали аппарат Илизарова из трех колец, причем два кольца – в области деформированного сегмента конечности и одно дополнительное кольцо – в области средней трети бедра или голени. Затем послойным разрезом кожи и подлежащих мягких тканей обнажали метафизарную часть деформированной бедренной или большеберцовой костей и производили остеотомию. При этом варизирующую остеотомию бедренной кости производили для устранения вальгусной деформации нижних конечностей; шарнирную остеотомию – в случаях осевых деформаций и отсутствия укорочения конечности; косую остеотомию – для наращивания треугольного регенерата и коррекции деформации.

Дистракцию начинали с третьего-четвёртого дня после операции и продолжали до получения гиперкоррекции деформации 4-5°. При необходимости одновременно удлиняли конечность с запасом до 1 см. Темп дистракции составил 1 мм в день. Фиксационный период продолжался 4-6 недель, после чего аппарат снимали и назначали реабилитационное лечение.

Аппаратно-хирургическое лечение позволило одновременно решить несколько задач: исправить ось, разработать движения в суставах нижних конечностей, устранить ротацию костей голени и удлинить конечность.

Результаты лечения были изучены у 42 детей. У 26 больных были получены хорошие результаты с исправлением оси конечности и полным объёмом движений в суставах. У 14 детей отмечались удовлетворительные результаты с частичными рецидивами деформации, которые были выявлены через 3-4 года после оперативного лечения. У 2 больных был отмечен неудовлетворительный результат из-за воспаления мягких тканей вокруг спиц и рецидив деформации по мере роста ребенка.

Таким образом, деформации нижней конечности у детей часто нуждаются в оперативном лечении. Среди оперативных методов лечения аппаратно-хирургическое лечение является малотравматичным и наиболее эффективным у детей при устранении осевых деформаций нижних конечностей.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВРЕМЕННОГО ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОДРОСТКОВ

Салиев М.М., Жабборбергенов А.Д., Холов З.С., Кадыров С.С., Каримов Х.М.

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

Введение. В 1-ом десятилетии жизни ребенка коленный сустав подвергается физиологическим изменениям. Со временем сначала появляются варусные, а затем вальгусные деформации во фронтальной плоскости. Вышеописанные изменения являются физиологическим процессом и не требуют медицинского вмешательства. Однако нередко вальгусная деформация сохраняется и после 8-10 лет, что является патологическим состоянием и требует специального лечения.

Цель: оценить результаты лечения подростков с вальгусной деформации коленного сустава методом временного дистального медиального гемиэпифизеодеза бедренных костей.

Материал и методы. Был проведен анализ результатов лечения 40 детей с осевыми деформациями нижних конечностей, которые лечились в отделении врожденных деформаций скелета РСНПМТЦО МЗ РУз с 2017 по 2019 год. Средний возраст пациентов составлял 11 лет. План предоперационного обследования включал обзорную панорамную рентгенограмму нижней конечности (Whole body) в прямой проекции с определением механической оси нижней конечности, угла деформации и ДФУ, и наличие зон роста. Всем пациентам была сделана операция: временный медиальный гемиэпифизиодез дистального отдела обеих бедренных костей восьмиугольными пластинками. У. Нагрузки на оперированные ноги разрешались с первого дня после операции.Активная разработка коленных суставов начиналась со 3-й сутки после операции. В послеоперационном периоде (через 3 месяца после вмешательства) были проведены контрольные рентгенограммы коленных суставов для определения угла деформации. Затем пациенты были приглашены на контрольные осмотры каждые 3 месяца. После достижения клинического результата выполнены повторные панорамные рентгенограммы нижних конечностей и пластинки были удалены.

Результаты. Результаты хирургического лечения оценивались клинически и рентгенологически (таблица). Основными жалобами пациентов были наличие деформации, нарушение походки и частые падения ребенка. На рентгенограммах нижних конечностей средние значения дистального феморального угла составили 16,5 ° (11,5 °- 20 °). Средний срок коррекции деформации составлял 8 месяцев. У 2 пациентов коррекция деформации не удалась вследствие преждевременного закрытия зоны роста, которым в дальнейшем произведены корригирующие остеотомии с фиксацией аппаратом Илизарова.

Заключение. Метод временного гемиэпифизеодеза является эффективным способом коррекции угловых деформаций конечностей у детей и подростков при условии сохранения зон роста. Метод характеризуется низкой травматичностью и небольшим количеством осложнений. Способ позволяет пациентам быстро вернуться к обычному образу жизни. Данный метод позволяет избежать объемных корригирующих операций в старшем возрасте.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Салиев М.М., Хужаназаров И.Э., Холов З.С., Жабборбергенов А.Д., Кадыров С.С., Иботов Б.И.

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

Введение. Несмотря на то, что на протяжении последних 50-60 лет было проведено огромное количество исследований, посвященных этой теме, проблема врожденных деформация позвоночника до сих пор остаются одним из самых сложных и нерешенных вопросов спинальной хирургии, в особенности детской. Понятие Врожденная аномалия позвоночника является общим термином который обобщает многообразие врожденных деформаций. Обязательным условием при этом является наличие одного или нескольких аномального развитых сегментов позвоночного столба. В отличие от идиопатических сколиозов, которые обычно развиваются в период интенсивного роста, врожденные деформации проявляются в эмбриональном периоде и уже присутствуют при рождении ребенка. Данный вид деформаций имеет очень высокий потенциал к прогрессированию и при отсутствии своевременной и правильной лечебной тактики может привезти к очень серьезным негативным последствиям.

Цель. Анализ результатов хирургического лечения детей с врожденной деформацией грудопоясничной области позвоночника при нарушениях формирования позвонков.

Сравнить результаты лечения больных с врожденными деформациями грудопоясничного отдела позвоночника в зависимости от возраста пациента, характера и величины деформации и вида хирургического вмешательства.

Материалы и методы. Работа велась на базе кафедры травматологии - ортопедии, ВПХ и нейрохирургии ТМА, а также Республиканского специализированного научно-практического центра травматологии и ортопедии. Внешним партнером выступил Российский центр восстановительной травматологии и ортопедии имени Илизарова. В ходе работы выполнен анализ хирургического лечения 23 пациентов с врожденным сколиозом на фоне изолированных полупозвонков в зоне грудопоясничного отдела позвоночника. Возраст пациентов варьировал – от 2 до 9 лет, из них 10 мальчиков и 13 девочек. При этом

дети в возрасте от 2 до 6 лет составили 78 % (18). Аномалии формирования позвонков локализовались в грудопоясничном переходе (Th11–L2) и являлись причиной формирования локальной сколиотической либо кифосколиотической деформации позвоночника.

Методика хирургического вмешательства у пациентов дошкольного возраста заключалась в одномоментной коррекции. Внеплевральным торакотомическим или внебрюшинным люмботомическим доступом выполняется экстирпация тела полупозвонка. Далее дорзальным доступом удаляются полудугу полупозвонка и остатки ее основания. Затем устанавливаются транспедикулярные винты выше и ниже аномального сегмента. Винты соединяются стержнями. Выполняется коррекция деформации путем компрессии на выпуклой и дистракции на вогнутой стороне.

Большинство аномалий (91,9 %) локализовалось на уровне Th11, L1 и L2 позвонков. Дуга деформации в 54 % наблюдений была правосторонней, в 46 % — левосторонней. У всех пациентов до хирургического лечения отмечалось наличие компенсаторных противоискривлений в противовес основной врожденной дуге.

Результаты. Оценку результатов лечения проводили сразу после операции и в сроки до 3х лет. Величина локальной сколиотической дуги до хирургического лечения варьировала от 18 до 52° по Cobb (в среднем 32,7° ± 5,9°). После операции коррекция сколиотической деформации составила в среднем 78,0 %. Восстановление баланса тела составило 88% .

Формирования костного блока отмечена в среднем спустя 2 лет после операции.

Заключение. Хирургическое лечение детей с деформацией грудопоясничного отдела позвоночника на фоне нарушения формирования позвонков максимально эффективно в возрасте до 6 лет.

Ключом к успеху является ранняя хирургическая ликвидация данного порока с полной радикальной коррекцией имеющегося искривления. Количество фиксируемых сегментов выбирается индивидуально, в зависимости от анатомических параметров тел позвонков в основной дуге искривления. Длительность периода фиксации зависит от времени формирования как переднего, так и заднего костного блока.

ПЕРЕЛОМЫ СТЕРЖНЕЙ ЭНДОКОРРЕКТОРА КАК ЧАСТНЫЙ ВАРИАНТ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

ИДЕОПОТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ПОДРОСТКОВ: ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА И ТАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ

Салиев М.М., Хужаназаров И.Э., Рябых С.О., Хамраев Ш.Ф., Эшкулов Д.И.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент,
Ташкентская медицинская академия,
ФГБУ РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия им. акад. Илизарова Г.А., Россия

Актуальность исследования. Структурные формы идиопатического сколиоза выявляются у 4 - 13% населения. На сегодняшний день одним из эффективных методов хирургического лечения идиопатического сколиоза является коррекция деформации системами транспедикулярной фиксации. Однако, одной из проблем имплантозависимых осложнений является нестабильность на фоне переломов стержней.

Цель исследования: изучить случаи переломов стержней транспедикулярного фиксатора после хирургического лечения идиопатического сколиоза; выявить основные причины нестабильности систем и обосновать тактические решения.

Материалы и методы исследования. Объектом исследований явились 15 больных с идиопатическим сколиозом IV степени, оперированные в отделении врождённых деформации скелета Республиканского центра травматологии и ортопедии, у которых в разные сроки после операции были отмечены переломы стержней имплантата. Возраст больных колебался от 9 до 19 лет, в т.ч. дети младшего школьного возраста (9-11 лет) - 3, подростковый возраст (15-19 лет) - 12 детей. Дополнительно к клиническим исследованиям у всех пациентов использованы рентгенография позвоночного столба в 2 проекциях и мультиспиральная компьютерная томография. Величина деформации по Cobb варьировала в пределах 67-107°. Всем больным произведены ревизионные вмешательства.

Результаты: Основными причинами переломов стержня были: стремительный набор веса пациента в короткий срок; не соблюдение сроков этапности операции при применении систем динамической фиксации; грубое нарушение ортопедического режима в послеоперационный период;

использование систем ТПФ низкого качества; расположение опорных точек (винтов) с интервалом 3 и более сегментов. Минимальный срок наблюдения составил 6 месяцев. При проведении ревизии были использованы следующие варианты операций. 11 больным проведено ревизионное вмешательство в объеме перемонтажа системы на трехстержевой вариант с заменой сломанного стержня и установкой дополнительного короткого стержня по вогнутой стороне основной дуги. Остальным 4 пациентам с деформацией до 90° выполнена дополнительная установка опорных точек фиксации и замена стержней. Неврологические нарушения не отмечены ни в одном случае. Вертикализация больных выполнялась на 3 день, самостоятельная ходьба - с 5 суток. Средний уровень коррекции составило 35° (17-43°). Из них, у пациентов после замены стержня коррекция составила от 17° до 25° (в среднем - 21°). У больных, которым вставлен дополнительный короткий стержень, деформация было корригировано от 23° до 43° (в среднем - 35°). По результатам операции достигнуто дополнительная коррекция деформации и предотвращено дальнейшее её увеличение.

Выводы: Транспедикулярные стержни с низким качеством и малой эластичностью имеют вероятность перелома, особенно в случаях быстрого набора веса, несоблюдения назначенных сроков этапной дистракции больными, дефиците опорных точек фиксации, а также нарушении ортопедического режима пациентами. При ревизионных вмешательствах трехстержневые варианты фиксации показали высокую эффективность.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ

Салиева Н.И.

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

Актуальность проблемы. Дисплазия тазобедренных суставов остается наиболее распространенной патологией детской ортопедии. Дисплазия — это общее название нарушений развития и роста органов и тканей, независимо от времени и причины их возникновения. Наиболее частыми дисплазиями у детей раннего возраста являются костные, из которых дисплазия тазобедренного сустава (ДТС) составляет до 15 % в структуре ортопедической патологии, приводящей к статико-динамическим нарушениям и ранней инвалидизации. УЗИ диагностика дисплазии тазобедренных суставов, может применяться ортопедами для раннего

выявления патологии у новорожденных, является методом выбора диагностики и мониторинга у детей до года. За последние годы достигнуты определенные успехи в организации раннего выявления дисплазии тазобедренного сустава. Так, в НИИТО МЗ РУз внедрена методика УЗД ДТС.

Цель исследования: Улучшить дифференциальную диагностику дисплазии тазобедренного сустава у детей до 1 года жизни путем оценки ультразвуковых параметров с учетом врожденного вывиха бедра и рахитических изменений.

Материалы и методы исследования: УЗИ проведены в области обоих тазобедренных суставов у 86 детей первого года жизни (172 тазобедренных суставов). Исследования проведены в рентгенодиагностическим отделении Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии при помощи УЗИ-сканера SonoScapeS22 и MyLab 40 использованием мультичастотногодатчика линейного сканирования с 7,5 МГц.

Результаты и их обсуждение: Все дети были разделены на четыре группы в зависимости от типа дисплазии. На ультразвуковом исследовании у 9 детей контрольной группы угол α не превышал 60^0, угол β не более 55^0, с наличием заостренного или сглаженного костного выступа, что соответствует первому типу по Графу.

У 39 детей второй группы, с врожденным вывихом бедра, угол α был в пределах $50\text{-}43^0$, угол β - менее $55\text{-}77^0$, незрелые тазобедренные, костные крыши уплощены, хрящевой выступ не покрывает головку, что соответствует второму третьему типу по Графу.

У 16 детей третьей группы, дисплазия на фоне рахита, угол α не превышает $60^{0,}$ угол β не более 55^0, костные крыши уплощены, отсутствие костного ядра, заострение внутренних рентгеновских углов проксимальных метафизов бедренных костей.

У 22 детей четвертой группы, с врожденным вывихом бедра и дисплазией на фоне рахита, угол α варьирует от 43 до 49^0, угол β менее 77^0 незрелые тазобедренные суставы, костные крыши уплощены, хрящевой выступ не покрывает головку, отсутствие костного ядра, заострение внутренних рентгеновских углов проксимальных метафизов бедренных костей.

Выводы: Таким образом, УЗИ позволяет определить рахитическую дисплазию и дифференцировать ее с врожденной патологией тазобедренного сустава у детей. Исследование необходимо проводить у детей из группы риска, с клиническими симптомами дисплазии и врожденного вывиха, заболеваниями и пороками развития опорно-двигательного аппарата.

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Тилавов Р.Х., Рахматуллаев Х., Усманов Ш.У.

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

Среди ортопедических последствий перенесённого в раннем возрасте гематогенного остеомиелита наиболее частым является патологический вывих бедра. Паталогия характеризуется тяжёлыми анатомическими и функциональными нарушениями в поражённом тазобедренном суставе.

Материал и методы: в отделении детской ортопедии за последние 10 лет под нашим наблюдением находились 87 детей с отсутствием головки бедренной кости, но с сохранением шейки или её культи с изменёнными углами ШДУ и антеверзии. Мальчиков было - 46, девочек - 41. В возрасте до 2-х лет было 32 больных, с 2 до 5 лет - 18, с 5 до 7 лет - 21, и старше 7 лет - 16. У 38 пациентов был поражён правый тазобедренный сустав, у 33 – левый и у 16 – с двухстороним поражением тазобедренного сустава.

Всем вышеуказанным детям были проведены рентгенологические методы исследования, которые позволили дифференцировать различные виды деформаций проксимального конца бедренной кости и состояние вертлужной впадины: нередко она оказывается пологой, «крыша» её – скошенной. С целью получения наиболее полной информации о состоянии проксимального отдела бедренной кости, его хрящевых структур и установления факта отсутствия воспалительного процесса проводили МРТ-исследование тазобедренных суставов у детей с патологическим вывихом бедра.

Данный вид исследования позволил получить сведения о состоянии элементов поражённого тазобедренного сустава, которые не были выявлены при рентгенологическом обследовании. В частности, определялось наличие неокостеневшей головки бедренной кости и отсутствие участков патологической интенсивности в параартикулярных тканях. Позже, во время хирургических вмешательств, было выявлено соответствие данных МРТ-исследований действительной картине состояния элементов поражённого тазобедренного сустава.

В нашей клинике разработан способ оперативного лечения патологического вывиха бедра с удлинением шейки. При осуществлении

данного способа хирургического вмешательства для фиксации фрагментов бедренной кости предложена новая конструкция фиксатора, которая фиксируют костные фрагменты за счет смещение большого вертела в сторону впадины. Дополнительная фиксация вправленного проксимального конца иногда осуществлялась с помощью трансартикулярно проведённой спицы.

В настоящее время мы изучаем результаты хирургического лечения данного контингента больных. Предварительный анализ показывает, что с ростом ребёнка культя шейки бедра сохраняет хорошую опору тазобедренного сустава у детей до 5-ти летнего возраста.

Заключение. В обследовании детей с патологическим вывихом бедра после гематогенного остеомиелита целесообразно применение МРТ-исследования тазобедренных суставов. Для достижения лучших результатов лечения необходимо проведение хирургического вмешательства в раннем возрасте, когда ещё не сформированы вторичные деформации.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ IV СТЕПЕНИ

Умарходжаев Ф.Р., Сангилов У.Б., Собиров Ж.А., Кодиров Р.Р., Йўлдашев М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения сколиотической болезни IV степени на основании отдаленных результатов.

Материал и методы: в период с 2004-2018 гг. было прооперировано 125 пациентов со сколиотической болезнью (СБ). Для коррекции деформации применяли ламинарно-дистракционный металлоконструкции. В исследование включили пациентов (n=35), которым было проведено

удаление металлоконструкции после определённого периода. Сроки наблюдения составляет от от 18 до 120 месяцев.

Результаты: полученные данные были проанализирован клинически и рентгенологически путем измерения бокового смещения туловища (СТ), смещения головы (СГ), и смещения стабильного позвонка (ССП). Средний возраст пациентов составил 17,4±1,7 лет, а средний период наблюдения составил 108,9±19,7 мес. Средний предоперационный угол Кобба основных кривых во фронтальной плоскости составил 82,8 ± 15,8°. Основные кривые, которые были исправлены на 32,7±21,1% на рентгенограммах, в послеоперационном периоде достигли коррекции на 61,0±19,9%. Было зафиксировано 5,3°±8,3° потери коррекции, по основным кривым во фронтальной плоскости с окончательным коэффициентом коррекции 52,2± 1,7%. Статистически значимая коррекция была получена в сагиттальной плоскости; средние послеоперационные изменения по сравнению с предоперационными значениями составили 7,9° и 12,9° для грудного и поясничного отделов соответственно. С другой стороны, нормальный физиологический грудной и пояснично-сагиттальный контуры были достигнуты у 83,5% и 67,9% пациентов соответственно.

Заключение: В настоящем исследовании средние окончательные значения Кобба были значительно улучшены в течение минимального 10-ти летнего периода наблюдения, и средняя конечная скорость коррекции для основных кривых была найдена равной 56,7±17,7%. Средняя потеря коррекции составила 5,3°±8,3°.

Также установлено, что показатель боли не коррелирует с окончательным углом Кобба и потерей коррекции (P>0,01). При оценке пациентов с болью было обнаружено, что у 14 пациентов с болью не менее 6 месяцев дегенеративные изменения в неинструцированном месте были причиной боли. У оставшихся 24 пациентов причина боли не была идентифицирована, поэтому причиной считались механические проблемы, такие как боль в перивертебральных мышцах.

С помощью ламинарно-дистракционных металлоконструкций в послеоперационном периоде были получены значительно более высокие показатели коррекции во фронтальной плоскости, и были получены физиологические контуры для всех типов кривых. Во всех типах кривых боковое смещение апикальных, стабильных позвонков и головы имело статистически значимую коррекцию. В послеоперационном периоде подавляющее большинство пациентов (90%) были либо «сбалансированы», либо «полностью сбалансированы». При долгосрочном наблюдении сохранялись коррекционные показатели во фронтальной и сагиттальной

плоскостях с минимальной потерей коррекции. Послеоперационный баланс туловища также сохранялся после не менее 10 лет наблюдения. Результаты анкетирования SRS-22 показали, что использование ламинарно-дистракционных металлоконструкций эффективно в коррекции деформации, а также положительно влияло на самоизображение, психическое состояние, функции и болевые ощущения пациентов. Дополнительно, результаты анкетирования для самоизображения, психического статуса и функциональных областей имели обратную корреляцию с величиной предоперационной кривой и потерей коррекции, в то время как они коррелировали с частотой послеоперационной коррекции. Большинство пациентов были удовлетворены лечением, и уровень удовлетворенности не коррелировал с состоянием кривой при последнем контрольном посещении. Лечение улучшало качество жизни пациентов и не оказывало негативного влияния на их образование, род занятий и брак.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ IV СТЕПЕНИ

Умарходжаев Ф.Р., Сангилов У.Б., Собиров Ж.А., Кодиров Р.Р., Йўлдашев М.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: оценка эффективности хирургического лечения сколиотической болезни IV степени на основании отдаленных результатов.

Материалы и методы исследования: В периоде с 2004-2018г. было прооперировано 125 пациентов со сколиотической болезнью (СБ). Для коррекции деформации применяли ламинарно-дистракционный металл конструкции. В исследование включили пациентов, которым было

проведено удаление метало конструкции после определённого переуда (n=35). Сроки наблюдения составляет от от 18 до 120 месяцев.

Результаты: Полученные данные были проанализирован клинически и рентгенологическими путями измерения бокового смещения туловища (СТ), смещения головы (СГ), и смещение стабильного позвонка (ССП). Средний возраст пациентов составил 17,4 ± 1,7, а средний период наблюдения составил 108,9 ± 19,7 мес. Средний предоперационный угол Кобба основных кривых во фронтальной плоскости составил 82,8 ° ± 15,8 °. Основные кривые, которые были исправлены на 32,7 ± 21,1% на рентгенограммах, в послеоперационном периоде достигли коррекции на 61,0 ± 19,9%. Было зафиксировано 5,3 ° ± 8,3 ° потери коррекции, по основным кривым во фронтальной плоскости с окончательным коэффициентом коррекции 52,2 ± 21,7%. Статистически значимая коррекция была получена в сагиттальной плоскости; средние послеоперационные изменения по сравнению с предоперационными значениями составили 7,9 ° и 12.9 ° для грудного и поясничного отделов соответственно. С другой стороны, нормальный физиологический грудной и пояснично-сагиттальный контуры были достигнуты у 83,5% и 67,9% пациентов соответственно.

Заключение: В настоящем исследовании средние окончательные значения Кобба были значительно улучшены в течение минимального 10-летнего периода наблюдения, и средняя конечная скорость коррекции для основных кривых была найдена равной 56,7 ± 17,7%. Средняя потеря коррекции составила 5,3 ° ± 8,3 °.

НАШ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Уралбоев И.Э., Хамдамов М.М., Мамутова Э.С., Рахманова К.К.

Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр

Актуальность. ВДГК у детей встречается с частотой 1-2 на 1000 новорожденных. В силу анатомической особенности порока в данной категории детей наступает ограничение физической активности, связанное с кардиопульмональными симптомами. Косметический дефект способствует формированию характерного психологического восприятия деформации.

Цель исследования: Оптимизировать тактику диагностики и лечения ВДГК.

Материалы и методы исследования. За период с 2016 по 2020 гг. в отделении детской ортопедии проходили лечение 652 больных с ВДГК в возрасте от 2 до 18 лет. Из них мальчиков 396(60.7%), девочек 256(39.3%).

Согласно классификации по Н.И.Кондрашину (1968г): обычная форма отмечалась у 614(94.1%), плосковорончатая - у 38(5.9%). По виду деформации: симметричная – у 209(32.0%); ассиметричная у 443(68.0%) больных. По степени деформации: I степень- у 293(44.9%); II степень у 185(28,4%); III степень у 174(26.7%) больных.

По стадии развития: компенсаторная стадия наблюдалась у 512(78,5%), субкомпенсация - у 129(19,8%), стадия декомпенсации выявлена у 11(1.7%) больных. Сочетание с другой врожденной патологией отмечалось у 62(9,5%) больных. Всем больным проводилось комплексное клиническое обследование. Больные были поделены на 2 группы, исходя из классификационной формы и степени проявления кардиопульмональных симптомов.

I группу составили больные с ВДГК I-II степени с невыраженными кардиопульмональными симптомами 41(6,3%) больных. В этой группе проводилась консервативная терапия при помощи Вакуумного колокола «EckartKlobe, Экхарт Клобе 2006г. Германия».

II группу составили больные с ВДГК II-III степени с выраженными кардиопульмональными симптомами 204(31,3%) больных. В этой группе проводилось оперативное лечение.

В группе с оперативной коррекцией ВДГК 127 (62.2%) больным проводилась мини инвазивная операция по Нассу,75(36,8%) по Парку и 2(1,0%) больным проведена открытая коррекция по Равичу.

Результаты: через 12-18 месяцев в I группе больных, хороший результат отмечался у 28(68.3%), удовлетворительный у 15(36.6%) У 8(19.5%) больных на сегодняшний день коррекция продолжается.

Во II группе, через 24-32 месяца после мини инвазивной коррекции по Нассу и по Парку хороший результат коррекции отмечался у 157(77,0%) больных, у 38(18,6%) больных - удовлетворительный результат.

Неудовлетворительные результаты отмечались у 9(4.4%) больных. Из них: у 4(1,9%) отмечалась ротация пластины, у 1(0,5%) гиперкоррекция, у 4(1,9%) выявлено отхождение фиксирующей проволоки. В данных наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом. Хорошим результатом коррекции в обеих группах считались

удовлетворительная степень коррекции косметического дефекта, нормализация кардиопульмональных показателей.

Заключение. Таким образом, результат коррекции ВДГК в детском возрасте напрямую зависит от подбора правильной методики, с учетом показателей кардиопульмональной симптоматики и степени деформации. Являясь сложным пороком, ВДГК требует тщательного обследования, подготовки и отбора больных как к консервативной, так и к оперативным методам коррекции.

КОРРЕКЦИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Уралбоев И.Э., Хамдамов М.М, Мамутова. Е.С.

Самаркандский областной детский многопрофильный медицинский центр

Цель исследования: определить эффективность консервативного и оперативного лечения КДГК у детей.

Материал и методы исследования. С 2016 по 2020 гг. под наблюдением и лечением находилось 637 детей с КДГК. Из них 447 (70.2%) мальчиков и 190 (29.8%) девочек в возрасте от 4 до 19 лет. По классификация Г.А.Баирова (Федерация России 1983г), Парк.Х.Ж (Park H J) Южная Корея. В зависимости от типа были выявлены манубриокостальный тип у 133 (20.9%) детей; корпокостальный тип – 208 (32.6%) из них:(пирамидальный-159(24,9%); круглая грудь -49(7,7%)); реберный тип – 296 (46.5%) больных. По степени деформации больные были распределены: I ст.-107(16.8%), II ст.-286(44.9%), III ст.244(38.3%) больных. Симметрический тип у 341(53.5%), асимметрический у 225(35.3%), смешанная форма (по Парку) у 49(7.7%) и верхний тип 22(3.4%) больных. Все больные проходят комплексное клиническое обследования стационаре и амбулаторных условии. Проводились консервативные и оперативные методы лечения у 556(87.2%) больных.

До 2018г показаниями к консервативному методу лечения у больных являлись косметический дефект и внутригрудное давление (p < 10kg по классификации M.Yuksel, 2010). С 2018 года применяли ортезы из Узбекистана которые компрессирующее сила до 22 кг, преимущество ортеза нам дали увеличение высокого коэффициента консервативного лечение КДГК. При консервативном методе лечения применялись у 482(86.7%)

больных компрессирующие ортезы (производства Турции, M.Yuksel 2010), динамическая компрессионная система-FMF(производства Аргентина, M.F.Marcelo 1992г) и компрессирующие ортезы (производства Узбекистан 2018г).Показаниями к операции килевидной деформации грудной клетки являлись высокое внутригрудное давление (с р≥20-25 и более р≥25 кг по классификации M.Yuksel, 2010), высокая ригидности грудины и не корригируемая деформация консервативным путем,(15-19 лет) и старшей группы 74(13.3%) больных. Из них: У 44(7.9%) использовали малоинвазивный способ Абрамсона, у 28 (5,0 %) малоинвазивный способ Сэндвича –II, и открытый метод Равича у 2(0,3%)больных.

Результаты через 6–12-16 месяцев: после консервативного лечения у 426 детей (88.4%) расценивались как хороший результат, у 51 (10.6%) детей — удовлетворительное, у 5(1.0%) больных продолжение ношение ортезов повторно. После оперативного лечения у 51 детей (68.9%) оценивались хороший результат, у 18 (24.3%) детей — удовлетворительное, у 5(6.8%) больных выявлено отхождение фиксирующей проволоки. В этих наблюдениях проведены повторные оперативные вмешательства с положительным результатом. Отмечалось выравнивание грудины и формы грудной клетки, улучшение функциональных показателей сердечно-дыхательной систем. Выявлено удовлетворительное лечение косметического дефекта грудной клетки и улучшение психики пациента.

Заключение. Лечение детей с КДГК по предложенной методике позволило получить высокий процент хороших результатов.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ ПО МЕТОДУ ПОНСЕТИ

Уринов Ж.З., Джураев А.М., Эргашев Б.Н.

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

Одним из часто встречающихся врожденных ортопедических заболеваний у детей является врожденная косолапость, характеризующаяся многоплоскостной деформацией.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты диагностики и лечения 58 детей с врожденной косолапостью в период 2015 по 2019 гг.. Из

них мальчиков – 40 (69%), девочек – 18 (31%). Возраст детей до года - 45 (77,6%) детей, от одного до трех лет - 13 (22,4%). Двухсторонняя косолапость наблюдалась у 34 (58,6%), односторонняя – у 24 (41,4%). Левосторонняя и правосторонняя косолапость диагностирована одинаково по 12 (20,7%). Наблюдение за детьми осуществлялось в период лечения и реабилитации, т.е. в амбулаторных условиях. Для лечения детей с врожденной косолапостью нами был использован широкий спектр лечения, включавший: функциональные методы (корригирующий массаж, ЛФК, ношение отводящих шин), фиксирующие методы (бинтование, наложение этапных гипсовых повязок), физиотерапевтическое лечение (электростимуляция, гидротерапия, электрофорез, парафиновая аппликация и т.д.). Специализированное лечение включало: ортезирование (ношение ортопедические обуви с пронатором и жестким задником, брейсов, повязки из пластического гипсового бинта), медикаментозной терапии (витамин Д, препараты кальции и поливитаминные препараты) и оперативное лечение модификация по методу Понсети.

У 50 (90%) пациентов выполнена ахилотомия. У 8 пациентов не пришлось производить ахиллотомию, так как у них была деформация легкой степени. Хорошие результаты были получены у 50 пациентов и считались таковыми при наличии стойкой правильной формы стопы после устранения деформации.У 5 детей отмечали частичную потерю коррекции через 6-8 месяцев, которую исправили этапными гипсовыми повязками. У 3 детей наблюдали рецидив деформации, которым производили стабилизирующие операции. С целью оценки ближайших результатов лечения детей с данной врожденной патологией, выбора метода лечения и обоснование хирургического лечения рецидивов, направленного на обеспечение устранения, как анатомических, так и эстетических пороков развития при косолапости, уменьшения сроков стационарного лечения, ранней активизации больных и обеспечения условия социальной реабилитации, внедрен метод оценки тяжести деформации стоп при косолапости по шкале Caterall-Pirani. Применение данного метода оценки позволяет улучшить результаты данного порока, зафиксировать данные и сравнивать полученные результаты с предыдущими.

Компоненты косолапости корригируются поэтапно. На первом этапе исправляется кавусный компонент, а на втором варус и аддукция. В период этапного гипсования, смена гипсовой повязки производилась в среднем 1 раз в течение 5-7 дней. На последнем этапе производилась ахиллотомия. Немаловажное значение имеет также правильное применение специальной ортопедической обуви с пронатором, кототрая назначается детям, когда они

начинают самостоятельно ходить. Методу Понсети позволил нам получить хороший косметический результат без уменьшения эффективности хирургического вмешательства. Преимущество этой методики - сокращение длительности операции и уменьшение травматизации мягких тканей в области ахиллового сухожилия.

Заключение. Лечение детей с врожденной косолапостью необходимо начинать с первых дней после выписки ребенка из родильного комплекса. Для предупреждения рецидивов целесообразно проводить реабилитационное лечение и соблюдение ортопедического режима до 4-5 летнего возраста.

МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА

Халимов Р.Дж., Джураев А.М., Рахматуллаев Х.Р.

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

Лучевые методы диагностики являются одними из ведущих при обследовании больных с болезнью Пертеса. В последние годы распространен метод рентгеновской денситометрии, позволяющий оценить состояние минеральной плотности костной ткани (МПК).

Целью исследования является изучение результатов денситометрических исследований у детей с болезнью Пертеса.

Результаты рентген денситометрических исследований проанализированы у 60 пациентов с болезнью Пертеса в возрасте от 4 до 14 лет. Всем больным проведены общий осмотр, при котором характеризовались следующие признаки: боль в нижних конечностях, хромота во время ходьбы, укорочение нижней конечности, ограничение движений в тазобедренном суставе. Также, проведены цифровые рентгенологические исследования с помощью рентгеновского аппарата Shimadzu (Япония), на основании которых больным выставлялся окончательный диагноз.

МПК определяли методом двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA) в области поясничного отдела позвоночника остеоденситометром «Stratos» (DMS-group, Франция). Программное обеспечение прибора для денситометрии снабжено дополнительными референтными базами – нормативными показателями по полу и возрасту,

так называемыми педиатрическими программами. Наличие «детской программы» позволило объективно сравнивать фактические показатели МПК с соответствующими значениями референтной базы для конкретного пола и возраста.

Результаты и их обсуждение. Больные были распределены в возрастном аспекте: от 3-7 лет - 18 детей, от 7 до 10 лет – 26 детей, от 11-14 лет - 16 детей.

Дети распределены на группы в зависимости от стадии заболевания. С первой стадией заболевания (субхондральный некроз) – 11 (17,2%), со второй стадией (импрессионный перелом) – 15 (25,2%), в третьей стадии (фрагментация) – 24 (46,5%), в четвертой стадии (восстановления) – 7 (8,2%), в пятой стадии – 3 (2,9%). Количество пациентов во второй и третьей стадии заболевания, среди первично обратившихся, превалировало над остальными.

Анализ результатов денситометрии показал, что уровень снижения минеральной плотности костной ткани повышался в зависимости от возраста ребенка. У всех больных с первой и второй стадиями заболевания при болезни Пертеса снижение МПК не отмечалось (Z-score> -2,0 SD). Однако, при анализе статистических данных у детей с болезнью Пертеса с третьей и четвертой стадией заболевания, МПК была снижена. Это объясняется тем, что эти пациенты на предшествующих этапах лечения перенесли оперативное и консервативное лечение с длительной иммобилизацией, повлекшее снижение минеральной костной плотности (Z-score = - 2,1$\pm$0,3 SD).

Таким образом, проведенные денситометрические исследования у детей с болезнью Пертеса позволили определить МПК у данной категории больных:

1) У детей с болезнью Пертеса выявлено снижение минеральной плотности костей нижней конечности на пораженной стороне – в 35,3% случаев.
2) Снижение минеральной плотности костей чаще наблюдается на III и IV стадиях заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ БЕДРА

Ханапияев У.Б., Шокиров М.Х., Хасанов Р.С.

Наиболее часто среди пороков культей верхней трети бедра встречались контрактуры тазобедренного сустава, а именно сгибательно-отводящие контрактуры. Необходимо отметить, что при контрактуре тазобедренного сустава до 15 % инвалиды обычно об этой патологии не знали и это не нарушало функции культи в протезе. При контрактуре большой степени затруднялась подгонка протеза и самое главное инвалиды жаловались на неудобство при пользовании протезом, выражающейся в неустойчивости, валкости, быстрой утомляемости и избыточном давлении протеза на культю в паховой области и по наружно-концевой поверхности культи и т.д.

Для сравнения мы изучили частоту контрактуры тазобедренного сустава после ампутации в средней и нижней трети бедра оказалось, что после ампутации бедра в средней трети процент контрактур был меньше, чем после ампутации в верхней трети и составлял 16%, а после ампутации бедра в нижней трети еще меньше чем контрактуры тазобедренного сустава.

После ампутации бедра в верхней трети в какой-то степени можно объяснить нарушениям силового равновесия мышц-антогонистов вследствие того, что приводящие мышцы после ампутации перерезаются полностью, а целостность отводящих мышц при этом не нарушается. Это же относится как к сгибателям так и разгибателям тазобедренного сустава. В меньшей степени эти факторы могут объяснить образование контрактур после ампутации в средней и особенно в нижней трети бедра.

Ошибки при мед персонала послеоперационным ведении больных:

4. Перед операцией больному не разъясняли, то он должен лежать в кровати с разогнутой в тазобедренном суставе культей.
5. После операции под культю подкладывали подушки, матрацы и прочее, чтобы держать культю в приподнятом положении.
6. Под матрац не подкладывали щит.

В результате длительного времена в согнутом положение тазобедренный сустав, в нем образовалась контрактура, затрудняющая протезирование. Мы считаем, что после ампутации бедра на любом уровне под матрац обязательно должен быть положен щит. Кроме того, не следует культю поднимать путем подкладывания под неё подушку, валиков и других приспособлений.

В этих случаях приспособления лучше подкладывать не под культю, а под таз. При этом будет приподнята культя, а бедро не будет согнуто в

тазобедренном суставе. Обязательно надо помнить инвалиду о том, чтобы он сам постоянно следил за положением культи. На образование контрактур, особенно после ампутации в верхней трети бедра, влияет позднее снабжение инвалида протезом. Известно, что при пользование костелями при наличии короткой культи бедра, инвалиды постоянно ходят при частично согнутом тазобедренном суставе, что способствует образованию контрактуры.

Таким образом, мы считаем, что кроме нарушения так называемого силового равновесия после ампутации мышц антогонистов основную роль в образовании контрактур суставов играет направленное ведение больных в послеоперационным периоде. Это подтверждается тем, что не у всех инвалидов после ампутации бедра в тазобедренном суставе образуются контрактуры.

Практика свидетельствует, что при контрактуре сустава до 15 градусов протезирование инвалида не затруднительно и поэтому никаких лечебных мероприятий по поводу этого применять не следует.

Значительно хуже обстоит дело, когда контрактуры сустава 20-30 и более градусов. В этих случаях подгонка осуществляется с трудом, а иногда протезирование бывает невозможным. Без устранения сгибательной или отводящий контрактуры рациональное протезирование инвалидов не представляется возможным.

Лечение контрактуры и степень их эффективности зависит от глубины изменения мягких тканей. Принцип лечения заключается с одной стороны в том, чтобы растянуть ретрогированные мышцы сморщивающейся ткани сустава а с другой-ослабить натяжение мышц антогонистов.

В большинстве случаев это бывает возможным сделать путем лечебных гимнастических упражнений. Эффективность упражнений повысит тепловые процедуры. Если консервативными способами контрактуру ликвидировать не удается и вследствие этого невозможно протезировать, то по крайней мере применяется оперативное лечение.

Таким образом, протезирование всех инвалидов с контрактурой тазобедренного сустава более 15 градусов должно осуществляется в стационарных условиях.

В результате изучения, отдаленных результатов ампутации бедра в верхней трети можно сделать следующие выводы:

1. Среди исследованных больше всего было инвалидов после ампутации средней трети бедра (38,9%) меньше в верхней трети (35,5%) и еще меньше в нижней трети бедра (26,6%).

2. Большая часть обследованных инвалидов после усечения в верхней трети бедра подвергались ампутации при сосудистой патологии и сахарном диабете.

3. Наиболее благоприятным с функциональном и анатомической точки зрения следует считать линейные послеоперационные рубцы на концевой поверхности культи. Однако безболезненные звездчатые и спаянные с подлежащими тканями рубцы оказывают вред на функции культи в протезировании.

4. Язвы и изъязвления кожных покровов на конце культи появляются большой частью в результате механического влияния протеза на ткани культи особенно при неправильной его подгонке.

5. Фантомные боли и сгибательные контрактуры в тазобедренном сустава после ампутации бедра в верхней трети отмечается чаще, чем после ампутации на более дистальных уровнях.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Рузикулов У. Ш., Нарзикулов У.К.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Врожденная воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) - является аномалией развития грудной клетки в структуры ортопедических болезней детского возраста, который кроме косметического дефекта, в виде западения грудины и ребер, сопровождается различными функциональными нарушениями в кардиореспираторной системе. Согласно многочисленным исследования врожденная ВДГК относится к недиффенцированным порокам развития дисплазия соединительной ткани (ДСТ), мультифакторной природы с прогредиентным течением, в основе который лежат нарушения синтеза, распада или морфогенеза компонентов внеклеточного матрикса, возникающие при определенной генетической предрасположенности, в периоде раннего эмбриогенеза или постнатального периода, под действием неблагоприятных факторов внешней среды На сегодня известны более 100 разнообразных способов торакопластики и ее модификаций, процент рецидивов и неудовлетворительных результатов которых составляет от 3,5 % до 32%.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения врожденной ВДГК у детей за счет влияния на инволюцию соединительной ткани.

Материал и методы: Методика D.Nuss была использована при коррекции ВДГК у 64 детей, в возрасте 5-18 лет. У 43 (67,1%) пациентов диагностирована II степень ВДГК, из которых 3 пациента поступили с рецидивами. У 21 (32,9%) пациентов диагностирована III-степень деформации. Исследовали показатели пролина в крови, оксипролина в моче.

Результаты. Рассматривая результаты количественного соотношения маркеров ДСТ можно отметить, что в дооперационном периоде все пациенты не получали профилактического корригирующего лечения ДСТ. В послеоперационном периоде (в течении года) осуществление корригирующего лечения ДСТ позволило в значительной степени нивелировать обменные процессы. Показатели пролина и глицина в крови у детей в послеоперационном периоде соответствовали нормативным параметрам, что удалось добиться регулярными этапными комплексными методами лечения. Данный аспект был взят за основу послеоперационного ведения данной категории пациентов в возрастных группах. Разработана методика комплексной терапии с включением аскорбиновой кислоты (витамин С), Асковита, хондроитинсульфата, калмазина в средне физиологических дозах по 2 -4 курса в год.

Заключение. Анализ полученных результатов показывает, что выраженность ВДГК зависит от степени тяжести недифференцированной ДСТ и степенью ВДГК.

ПРОГНОЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИДЕОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА

Холов З.

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

Актуальность: Помимо неврологических осложнений, интраоперационная кровопотеря также является одним из самых серьёзных рисков при хирургической коррекции сколиотической деформации позвоночника. Несмотря на использование технологий снижения интраоперационной кровопотери у всех оперированных наблюдается в той или иной степени постгеморрагическая анемия. Быстрейшая нормализация показателей крови является важным элементом послеоперационной реабилитации. Анализ произведенных операций с точки зрения изменений показателей крови больных позволяет разработать наиболее оптимальный алгоритм лечения, который способствует предупреждению негативных последствий операции.

Цель иследования: оценка динамики восстановления объема крови после операции хирургической коррекции идиопатического сколиоза.

Материал и методы. В рамках исследования изучены клинико-лабораторные данные 45 пациентов с диагнозом идиопатического сколиоза, которые перенесли операцию по хирургической коррекции деформации позвоночника в Научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии в период с сентября 2016 по ноябрь 2017 гг. Возраст больных был в пределах от 13 до 19 лет и в среднем составил 16,7 лет. Из них количество мальчиков и девочек 19 (42,2%) и 26 (57,8%) соответственно.

Индикатором исследования выбрали следующие параметры: уровень гемоглобина до- и после операции в динамике, объем интраоперационной потери крови, длительность операции и возраст оперируемого пациента. Уровень гемоглобина определяли по общепринятой методике.

Средняя продолжительность операции составила 300±30 мин. Средний объем потери крови составил 597,7±95 мл. Средний показатель гемоглобина до операции 119,3±10 г/л. Самый низкий показатель гемоглобина - 61 гр/л. Всем больным назначали диету, богатую белками, препараты железа, витаминотерапию и ЛФК.

В динамике у всех больных отмечалось постепенное снижение уровня гемоглобина. Стабилизация этого показателя отмечалась в среднем на 6,7 день, после чего постепенно нарастала. Только у 7 больных при снижении гемоглобина ниже 65 г/л произвели гемотрансфузию эритроцитарной массы от одногруппного донора.

Заключение: Таким образом, нормализация показателей крови является важным условием послеоперационного восстановления больных с идиопатическим сколиозом. Что, в свою очередь, улучшает ранний послеоперационный период и снижает риск возникновения вторичных

осложнений. Успешность процесса восстановления зависит от объема потерянной крови и тактики послеоперационного лечения.

КОРРЕГИРУЮШАЯ ОСТЕОТОМИЯ С НАЛОЖЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА ПРИ ВАЛГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Холов З.С., Фахриддинов Ё.А., Турсунов В.Х., Ибрагимов Ж.М., Йулдашов А.А., Ганиев С.Г.

Многопрофильный медицинский центр Наманганской области

Современная ортопедия обладает колоссальными техническими возможностями в плане коррекции формы и длины конечностей. При этом необходимо соблюдать принципы, которые обеспечивают безопасное лечение, эффективную реабилитацию и сохранение качества жизни при любых вмешательствах, направленных на изменения оси нижней конечности. Цель работы – оценка современных возможностей и анализ осложнений при коррекции вальгусной деформации коленного сустава.

Материалы и методы. С 2017 по 2020 года в нашем центре 15 пациентам произведено коррегирующая остетомия при вальгусных деформациях коленного сустава с остесинтезом с наложением аппарата Иллизарова. Возраст пациентов в интервале 16-18 лет. Представленный материал основывается на анализе результатов более 15 остеотомий бедра в сочетании с остеосинтезом по методу Илизарова, выполненных в период с 2017 года по настоящее время.

Результаты: В центре ранее было проведено несколько операций по поводу вальгусной деформации коленных суставов с последующей надмыщелковой остеотомии и остеосинтезом с использованием спиц Илизарова. После хирургического вмешательства было налажено гипсовая повязка до консолидации отломков, по причине чего наблюдалась контрактура коленного сустава. Нами проведенная надмыщелковая остеотомия бедра заканчивалось с наложением аппарата Илизарова (2 кольцо на бедре и 1 кольцо в верхний трети голени) и сверженью на среднюю треть бедра. Через 40-45 дней кольцо в области голени снималось и было проведено соответствующая мобилизация коленного сустава. Соответственно контрактура коленного сустава у пациентов не наблюдалось.

Достижения в реконструктивной ортопедии основанной на эффекте метода Илизарова. За последние 3 года существенно изменились показания к корригирующим остеотомиям, расширились диагностические возможности и усовершенствовались конструкции остеосинтеза. Обращает на себя внимание профилактическая направленность операций, всё чаще они выполняются молодым пациентам в сроки, когда изменения в коленном суставе на фоне деформаций еще не произошли. Следует считать заблуждением квалификацию таких операций как косметических или эстетических. В плане диагностики необходимо отметить внедрение в повседневную практику компьютерной томографии нижнихконечностей и рентгенографию ног по всей длине с нагрузкой. Современные компоновки внешних фиксаторов с использованием спиц и резьбовых стрежней - шурупов (спице-стержневые конструкции) значительно расширили возможности манипулирования костными фрагментами, улучшили качество жизни пациентов на протяжении всего периода лечения. В течении наблюдения осложнений не наблюдалось. Все пациенты активированы в срок и сращение наступило у всех с коррекцией по оси.

ЗАМОНАВИЙ ОРТОПЕДИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ҚОН КЕТИШЛАРДА ТРАНЕКСАМ КИСЛОТАСИ (ТРЕМИН)НИНГ ЎРНИ

Шодманов А.А.

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

Текширув максади. Транексам кислотаси (Тремин) ва Эпсилон-аминокапрон кислотаси билан ортопедик операцияларда ва операциядан кейинги даврдаги кон кетишни камайтириш ва гемотрансфузияни чеклашини солиштирма таъсирини урганиш.

2018-2019 йилларда утказилган замонавий ортопедик операцияларнинг 86 тасида гемостатик препаратлар кулланилди. Текширув утказилган операциялар: «Сон суяги бошчасини очик усулда жойига солиш ва том пластикаси» операцияни уртача давомийлиги 1 – 1,5 соат, «Поздиев операцияси» операцияни уртача давомийлиги 1 – 1,5 соат, «Сколиоз касалликларида утказиладиган операциялар» операцияни уртача

давомийлиги 3 – 5 соат, «Сон-чанок ва тизза бугимини эндопротезлаш» операцияни уртача давомийлиги 1,5 – 2,0 соат, «Йирик найсимон суякларни блокловчи интрамедуляр остеосинтез килиш» операцияни уртача давомийлиги 1,5 – 2 соат.

Бунга 3 ёшдан – 60 ёшгача булган беморлар киритилди. Ушбу препаратларни солиштирма таъсирини урганиш максадида беморлар 2 гурухга ажратилди:

1 - гурухга киритилган беморларнинг умумий сони – 35 та.

(3 дан 18 ёшгача булган беморлар сони = 14 та),

(19 дан 60 ёшгача булган беморлар сони = 21 та).

Бу гурухга кирувчи беморларда гемостатик препарат сифатида Эпсилон-аминокапрон кислотаси ишлатилди. Натижада операция оралик даври ва операциядан кейинги даврда йукотилиши мумкин булган кон хажмини 8-12% гача саклаб колишга эришилди.

Қўллаш мумкин бўлмаган холатлар: гиперкоагуляция куринишлари (тромбозлар, тромбоэмболик касалликлар), ДВС синдроми, сурункали буйрак етишмовчиликлари ва ажратиш функциясининг бузилишлари, жигар етишмовчилигида, бош мия кон айланиши бузилишларида, артериал гипотензия, юрак клапанли нуксонларида. Юкоридаги касалликлари булган ва хавфи юкори булган беморлар текширув гурухига киритилмади.

2 - гурухга киритилган беморларнинг умумий сони – 51 та.

(3 дан 18 ёшгача булган беморлар сони = 22 та),

(19 дан 60 ёшгача булган беморлар сони = 29 та).

Бу гурухга кирувчи беморларда гемостатик препарат сифатида Транексам кислотаси (Тремин) ишлатилди. Натижада операция оралик даври ва операциядан кейинги даврда юкотилиши мумкин булган кон хажмини 13-17% гача саклаб колишга эришилди.

Тренаксам кислота гемостатик препарат, фибринолизни ингибитори. Фибринолизни ошиши билан боғлиқ бўлган қон кетишларида махаллий ва тизимли гемостатик таъсирга эга. Тренаксам кислотаси гематоэнцефалик ва йўлдош тўсиқлари орқали осон ўтади. Синовиал қобиқларда ва бўғим ички суюқлигида зардобдагиги яқин концентрацияларда тўпланади, қоннинг фибринолитик фаоллигини бостиради. Антифибринолитик концентрацияси турли тўқималарда 17 соатгача, плазмада 7-8 соатгача сақланади.

Транексам кислотаси (Тремин)ни куллашнинг афзаллиги вена ичига юборилади ва таъсири 3-5 минутда бошланиб 6-8 соат давом этади. Транексам кислотаси (Тремин) операциядан 30 минут олдин ва операцияни кон юкотиш боскичида вена ичига юборилди. Препаратни куллашда лаборатор курсаткичлардан: кон ивиш вакти ва коагулограмма

курсаткичларига эътибор берилади. Треминни дозаси беморни индивидуал клиник холатига караб белгиланади. Буйракнинг ажратиш функциясига қараб миқдори коррекция қилинади. Қондаги креатинин миқдори 120-250 мкмоль/л бўлганда 10 мг/кг 2 махал суткасига, креатинин миқдори 250-500 мкмоль/л бўлганда 10 мг/кг 1 махал суткасига, креатинин миқдори 500 мкмоль/л юқори бўлганда Тремин 5 мг/кг 1 махал суткасига юборилади. Қон кетишини хавфи юқори бўлганида, тизимли яллиғланиш реакцияларида в/и га 10-11мг/кг дозада 20-30 минут олдин юборилади. Қўллаш мумкин бўлмаган холатлар: субарахноидал қон куйилишлар, препаратга юқори сезувчанликда, тромбозларда (бош мия томирлари тромбозида, миокард инфарктида, чукур веналар тромбофлебитида, тромбоэмболик синдромда) ва уларнинг ривожланиш хавфи юкори булган беморларга, буйрак етишмовчилигида. Юкоридаги касалликлари булган ва хавфи юкори булган беморлар текширув гурухига киритилмади.

Травматология ва ортопедия сохасига юкори технологияли жаррохлик технологиясининг кенг қўлланилиши натижасида операция давомида ва ундан кейинги даврда беморларни стабил холатда анестезиядан олиб чикиш катта ахамиятга эга.

Хулоса: Шундай килиб, Тремин препаратининг афзаллиги операция вактида куллашнинг кулайлиги, таъсири тез кузатилишидир. Тремин препаратининг бошка гемостатик препаратлардан афзаллиги операция вактида куп хажмдаги кон йукотиш хавфини сезиларни камайтириб, кон ва кон препаратларини, кон урнини босувчи препаратлар (ГЭК) куйишга булган эхтиёжни камайтиради.

ОСТЕОФИТЫ КУЛЬТИ БЕДРА

Шокиров М.Х., Хасанов Р.С.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью, Ташкент

Исследованиями установлено, что остеофиты на уровне культи в области верхней трети бедра составляет в 73,3%, средней трети 53,9%, в нижней трети бедра 20,3%. Причина такой тенденции окончательно не выяснено, по всей вероятности, на бедре остеофиты чаще образуются вследствие того, что там имеется больше места прикрепления мышц, которые тягой травмирует надкостницу. Это подтверждается и на практике.

Известно, что остеофиты чаще образуются по наружной и внутренней поверхности конца культи. Очень часто рост остеофитов соответствует направлению тяги мышц, т.е. вверх. Мы не исключаем в возникновении остеофитов и такие факторы, как погрешности во время операции, когда слишком сильно травмируется надкостница, также воспалительная реакция в результате присоединившийся инфекции.

Из 62 рентгенологически обследованных культей средней трети бедра наблюдались нами на 35 культя. Величина их было от еле заметных костных выступов до 3-4 см. Форма их было самая различная.

При обследовании инвалидов мы обратили внимание на тот факт, что обычно, где то рядом с крупными остеофитами находилась неврома такое «соседство» очень неудачное, так как при использовании протезов остеофиты травмируют невромы и вызывают болезненность культы.

В таких случаях обычно следует прибегать к операции-удалению остеофитов и резекции невромы. Консервативное лечение в этих случаях мало эффективное. Мы наблюдали 8 таких инвалидов, которых пришлось оперировать по поводу болезненность невромы. Для ликвидации остеофитов применялось как реампутация так и удаление их без укорочения костного скелета культи. Если остеофиты вызывают неудобства и болезненность, тогда надо их удалять. При этом следует, лишь изолированно удалят остеофиты, а не производить реампутации, т.к. при этом необыкновенно укорачивается длина культи. При изучения рентгенограмм культи бедра мы вообще не обнаружили в нижней трети бедра остеофитов.

Таким образом, наши исследования подтверждают данные о том, что остеофиты после ампутации на проксимальных уровнях образуются чаще, и имеет большие размеры, чем после ампутации в дистальной части бедра.

СОСТОЯНИЕ КУЛЬТИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ

Шокиров М.Х., Хасанов Р.С, Тургунбоев Ф.Ю.

Национальный центр реабилитации и протезирования лиц с инвалидностью
Ташкент

Атрофия мышц ампутированной конечности в той или иной степени наблюдается всегда и начинается развиваться после ампутации. Наибольшего развития она достигает в первый год после ампутации. В дальнейшем процесс атрофии как бы стабилизируется и окружность культи с течением времени практически не изменяется.

Ультразвуковыми исследованиями обнаружено, что атрофия мышц культи зависит от повреждения при ампутации входящих в них сосудов и нервов - «сосудисто-нервные ворота», чем больше их повреждается, тем в большой степени атрофия мышцы. Вследствие этого, в зависимости от уровня ампутации атрофия наступает неодинаково. Мы склони считать, что атрофия мышцы культы в основном зависит от нарушения системы нервной системы и особенностей протезирования. После ампутации конечности утрачивается значительная часть периферических нервных рецепторов, которые посылали соответствующие импульсы. В результате этого нарушаются обменные процессы и трофика усеченной конечности, что вызывает уменьшение объема мышц.

Избыточной атрофии мышц способствует и нерациональное протезирование, когда в результате плохой подгонки протеза инвалид вынужден слишком сильно затягивать бедренную гильзу протеза. Авторами было доказано, что в результате слишком тугою стягивания бедра в значительной степени ухудшается кровообращение культы и нарушается ее трофика.

Степень атрофии мягких тканей усеченной конечностей определилось нами путем сравнительного измерения окружности усеченной и сохранившейся конечности сантиметровой лентой на одной и том же уровне. При культях верхней трети бедра это делалась на уровне паховой складки. Нами была выведена средняя цифра (в сантиметрах), уменьшение окружности бедра на этом уровне, что позволило косвенным образом судить об относительной атрофии мягких тканей усеченной конечности. Установлено, что окружность усеченного бедра по сравнению с окружностью сохранившего бедра на уровне паховой складке была на 5,0см меньше.

При этом следует учитывать и тот факт, что в результате повышенной функции сохранившейся конечности ее мышц гипертрофируется и в результате этого окружность становится несколько больше, чем в норме. Нам также отмечено, что наибольшая атрофия мышц бедра усеченной конечности происходит в течение первых 5-6 месяцев после ампутации.

В среднем, атрофия мягких тканей наблюдается в течение года после ампутации. Но после 6 месяцев это происходит несколько медленное, чем в первое полугодие. После года окружность культы может меняться в

зависимости от того, прибавляет в весе или худеет инвалид. Вместе с этим полнеет или худеет культя.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕРТЕБРОЛОГИИ

МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛ ПОЗВОНКОВ НА ФОНЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ

Алиходжаева Г.А., Абдусатторов Х.А., Гадоев К.К, Казаков Ш.Ж., Алимов И.Р.

Ташкентская медицинская академия
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр нейрохирургии, Ташкент

Цель исследования: улучшение результатов лечения и качества жизни больных с вторичным остеопорозом позвоночника на фоне множественной миеломы (ММ) путём восстановления опороспособности тел поражённых позвонков.

Материал и методы: в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре нейрохирургии с 2017 года по поводу патологических переломов тел позвонков на фоне ММ проведено 12 операций методом перкутанной вертебропластики (ПВП) у 8 больных. Из них мужчин было 5 (62.5%), женщин 3 (37.5%). Средний возраст пациентов составил 57 лет (от 48 до 66). Клинически по шкале боли VDS у 5 пациентов боль составляла 8 баллов, у 3 пациентов - 6 баллов.

Всем больным, в предоперационном периоде проводился расчет дефицита минеральной плотности костной ткани поражённых позвонков с помощью созданной нами компьютерной программы и был вычислен объем костного цемента, необходимого для введения в поражённые позвонки

По полученным результатам, больным проводилось оперативное лечение методом ПВП.

ПВП была выполнена 3 больным одномоментно на двух уровнях, остальным 5 больным на одном уровне. При этом у 5 больных компрессионный перелом позвонка локализовался в поясничном отделе, у 3 больных в поясничном и нижнегрудном отделе позвоночника.

Среднее количество введенного цемента составляло 5,25мл (от 4,5 до 6,0). При проведении вмешательств на грудном и поясничном отделах позвоночника преимущественно (у 6 больных) использовали транспедикулярный доступ, реже (у 2 больных) применяли заднебоковой доступ. При разведении костного цемента использовали специальные рентгендобавки.

Послеоперационный режим. В течение часа после процедуры соблюдался постельный режим, каждые 15 минут проводился осмотр, включая оценку витальных функций и неврологического статуса. В этот период костный цемент достигает 90% от своей максимальной жесткости. Через 1 час после процедуры пациенту разрешалось присесть в постели. Контрольная МСКТ пролеченного уровня проводилось в первые 3 суток после процедуры для визуализации протяженности импланта.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: динамика и выраженность болевого синдрома после проведенной перкутанной вертебропластики, двигательная активность пациента, зависимость от анальгетиков.

После ПВП у 4 больных отмечено полное или значительное уменьшение болевого синдрома в течение 24 часов после процедуры (по шкале VDS 0 баллов). У остальных 4 больных заметное снижение боли начало проявляться на 3 сутки после процедуры, больные выписаны со слабыми болевыми ощущениями (по шкале VDS 2-балла). Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не было.

Данная категория больных находилась на лечении в клинике от 3 до 5 дней. В последующем больные выписывались с рекомендациями реабилитационного лечения. За время наблюдения после операции, не отмечено ни одного коллапса позвонка после ПВП, болевой синдром полностью регрессировал.

Выводы: применение метода перкутанной вертебропластики при лечении патологических переломов тел позвонков на фоне ММ без нарушения функции спинного мозга обеспечивает раннее восстановление опороспособности поврежденного позвонка, быстрый регресс болевого синдрома и сокращает длительность нахождения пациентов в стационарных условиях.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА

Алиходжаева Г.А., Абдусатторов Х.А., Гадоев К.К., Казаков Ш.Ж.,

Алимов И.Р.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность: Низкотравматические компрессионные переломы тел позвонков на фоне остеопороза, являются актуальной и распространенной проблемой среди пожилого и зрелого населения земного шара. Достаточно минимальной физической нагрузки на позвоночник для того чтобы это способствовало перелому его позвонков. Вследствие низкотравматического перелома тел позвонков, у пациентов возникает сильный и длительные болевой синдром, ограничение движений туловища, соответственно и нарушение качества жизни.

Цель исследования: Анализ эффективности применения метода перкутанной вертебропластики при лечении низкотравматических компрессионных переломов тел позвонков на фоне остеопороза.

Материал и методы: исследование проводилось на базе кафедры травматологии-ортопедии, ВПХ и нейрохирургии в клинике Ташкентской Медицинской Академии с 2010 года. Больным по поводу низкотравматических компрессионных переломов тел позвонков I и II степени проведено 74 ПВП у 41 пациентов. Из них женщин было 36 (88%), мужчин 5 (12%). Средний возраст пациентов составил 66 лет (от 55 до 78 лет). Клинически по шкале боли VDS (Gaston-Johanson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990) у 8 (20%) пациентов боль составляла 8 баллов, у 33 (80%) пациентов 6 баллов.

ПВП была выполнена 7 больным на трех, 19 больным на двух, остальным 15 больным на одном уровне. При этом у 41 больного локализация и распространенность переломов различалась.

Для расчета количества костного цемента необходимого для полноценного заполнения тела пораженного позвонка нами использовалась созданная нами компьютерная программа. При этом среднее количество введенного цемента составляло 4,5 мл (от 3,0 до 6 мл). При проведении вмешательств на грудном и поясничном отделах позвоночника преимущественно использовали транспедикулярный доступ (Mathis J.M., Deramond H., Belkoff S.M., 2002), реже применяли заднебоковой (интер-косто-вертебральный) доступ. При разведении костного цемента использовали специальные рентгендобавки.

Послеоперационный режим. В течение часа после процедуры соблюдался постельный режим, каждые 15 минут проводился осмотр, включая оценку витальных функций и неврологического статуса. В этот период костный цемент достигает 90% от своей максимальной жесткости

(Jasper L.E., 2002). Через 1 час после процедуры пациенту разрешалось присесть в постели. Контрольное МСКТ пролеченного уровня проводилось в первые 3 суток после процедуры для визуализации протяженности импланта.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: динамика и выраженность болевого синдрома после проведенной перкутанной вертебропластики, двигательная активность пациента, зависимость от анальгетиков.

После ПВП у 41 больного отмечено полное или значительное уменьшение болевого синдрома в течение первых суток после процедуры (смотри табл.).

Количество больных	8 баллов	6 баллов	4 балла	2 балла	0 балл
До операции	8	33	-	-	-
После операции	-	-	-	26	15

Из таблицы видно, что у всех больных болевой синдром снизился до 0 баллов (отсутствие болей) 15 больных и 2 баллов (незначительные боли) 26 больных.

Осложнение было у 1 пациента в виде выхода незначительного количества костного цемента в венозное русло с закупоркой мелких ветвей легочных артерий. В данном случае клинических проявлений со стороны легочно-сердечной деятельности не наблюдалось.

Выводы: Применение метода перкутанной вертебропластики при лечении низкотравматических компрессионных переломов тел позвонков I-II степени без нарушения функции спинного мозга обеспечивает раннее восстановление опороспособности поврежденного позвонка, быстрый регресс болевого синдрома, сокращает длительность нахождения пациентов в стационарных условиях и обеспечивает раннее восстановление трудоспособности.

Предварительный расчет объема количества костного цемента для полноценного заполнения пораженное тело позвонка позволяет максимально восстановить опороспособность тела и предотвратить дальнейший его коллапс.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ

Ахроров Ш.К., Салиев М.М., Холов З.С., Жабборбергенов А.Д., Кадыров С.С.

Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Повреждения позвоночника грудопоясничной локализации занимают ведущее место среди повреждений его других отделов и часто сопровождаются грубыми нарушениями анатомических структур позвоночника. В последние годы наблюдается тенденция увеличения тяжелых форм повреждений нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника. Существует много методов оперативного лечения повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника, но на наш взгляд одним из наиболее перспективных методов стабилизации повреждений в остром и раннем периодах травмы является транспедикулярная фиксация позвоночника.

Цель исследования: обосновать дифференцированный подход к хирургическому лечению с применением транспедикулярной фиксации при повреждениях грудного и посничного отдела позвоночника в зависимости от вида повреждения, его стабильности, от конкретной биомеханической ситуации.

Методика транспедикулярной стабилизации основана на учете анатомических особенностей позвонков грудопоясничного отдела позвоночника. Ножка дуги позвонка в этой области самая прочная его часть, что объясняется своеобразной архитектоникой костной ткани. Техника транспедикулярной стабилизации состоит в выполнении заднего спондилодеза металлоконструкциями, укрепленными с помощью резьбовых стержней, вводимых через корни дуг в тела позвонков. По экспериментальным данным прочность фиксации и устойчивость к динамическим нагрузкам при транспедикулярной фиксации повышается в 1,9-2,3 раза по сравнению с использованием различных пластин и стяжек, укрепляемых за остистые отростки.

Установление вида повреждения позвоночника предопределяет выбор лечебной тактики, показания к применению, срок выполнения, патогенетически обоснованный метод хирургического вмещательства. обеспечивает возможность полноценной репозиции поврежденного сегмента позвоночника и ранней активизации больных в послеоперационном периоде, позволяет улучшить качество жизни больных.

Для определения характера повреждения мы использовали универсальную классификацию по Magerl (1994). Основным моментом при диагностике, выбору тактики, метода оперативного лечения пострадавших с тяжелыми повреждениями грудного и поясничного отделов позвоночника, безусловно, является определение стабильности и нестабильности, неосложненный и осложненный характер поврежденного сегмента. Так же при решении вопроса о тактике и срока хирургического лечения определяющее значение мы придавали клиническому состоянию пациента, данным рентгеновского, компьютерно-томографического, магнитно-резонансного обследований. КТ позвоночника, наряду с рентгенографией в стандартных проекциях, является ведущим диагностическим критерием состояния позвоночного столба у больных с переломами позвоночника грудопоясничной локализации. Всем больным с компрессией тела позвонка 8 и более градусов произведено обязательное КТ-исследование. Проанализирован опыт применения метода транспедикулярной фиксации в клинике РСНПЦТО при лечении 226 пациентов с повреждениями позвоночника грудопоясничной локализации в период 1999-2019 годы. Всем пациентам прозводился транспедикулярная фиксация позвоночника различными системами: «Irine», «Мост», «ChM», «Медбиотех», которые применялись в качестве самостоятельного метода или как один из этапов хирургического лечения. 186 пациентам с оскольчатыми переломами тел позвонков без значительного разрушения и дислокации краниальной и каудальной замыкательных пластинок, с непроникающими компрессионными переломами тел позвонков с кифотической деформацией 8 и более градусов, флексионно-дистракционными горизонтальными переломами выполнено одноэтапное оперативное лечение - коррекция кифотической деформации и транспедикулярная фиксация поврежденного сегмента позвоночника. В 15 случаях при выраженном остеопорозе произведена спонгиозопластика по Dick. 16 пациентам с нестабильными взрывными переломами с дислокацией заднего фрагмента в позвоночный канал, когда разрушены вентральная и средняя колонны произведены двухэтапные оперативные вмешательства – внутренняя транспедикулярная фиксация и вентральный спондилодез аутотрансплантатами. У 5 из них с повреждением спинного мозга произведена первым этапом передняя декомпрессия и вентральный спондилодез, вторым этапом - транспедикулярная стабилизация. У всех пациентов для корпородеза в условиях транспедикулярной фиксации использовались массивные моделированные аутотрансплантаты из гребня подвздошной кости или ребра, выполнявшие опорную функцию. 12 больным с преимущественным

повреждением задних опорных комплексов произведена задне-боковая декомпрессия и транспедикулярная фиксация. Надежная фиксация поврежденного отдела позвоночника транспедикулярной стержневой конструкцией позволяет проводить активное послеоперационное ведение больных. После стихания болевых ощущений, обычно на 5-6 сутки после операции, пациентам разрешали ходить без дополнительных средств внешней иммобилизации.

Результаты и обсуждение. Ближайшие результаты хирургического лечения изучены у всех больных, а отдаленные результаты у 174 больных от 1 года до 6 лет. Потеря достигнутой коррекции в пределах 2-3º отмечена нами у 23 больных. У 12 пациентов, прооперированных с застарелыми повреждениями, потеря коррекции составила 7-13º. Частичная потеря коррекции кифотической деформации при одно- и двухэтапных вмешательствах не повлияло на окончательные результаты стабилизации. Достигнуто полноценное сращение оскольчатых, взрывных переломов и при флексионно-дистракционных повреждениях с формированием костного или костно-фиброзного блока. Динамика перестройки костных аутотрансплантатов и сроки формирования межтеловых костных блоков у наших пациентов наблюдались в сроки от 5 до 12 месяцев. Случаев лизиса аутотрансплантатов с формированием псевдоартрозов не было. При одноэтапном лечении фиксацию позвоночника конструкцией осуществляли до консолидации тела позвонка или формирования индуцированного костного блока на уровне поврежденного двигательного сегмента. При двухэтапном лечении длительность фиксации определялась сроком образования костного блока на уровне спондилодеза аутотрансплантатом.

Анализ результатов клинического применения метода внутренней транспедикулярной фиксации показал, что во всех случаях была достигнута конкретная цель – максимальное устранение кифотической деформации, с восстановлением нормальных анатомических взаимоотношений костных структур позвоночного столба и надежной фиксации поврежденного сегмента позвоночника на весь срок сращения. При непроникающих компрессионных переломах, флексионно-дистракционных переломах, вертикальных оскольчатых переломах без значительного разрушения и дислокации замыкательных пластин, проникающих переломах на фоне остеопороза целесообразно проведение одноэтапного оперативного лечения - транспедикулярная фиксация поврежденного отдела в положении достигнутой коррекции кифоза.

Таким образом, транспедикулярная фиксация является современным и эффективным способом лечения повреждений грудного и поясничного отделов позвоночника.

РАЗРАБОТКА И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КЕЙДЖЕВОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИМЕНЯЕМОЙ В ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Кочкартаев С.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Рахимов Н.Н., Мирзаханов С.А.

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

В настоящее время имеются множество имплантатов позвоночника, каждый из которых не лишен недостатков. Образование костного блока – длительный и сложный процесс. В современных условиях этот процесс еще более сложен, так как требование сегодняшнего дня – ранняя реабилитация пациента. Суть разработки титановых имплантатов для лечения повреждений и заболеваний позвоночника заключаются в широком применении титановых кейджей для прочного переднего межтелового спондилодеза шейного, грудного и поясничных отделов позвоночника.

Цель исследования: определение предела упругой работы устройства.

Материал и методы: экспериментальные исследования напряженного состояния исследуемых образцов фиксаторов при действии статических и динамических нагрузок, основаны на тензометрических методах измерений, позволяющих регистрировать величины, изменяющиеся в малом диапазоне. Для измерения деформаций (перемещений) на исследуемых образцах фиксаторов использованы датчики на основе тензорезисторов. Здесь кратко приводим основные соотношения тензорезисторов и условия их эксплуатации при определении деформаций и перемещений в исследуемых элементах конструкций фиксаторов. Электрическое сопротивление проводника определяется из соотношения

$$R = \rho \frac{l}{s}, \qquad (1)$$

где R – сопротивление тензорезистора, Ом; ρ - удельное сопротивление, Ом·мм^2/м;

l – Длина, м; S – площадь поперечного сечения, мм^2.

В общем виде можно записать

$$R = f\,(l, s, \rho).$$

Если принять, что $d\rho/\rho$ - относительное изменение удельного сопротивления, dl/l – относительное изменение длины и ds/s – относительное изменение площади поперечного сечения, то относительное сопротивление R провода можно найти из выражения

$$\frac{dR}{R} = \frac{d\rho}{\rho} + \frac{dl}{l} + \frac{ds}{s}, \quad (2)$$

где $\frac{dl}{l} = \varepsilon$ – относительная деформация. Известно линейная зависимость между относительной деформацией и относительным изменением удельного сопротивления в виде

$$\frac{d\rho}{\rho} = m\varepsilon, \quad (3)$$

где m – коэффициент изменения удельного сопротивления.

Относительное изменение площади выразим как

$$\frac{ds}{s} = \frac{2\pi r dr}{\pi r^2} = \frac{2dr}{r}. \quad (4)$$

Если учесть, что коэффициент Пуассона определяется соотношением

$$\mu = \frac{dr}{r\varepsilon}, \text{ то}$$

$$\frac{ds}{s} = 2\,\frac{dr}{r} = 2\mu\varepsilon. \quad (5)$$

подставляя (5) и 3) в (2), получаем

$$\frac{dR}{R} = (1 + 2\mu + m)\varepsilon.$$

Вводя обозначения

$$k = (1 + 2\mu + m),$$

запишем основное уравнение проволочного эффекта

$$\frac{dR}{R} = k\varepsilon, \quad (6)$$

где k – коэффициент чувствительности тензорезистора. Каждый индикатор регулируется с помощью своего подвижного плеча и имеет определенный предел измерений, начиная от 0,01 *мм* до нескольких сантиметров. Таким образом, одновременное применение два индикатора увеличивает диапазон тарировки датчиков перемещений и при экспериментальных исследованиях позволяет проводить измерения больших деформаций в образцах.

Конструкция системы «устройства кейдж – позвоночник» при осевом сжатии до значения нагрузки P = 15,0 кгс работает в упругом режиме, т.е. без остаточных деформаций. Дальнейшее увеличение нагрузки приводит к появлению пластических деформаций в системе частей кости. До начала эксперимента зазор между частями позвоночника была равна U = 3,08мм. При сжимающей нагрузке P = 30,0 кгс в системе «устройства кейдж –

позвоночник» наблюдается появление пластических деформаций и зазор между частями позвоночника равняется нулю. Обе части позвоночника плотно прижаты друг другу. Дальнейшее увеличение нагрузки приводит к появлению деформаций в системе частей кости, при этом устройство кейдж не получает никаких деформаций. Это показывает, что кейдж имеет достаточную прочность и обеспечивает стабильную работу системы «устройства кейдж – позвоночник» при лечении больных с поврежденным позвоночником.

Выводы: 1. Определены максимальные численные значения нагрузки при котором система «устройства кейдж – позвоночник» работает в упругом режиме, который равен P = 8,0 кгс при этом максимальное значение общей деформации составляет Uмм = 0,68 мм, а значение остаточной деформации отсутствует.

2. Разработана методика измерений относительных микроперемещений в месте установки системы «устройства кейдж – позвоночник» для лечения повреждений позвоночника на действия различных нагрузок.

3. Устройство можно использовать при лечении повреждений позвоночника т.к. кейдж имеет достаточную прочность и обеспечивает стабильную работу системы при лечении больных с поврежденным позвоночником.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Кочкартаев С.С., Данилова Е.А., Шатурсунов Ш.Ш., Осинская Н.С.

Республиканский научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Институт ядерной физики Академии Наук, Ташкент

Целью настоящего исследования явилось оценка изменения гомеостаза межпозвонкового диска, в частности изучение микроэлементного состава межпозвонкового диска при различных стадиях развития грыж поясничного отдела позвоночника с помощью инструментального нейтронно-актвационного анализа.

Материалы и методы: Материалом исследования послужили ткани межпозвонковых дисков (МПД), полученные интраоперационно с уровней VL3-4

VL4-5 VL5-S1 позвонков. Весь биоматериал был разделен на 3 группы по стадии развитие грыжи МПД. Первую группу (А) составили пациенты с начальной стадией развития дегенеративного процесса в дисках; вторую (В) группу пациентов со средней стадией развития дегенеративного процесса в дисках и третью (С) группу - с третьей выраженной стадией развития дегенеративного процесса.

В первую группу вошли 8 фрагментов тканей удаленной части грыжи МПД, с развитием грыжи диска размерами от 3 до 5 мм. Удаленный фрагмент диска по консистенции был близок к нормальному, но творожистого характера, повышенного уровня гидрофильности ткани, фрагменты удалялись комочками в виде мелких кусочек.

Вторую группу составили пробы полученные во время операции у 7 пациентов с 2-ой – 3ей степени развития остеохондроза с развитием грыжи диска размерами от 4 до 7 мм. Биопрепарат по консистенции напоминал ткань волокнисто-соединительного характера, меньшей гидрофильностью, эластичная, растягивающаяся но при этом быстро рвущуюся, диски удалялись частями.

Третью группу полученных проб составили 7 биопрепаратов с 3-4 степеню развития дегенеративно-деструктивного изменения позвоночно-двигательного сегмента позвоночника, с развитием грыжи межпозвонковых дисков интраканальной и подвязочной локализации, с 7 мм и более.

Исследование образцов биоматериала на содержание макро – и микроэлементов проводился в лаборатории активационного анализа Института ядерной физики АН Республики Узбекистан инструментальным нейтронно-активационным анализом (ИНАА). Метод позволил определить содержание 22 эссенциальных микроэлементов.

Методика подготовки образцов. Полученные интраоперационные фрагменты межпозвонкового диска были промыты дистиллированной водой и высушены до постоянного веса в сушильном шкафу при температуре не выше 60^0С. Высушенные образцы растирали в фарфоровой ступке до однородной массы, затем взвешивали (по две навески: 40 мг – для анализа по короткоживущим радионуклидам и 90-100 мг – для анализа по средне- и долгоживущим радионуклидам) и упаковывали в маркированные полиэтиленовые пакеты.

Разработанная методика нейтронно-активационного определения элементов заключался в следующем:

- Определение короткоживущих радионуклидов. Образцы облучали в вертикальном канале реактора потоком нейтронов 5.10^{13} нейтрон/см^2.сек в течение 15 сек. Измерение наведенной активности проводили дважды – через 15-

10 мин после облучения для определения хлора и через 4 часа - для определения натрия, меди, калия и марганца;

- Определение среднеживущих радионуклидов. Для определения содержания кальция, брома, лантана, золота те же образцы заворачивали в алюминиевую фольгу и облучали в мокром канале реактора в течение 15 час. Измерение наведенной активности проводили через 10 дней после облучения по соответствующим нуклидам;

- Определение долгоживущих радионуклидов. Для определения содержания долгоживущих радионуклидов, облученные в течение 15 час пробы, измеряли через месяц после облучения по соответствующим γ-линиям.

Результаты и обсуждение. В результате проведенного ИНАА изучен микроэлементный состав тканей при грыжах МПД поясничного отдела позвоночника и получены соответствующие количественные показатели содержания микроэлементов в исследуемых биосубстратах представленных в таблице 1. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Microsoft Excel 2007. Анализ количественных содержаний элементов позволил характеризовать изменение элементного состава тканей диска по мере развития дегенеративного процесса заболевания от одной группы в другой.

Сравнение изменений в содержание определенных элементов Au, Br, Cr, Hg, Hf, Ni, Sc, Fe и Co показало снижения содержания этих элементов в тканях диска происходит по мере развития дегенеративно-деструктивного процесса от 1-ой группы к третьей, и при этом увеличивается содержание калия, селена и цинка. Сравнивая данные этих элементов, можем сказать, что организм теряя одни элементы (Fe, Cr, Br), замещает их увеличением других элементов (K, Zn).

Содержание Na меняется по мере развития заболевания, как известно, он участвует в регуляции распределения водного баланса. Резкое изменение в виде снижение и повышение этого элемента в различных стадиях заболевания характеризует нарушение водного баланса, что приводит к включению в этот процесс эссенциального элемента хлора (Cl) содержание которого тоже компенсаторно меняется в количественном составе. Это происходит видимо из-за включения компенсаторного механизма регуляции кислотно-щелочного равновесия в тканях.

Содержания ряда микроэлементов в начале развития дегенеративного процесса снижается а затем повышается. К таким элементам относятся Mn, Br, Sr, Ni. Что касается кальция (Ca), то во второй группе содержание кальция резко снижается, практически в 2 раза, а потом повышается почти в 3 раза. В процессе дегенерации в начальном периоде заболевания происходит вымывание кальция из хрящевой составляющей межпозвонкового диска, но по мере развития болезни и

перехода в более тяжелую стадию происходит кальцинирование мягких тканей диска.

Обращает на себя внимание на содержание марганца и цинка, которые являются синергистами участвуют в конформации молекул РНК. По мере развития заболевания содержание этих элементов снижается, но в дальнейшем их содержание повышается и приближаются к значениям группы А, что возможно объяснимо адаптационными процессами происходящими в организме человека.

Выводы: Установлено, что в процессе развития дегенерации в тканях межпозвонковых дисков происходит изменение содержание эссенциальных микроэлементов, что приводит к нарушению метаболических процессов в тканях МПД. В тканях нарушается регуляция кислотно-щелочного равновесия, поступления кислорода, обмена нутриентов. Изменение содержание кальция, стронция, цинка свидетельствуют о кальцинирование тканей диска. Корреляция микроэлементного состава тканей диска и течение дегенеративного процесса могут быть использованы для прогнозирования состояние больного и выбора адекватного лечения.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Хужаназаров И.Э., Абдусатторов Х.А., Алимов И.Р., Гадоев К.К.

Ташкентская медицинская академия

Цель: Улучшение результатов лечения неосложненных переломов поясничного отдела позвоночника с учетом от степени тяжести деформация и компрессия тела позвонка.

Материалы и методы. Исследование проводилось по результатам изучения 157 историй болезни и больных, находившихся на лечении в клинических базах Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра нейрохирургии и нейрохирургического отделения III клиники Ташкентской медицинской академии в период с 2014 по 2019 года по поводу неосложненных травм поясничного отдела позвоночника.

Мужчины составляли 97 (62%), женщины 60 (38%). Из инструментальных методов обследований больным было проведена спондилография – 157 (100%) больным, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) – 122 больным (78%), магнитно-резонансная

томографии (МРТ) – 104 больным (66%), электронейромиография (ЭНМГ) – 35 (22%) больным, рентгенденситометрия (РД) – 28 (18%) больным.

72% составляли больные с неосложненными компрессионными переломами тел позвонков. Из числа 115 (72%) больных с компрессионными переломами тел позвонков, у 42 (27%) компрессионных перелома возникли в следствии остеопороза. Немаловажно отметить, что среди всех компрессионных переломов тел поясничного отдела позвоночника перелом VL1 составили – 31 (20%) больной, VL2 – 28 (18%) больных, VL3 – 19 (12%) больных, VL4 – 16 (10%) больных, VL5 – 21 (13%) больных.

Из общего числа больных (n=115) с компрессионными переломами тел позвонков, у 86 (55%) больных отмечалась кифотическая деформация с различным градусом отклонения оси позвоночника. Измерение градуса отклонения оси в результате кифотической деформации позвроночника проводилось с помошью созданой нами компьютерной программы.

Основную массу составляли больные с точкой отклонения оси не выше 20 градусов. Из клинических проявлений у всех больных отмечался локальный или разлитой болевой синдром и ограничение движений в позвоночнике. Клиническое состояние больных оценивалось согласно общепринятой шкале ВАШ. В наибольшем случае составили больные с умеренной и сильной болью. С учетом степени выраженности болевого синдрома и градуса отклонения оси позвоночника определялась тактика лечения больных. При этом, среди 86 больных с отклонением оси позвоночника, у 64 (41%) больных отмечалось отклонение позвоночника до 20 градусов и в данном случае не требовалось хирургического выравнения оси позвоночника. У остальных 22 (14%) больных отмечалась необходимость в восстановлении оси позвоночника. Несмотря на это, из 64 (41%) больных, у 42 (27%) отмечался умеренный и сильный болевой синдром, не купирующийся анальгетиками. Таким образом, хирургическое лечение осуществлялось 64 (41%) больным с целью восстановления оси позвоночника и купирования болевого синдрома. Из методов хирургического лечения нами проведена:

- перкутанная вертеброплатика (ПВП) – 42 (27%) больным;
- перкутанная кифопластика (ПКП) с восстановлением оси позвоночника – 8 (5%) больным;
- открытое хирургическое вмешательство с восстановлением оси позвоночника и установкой систем транспедикулярной фиксации – 14 (9%) больным. Остальным 93 (59%) больным проводилась консервативная терапия.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: динамика и выраженность болевого синдрома согласно шкале ВАШ и результатам инструментальных методов лечения (спондилография, МСКТ и МРТ поясничного отдела позвоночника).

Среди 157 (100%) больных, получивших стационарное лечение, 64 (41%) больному произведено хирургическое лечение. Из них 42 (27%) больным произведена перкутанная вертебропластика, 8 (5%) больным кифопластика с восстановлением оси позвоночника, 14 (19%) больным открытое восстановление оси с установкой ТПФС. При этом, согласно шкале ВАШ у больных, которым проведена перкутанная вертебропластика полный регресс болевого синдрома составил у 88% больных, после проведенной ПКП полный регресс болевого синдрома составил у 100% больных, после проведенной установки ТПФС полный регресс болевого синдрома составил у 57% больных.

Выводы: Оценка клинического состояния больных с неосложненными переломами поясничных позвонков с измерением оси отклонения позвоночного столба в результате кифотической деформации создает условия для адекватного выбора тактики лечения больных. Адекватное восстановление оси позвоночника методом хирургического лечения способствует значительному снижению болевого синдрома у больных с неосложненными переломами тел позвонков.

ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Хужаназаров И.Э., Гадоев К.К., Абдусаттаров Х.А., Алимов И.Р., Косимов А.А.

Ташкентская медицинская академия

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных с дегенеративным спондилолистезом путем совершенствования диагностики и тактики хирургического лечения.

Материал и методы: Исследование проводилось на основании анализа историй болезни 57 больных, находящихся в 2015-2019 гг. на лечении в отделении травматологии и ортопедии РКБ-1 и нейрохирургическом отделении 3-й клиники ТМА. Среди обратившихся больных, большинство

составляли лица в возрасте от 35 до 50 лет. Мужчины составляли 20 (35,1%), женщины 37 (64,9%). Больные разделены на 4 возрастные группы. Под наблюдением были пациенты только с нестабильным дегенеративным спондилолистезом с клиникой локальной вертебральной боли без грубой неврологической симптоматики.

Из инструментальных методов исследования у 57 (100%) больных проведена спондилография, у 32 (56,1%) – мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), у 52 (91,2%) – магнитно-резонансная томография (МРТ), у 17 (29,8%) – электронейромиография (ЭНМГ).

При выборе тактики хирургического лечения больных учитывали выраженность болевого синдрома, онемения и степень смещения позвонка. Редукция с установкой систем ТПФ проведена у 34 (59,6%) больных, установка ТПФ – у 15 (26,3%), фиксация межтеловым кейджем – у 8 (14,1%).

Результаты: Динамика состояния больных оценивалась в раннем и отдаленном периодах лечения, в сроки от 1-й недели до 2-х лет после лечения. В послеоперационном периоде для упрощения оценки результатов лечения было проведена оценка клинического состояния больных согласно шкале ВАШ для каждого метода хирургического лечения отдельно.

У 34 (59,6%) больных с нестабильным дегенеративным спондилолистезом выполнена редукция с установкой ТПФ. В отдаленном периоде болевой синдром, точнее очень сильные боли, сохранялся у 1 больного. Из 28 (82,3%), которые жаловались на сильное онемение, в отдаленном периоде они оставались только у 3 (8,8%). Эти пациенты в пред- и послеоперационном периоде не получали лечебные процедуры. У 6 больных со слабым онемением в отдаленном периоде онемений совсем не наблюдалось.

15 (26,3%) с нестабильным дегенеративным спондилолистезом были установлены ТПФ. У 7 (46,7%) из этих больных до операции отмечался сильный болевой синдром, который в отдаленном периоде сохранялся у 2 (13,3%) из них. В отдаленном послеоперационном периоде у 9 (60%) наблюдалось, у 2 (13,3%) из них сильное онемение обнаруживалось в зонах дерматома. В этой группе у 6 (40%) больных до операции наблюдалось слабое онемение. После операции чувство слабого онемения оставалось только у 1 (6,7%) больного.

Из числа больных, у которых для фиксации нестабильного дегенеративного спондилолистеза был использован межтельным кейджем, слабый болевой синдром до операции наблюдался у 4 (50%), в отдаленном послеоперационном периоде сохраняясь у 2 (25%). В предоперационном периоде болевой синдром средней силы отмечался у 2 (25%) пациентов, в

послеоперационном периоде – у 1 (12,5%). Симптом сильного онемения перед операцией имел место у 4 (50%) больных, в отдаленном периоде у 2 (25%). На чувство слабого онемения в предоперационном периоде жаловались 4 (50%) больных, после операции оно сохранялось у 2 больных.

Операция редукции с установкой ТПФ выполнена 34 (59,6%) больным с нестабильным дегенеративным спондилолистезом. Хороший результат получен у 29 (85,3%) из них, у 2 (5,8%) пациентов результат был удовлетворительным, у 3 (8,9%) неудовлетворительный результат был обусловлен за счет клинических признаков (боль и онемение). Из 15 (26,3%), которым был установлен ТПФ, у 9 (60%) наблюдался хороший результат, у 4 (26,7%) – удовлетворительный, у 2 (13,3%) – неудовлетворительный. У остальных 8 (14,1%) пациентов была проведена операция фиксации с помощью кейджа. У 3 (37,5%) получен хороший результат, у 2 (25%) – удовлетворительный, у 3 (37,5%) результат был неудовлетворитедьным.

Выводы: Оценка клинического состояния больных с определением выраженности болевого синдрома с помощью шкалы ВАШ и онемение в дерматомной зоне диктуют необходимость адекватного выбора тактики хирургическая лечения. Адекватная редукция оси позвоночника методом хирургического лечения с фиксацией способствует значительному снижению болевого синдрома у больных со стабильным дегенеративным спондилолистезом поясничного отдела позвоночника.

УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЕЛ ҚИСМИ ДЕГЕНЕРАТИВ НОСТАБИЛ ХОЛАТЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК ЙУЛИ ДАВОЛАШ

Шавкатов Б.Ш., Шермухаммедов А.Б, Муминов А.М.

Андижон вилоят травматология ва ортопедия шифохонаси

Умуртқа поғонаси остеохондрозида клиник ва неврологик синдромларини келиб чиқишига аксарият холларда умуртқа поғонаси дегенератив ностабиллиги ва умуртқа канали нерв-кон-томирларини эзилишлари сабаб бўлади. Умуртқа поғонаси дегенератив ностабиллигида турли хил клиник ва патоморфологик белгиларини номоён бўлиши, ушбу патологик жараённи жаррохлик усулида даволашда ўзига хос ёндашишни талаб қилади. Бундай ёндашишга касалликни клиник, морфологик ва этиологик келиб чиқишини инобатга олган холда, кам жарохатлик ва патогенетик даволашни тақозо қилади. Бу патологик холатни ва умуртқа поғонаси бел қисми дегенератив ностабиллигини даволаш мақсадида бир

нечта даво турлари ишчаб чиқарилган ва амалиётда қўлланилмоқда. Булардан декомпрессияловчи, мустахкамловчи (стабилизацияловчи), декомпрессия-стабилловчи жаррохлик муолажаларидир.

2018-2020 (биринчи ярим чорак) йиллар мобайнида Андижон вилоят травматология ва ортопедия шифохонаси «Ортопедия» бўлимида бел умуртқалари дегенератив ностабиллиги аниқланган 42 нафар беморларга «IRENE” фирмасида ишлаб чиқарилган транспедикуляр мослама (ТПФ) ёрдамида умуртқа поғонасини стабилловчи жаррохлик муолажалари ўутказилди.

Олинган беморлар ёши 21 ёшдан 54 ёшгача. Булардан эркаклар 64,5%, аёллар эса 35,5% ташкил қилади. Ушбу беморларни шикоятлари бел умуртқаларидаги оғриқларни тик турган холатда пайдо бўлиши ва бу оғриқларни харакат ва жисмоний зўриқиш вақтида кучайишидир. Бундан ташкари оғриқлар ишиалгия ва люмбоишиалгия кўринишида хам намоён бўлади. Бизнинг беморларда бу оғриқларни хар иккиси хам деярли бир хил фоизларда учради. Ишиалгия белгилари 23 (54,7%) нафар беморларда, люмбоишиалгия белгилари эса 19 (45,3%) нафар беморларда кузатилди.

Умуртқа погонаси бел қисми дегенератив ностабиллигини (I-II даражали дегенератив спондилолистез) аниқлаш мақсадида рентгенорамма (функционал рентгенограмма), компьютер томогрфияси, магнит резонанс томография хамда МСКТ текширувлари ўтказилди. Олинган 42 нафар беморларни хаммасида умуртқа поғонаси бел қисми дегенератив ностабиллиги кузатилди. Бу беморларни 4 (9.5%) нафарида умуртқа поғонаси бел қисми дегенератив ностабиллигини дискоген тури, 7 нафарида (16.7%) дискартроген тури, 31 (73.8%) нафар беморда эса дискоартростеоген тури яъни I-II даражали дегенератив спондилолистез кузатилди. Беморларни 2 (4.9%) нафарида умуртқа поғонаси дегенератив ностабиллиги VL3-4 сегментида, 17 (40,4%) нафарида VL4-5 сегментида, қолган 23 (54.7%) нафарида эса VL5-S1 сегментида аниқланди. Беморларни барчасига умуртқа поғонасини орқа томонлама транспедикуляр мослама (IRENE) билан стабилизациялов-декомпрессияловчи жаррохлик муолажаси ўтказилди.

Ўтказилган жаррохлик муолажаларини яқин, эрта ва узоқ натижалари олинди (яқин натижалар – беморнинг шифохонада бўлган ва жаррохлик муолажасидан кейинги кунлари, эрта натижалар – шифохонадан рухсат берилгандан амбулатор даволанишгача, узоқ натижалар – эса жаррохлик муолажасидан сўнг 6-9 ойдан кам бўлмаган муддатда). Жаррохлик муолажаси ўтказилган беморларда дастлабки иккинчи-учунчи кундаёқ умумий холсизлик, бел сохасидаги оғирлик, ишиалгия ва люмбоишиалгия белгилари 27 (64,2%) нафар беморлардан бартараф этилди, 11 (26,1%) нафар

беморларда ушбу холатлар нисбатан камайди, факатгина 4 (9.7%) нафар беморларда умуртқа поғонаси бел қисмидаги суст оғриқлар ва умумий холсизлик белгилари сақланиб қолди. Вақт ўтган сари жаррохлик муолажаси натижалари ижобий томонга ўзгариб борди. Жаррохлик муолажасидан 6-12 ой ўтгандан сўнг 35 (83,4%) нафар беморларда оғриқлар бутунлай йуқолди, 7 (16,6%) нафар беморларда эса бел сохасидаги суст оғриқлар нисбатан камайди. Жаррохлик муолажасидан сўнгги эрта натижалар шуни кўрсатадики: 35 (83,4%) нафар беморларда яхши натижаларга эришилди, 7 (16,6%) нафар беморларда эса нисбатан қониқарли натижалар олинди. Бизнинг беморларда олинган натижалар орасида қониқарсизлари кузатилмади.

Жаррохлик муолажасидан 6-12 ойлардан сўнг беморларни барчасида умуртқа поғонаси бел қисмини умумий-функционал рентгенограммаси ва МСКТ текширувлари ўтказилди. Юқоридаги текширувлар натижалари шуни кўрсатадики, ўтказилган жаррохлик муолажасидан сўнг умуртқа-харакат сегментида ностабил холатлар ва умуртқа таналаридаги металл мосламаларини сурилиши (миграция) белгилари кузатилмади.

Ортопедия бўлимида қўлланилаётган (IRENE) фирмасини транспедикуляр мосламаси умуртқа поғонаси бел қисми анатомик-функционал патологияларида, дегенератив ностабиллик ва спондилолистезларда қўллаш имкониятини беради. Умуртқа поғонаси бел қисми дегенератив ностабиллиги ва спондилолистезларда транспедикуляр мослама қўлланилиши, жаррохлик муолажаси ўтказилган умуртқа-харакат сегментида, сегментар ва анатомик номутаносибликни тиклайди, хамда эришилган коррекцияни стабилловчи вазифасини ўтайди. Транспедикуляр мослама ёрдамида ўтказилган жаррохлик муолажаси, беморларни эрта активлаштириш (2-3 кун) ва стационар даво муддатини камайишига олиб келади.

МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДИСКЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ДИСКА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шавкатов Б.Ш., Аюбов Ф.С., Шермухаммедов А.Б

Травматолого-ортопедическая больница, Андижан

В Андижанской ортопедической больнице с начала 2018 года микрохирургическая дискэктомия при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника выполнена 76 больным. Из них мужчин – 49, женщин – 27. По возрастным группам пациенты распределялись следующим образом: 20-30 лет – 18 больных, 30-40 лет – 24 больных, 40-50 лет – 31 больной, до 70 лет - 3 больных. Уместно отметить, что у подавляющего числа пациентов длительность последнего обострения составляла свыше 6-9 месяцев, а упорно проведенная консервативная терапия в неврологических клиниках была неэффективной.

Поражения диска на уровне сегмента L1-2 имело место у 2 больных, L3-4 – 3 больных, L4-5 – у 38 больных, сегмента VL5-VS1 – у 33. В 5 случаях было выявлено двухуровневое поражение грыжи диска. Распределение грыж по поперечнику позвоночного канала было следующим: срединные – 12, парамедиальные – 24, заднебоковые – 40 случаев. Локализация грыж под задней продольной связкой отмечена у 43 больных, транслигаментарное расположение – у 26 больных, секвестрация со смешением свободных фрагментов диска по длине (вверх или вниз) позвоночного канала - у 7 больных.

Диагностический комплекс включал общеклиническое, анамнестическое, неврологическое обследования, обзорную и функциональную рентгенографию поясничного отдела позвоночника, а также КТ, МРТ и МСКТ. Планирование уровня хирургического вмещательства базировалось на принципе клинико-морфологического соответствия, согласно которому операция должна быть направлена на устранение патоморфологического субстрата развившейся клинической симптоматики.

Анализируя результаты выполненных 76 оперативных вмешательств, мы с удовлетворением констатировали малое количество интра- и послеоперационных осложнений. Ниу одного из пациентов не отмечено усиление болевого синдрома после операции. В большинстве случаев боль регрессировала в первые дни после операции, что свидетельствовало об

адекватной декомпрессии нервно-сосудистых образований. Только в 3 случаях во время операции мы столкнулись со значительным кровотечением из варикозно расширенных эпидуральных вен. Последнее ликвидировалось тампонадой с перекисью водорода или гемостатической губкой. Повреждений твердой мозговой оболочки и спинномозговых нервов, о которых пишут другие авторы, мы не наблюдали. В ближайшем послеоперационном периоде не отмечены также гнойно-воспалительные осложнения, как со стороны операционной раны, так и со стороны внутренних органов.

Средний срок пребывания больных в стационаре после операции составил 3,7 койко-дня.

Оценка результатов микрохирургической дискэктомии производилась нами на основании критериев по ВАШ от 0 до 5 баллов, учитывающих регресс болевого синдрома и по индексу Освестри по шкале от 0 до 100%, учитывающих восстановление трудоспособности. Значение 0 баллов по ВАШ – нет боли, 5 баллов – прикован к постели. Значение индекса Освестри от 0 до 20% означают минимальные функциональные нарушении, от 21 до 40% - умеренные, от 41 до 60% - тяжелые, от 61 до 80% - инвалидизирующие, значение от 81 до 100% свидетельствуют о нарушениях, приковывающих к постели или преувеличении жалоб.

Результаты хирургического лечения оценены как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные.

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у всех 76 больных. Спустя 6-12 месяца при контрольных осмотрах отмечали боли нерезкие, эпизодические в поясничной области или нередко радикулярного характера 11 (14,4%) больных. Все 76 больных сохранили трудоспособность, некоторые с определенными ограничениями физических нагрузок.

Залогом высоких процентов хороших и удовлетворительных результатов послужило тщательное изучение клинико-анамнестических данных, учет патоморфологических изменений в позвоночном канале (нестабильность, дегенеративный стеноз и др.), точная топическая диагностика грыжи межпозвонокового диска. Как показывает наш опыт, на особенности и объем операции влияют не только локализация грыжи, но и, главным образом, размеры межламинарного отверстия, суставных отростков, выраженность спаечного процесса и состояние эпидуральных вен. Если в дооперационном периоде кроме грыжи диска определяется дегенеративный стеноз позвоночного канала и явления нестабильности позвоночно-двигательного сегмента, то уместно дискэктомию завершить выполнением

медиальной фасетэктомией и стабилизация с транспедикулярным фиксатором.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ

Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Мирзаханов С.А., Рахимов Н.Н.

ГУ Республиканский специализированний научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Проблема лечения поясничного спондилолистеза несмотря на определенные достижения остается актуальной проблемой современной вертебрологии. Обычно заболевание протекает латентно, без выраженной симптоматики, а ее появление чаще всего свидетельствует декомпенсации статики и биомеханики в пораженном сегменте позвоночника. Операция общепризнанно остается методом выбора в лечении данной категории больных, особенно на фоне стойких болей и неврологических расстройств. Однако по данным литературы, процент неудовлетворительных результатов лечения остается достаточно высоким.

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 оценивали 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.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ ПЛАЗМЕННОЙ НУКЛЕОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Рахимов Н.Н., Мусаев Р.С., Кочкартаев С.С., Каракулов К.Х.

ГУ Республиканский специализированний научно практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Цель исследования. Улучшение специализированной медицинской помощи больным с дегенеративными заболеваниями позвоночника путем малоинвазивных высокотехнологичных способов лечения.

Материал и методы. Холоднoплазменная нуклеопластика выполнена у пациентов более молодых возрастных групп - 32 пациентам (14 женщин, 18 мужчин) в возрасте от 18 до 40 лет с начальной стадией грыжи межпозвонковых дисков разной локализацией в поясничном отделе позвоночника. У всех больных произведена кобляция в поясничном отделе. Всем пациентам в дооперационном периоде проводилось консервативное лечение, которое не дало эффекта. Обследование пациентов включало клинические, рентгенологические и МРТ данные. Манипуляцию проводили под ЭОП-контролем.

Результаты: После нуклеопластики всем больным в сроки с 6 до 12 месяцев было проведено МРТ исследование, по данным последнего у 27 больных отмечалось уменьшение грыжи от 1,2 мм до 3,3 мм. У 5 больных размер грыжи не уменьшился, но изменилась ее форма до каплевидной, которую мы объясняем как снижением внутридискового давления.

Заключение. Проведенная нами плазменная нуклеопластика пациентам с дегенеративными заболеваниями межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника приводит к уменьшению болевого синдрома, уменьшению размеров грыж дисков и к уменьшению компрессии нервных образований.

РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТКАНЕЙ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Ш.Ш.Шатурсунов, С.С.Кочкартаев, С.А.Мирзахонов, Н.Н.Рахимов, Р.С.Мусаев, К.Х.Каракулов

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

Представлены результаты проведенных гистологических исследований межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника при грыжах МП дисков поясничного отдела позвоночника. Материалом исследования послужили более 62 межпозвонковых дисков, удаленных во время операции у 62 больных в возрасте 25-55 лет. Результаты морфологического исследования операционного материала разделены на три группы по степени разрушения.

Характерными чертами патологии МП диска остаются разрушение его структур. Распространение фиброзной ткани в МП диске. Первоначально структура рыхловолокнистая, богатой фибробластами соединительной ткани, по мере прогрессирования дегенерации, хрящевая ткань замещается склерогенной тканью и, созревая, приобретает строение грубоволокнистой соединительной ткани. В центральных отделах склерозированных тканей фиброзного кольца обнаруживаются сосудистые образования из множества тонкостенных капилляров, тянующиеся в сторону пульпозного ядра. Наблюдается бурно распространяющееся врастание рубцовой ткани в диск.

Изучение гистологических изменений позволяет выявить характерные особенности течения дегенерации и нарушения метаболизма основных компонентов межклеточного вещества межпозвонкового диска.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ

Шатурсунов Ш.Ш., Мусаев Р.С., Кочкартоев С.С., Мирзаханов С.А., Коракулов К.Х., Рахимов Н.Н.

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

Лечение нестабильных неосложненных переломов тел грудо-поясничного отдела позвоночника на фоне остеопороза имеет ряд особенностей и сложно решаемых задач. Особенностями данной группы пациентов является наличие большого количество сопутствующей соматической патологии, переходящей в результате травмы и длительного постельного режима в стадию декомпенсации.

Остеопороз позвоночника ограничивает применение современных метало-фиксаторов и диктует необходимость восстановления опороспособности переднего опорного столба.

Чрезкожная пункционная баллонная кифопластика является современным малоинвазивным способом стабилизации нестабильных остеопоротических переломов грудо-поясничного 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.

Цель исследования: изучение эффективности чрескожной пункционной баллонной кифопластики при остеопоротических переломах грудо-поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. В период с 2016 по 2018 гг. нами выполнено 35 операций чрескожной пункционной баллонной кифопластики у пациентов с остеопоротическими переломами грудопоясничных позвонков. Возраст больных составлял от 48 до 69 лет, средний возраст составил – 58,5 года, женщин было 21, мужчин - 14. У 27 пациентов была выполнена баллонная кифопластика на одном уровне, у 5 пациентов - на двух позвонках и у 3 пациентов - на трёх уровнях. 23 (75,7%) остеопоротических переломов были локализованы в грудном отделе позвоночника, 12 (24,3%) – в поясничном. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса, лучевые методы диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, денситометрия.

Результаты: При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения использовали клиническое обследование, определяли качество жизни с помощью адаптированного опросника Освестри, болевой синдром определяли по визуальной аналоговой шкале, выполняли рентгенографию позвоночника в двух стандартных проекциях с последующим рентгено-морфометрическим анализом характера повреждения и отдаленного результата.

Заключение: Чрезкожная пункционная кифопластика позволяет осуществить малоинвазивную малотравматичную стабилизацию переломов тел позвонков грудо-поясничного отдела позвоночника на фоне остеопороза, восстанавливая прочностные характеристики поврежденного позвонка.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мирзахонов С.А., Рахимов Н.Н., Мусаев Р.С., Каракулов К.Х.

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

Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника составляют одну из наиболее сложных и актуальных проблем современной вертебрологии и занимает лидирующее положение по потере трудоспособности в индустриально развитых странах. Анализ научной литературы по проблеме лечения больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями и грыж МП дисков поясничного отдела позвоночника свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода к выбору метода консервативного и оперативного лечения.

Цель исследования: изучение томографических и клинических результатов рассасывания грыж межпозвонковых (МП) дисков поясничного отдела позвоночника.

Материал и методы. Проведен анализ результатов ортопедического лечения 558 больных с грыжами МП дисков поясничного отдела позвоночника. Ортопедическое лечение включало в себя комплекс мероприятий: а) эпидуральное введение лекарственных препаратов; б) тракция позвоночника с мануальной терапией; в) медикаментозная терапия; г) электронейростимуляционная терапия; д) физиотерапевтические процедуры с ЛФК. Диагностика осуществлялось КТ, МРТ, МСКТ, рентгенографическими и электронейромиографическими исследованиями.

Результаты и обсуждение. Результаты лечения изучались проведением повторных компьютерно-томографических, магнитно-резонансно-томографических и клинических обследований. При изучении результата лечения у 357 больных в 258 случаев отметили хороший результат, который заключался в исчезновении болевого синдрома, регресса неврологических и ортопедических проявлений. Из них у 113 больных в отдаленным периоде через 1,5-2 года были проведены контрольные томографические исследования и установлено у 32 пациентов полное исчезновение грыжи МП диска. У 66 пациентов наблюдалось уменьшение размеров грыжи диска на 50%, и в 52 случаях уменьшения размеров грыжи на 30%.

Заключение. Регресс клинических и томографических проявлений грыжи МП диска представляет исключительную важность в лечении больных с остеохондрозом. Обнаруженный нами регресс грыжи МП диска или феномен рассасывания грыжи диска представляет исключительную важность в лечении больных остеохондрозом и дает основание отказаться от хирургического лечения у значительной части больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ГЕМАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Кобилов А.О.

ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологиии ортопедии, Ташкент

Гемангиомы позвоночника встречаются в популяции с частотой 10-11%, средний возраст развития заболевания составляет 30-45 лет, свыше 2/3 больных составляют женщины.

Наиболее часто (70-75%) поражается грудной отдел позвоночника. Сопутствующее поражение задних элементов отмечается в 10-15% случаев, распространение опухоли паравертебрально и в эпидуральное пространство встречается в 3-4% случаев, вовлечение в процесс межпозвонкового диска не отмечается.

В 10-15% случаев отмечается агрессивное течение процесса, характеризующееся ростом опухоли, что приводит к бочкообразной деформации тела пораженного позвонка, с выбуханием главным образом боковых поверхностей, снижению механической прочности, за счет разрушенных костных трабекул. Подобное клиническое течение, сопровождается выраженным, локальным болевым синдромом в области остистого отростка пораженного позвонка или в паравертебральной области. Дальнейшее прогрессирование, приводит к развитию патологического перелома, часто сопровождающегося неврологическими расстройствами, в следствии экстрадуральной гематомы.

Цель: изучение эффективности перкутанной вертебропластики при агрессивных гемангиомах позвоночника.

Пациенты и методы: метод вертебропластики был разработан в 80-х годах 20 века французским нейрохирургом P.Galibert и нейрорадиологом H.Deramond. С 1990 г., данная методика получила широкое применение в США. По данным D.Hussbaum в США только в 2002 году выполнено 38000 пункционных вертебропластик.

Процедура вертебропластики заключалась во введении в тело позвонка транспедикулярно под ЭОП контролем костного цемента. В основном использовали костный цемент «Simplex» фирмы «Stryker», объем введенного цемента колебался от 3 до 8 мл.

В период с 2010 по 2013 г. нами выполнено 78 операций вертебропластики у пациентов с гемангиомами тел грудопоясничных позвонков. Возраст больных составлял от 28 до 61 года, средний возраст составил – 48,2 года, женщин было 45, мужчин 33. У 66 пациентов была выполнена вертебропластика на одном уровне, у 12 пациентов была выполнена вертебропластика гемангиом двух позвонков. 52 (66,7%) гемангиом были локализованы в грудном отделе позвоночника, 26 (33,3%) – в поясничном. Предоперационное обследование включало оценку общего состояния больных, ортопедического, неврологического статуса, лучевые методы диагностики: обзорная рентгенография позвоночника, МРТ, КТ, в некоторых случаях выполнялась денситометрия.

Результаты: Интенсивность болевого синдрома и оценка функционального состояния проводилась по шкале Watkins, а также по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и индексу нетрудоспособности Oswestry. У всех пациентов в течение 24-72 часов наблюдался удачный результат с полным избавлением от болевых симптомов. Экстравертебральные цементные утечки наблюдались у 5 пациентов, без каких либо клинических проявлений. Клиническое и радиологическое наблюдение до 3 лет проводилось у 54 пациентов и показало стабильность результатов лечения и отсутствие боли.

Заключение: Перкутанное лечение методом вертебропластики при агрессивных гемангиомах является ценным, малоинвазивным и быстрым методом, который дает полное и продолжительное избавление от болевых симптомов в спине без обнаружения переломов тел смежных позвонков.

Мундарижа
Содержание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ АРТРОЛОГИИ

Асилова С.У., Акрамов В.Р., Садиев Б.М., Фозилов А.В. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С КОКСАРТРОЗОМ ПУТЕМ ПРИМЕНЕНИЯ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЁННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ……..... 4
*Асилова С.У., Артиков Т.К.*ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ БОКОВЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА 5
Ирисметов М.Э., Фозилов Х.Т., Мўминов А.Ш., Хакимов Ш.Қ. ТИЗЗА БЎҒИМИ ДЕФОРМАЦИЯЛОВЧИ ОСТЕОАРТРИТИДА ТИЗЗА БЎҒИМИ ДЕБРИДЕМЕНТИ ВА ЮҚОРИ ФИБУЛЯР ОСТЕОТОМИЯНИНГ РОЛИ..... 6
Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Рустамова У.М., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б. ОСОБЕННОСТИ ОБСЛЕДОВАНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ РАЗРЫВОВ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ…… 7
Ирисметов М.Э., Таджиназаров М.Б., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ СИНОВИАЛЬНЫХ СКЛАДОК КОЛЕННОГО СУСТАВА……..... 9
Ирисметов М.Э., Холиков А.М., Усмонов Ф.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б. ЭНДОСКОПИЯ КИСТЫ МЕНИСКА КОЛЕННОГО СУСТАВА……. 11
Ирисметов М.Э., Ражабов К.Н. МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПРИ ЗАСТАРЕЛЫХ ДЕФЕКТНЫХ РАЗРЫВАХ СОБСТВЕННОЙ СВЯЗКИ НАДКОЛЕННИКА……... 12
Исматуллаева М.Н., Расулов М.Р. ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО

ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРИИ..... 13
Ниматов Ф.С., Ступина Н.В., Азизов А.М., Шакиров Х.Х., Валиев О.Э. НАШ ОПЫТ И ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ …… 16
Рустамова У.М., Мухрумбаева К.З. ИЗУЧЕНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ ВИТАМИНА D ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА……... 18
Хакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В., Шакиров Х.Х., Валиев О.Э. ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ…….. 20
Ханапияев У.Б., Шокиров М.Х., Хасанов Р.С. ОСОБЕННОСТИ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ БЕДРА……..... 21
Хужаназаров И.Э., Ширинов Д.К., Косимов А.А., Югай А.В. ИЗУЧЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИ СУСТАВНОГО ВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ (PRP) ПРИ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРОЗАХ КРУПНЫХ СУСТАВОВ……..... 24
Ширинов Д.К., Асилова С.У. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЙ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ АУТОЛОГИЧНОЙ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ….....25

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Алимов А.П., Шукуров Э.М., Кодиров М.Ф., Камалов Б.Х., Сапаев З.Э., Акбархонов Ж.Ж. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ……..... 27
Ахмаджанов О.Н., Буранов Ф.Ё., Умаров А.Х. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗАБЕДРЕННОГО СУСТАВА……..... 29
Валиев О.Э., Ступина Н.В., Азизов А.М., Ниматов Ф.С. ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА: ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ…….....33

Валиев О.Э., Ступина Н.В., Азизов А.М., Ниматов Ф.С. ПЕРЕЛОМЫ ШЕЙКИ БЕДРА: ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ…… 35
Дехканов А.Н., Алимов А.П. ПРИЧИНЫ ВЫВИХА ГОЛОВКИ ЭНДОПРОТЕЗА ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА……..36
Каримов М.Ю., Мадрахимов С.Б. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА….....37
Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.Р., Рахматов Р.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ…….....39
Ниматов Ф.С., Ступина Н.В., Азизов А.М., Шакиров Х.Х., Валиев О.Э. НАШ ОПЫТ И ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПОРАЖЕНИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ..... 40
Прохоренко В.М., Шакиров Х.Х., Азизов А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э, Ниматов Ф.С. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА ПОТРЕБНОСТИ В ПЕРВИЧНОМ И РЕВИЗИОННОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА……42
Прохоренко В.М., Шакиров Х.Х.,Азизов А.М., Ступина Н.В., Валиев О.Э., Ниматов Ф.С. АНАЛИЗ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА……45
Рузибаев Д.Р., Хасанов Р.С., Нуримов Г.К., Каримов Х.С. ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА…….....49
Рузибаев Д.Р., Асилова С.У., Нуримов Г.К. ОСОБЕННОСТИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПОДХОДА К ТРУДОУСТРОЙСТВУ БОЛЬНЫХ И ИНВАЛИДОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА …….....51
Тугизов Б.Э., Хамраев А.Ш., Нурметов С.Т. ВЫБОР МЕТОДА ФИКСАЦИИ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ…….....54
Тугизов Б.Э., Хамраев А.Ш., Нурметов С.Т. ПЕРЕЛОМ БЕДРА НА СТОРОНЕ ЭНДОПРОТЕЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА……...55
Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х. ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКАНСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ…….....56
Хакимов А.Д. Азизов А.М., Ступина Н.В., Ниматов Ф.С., Валиев О.Э. ХАРАКТЕРИСТИКА ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА III-IV СТАДИИ……58
Хакимов А.Д., Азизов А.М., Ступина Н.В., Шакиров Х.Х., Валиев О.Э. ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ……60
Халилов К., Қодиров М.Ф., Қосимхўжаев М.И., Ибрагимов М. АНДИЖОН ВИЛОЯТИ КЎП ТАРМОҚЛИ ТИББИЁТ МАРКАЗИДА ЙИРИК БЎҒИМЛАРНИ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ОПЕРАЦИЯЛАРИНИ АМАЛИЁТГА ТАДБИҚ ЭТИШ ХОЛАТИ.....61
Хужаназаров И.Э., Щубняков И.И., Косимов А.А., Махмудов Б.Л. ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ К ТАЗОБЕДРЕННОМУ СУСТАВУ ПРИ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ……....63

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТОЛОГИИ

Алимов А.П., Шукуров Э.М., Камолов Б.Х., Кодиров М.Ф., Акбархонов Ж.Ж., Гофуров А.З., Сапаев З.Э. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СТЕРЖНЕЙ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....65
Акбархонов Ж.Ж., Алимов А.П., Кодиров М.Ф. Камолов Б.Х., Сапаев З.Э . РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ….....67
Алимов А.П., Юсупов С.Ю., Хакимов Ш.К. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ…….....69
Алимов А.П., Юсупов С.Ю., Хакимов Ш.К. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ И ПЕРЕЛОМОВЫВИХАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ ……...71
Асилова С.У., Каримов Х.М., Ходжаев Ш.Ш., Равшанов Ш.Н., Эргашов М.М. ФАЛАНГЛАРАРО БЎҒИМИЧИ СИНИҚЛАРИНИ ВА СИНИБ ЧИҚИШЛАРИНИ ОШИҚ-МОШИҚЛИ ДИСТРАКЦИОН АППАРАТ БИЛАН ДАВОЛАШ 72

Ахмаджонов О.Н., Буронов Ф.Ё., Умаров А.Х. ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ВЕРХНИХ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ…….....74
Аширов М.У., Уринбаев П. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ С ВЫТЯЖЕНИЕМ ПО ОСИ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ В АППАРАТЕ ИЛИЗАРОВА…….....76

Байимбетов Г.Дж., Ходжанов И.Ю. ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИ И ОКОЛОСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ…….....78

Болтаев Н. СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ……...80
Даминова М.У. ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЛОКАДЫ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ……..81

Дехканов К.М., Мухамадиев А.Б., Ботиралиев А.Б. ПРЕИМУЩЕСТВО БЛОКИРУЮЩЕГО ИНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ И ВТОРИЧНЫХ ПАРЕЗОВ ЛУЧЕВОГО НЕРВА……....83

Дурсунов А.М., Эргашев Ж.Э., Рузиев О., Эрназаров Х., Эргашев Б., Мавлонов О. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КАШКАДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ…….....86
Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Орипов А.А., Фозилов Х., Юсупов С.Ю. НОВЕЙШИЕ ПОДХОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ…….....87
Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Сайдиахматханов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б., Гаипов З.А. УСТРОЙСТВО ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ…….....90
Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Гаипов З.А., Рахматов Р.Б., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ПЕРЕЛОМАМИ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ…….....92
Жаббаров Ж.Ю., Муминов А.Ш., Орипов А.А., Фозилов Х., Юсупов С.Ю. НОВЕЙШИЕ ПОДХОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ…….....93
Камолов Б.Х., т.ф.д. Алимов А.П., к.м.н Шукуров Э.М., к.м.н Қодиров М.Ф., Сапаев З.Э., Акбархонов Ж.Ж. НАШ ОПЫТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ…….....96
Каримов М.Ю., Салохиддинов Ф.Б., Каюмов Ж.Ш. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В РАННЕМ ПЕРИОДЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ…….....98
Каримов М.Ю., Кобилов Н.Р. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА…….....99
Кодиров М.Ф., Алимов А.П., Шукуров Э.М., Камалов Б.Х., Сапаев Э.И., Акбархонов Ж. РОЛЬ ПОГРУЖНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ.....100

Кодиров Р.Р., Кодиров Р.С., Соипов Р.Р. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ВЕРТЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ…….....102
Кодиров Р.С., Соипов Р.Р., Кодиров Р.Р. ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ ……..103

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю. ПОКАЗАНИЯ ЭТАПНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ У ДЕТЕЙ……105

Косимов А.А., Ходжанов И.Ю. УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАР РЕФРАКТУРАСИНИНГ МОРФОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ 107
Мирзаев Ш.Х., Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ…….....109
Муҳаммадиев А.Б., Абдураҳмонов Б.У., Деҳқонов Қ.М. УЗУН НАЙСИМОН СУЯКЛАРДА БЛОКЛОВЧИ ИНТРАМЕДУЛЛЯР ОСТЕОСИНТЕЗ.....110
Назарова Н.З., Холмирзаев О.Н. ЛЕЧЕНИЕ БАРОГИДРОТРАВМЫ КИСТИ…….....112
Ни Г.В., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Касымов Х.А., Эдилов У.А. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ЗАСТАРЕЛЫХ ОТРЫВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ …….....113
Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б. НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ……..115
Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ…….....117
Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б. СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС……118
Рахматов Р.Б., Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Шодиев Б.У., Рахимов А.М. УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ …….....119

Рузикулов О.Ш., Дурсунов А.М., Файзуллаев Г.А. НАШ ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИОС ……..121
Сайдиахматхонов С.С., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Мирзаев Ш.Х., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б. УСТРОЙСТВО ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ КОСТНЫХ

ОТЛОМКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ…….....123
Сайпиев А.А., Сайпиев А.С., Фахриддинов Ш.У., Сувонов Н.О.. РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ БЛОКИРУЮЩИМИ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ШТИФТАМИ…….....124

Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю. Саидносиров О.К., Мирзаахмедов Ф.М., Муслимов Ш.С. КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТЕРЖНЕВОГО АППАРАТА НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ТАЗА…….....125
Салохиддинов Ф.Б., Каримов М.Ю., Алиев Х.Э., Каюмов Ж.Ш. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ СТЕРЖНЕВЫМ АППАРАТОМ НОВОЙ ГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ……....127
Сапаев З.Э., Шукуров Э.М., Алимов А.П., Камолов Б.Х., Кодиров М.Ф., Акбархонов Ж.Ж., Гофуров А.З. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ) …….....128
Сапаев З.Э Алимов А.П. Шукуров Э.М. Камолов Б.Х. Кодиров М.Ф. Акбархонов Ж.Ж. Гофуров А.З. ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫХ СТЕРЖНЕЙ С БЛОКИРОВАНИЕМ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ.....130
Содиқов И.Х. Муҳаммадиев.А.Б. Омонов Н.Н. БОЛАЛАРДА ЕЛКА СУЯГИНИ ИЧКИ ДЎНГЛИГИ СИНИШЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ.....133

Стужина В.Т., Ельцин А.Г., Мининков Д.С. ТРАВМЫ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ……..134

Сувонов У.Х., Хужаназаров И.Э., Косимов А.А. ОПТИМАЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПЕРЕДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ…….....135

Тиляков Х.А. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КОСТЕЙ ТАЗА И ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ…….....136
Турдибеков Б.С., Асилова С.У. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ РАЗГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ…….....138
Уринбаев П.У., Холхужаев Ф.И., Уринбаев И.П. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОЗА И ЛОЖНОГО СУСТАВА ГОЛОВКИ МЫЩЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ……140
Уринбаев П.У., Норбадалов Ф.Х., Маматов У.Ж. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ ЛЕЧИНИЯ ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ.....142

Ўразбоев А.А., Тахиров Ж.М., Уразбоев Ж.Д. БОЛДИР СУЯКЛАРИ СИНИШЛАРИНИ БИОС ЁРДАМИДА ДАВОЛАШ ТАЖРИБАСИ.....144

Хайитбоев Б. М., Ахмадалиев А.А., Махмудов Б. Э. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ, ОБРАЗУЮЩИХ ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ……147

Хакимов Р.Н., Мирджалилов Ф.Х., Махкамов И.Х. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАЦИИ…….....148

Ходжанов И.Ю, Байимбетов Г.Дж, Ни Г.В. ЛЕЧЕНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ …….....151

Ходжанов И.Ю., Махманов Л.С., Элов Д.Р. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ТИБИАЛЬНОГО ПЛАТО БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ……...154

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х.,Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ АППАРАТАМИ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ……..155

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КЛЮЧИЦЫ …….....157

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М. ПРИМЕНЕНИЕ АППАРАТОВ ВНЕШНЕЙ ФИКСАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ……158

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М., Рахматов Р.Б. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ…….160

Шадиев Б.У., Дурсунов А.М., Мирзаев Ш.Х., Сайдиахматхонов С.С., Рахимов А.М. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРЕННОЙ КОСТИ …….....161

Шоматов Х.Ш., Абдуяминов Ф.У. ОСТЕОСИНТЕЗ ЭЛАСТИЧНЫМИ ТИТАНОВЫМИ СТЕРЖНЯМИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ…….....163

Шукуров Э.М., Алимов А.П., Кодиров М.Ф., Сапаев З.Э., Камалов Б.Х., Акбархонов Ж.Ж. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ …….....166

Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Суяров З. ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА: ПРОБЛЕМЫ И ОСЛОЖНЕНИЯ…….....168

Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б., Суяров З. ПОЛИТРАВМА: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ……..170
Шукуруллаев А.Р., Баратов А.Б., Баратов Ж.А., Камолов Ё.О., Ярлакабов Ж.Т., Рахматов М.Б. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА…….....172
Эдилов У.А., Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Дж., Шоматов Х.Ш., Касымов Х.А., Ни Г.В., Абдуяминов Ф.У. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БРЕХТА У ДЕТЕЙ……174

Эранов Ш.Н., Уринбаев П.У., Эранов Н.Ф. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ У ДЕТЕЙ С ЗАСТАРЕЛЫМИ ВЫВИХАМИ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ……...175

Ш.Н.Эранов ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОЛЬЦЕВИДНОЙ СВЯЗКИ ПРИ ВЫВИХАХ ГОЛОВКИ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ……177
Эшназаров О.Н. УЛЬТРАЗВУКАВАЯ АССОЦИИРОВАННАЯ ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ ОПЕРАЦИИ НА ЛОКТЕВОМ СУСТАВЕ У ДЕТЕЙ…….....180

Яхёев А.С., Валиев Э.Ю., Муминов А.Ш. ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ТАЗА……....182

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРТОПЕДИИ

Алиев Т.Г., Собиров Ж.А. АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНО-КОРРИГИРУЮЩЕГО КОРСЕТА ТИПА ШЕНО В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА…….....183
Асилова С.У., Раззаков Э.Б., Садиев Б.М. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ КОНТРАКТУР ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ……186
Асилова С.У., Назарова Н.З., Умарова Г.Ш. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИСТОЗНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ……187
Асилова С.У., Юсупов Б.Ш., Садиев Б.М. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОНТРАКТУР МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ……189
Асилова С.У., Юсупов Б.Ш. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ ПРИ КОНТРАКТУР…….....190

Буриев М.Н., Аюбханов Х.О. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЕ УКОРОЧЕНИЕ АХИЛЛОВА СУХОЖИЛИЯ У ДЕТЕЙ…….....191

Джаббаров Р.Т., Халимов Р.Ж. ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ С АСЕПТИЧЕСКИМИ НЕКРОЗАМИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ…….....193

Джураев А.М., Холматов Б.У., Каримов Х.М., Хошимов А.Р. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПРОДОЛЬНОЙ ЭКТРОМЕЛИЕЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ…….....194

Джураев А.М., Алимухамедова Ф.Ш. Исматуллаева М.Н. СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА ВРОЖДЕННОГО ВЫСОКОГО СТОЯНИЯ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ…….....196

Джураев А.М., Рахматуллаев Х.Р., Эргашев Б.Н. ПАРАЛИТИЧЕСКИЕ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ВЕРТЕБРО-МЕДУЛЛЯРНЫХ АНОМАЛИЯХ У ДЕТЕЙ……..197

Джураев А.М., Усманов Ш.У., Тилавов Р.Х., Зуфаров Г.Р. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ…….....200

Жабборбергенов А.Д., Холов З.С., Кадыров С.С. Иботов Б.И. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА У ПОДРОСТКОВ ……201

Зокирходжаев М.А. БОЛАЛАРДА ЯССИОЁҚЛИКНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШ ВА КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ МАСАЛАЛАРИ.....202

Ибрагимов А.Ю., Асилова С.У., Абдураззакова Р.А., Фозилов А.В. ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОЗА У ГЕМОДИАЛИЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ……205

Каримов Х.М., Холматов Б.У., Хошимов А.Р., Кобиорв Р.К. МЕТОД ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМАЦИЙ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЕМ РАХИТА И РАХИТОПОДОБНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ……207

Касымов Х.А., Ходжанов И.Ю., Шоматов Х.Ш., Эдилов У.А., Ни Г.В. КОРСЕТОТЕРАПИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ…….....209

Равшанов Ш.Н., Садыков А.Р., Иботов Б.И. ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ ХАГЛУНДА……210

Равшанов Ш.Н., Толочко К.П. КЛИНОВИДНАЯ ОСТЕОТОМИЯ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ КАК МЕТОД ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ФРЕЙБЕРГА…….....212

Равшанов Ш.Н. КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ БРАХИМЕТАТАРЗИ ……214

Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б. НОВЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ НЕСРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ И ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ……215
Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М.,Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б. РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ЛОЖНЫМИ СУСТАВАМИ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ…….....217
Рахимов А.М., Мирзаев Ш.Х., Дурсунов А.М., Шодиев Б.У., Сайдиахматхонов С.С., Рахматов Р.Б. СТИМУЛЯЦИЯ АУТОГЕННЫМ КОСТНЫМ МОЗГОМ ОСТЕОРЕПАРАЦИИ В ЗОНЕ СМОДЕЛИРОВАННОГО ЛОЖНОГО СУСТАВА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У КРЫС…….....218
Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М., Зуфаров Г.Р. КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ …….....220
Рахматуллаев Х.Р., Джураев А.М., Бабажанов Д.Э., Зуфаров Г.Р. ЛЕЧЕНИЕ ОСЕВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ …….....223

Салиев М.М., Жабборбергенов А.Д., Холов З.С., Кадыров С.С., Каримов Х.М. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ВРЕМЕННОГО ГЕМИЭПИФИЗЕОДЕЗА ПРИ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПОДРОСТКОВ …….....226

Салиев М.М., Хужаназаров И.Э., Холов З.С., Жабборбергенов А.Д., Кадыров С.С., Иботов Б.И. ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА……227
Салиев М.М., Хужаназаров И.Э., Рябых С.О., Хамраев Ш.Ф., Эшкулов Д.И. ПЕРЕЛОМЫ СТЕРЖНЕЙ ЭНДОКОРРЕКТОРА КАК ЧАСТНЫЙ ВАРИАНТ ОСЛОЖНЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ИДЕОПОТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА ПОДРОСТКОВ: ПРИЧИНЫ, ПРОФИЛАКТИКА И ТАКТИЧЕСКИЕ РЕШЕНИЯ…….....229

Салиева Н.И. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ДИСПЛАЗИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ДЕТЕЙ……231
Тилавов Р.Х., Рахматуллаев Х., Усманов Ш.У. НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЫВИХОМ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ ……..232

Умарходжаев Ф.Р., Сангилов У.Б., Собиров Ж.А., Кодиров Р.Р., Йўлдашев М.М. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ IV СТЕПЕНИ ……234

Умарходжаев Ф.Р., Сангилов У.Б., Собиров Ж.А., Кодиров Р.Р., Йўлдашев М.М. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ IV СТЕПЕНИ …….....236
Уралбоев И.Э., Хамдамов М.М., Мамутова Э.С., Рахманова К.К. НАШ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ…….....237
Уралбоев И.Э., Хамдамов М.М, Мамутова. Е.С. КОРРЕКЦИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ……238
Уринов Ж.З., Джураев А.М., Эргашев Б.Н. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ ПО МЕТОДУ ПОНСЕТИ …….....240
Халимов Р.Дж., Джураев А.М., Рахматуллаев Х.Р. МИНЕРАЛЬНАЯ ПЛОТНОСТЬ КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ПЕРТЕСА…….....241

Ханапияев У.Б., Шокиров М.Х., Хасанов Р.С. ОСОБЕННОСТИ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ БЕДРА…….....243
Ходжанов И.Ю., Рузикулов У. Ш., Нарзикулов У.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ.....245
Холов З. ПРОГНОЗ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ КРОВОПОТЕРИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ИДЕОПАТИЧЕСКОГО СКОЛИОЗА……247
Холов З.С., Фахриддинов Ё.А., Турсунов В.Х., Ибрагимов Ж.М., Йулдашов А.А., Ганиев С.Г. КОРРЕГИРУЮШАЯ ОСТЕОТОМИЯ С НАЛОЖЕНИЕМ АППАРАТА ИЛИЗАРОВА ПРИ ВАЛГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА.....248
Шодманов А.А. ЗАМОНАВИЙ ОРТОПЕДИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА ВА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ДАВРДАГИ ҚОН КЕТИШЛАРДА ТРАНЕКСАМ КИСЛОТАСИ (ТРЕМИН)НИНГ ЎРНИ.....249
Шокиров М.Х., Хасанов Р.С. ОСТЕОФИТЫ КУЛЬТИ БЕДРА…….252
Шокиров М.Х., Хасанов Р.С, Тургунбоев Ф.Ю. СОСТОЯНИЕ КУЛЬТИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ 253

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕРТЕБРОЛОГИИ

Алиходжаева Г.А., Абдусатторов Х.А., Гадоев К.К, Казаков Ш.Ж., Алимов И.Р. МИНИИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛ ПОЗВОНКОВ НА ФОНЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ……254
Алиходжаева Г.А., Абдусатторов Х.А., Гадоев К.К., Казаков Ш.Ж., Алимов И.Р. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ТЕЛ ПОЗВОНКОВ НА ФОНЕ ОСТЕОПОРОЗА……256

Ахроров Ш.К., Салиев М.М., Холов З.С., Жабборбергенов А.Д., Кадыров С.С. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ГРУДНОГО И ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ТРАНСПЕДИКУЛЯРНОЙ ФИКСАЦИИ.....258

Кочкартаев С.С., Шатурсунов Ш.Ш., Мусаев Р.С., Коракулов К.Х., Рахимов Н.Н., Мирзаханов С.А. РАЗРАБОТКА И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ КЕЙДЖЕВОЙ КОНСТРУКЦИИ ПРИМЕНЯЕМОЙ В ВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ……...261

Кочкартаев С.С., Данилова Е.А., Шатурсунов Ш.Ш., Осинская Н.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СОСТАВА ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА……263

Хужаназаров И.Э., Абдусатторов Х.А., Алимов И.Р., Гадоев К.К. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА……266

Хужаназаров И.Э., Гадоев К.К., Абдусаттаров Х.А., Алимов И.Р., Косимов А.А. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМ СПОНДИЛОЛИСТЕЗОМ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА…….....268

Шавкатов Б.Ш., Шермухаммедов А.Б, Муминов А.М. УМУРТҚА ПОҒОНАСИ БЕЛ ҚИСМИ ДЕГЕНЕРАТИВ НОСТАБИЛ ХОЛАТЛАРИНИ ЖАРРОХЛИК ЙУЛИ ДАВОЛАШ…….....270

Шавкатов Б.Ш., Аюбов Ф.С., Шермухаммедов А.Б МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ ДИСКЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГРЫЖАМИ ДИСКА ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА……273

Шатурсунов Ш.Ш., Коракулов К.Х., Кочкартаев С.С., Мусаев Р.С., Мирзаханов С.А., Рахимов Н.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОНДИЛОЛИСТЕЗА СПОСОБОМ ПЕРЕДНЕЙ МЕЖТЕЛЕВОЙ ДЕКОМПРЕССИИ И СТАБИЛИЗАЦИЯ КЕЙДЖЕВЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ……..275

Шатурсунов Ш.Ш., Мирзахонов С.А., Рахимов Н.Н., Мусаев Р.С., Кочкартаев С.С., Каракулов К.Х. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРКУТАННОЙ ПЛАЗМЕННОЙ НУКЛЕОПЛАСТИКИ В ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ……276

Ш.Ш.Шатурсунов, С.С.Кочкартаев, С.А.Мирзахонов, Н.Н.Рахимов, Р.С.Мусаев, К.Х.Каракулов РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ТКАНЕЙ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА……..277

Шатурсунов Ш.Ш., Мусаев Р.С., Кочкартоев С.С., Мирзаханов С.А.,

Коракулов К.Х., Рахимов Н.Н. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОПОРОТИЧЕСКИХ ПЕРЕЛОМОВ ГРУДОПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ БАЛЛОННОЙ КИФОПЛАСТИКИ…….278
Шатурсунов Ш.Ш., Кочкартаев С.С., Мирзахонов С.А., Рахимов Н.Н., Мусаев Р.С., Каракулов К.Х. РЕЗУЛЬТАТЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА…….279
Шатурсунов Ш.Ш., Мирзаханов С.А., Кобилов А.О. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АГРЕССИВНЫХ ГЕМАНГИОМ ПОЗВОНОЧНИКА СПОСОБОМ ПУНКЦИОННОЙ ВЕРТЕБРОПЛАСТИКИ…….280