



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

6 (56) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

6 (56)

2023

июнь

Received: 20.05.2023, Accepted: 30.05.2023, Published: 15.06.2023.

УДК 616.728-089.28-089

ТЯЖЁЛЫЙ СЛУЧАЙ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

Маматкулов О.Х. <https://orcid.org/0000-0001-6527-2355>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд, ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

В нашем центре с 2011 года проводится хирургическая лечения ДКА. Хирургическая лечения включает себя следующее; тройная остеотомия таза по Соколовскому, операция Фосса, медиализация проксимального отдела бедренной кости и ТЭТБС. 2022 году мы столкнулись невероятным случаем при лечении ДКА. Пациентке планировалась артропластик тазобедренного сустава.

При ТЭТБС с врождённым односторонним высоким вывихе бедра возникло проблема тотального эндопротезирования, так как при этом наблюдалось укорочение конечности до 10см и для этого в нашем центре был разработан 2 патента лечения: 1) Разработан и получен патент на “Устройство для низведения бедренной кости перед эндопротезированием”- (патент RU 27600081C1. Опубликовано: 22.11.2021) (Рис.1). 2) Разработан и получен патент на “Способ лечения диспластического коксартроза”- (патент RU 2763654C1. Опубликовано: 30.12.2021). Из 143 пролеченно оперированных пациентов изобретённым «Устройством и Способом лечения» лечились 15 пациентов.

Ключевые слова: Хирургическая лечения, тройная остеотомия таза по Соколовскому, операция Фосса, медиализация проксимального отдела бедренной кости и ТЭТБС., “Устройство для низведения бедренной кости перед эндопротезированием”- (патент RU 27600081C1. Опубликовано: 22.11.2021).

DISPLASTIK KOXARTROZNING OG'IR HOLISI

Mamatqulov O.X. <https://orcid.org/0000-0001-6527-2355>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

2011 yildan boshlab markazimizda DKA ni jarrohlik yo'li bilan davolash amalga oshirilmoqda. Jarrohlik davolash quyidagilarni o'z ichiga oladi; Sokolovskiy bo'yicha uch marta tos osteotomiyasi, Foss operatsiyasi, proksimal femur va TETBSning medializatsiyasi. 2022 yilda biz DKA ni davolashda aql bovar qilmaydigan holatga duch keldik. Bemorga kestirib artroplastika rejalashtirilgan.

TETBSda sonning tug'ma bir tomonlama yuqori dislokatsiyasi bilan umumiy artroplastika muammosi paydo bo'ldi, chunki bu holda oyoq-qo'lning 10 sm gacha qisqarishi kuzatildi va buning uchun markazimizda 2 ta davolash patenti ishlab chiqilgan: - (patent RU). 27600081S1. Nashr qilingan: 22.11.2021) (1-rasm). 2) "Displastik koksartrozni davolash usuli" uchun patent ishlab chiqilgan va olingan - (patent RU 2763654C1. Nashr qilingan: 30.12.2021). Davolangan 143 nafar operatsiya qilingan bemorning 15 nafari ixtiro qilingan “Davolash qurilmasi va usuli” bilan davolandi.

Kalit so'zlar: Jarrohlik davolash, Sokolovskiy bo'yicha uch marta tos osteotomiyasi, Foss operatsiyasi, proksimal son suyagi va TETBSning medializatsiyasi.

A SEVERE CASE OF DYSPLASTIC COXARTHROSIS

Mamatkulov O.Kh. <https://orcid.org/0000-0001-6527-2355>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ **Resume**

Since 2011, our center has been performing surgical treatment of DKA. Surgical treatment includes the following; triple pelvic osteotomy according to Sokolovsky, Foss operation, medialization of the proximal femur and TETBS. In 2022, we faced an incredible case in the treatment of DKA. The patient was scheduled for hip arthroplasty.

In case of TETBS with congenital unilateral high dislocation of the hip, the problem of total arthroplasty arose, since in this case a shortening of the limb up to 10 cm was observed, and for this, 2 treatment patents were developed in our center: - (patent RU 27600081C1. Published: 11/22/2021) (Fig. 1). 2) Developed and received a patent for "Method for the treatment of dysplastic coxarthrosis" - (patent RU 2763654C1. Published: 12/30/2021). Of the 143 treated operated patients, 15 patients were treated with the invented "Device and Method of Treatment".

Key words: *Surgical treatment, triple pelvic osteotomy according to Sokolovsky, Foss operation, medialization of the proximal femur and TETBS.*

Актуальность

В настоящее время диспластический коксартроз (ДКА) в структуре дегенеративно - дистрофических заболеваний тазобедренного сустава прочно занимает второе место (Иванов Д.В., Доль А.В., Ульянов В.Ю.2017). Диспластик коксартроз составляет 40-87% случаев патологии тазобедренного сустава (ТБС) (Загородний Н.В., 2012; Хмара А.Д., Норкин И.А., Хмара Т.Г., 2012; Тугизов Б.Э., 2013; Полулях М.В. и соавт., 2014; Анисимова Е.А. и соавт., 2014; 2015). Данное заболевание распространено у 7-25% взрослого населения в Европе. Патология развивается вследствие врождённого недоразвития структур ТБС, это хронический прогрессирующий дегенеративно-дистрофический процесс и здоровый суставы (Ахтямов И.Ф., Соколовский О.А., 2008; Лебедев В.Ф., Дмитриева Л.А., Арсентьев Л.И., 2013; Анисимова Е.А., и соавт., 2014).

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава(ТЭТБС) является основным лечением последних стадиях диспластического коксартроза, когда консервативное лечение не помогает пациенту. Поэтому ТЭТБС является актуальным вопросом при лечении пациентов с ДКА. ТЭТБС у пациентов с ДКА может привести к неудовлетворительным отдалённым результатам лечения и последствием к раннему ревизионному эндопротезированию. Таким образом, при ТЭТБС пациентов с ДКА возникает необходимость в более точном индивидуальном предоперационном планировании тотальной артропластики и выборе формы и размеров бедренного компонента эндопротеза (Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э. 2022).

Цель исследования. Применения комплексного лечения, с улучшением результатов ТЭТБС при ДКА.

Материалы и методы исследования. В нашем центре с 2011 года проводится хирургическая лечения ДКА. Хирургическая лечения включает себя следующее; тройная остеотомия таза по Соколовскому, операция Фосса, медиализация проксимального отдела бедренной кости и ТЭТБС. 2022году мы столкнулись невероятным случаем при лечение ДКА. Пациентке планировалась артропластик тазобедренного сустава.

При ТЭТБС с врождённым односторонним высоким вывихе бедра возникло проблема тотального эндопротезирование, так как при этом наблюдалось укорочение конечности до 10см и для этого в нашем центре был разработан 2 патента лечения: 1) **Разработан и получен патент на "Устройство для низведения бедренной кости перед эндопротезированием"**- (патент RU 27600081C1. Опубликовано: 22.11.2021) (Рис.1). 2) **Разработан и получен патент на "Способ лечения диспластического коксартроза"**- (патент RU 2763654C1. Опубликовано: 30.12.2021). Из 143 пролеченно оперированных пациентов изобретённым «Устройством и Способом лечения» лечились 15 пациентов.

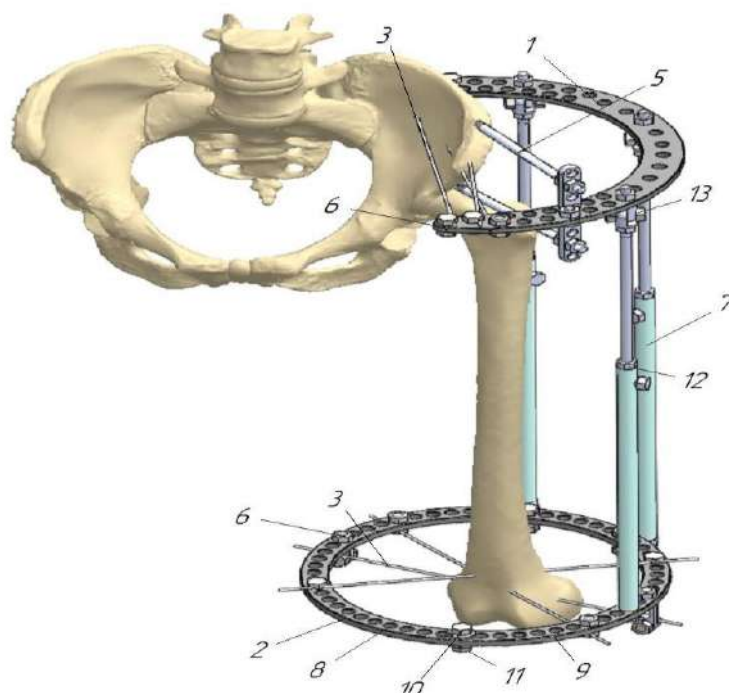


Рис. 1. Устройство для низведения бедренной кости перед эндопротезированием.

В анамнезе пациентку в возрасте 4 лет оперировали по поводу левостороннего врождённого вывиха бедра. Проведена открытая вправления головки бедренной кости, с варизирующей-укорачивающей остеотомией проксимального отдела бедренной кости. Дальнейшем через год из-за недоразвитие вертлужной впадины произошёл релюксация головки бедренной кости. Со временем из-за нагрузки на оперированной конечности появилась укорочения на 4 см в течение 5 лет и пациентке произведена удлинение левой бедренной кости на 5 см. Пациентка в 17 летнем возрасте обратилась повторно. При поступлении пациентка жалуется хромоту на левой конечности, боль и контрактуру на левом тазобедренном суставе и укорочение на 10 см левой нижней конечности.

Методика обследования пациентки включала в себя комплекс методов: клинический, рентгенологический, функциональный, лабораторный, денситометрический, биомеханический и компьютерную томографию. (Рис.2).



А)



Б)

Рис.2. А) Цифровая рентгенография обоих тазобедренных суставов, Б) Компьютерная томография таза.

После этих комплексных исследований определяется цель нашего исследования - определение стадии ДКА, выбор оптимального метода лечения, предоперационное

планирование и выполнение операции с последующим восстановлением функции оперированной конечности.

Задачи. Устранить боль и контрактуру на левом тазобедренном суставе, укорочение на 10 см левой нижней конечности, создать опороспособность левой нижней конечности и ТЭТБС. Для проведения ТЭТБС операцию проводили в 2 этапах. На 1 этапе мы воспользовались «Устройством низведения головки бедренной кости перед эндопротезированием» и на 2 этапе «Способом лечения ДКА» для исключения тракционного повреждении седалищного нерва и сосудов, уменьшение травматичности операции и повышение эффективности коорекций деформаций тазобедренного сустава в тяжёлой врождённой дисплазии левого тазобедренного сустава с высоким односторонним вывихе бедра. Задачей устройство и способ лечения является низведения бедренной кости, исключение тракционного повреждении седалищного нерва и сосудов, уменьшение травматичности операции и повышение эффективности коорекций деформаций тазобедренного сустава в тяжёлой врождённой дисплазии тазобедренного сустава с высоким односторонним вывихе бедра.

Техника операций

1-этап операции; После спинальной анестезии пациентку укладывали на операционном столе на бок и проводят трёх кратную обработку операционного поля антисептиком. В передне-верхнюю ость подвздошной кости проводили три перекрещивающиеся спицы с напайками по направлению из передне-верхнюю ость подвздошной кости в заднюю часть крыло подвздошной кости. Проводником просверлили на спицах и проводили стержень на спицей, спицы проводили в сквозь стержня, второй стержень проводили параллельно к первому. Проведённые спицы и стержни через подвздошную кость, фиксировали в 180° градусную дугу аппарата Илизарова. В область нижней трети бедренной кости проводили три спицы с напайками и спицы фиксировали 140° градусную кольцо аппарата Илизарова, при проведении спиц коленный сустав сгибали 100°. Дуга и кольцо аппарата Илизарова соединяли тремя телескопическими штангами. Тазобедренный сустав фиксировали в положении 15° градусов отведения и 5° градусов сгибание. Вокруг спицы и стержней ставили стерильные, спиртовые салфетки. (Рис.3).

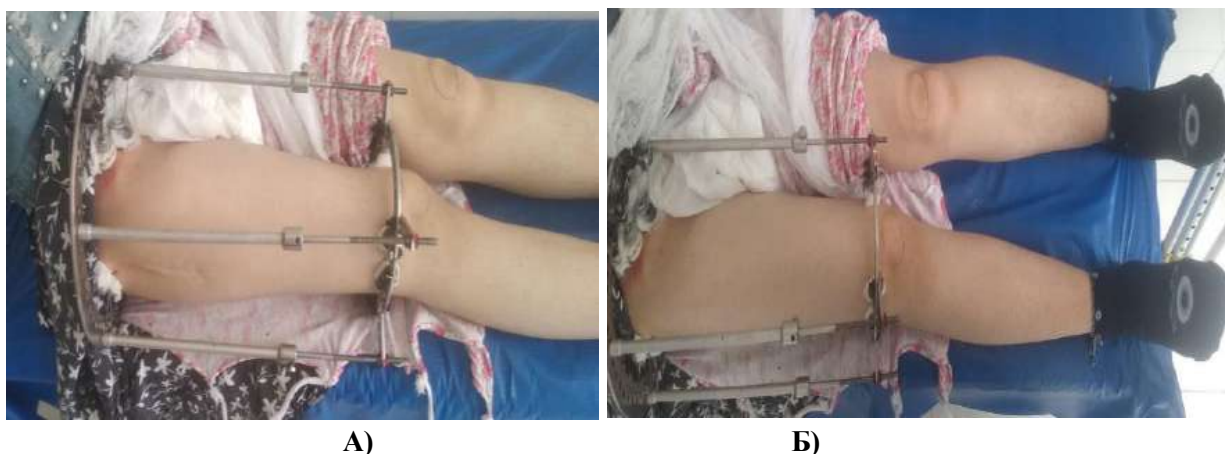
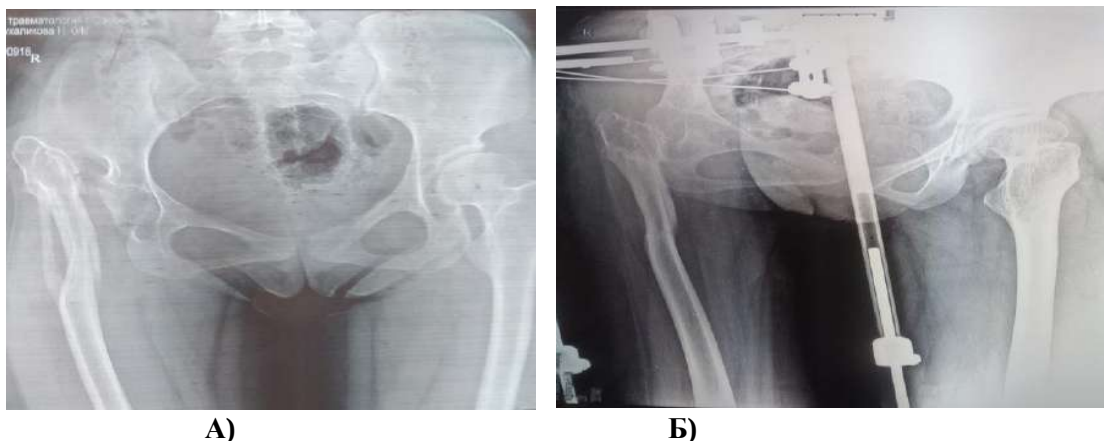


Рис.3. А) Боковая проекция устройство. Б) Прямая проекция устройство.

После операции на вторые сутки начали низведения бедренной кости по 1мм 2 раза в день. Вовремя дистракции через некоторое время пациентка почувствовала боли в тазобедренном суставе и нижней конечности и остановили процесс дистракции на пару дней. После 1 этапа операции пациентам на вторые сутки разрешили ходить костылях на обе ноги. Пациентку самому научили сделать дистракцию на аппарате и 4-5 сутки и удовлетворительном состоянии разрешили домой. После 3 месяца дистракции головка бедренной кости достигла до уровня вертлужной впадины. (Рис.4).



(Рис.4). Рентген снимки: А) До операций. Б) После 3-месяцев операции.

Неделю провели перерыв в домашних условиях. Через неделю стационарных условий снимали аппарат и наложили асептические повязки. Вторым этапом сделали ТЭТБС.

2-этап операции;

После спинальной анестезии пациентку укладывали на операционном столе на бок и проводят трёх кратную обработку операционного поля антисептиком. В область тазобедренного сустава наружно-боковым разрезом производили разрез кожи и подкожно жировую клетчатку. Производили продольный разрез широкой фасции, частичный разрез сухожилий большой и средней ягодичной мышцы и артротомия тазобедренного сустава. Сухожилия и фасция очень недоразвита. После артротомии вывихивали головку бедренной кости, резецировали головку на основании шейки бедренной кости и штопором удалили головку из вертлужной впадины. Головка деформирована, недоразвита и очень маленькая по размеру, диаметром 2.0 см. Вертлужная впадина тоже деформирована, пологая и маленькая по размеру, диаметром 3.0 см. Вертлужную впадину обработали шарошками и вставили №38 размер пробник чашки эндопротеза, после этого установили №38 размер чашки эндопротеза, а в неё вставили №38х28 размер вкладыш. В положении наружной ротации оперируемой нижней конечности перфоратором открыли канал бедренной кости, распилем расширили канал бедренной кости с маленьким размером. Бедренный канал вставили №0.1 размерный пробник ножки, на пробник ножки вставили пробник шейки и на пробник шейки вставили №28х0.3 размер пробник головки протеза. После этого вправили головку в чашку и проверяли амплитуду движения. Амплитуда движения составила; сгибание-120*градус, разгибание 10*градус, отведение 50*градус, приведение 10*градус, наружная ротация 45*градус, внутренняя ротация 30*градусов. Удалили все пробники и вместо пробники вставили

№0.1 размер ножки, №28х0.3 размер головки эндопротеза и производили вправление головки в чашку эндопротеза. В рану вставили дренаж и послойно зашивали рану. На операционном столе проведена контрольная рентгенография правого тазобедренного сустава

(Рис.5).

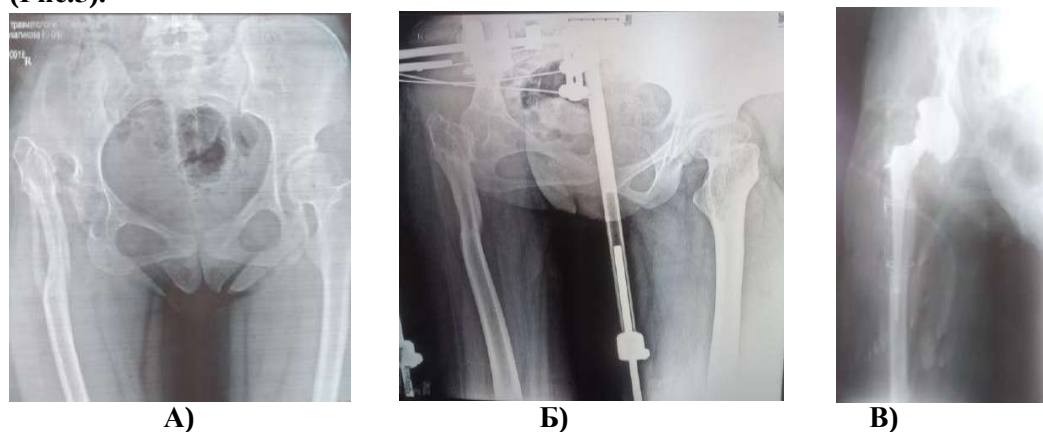


Рис. 5. Рентген снимки: А) До операций. Б) После низведения бедра. В) После операции ТЭТБС.

На вторые сутки после операций разрешили сидеть и передвигаться на костылях наступая на обе ноги, на 3-4 сутки удалили дренаж. Через две недели снимали швы из раны и выписывали домой без костылей.

Отдалённые результаты лечения. Наблюдения проводилась через 1 месяц, 50 дней, 5-го месяца, 10-го месяцев и через 1 год. (Рис.6).

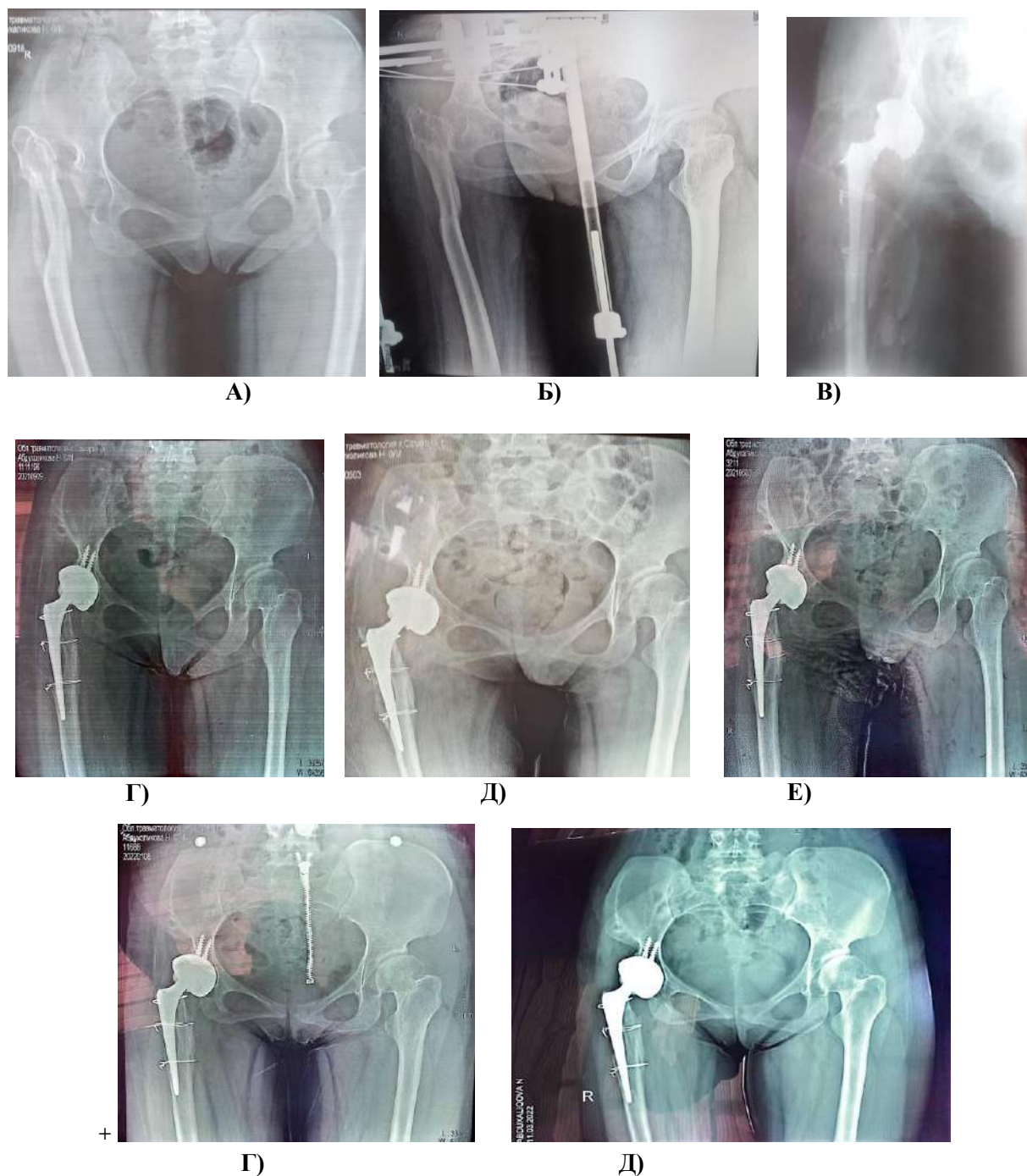


Рис.6. Рентген снимки: А) До операций. Б) После низведения бедра. В) После операций ТЭТБС. Г) Через 1 месяц после ТЭТБС. Д) Через 50 дней после операций ТЭТБС. Е) Через 5 месяцев после ТЭТБС. Ё) Через 10 месяцев после операций. Ж) Через 1 года после операций ТЭТБС.

Выводы

При обследовании пациентки отдалённых результатов тотального эндопротезирования показал достоверное уменьшение болевого синдрома, устранение укороченной конечности, увеличение объёма движений и улучшение походки. Через 6 месяцев после ТЭТБС пациентка не отмечала болевых синдромов при ходьбе, движениях, или он носил периодический характер при передвижении на длительные расстояния, либо после продолжительных физических нагрузок. Анализ отдалённых результатов показали, что подтверждает правильную теоретическую обоснованность и высокую эффективность комплексного лечения ДКА и положительные результаты ТЭТБС.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Дохов М.М., Левченко К.К., Петров А.Б., Иванов Д.В., Доль А.В., Ульянов В.Ю., Пучиньян Д.М., Норкин И.А. (Экспериментальное моделирование протеза надацетабулярной области тазовой кости как этап профилактики раннего диспластического коксартроза), Современные проблемы науки и образования. 2017;5.
2. Davirov Sh.M., Urinboev P.U. Perosseous osteosynthesis and boneplasty in the patient treatment with an extensive bone defect (European Journal of Molecular s Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 07, Issue 03, 2020).
3. Mamatkulov O.H., Tilyakov A.B., Umarov A.A., Xolirov A.B. The Effectiveness of complex treatment of dysplastic coxarthrosis (European Journal of Molecular s Clinical Medicine ISSN 2515-8260 Volume 08, Issue 02, 2021).
4. Маматкулов О.Х., Тиляков А.Б., Умаров А.Б., Холиков А.Б., Халиков Ф.О. (The effectiveness of complex treatment of dysplastic coxarthrosis /Problems of BIOLOGY and MEDICINE ISSN 2181-5674, 2021;5:(130).
5. Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э. Эффективность комплексного лечения диспластического коксартроза (Методические рекомендации-Самаркандский Государственный Медицинский Университет, Самарканд-2022).
6. Mamatkulov Oybek Khalikovich (American Journal of Medicine and Medical Sciences 2022;(12)11).
7. Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э. Комплексное лечения диспластического коксартроза (Травматология, Ортопедия и Реабилитация ISSN 2181-0559, 2022, №4).
8. Маматкулов О.Х., (Metod for the treatment of dysplastic coxarthrosis (Problems of BIOLOGY and MEDICINE ISSN 2181-5674, 2023, №2 (143).
9. Холходжаев Ф. И., Орипов Ф. С., Уринбаев П. У. Соотношение структурных компонентов костей тазобедренного сустава у лиц в разные периоды жизни //Academy. 2020;5(56):79-83.
10. Холхужаев Ф. И., Орипов Ф. С., Уринбаев П. У. Некоторые показатели частоты сочетания переломов костей с заболеваниями органов желудочно-кишечного тракта //Вопросы науки и образования. 2021;8(133):4-9.

Поступила 20.06.2023