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

10 (96) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
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)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

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)

10 (96)

2026
Октябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 616.728.2-001.6-089-053.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЫВИХА БЕДРА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

[1]Алпысбаев Хожаахмед Шайхысламович https://orcid.org/0009-0009-6528-4976
[2]Джураев Ахрорбек Махмутович Email: DjuraevA @mail.ru
[1]Тапилов Элъяр Абдувалиевич Email: elyartapilov86@mail.ru
[1]Кушабаев Алишер Нусратович Email: qoshabayevalisher@gmail.com
[1]Раимов Отабек Халмурадович Email: RaimovO@mail.ru

[1]Республиканский центр детской ортопедии МЗ РУз Узбекистан, Узбекистан, Ташкентская область, Кибрайский р-н, ул. Университетская, 8 тел: 71 2604645 E-mail: info@childortho.uz
[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, улица Тараккиет, 78, г. Ташкент, 100047, телефон: +998 (71) 232-20-89 https://uzniito.uz/

✓ ***Резюме***

Цель — описать варианты реконструкции и сводные результаты лечения патологического вывиха бедра после гематогенного остеомиелита у детей. Представлены 74 пациента в возрасте 3–14 лет, лечившиеся в 2014–2025 гг.: 31 мальчик и 43 девочки. Открытое вправление с корригирующей межвертельной остеотомией выполнено у 29 детей, с дополнительной реконструкцией вертлужной впадины — у 24, с удлинением шейки и транспозицией большого вертела — у 21. Хороший исход указан у 54 (73,0%), удовлетворительный — у 19 (25,7%); исход одного пациента требует уточнения. Зарегистрировано одно нагноение послеоперационной раны. Результаты по группам не представлены, поэтому преимущество отдельных вмешательств не установлено. Пересечение этой серии с предыдущими публикациями авторов следует уточнить.

Ключевые слова: остеомиелит; тазобедренный сустав; патологический вывих; лечение; дети; открытое вправление; межвертельная остеотомия; реконструкция вертлужной впадины; транспозиция большого вертела.

BOLALARDA GEMATOGEN OSTEOMIYELITDAN KEYIN KESTIRIB, PATOLOGIK DISLOKATSIYANI JARROHLIK DAVOLASH USULLARINING QIYOSIY XUSUSIYATLARI

[1]Alpisbaev Xojaaxmed Shayxislamovich, [2]Djuraev Axrorbek Maxmutovich,
[1]Tapilov Elyar Abduvalievich, [1]Kushabaev Alisher Nusratovich, [1]Raimov Otabek Xalmuradovich

[1]O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi Respublika bolalar ortopediyasi markazi, O‘zbekiston, Toshkent viloyati, Qibray tumani, ko‘ch. Universitetskaya, 8
Tel: 71 2604645 E-mail: info@childortho.uz
[2]Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, 100047, Toshkent shahar, Taraqqiyot ko'chasi, 78-uy tel: +998 (71) 232-20-89 https://uzniito.uz/

✓ ***Rezyume***

Maqsad — bolalarda gematogen osteomiyelitdan keyingi patologik son chiqishini jarrohlik davolash usullari va umumiy natijalarini tavsiflash. 2014–2025-yillarda davolangan 3–14 yoshli 74 bemor (31 o‘g‘il va 43 qiz) ma’lumotlari keltirildi. 29 bolada ochiq joyiga tushirish va korreksiyalovchi intertroxanter osteotomiya, 24 bolada qo‘shimcha ravishda kosachani rekonstruksiya qilish, 21 bolada son bo‘ynini uzaytirish va katta ko‘stni ko‘chirish bajarilgan. Yaxshi natija 54 (73,0%), qoniqarli natija 19 (25,7%) bemorda qayd etilgan; bir bemorning natijasi aniqlashtirilishi lozim. Bir operatsiyadan keyingi yara yiringlashi qayd etilgan. Guruhlar bo‘yicha alohida natijalar berilmagani sababli usullar ustunligini baholab bo‘lmaydi.

Kalit so‘zlar: gematogen osteomiyelit; chanoq-son bo‘g‘imi; patologik son chiqishi; rekonstruktiv davolash; bolalar.

COMPARATIVE CHARACTERIZATION OF METHODS FOR SURGICAL TREATMENT OF PATHOLOGICAL HIP DISLOCATION FOLLOWING HEMATOGENOUS OSTEOMYELITIS IN CHILDREN

[1]Alpisbaev Xojaaxmed Shayxislamovich, [2]Djuraev Axrorbek Maxmutovich,
[1]Tapilov Elyar Abduvalievich, [1]Kushabaev Alisher Nusratovich, [1]Raimov Otabek Xalmuradovich

[1]Republican Center for Children's Orthopedics of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, Uzbekistan, Tashkent region, Kibray district, st. Universitetskaya, 8
Tel: 71 2604645 E-mail: info@childortho.uz
[2]Republican Specialized Traumatology and Orthopedics Scientific and Practical Medical Center, Taraqqiyot Street, 78, Tashkent city, 100047, phone: +998 (71) 232-20-89 https://uzniito.uz/

✓ ***Resume***

Objective: To describe the procedures and aggregate outcomes of surgery for pathological hip dislocation after hematogenous osteomyelitis in children. The manuscript reports 74 patients aged 3–14 years treated in 2014–2025 (31 boys and 43 girls). Open reduction with corrective intertrochanteric osteotomy was performed in 29 children, with additional acetabular reconstruction in 24, and with femoral neck lengthening and greater trochanter transposition in 21. Good outcomes were reported in 54 (73.0%) and satisfactory outcomes in 19 (25.7%); the outcome of one patient requires clarification. One postoperative wound infection was reported. Group-specific outcomes were unavailable, precluding a comparison of procedure effectiveness. Overlap with previously published cohorts should be clarified.

Key words: hematogenous osteomyelitis; hip joint; pathological hip dislocation; children; open reduction; intertrochanteric osteotomy; acetabular reconstruction; greater trochanter transposition.

Актуальность

Последствия гематогенного остеомиелита проксимального отдела бедренной кости неоднородны: у одних детей сохраняется опорная поверхность головки, у других преобладают дефект шейки, высокое стояние большого вертела и недостаточное покрытие со стороны вертлужной впадины. Поэтому одинаковая операция не может решать все задачи реконструкции. При выборе вмешательства приходится одновременно оценивать возможность центрирования сохранившейся части бедренной кости, состояние впадины, функцию отводящих мышц и укорочение конечности [2, 6, 10, 11, 18, 19]. Ранее наши соавторы описали хирургическую тактику у 127 детей и отдельную серию из 70 детей с деформированной культёй головки и шейки [18, 19]. Настоящая работа рассматривает распределение трёх видов вмешательств в серии из 74 наблюдений. Чтобы сравнение этих вмешательств было обоснованным, необходимы исходные характеристики и результаты в каждой группе; имеющиеся сводные данные позволяют оценить лишь общую структуру лечения и исходов.

Цель исследования: Описать применённые варианты реконструкции тазобедренного сустава и сводные результаты хирургического лечения детей с патологическим вывихом бедра после перенесённого гематогенного остеомиелита.

Материал и метод

В рукописи представлены сведения о 74 пациентах отделения патологии тазобедренного сустава Республиканского центра детской ортопедии МЗ Республики Узбекистан, лечившихся в 2014–2025 гг. Указаны 31 мальчик и 43 девочки; заявленный возраст на момент лечения — 3–14 лет. Для оценки анатомии использовали клиническое обследование, рентгенографию, магнитно-резонансную и мультиспиральную компьютерную томографию. В исходной сводке отсутствуют индивидуальные данные о сроке наблюдения, критериях оценки результата и исходной тяжести поражения по группам. Эти сведения необходимы для полноценного сравнительного анализа и должны быть дополнены по первичной документации.

Хирургическое планирование включало оценку сохранившейся части головки и шейки бедра, формы вертлужной впадины, направления смещения бедра, выраженности укорочения и

функции сустава. При сохранённой опорной поверхности ставилась задача её центрирования; при недостаточном покрытии рассматривалась реконструкция впадины; при высоком стоянии большого вертела и укорочении шейки — коррекция проксимального отдела бедра. Возраст рассматривался вместе с состоянием костных структур и перенесённой инфекцией, а не как самостоятельное основание для выбора метода [18, 19].

Показания к операции определялись по сочетанию нестабильности сустава, нарушения опоры, остаточного дефекта проксимального отдела бедра и деформации вертлужной впадины. Перед реконструкцией требовалось исключить активный инфекционный процесс. Характер выполненного вмешательства зависел от сохранности проксимального отдела бедренной кости и возможности получить устойчивое соотношение суставных элементов. В каждой операции проводилась ревизия сустава. Рукопись не содержит данных, позволяющих установить единый для всех пациентов минимальный срок после купирования инфекции; поэтому фиксированный интервал ожидания здесь не приводится.

По представленным сведениям, применены три варианта реконструктивного лечения:

1. открытое вправление сохранившейся части головки или шейки с корригирующей межвертельной остеотомией бедра — у 29 детей;
2. такое же вмешательство с реконструкцией вертлужной впадины по Пембертону либо остеотомией таза по Salter — у 24 детей;
3. открытое вправление с удлинением шейки бедра и транспозицией большого вертела — у 21 ребёнка.

Задачами вмешательства были восстановление устойчивой опоры, улучшение соотношения проксимального отдела бедра и впадины, а также уменьшение функционального укорочения и нарушения походки. Различия в исходной анатомии между группами означают, что простое сопоставление суммарных исходов не доказывает преимущество одной операции над другой.

Клинический пример №1. Пациент Э.Д. 2003г.р Д-з: Патологический деструктивный вывих бедер с деструкцией головки и шейки бедренной кости. Состояние после неоднократных попыток консервативного вправления (Рис.1).

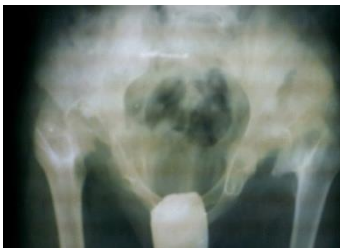


Рис.1. Рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней проекции. Патологический деструктивный вывих бедер с деструкцией головки и шейки бедренной кости

После полного клинического, инструментального, лабораторного обследования проведено открытое вправление оставшейся культи головки и шейки бедра с межвертельной деторсионно-варизирующей-укорачивающей остеотомией правой и левой бедренных костей. (Рис.2).

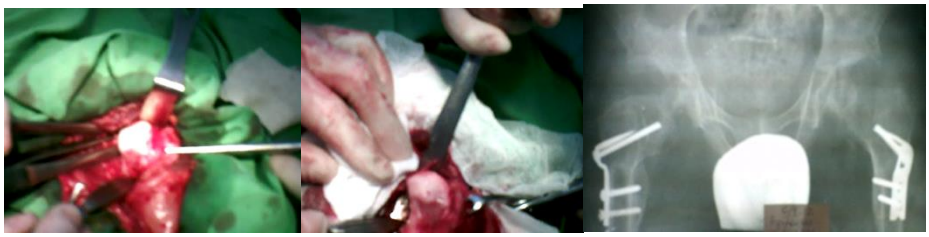


Рис.2. Интраоперационная картина и рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней проекции: седловидная деформация культи головки и шейки беденных костей, открытое вправление культи головки и шейки бедренных костей с межвертельной деторсионноваризирующей и удлиняющей шейку бедренных костей.

Результат через 2 года после оперативного лечения. Пациент ходит самостоятельно, не хромает, движения в правом тазобедренном суставе не ограничены, симптом Тренделенбурга отрицательный. (Рис.3).

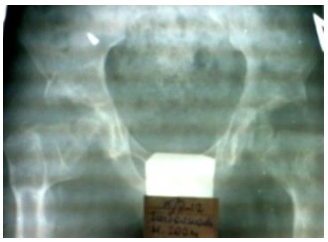


Рис.3. Рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней проекции: культя головки и шейки бедренных костей находятся во впадине и центрированы на дно впадины

Клинический пример №2. Пациентка Ж.М. 2002 г.р. Д-з: Патологический деструктивный вывих бедер с деструкцией головки и шейки и образованием седловидной деформации проксимального отдела бедренных костей. Состояние после попытки бескровного вправления (Рис.4).



Рис.4. Рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней проекции. Положение 0 - ротации и внутренней ротации нижних конечностей: патологический деструктивный вывих бедер с деструкцией головки и шейки и образованием седловидной деформации проксимального отдела бедренных костей

Произведено оперативное вмешательство: открытое вправление культи головки и шейки бедренных костей с межвертельной деторсионно-варизирующей и удлиняющей шейку бедра остеотомией бедренной кости. (Рис.5).



Рис.5. Интраоперационная картина и рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней прекции: седловидная деформация культи головки и шейки беденных костей, открытое вправление культи головки и шейки бедренных костей с межвертельной деторсионно-варизирующей и удлиняющей шейку бедренных костей.



Рис.6. Рентгенограмма тазобедернных суставов в переднезадней проекции: культя головки и шейки бедренных костей находятся во впадине и центрированы на дно впадины

Результат через 4 года после оперативного лечения. Пациентка ходит самостоятельно, не хромает, движения в правом тазобедренном суставе не ограничены, симптом Тренделенбурга отрицательный. (Рис.6).

Клинический пример №3. Пациент: М.У 2017 г/р. № и.б-361/108 Д/з: Патологический деструктивный вывих правого бедра. Состояние после попытки бескровного вправления (Рис.7).

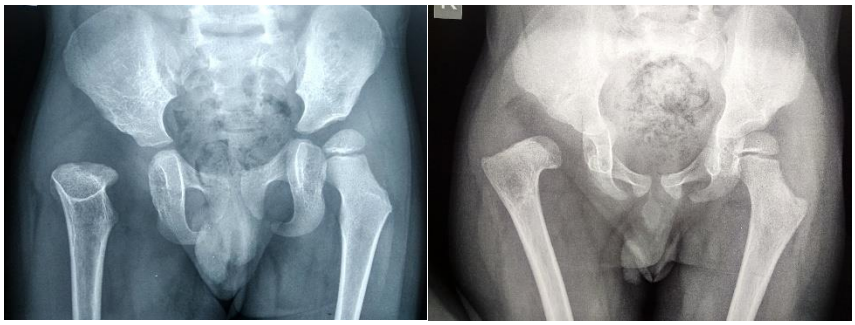


Рис.7. Рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней проекции. Положение 0 - ротации и внутренней ротации нижних конечностей: патологический деструктивный вывих бедер с деструкцией головки и шейки правой бедренной кости

Произведено оперативное вмешательство: открытое вправление культи головки и шейки бедренных костей с межвертельной деторсионно-варизирующей и удлиняющей шейку бедра остеотомией бедренной кости и пластикой крыши вертлужной впадины по Пембертону. (Рис.8).

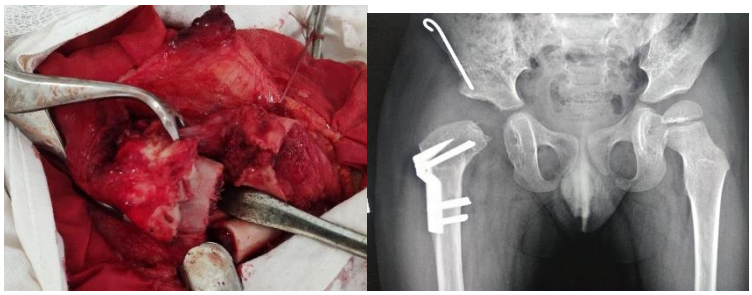


Рис.8. Интраоперационная картина и рентгенограмма тазобедренных суставов в переднезадней проекции: открытое вправление культи головки и шейки бедренных костей с межвертельной деторсионно-варизирующей и удлиняющей шейку бедра остеотомией бедренной кости и пластикой крыши вертлужной впадины по Пембертону

Результат через 2 года после оперативного вмешательства. Пациент ходит самостоятельно, не хромает, движения в правом тазобедренном суставе не ограичены, симптом Тренделенбурга отрицательный. (Рис.9)



Рис.9. Рентгенограмма тазобедернных суставов в переднезадней проекции: культя головки и шейки правой бедренной кости находится во впадине и центрирована на дно впадины

Результат и обсуждение

Из 74 пациентов хороший результат указан у 54 (73,0%), удовлетворительный — у 19 (25,7%). Сумма этих категорий составляет 73 пациента, поэтому исход ещё одного ребёнка необходимо уточнить по первичным данным. У одного пациента после открытого вправления описано нагноение послеоперационной раны; это послеоперационное осложнение нельзя автоматически считать отдельной категорией функционального результата. В трёх приведённых клинических примерах сообщается о самостоятельной ходьбе и центрировании сохранившейся части проксимального отдела бедра на контрольных рентгенограммах через два или четыре года. Однако примеры не заменяют систематического анализа всей серии. Поскольку результаты по видам вмешательств, начальной степени деструкции, возрасту и длительности наблюдения не разделены, вывод о превосходстве ацетабулярной реконструкции сделать нельзя. Сравнение с ранее опубликованными сериями этих же авторов [18, 19] требует установить пересечение пациентов и отдельно показать новые случаи либо новые показатели отдалённого наблюдения. После уточнения первичных данных целесообразно привести для каждой группы число хороших, удовлетворительных и неудовлетворительных исходов, осложнения, срок наблюдения и критерии оценки. Это позволит проверить, связаны ли различия результатов с операцией или исходной тяжестью поражения.

В опубликованном в 2021 г. сообщении авторов описаны 127 пациентов за 2010–2019 гг. [18], а в материале 2024 г. — 70 детей с определённым вариантом деформации [19]. Период текущей серии частично совпадает с первым исследованием. Числа 127, 70 и 74 сами по себе не показывают, являются ли эти выборки независимыми. Для редакционной оценки важно указать, сколько детей из нынешней серии уже вошли в публикации 2021 и 2024 гг., какие случаи добавлены после этих публикаций и какие новые результаты получены при повторном наблюдении. При повторном использовании рентгенограмм или клинических примеров также следует назвать первичную публикацию. Эти сведения позволяют читателю понять, является ли рукопись новым анализом, расширением когорты либо повторным изложением ранее опубликованных результатов.

Оперативные группы формировались по клиническим показаниям, а не случайным распределением. Поэтому пациенты после реконструкции впадины могли исходно отличаться от детей, которым выполнили только бедренный этап. Для оценки эффекта лечения требуется представить по каждой группе исходную сохранность головки и шейки, степень смещения и ацетабулярной недостаточности, возраст на дату операции и длительность последующего наблюдения. Критерии результата также нужно определить заранее: например, какие клинические и рентгенологические показатели относили к хорошему, удовлетворительному и неудовлетворительному исходу. Перечисление отдельных благоприятных случаев полезно для показа технического решения, но не отвечает на вопрос о частоте успеха в каждой группе. Если первичные записи не позволяют восстановить эти показатели, название и цель статьи следует ограничить описанием хирургической серии без заявления о сравнительной эффективности методов.

Заключение

В представленной серии 74 детей использованы три варианта реконструкции, выбор которых определялся состоянием проксимального отдела бедра и вертлужной впадины. В сводных данных указаны 54 хороших и 19 удовлетворительных исходов; категория результата одного пациента требует уточнения. У одного ребёнка зарегистрировано нагноение послеоперационной раны. Представленные сведения описывают общие результаты лечения, но не позволяют установить преимущество конкретной операции. Для обоснованного сравнения следует дополнить рукопись исходными характеристиками и результатами каждой группы, а также указать пересечение с ранее опубликованными сериями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Гарковенко ЮВ, Поздеев АП. Тактика удлинения бедра у детей с последствиями гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза бедренной кости. В: Актуальные вопросы детской травматологии и ортопедии. СПб; 2002. С. 168–170.

2. Гаркавенко ЕЕ, Баиндурашвили АГ, Соловьёва КС. Патологический вывих бедра у детей после инфекционного поражения тазобедренного сустава. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2015;(2):35–41.
3. Гафаров ХЗ, Скворцов АП, Ахтямов ИФ, Андреев ПС. Некоторые принципы ортопедической коррекции последствий гематогенного остеомиелита нижних конечностей у детей и подростков. В: Лечение и реабилитация детей-инвалидов с ортопедической и ортопедоневрологической патологией на этапах медицинской помощи: материалы совещания детских ортопедов-травматологов России. СПб; 1997. С. 159–160.
4. Миразимов БМ, Иминахунов РИ, Тилавов РХ. Способ хирургического лечения детей с патологическим вывихом бедра после гематогенного остеомиелита: методические рекомендации. Ташкент; 2002. 8 с.
5. Поздеев АП, Гаркавенко ЮЕ. Удлинение бедра у детей после острого гематогенного остеомиелита проксимального метаэпифиза бедренной кости: пособие для врачей. СПб; 2005. 24 с.
6. Поздеев АП, Соколовский ОА. Инфекционные поражения тазобедренного сустава у детей: диагностика и лечение. Вестник хирургии. 2010;(5):92–98.
7. Скворцов АП, Гильмутдинов МР, Ахтямов ИФ. Профилактика ортопедических последствий в области тазобедренного сустава у детей с эпиметафизарным остеомиелитом: научное издание. Вестник травматологии и ортопедии. 2011;(3):44–47.
8. Шихабудинова ПА, Карташов АВ, Гурьев ВВ. Патологический вывих бедра у детей с поражением проксимального отдела бедренной кости. Травматология и ортопедия России. 2017;(2):58–66.
9. Cheng JC, Aguilar J, Leung PC. Hip reconstruction for femoral head loss from septic arthritis in children. A preliminary report. Clin Orthop. 1995;(174):115–128.
10. Choi IH, Shin YW, Chung CY, Cho JJ, Yoo WJ, Lee DY, et al. Surgical treatment of the severe sequelae of infantile septic arthritis of the hip. Clin Orthop Relat Res. 2005:102–109.
11. Choi IH, Yoo WJ, Cho TJ, Chung CY. Operative reconstruction for septic arthritis of the hip. Orthop Clin North Am. 2006;37(2):173–183.
12. Iliescu N, Pastrama SD, Gruionu LG. Numerical and experimental stress and strain analysis of a hip joint prosthesis. Proc Rom Acad Ser A. 2008;9(1):45–52.
13. Ilharreborde B. Sequelae of pediatric osteoarticular infection. Orthop Traumatol Surg Res. 2015;101(1)–S137.
14. Leunig M, Beaule PE, Ganz R. 3D-CT evaluation of femoral head-neck deformities. Clin Orthop Relat Res. 2009;467(3):650–660.
15. Saad L, Silva J, Rodriguez A, Carvalho S. Late sequelae of osteoarticular infections in pediatric patients. Medicine (Baltimore). 2021;100(2).
16. Tannast M, Kubiak-Langer M, Langlotz F, Siebenrock KA. Three-dimensional planning in hip deformity surgery. Orthopäde. 2012;41(12):941–948.
17. Zilkens C, Krauspe R, Bittersohl B, Hosalkar H. 3D-CT analysis of femoral head deformities. Eur J Radiol. 2012;81(11):3180–3185.
18. Алпысбаев ХШ, Тапилов ЭА, Джураев АМ. Хирургический подход к лечению деструктивного патологического вывиха бедра у детей после перенесенного гематогенного остеомиелита. В: Актуальные вопросы современной науки и образования: XIV международная научно-практическая конференция. Пенза: Наука и Просвещение; 2021. С. 204–207.
19. Алпысбаев ХШ, Джураев АМ, Тапилов ЭА, Кушабаев АН. Открытое вправление деформированной культи головки и шейки бедренной кости у детей с патологическим вывихом бедра после перенесенного гематогенного остеомиелита. В: Турнеровские чтения — 2024: сборник статей. Санкт-Петербург; 2024. С. 7–10.

Поступила 20.09.2026