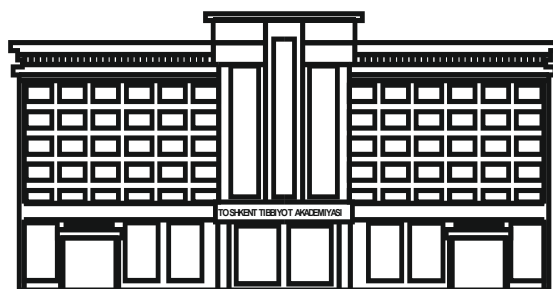


ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №4

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Хайдарова С.А., Ганиева Ш.Ш. ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ АТИПИЧНОЙ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНЫХ С РЕМОДЕЛИРОВАНИЕМ СЕРДЦА	Khaidarova S.A., Ganieva Sh.Sh. GENDER DIFFERENCES IN CLINICAL PARAMETERS IN ATYPICAL ANGINA IN PATIENTS WITH HEART REMODELING	177
Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.Х. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ	Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Dekhkonov Zh.K., Kushiev Zh.Kh. INNOVATIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF GASTRIC AND DUODENAL ULCER AND ITS COMPLICATIONS	182
Хамидова Ш.Ш., Наврузова Ш.И. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КРОВИ ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА	Khamidova Sh.Sh., Navruzova Sh.I. INDICATORS OF HORMONAL BLOOD PARAMETERS IN UTERINE LEIOMYOMA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE	189
Хўжаназаров И.Э., Гофуров С.К., Сувонов У.Х. ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ЭНДОПРОТЕЗИДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ	Khudjanazarov I.E., Gofurov S.K., Suvonov U.K. EVALUATION OF THE RESULTS OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP ENDOPROSTHETIC JOINT	192
Шамсутдинова М.И., Шамсутдинов М.М., Тойчиев А.Х., Осипова С.О., Таджиева З.М., Ёрлаев Н.Ф. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ	Shamsutdinova M.I., Shamsutdinov M.M., Toychiev A.Kh., Osipova S.O., Tajjeva Z.M., Yorlaev N.F. FORECASTING AND MODERN DIAGNOSTICS IN PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS	196
Eshonov O.Sh., Tillaev S.S. MIYA SHIKASTLANISHI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA LIMFOTROP TERAPIYA	Eshonov O.Sh., Tillaev S.S. LYMPHOTROPIC THERAPY IN PATIENTS WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY	201
ГИГИЕНА, САНИТАРИЯ И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ		
HYGIENE, SANITATION AND EPIDEMIOLOGY		
Маматкулов Б.М., Рахматуллаева М.К. ВЛИЯНИЕ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ СЕМЬИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	Mamatkulov B.M., Rakhmatullaeva M.K. THE INFLUENCE OF THE CONDITIONS AND LIFESTYLE OF THE FAMILY ON THE HEALTH OF ONE-YEAR-OLD CHILDREN	205
Нуралиев Д.А. «ГРУППА РИСКА» В ГЕНЕЗИСЕ ПРЕСТУПНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ	Nuraliev D.A. "RISK GROUP" IN THE GENESIS OF CRIMINAL BEHAVIOR AND ITS PREVENTION	208
Urazaliyeva I.R., To'laganova D.S., Tursunova S.B. TIBBIY-IJTIMOIIY XIZMAT KO'RSATUVCHI MUASSASA HAMSHIRASI ISH FAOLIYATI TAHLILI	Urazaliyeva I.R., Tulyaganova D.S., Tursunova S.B. ANALYSIS OF NURSING ACTIVITIES IN A MEDICAL AND SOCIAL SERVICE INSTITUTION	212
Усманова Ш.Ф. СУИЦИД – УГРОЗА ОБЩЕСТВУ!	Usmanova Sh.F. SUICIDE IS A THREAT TO SOCIETY!	216
Ermatova A.K., Inakov A.K. TIBBIY-IJTIMOIIY MUASSASALARDA KEKSALAR VA NOGIRONLARNI TIBBIY-IJTIMOIIYREABILITATSIYAQILISHZARURLIGINI ANIQLASH	Ermatova A.K., Inakov A.K. DETERMINING THE NEED FOR MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION OF THE ELDERLY AND DISABLED IN MEDICAL AND SOCIAL INSTITUTIONS	221
ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ		
HELPING A PRACTITIONER		
Мирзаева Д.Ф. НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕТОТРЕКСАТА У ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	Mirzaeva D.F. NEUROTOXIC COMPLICATIONS OF METHOTREXATE IN CHILDREN WITH HEMOBLASTOSIS	227
Рузикулов М.М., Расулов Ш.О., Ташматов Ш.Н. ВЫПОЛНЕНИЕ ЭКСТРА-ИНТРАКРАНИАЛЬНОГО МИКРОАНАСТОМОЗА У БОЛЬНЫХ С ГИГАНТСКИМИ АНЕВРИЗМАМИ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)	Ruzikulov M.M., Rasulov Sh.O., Tashmatov Sh.N. PERFORMING AN EXTRA-INTRACRANIAL MICROANASTOMOSIS FOR THE TREATMENT OF PATIENTS WITH GIANT ANEURYSMS OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY	230
Хожимуродов Э.Э., Маматкулов Б.В., Бердиев Ш.Р. ҲАРБИЙ-ТИББИЙ ЭКСПЕРТИЗАНИНГ АСОСИЙ ТАМОЙИЛЛАРИ	Xojimurodov E.E., Mamatkulov B.V., Berdiev Sh.R. BASIC PRINCIPLES OF MILITARY MEDICAL EXAMINATION	233

ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ЭНДОПРОТЕЗИДАН КЕЙИНГИ БЕМОЛЛАРИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Хўжаназаров И.Э., Гофуров С.К., Сувонов У.Х.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Хужаназаров И.Э., Гофуров С.К., Сувонов У.Х.

EVALUATION OF THE RESULTS OF REHABILITATION OF PATIENTS AFTER HIP ENDOPROSTHETIC JOINT

Khudjanazarov I.E., Gofurov S.K., Suvonov U.K.

Тошкент тиббиёт академияси

Цель: создание комплексной программы реабилитации, направленной на улучшение результатов лечения, сокращение сроков полноценного восстановления качества жизни и снижение частоты инвалидизации пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренных суставов. **Материал и методы:** в 2016-2018 гг. отделении травматологии-ортопедии МКЦРПКМР лечились 67 больные, из них 38 (56,7%) женщины, 29 (43,3%) мужчин, средней возраст 52 года. Проводились клинические, лабораторные, рентгенографические исследования, МРТ, МСКТ. **Результаты:** хорошие результаты получены у 52 (77,6%) больных, удовлетворительные у 14 (20,9%), неудовлетворительные у 1 (1,5%). **Выводы:** реабилитация позволила улучшить результаты лечения больных, перенесших тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, до 87,3%, сократить сроки полного восстановления качества жизни и снизить частоту инвалидизации на 12,7%.

Ключевые слова: реабилитация, эндопротезирование тазобедренного сустава, программа реабилитации.

Objective: Creation of a comprehensive rehabilitation program aimed at improving the results of treatment, reducing the time for full recovery of the quality of life and reducing the incidence of disability in patients undergoing total hip arthroplasty. **Materials and methods:** in 2016-2018 Department of Traumatology - Orthopedics of the MCRRCMC treated 67 patients, including 38 (56.7%) women, 29 (43.3%) men, mean age 52 years. All patients were examined by clinical, laboratory, radiographic and MRI, MSCT studies. **Results:** As the analysis showed, good results were observed in 52 (77.6%) patients, satisfactory in 14 (20.9%) and unsatisfactory in 1 (1.5%) patients. **Conclusion:** Treating the injuries of the soft tissues of the anterior surface of the lower third of the forearm has increased the efficiency of treatment results up to 83.8% as well as the patient's rehabilitation, and the unsatisfactory results are reduced by a quarter (24.7%).

Key words: rehabilitation, total hip replacement, program of rehabilitation

Бўғимларнинг дегенератив-дистрофик касалликлари (БДДК) таянч – ҳаракат аппарати шикастланишлари орасида кенг тарқалган; ер юзи аҳолисининг 10-12% да остеоартроз клиник белгилари мавжуд [16,20,25]. Коксартрозларнинг ҳамма турлари орасида 40 - 50% ини деформацияловчи коксартроз ташкил этади. Бу кўрсаткич Россия Федерациясида 10 000 дан 17,8 ҳолатларда учрайди [7,19]. Деформацияловчи коксартрознинг кечки босқичларида ва сон суяги бошчасини асептик некрозида (ССБАН) бўғимнинг функциясини бузилиши ҳам беморнинг ҳаёт фаолиятини кескин ўзгаришига олиб келади. Касалликдан кейин беморнинг меҳнат фаолиятини йўқотилиши натижада умумий ногиронлик кўрсаткичи 14,6 - 37,6% ни ташкил қилади [2,3,5]. Шунинг учун замонавий ортопедияни асосий мақсади коксартроз ва остеоартрозни даволашга қаратилган бўлиши лозим.

Маҳаллий ва хорижий ортопед - травматологларнинг аксарияти ушбу тоифадаги беморларни даволаш, тиббий ва ижтимоий реабилитация қилишнинг энг самарали усули бу тўлиқ чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаш операциясидир

(ЧСБТЭ) [10,11,14,17,20]. Ушбу операция анъанавий аралашувларга (сон суягини корригирловчи остео-томияси, артродез, остеосинтез ва бошқалар) нисбатан амалиётда кенг қўлланилишга олиб келди. S. Mendenhall (2003) маълумотларига кўра дунёнинг 6 давлатида (АҚШ, Германия, Япония, Буюк Британия, Италия, Франция) 2002 йил давомида ЧСБТЭ 571 700 та бажарилган; ҳозирда уларнинг сони 1,5 млн га етганлиги ҳақида айтилмоқда [1,6,9,21,24,25].

Шу сабабли ҳозирда операциядан кейинги асо-ратлар ривожланишининг олдини олиш ва операция натижаларини янада яхшилаш йўллари топиш муаммоси ўта долзарб аҳамият касб этади. Бу операциядан кейин дарҳол бўғимларда ҳаракатларни чеклаш [13,15,18], беморларни операцияга рационал тайёрлаш ҳамда реабилитация даврини адекват ўтказиш [2,4,22] га қаратилган турли усулларни ўз ичига олади. Қўплаб етакчи ортопедлар ЧСБТЭ операцияси пайтида реабилитация даврининг муҳим аҳамиятга эга эканлигини таъкидлайдилар [11,12,21,22,25]. Шу билан бирга замонавий адабиётларда чаноқ – сон бўғими шикастланишлари бўлган беморларни даволашнинг ҳар бир босқичида амалга ошириладиган

реабилитация чоралари мажмуи ёки тизимини умумлаштирувчи адабиётлар мавжуд эмас. Маҳаллий адабиётларда операция олди ёки операциядан кейинги реабилитацияларга бағишланган илмий ишлар камдан-кам учрайди [5,7,8,], хорижий адабиётлардаги кам сонли нашрлар, одатда, ихтисослаштирилган марказлар ёки уйда мутахассис иштирокида тикловчи даволашларни ўтказишга мўлжалланган [22,23]. ЧСБТЭ операциясидан кейин беморларнинг ижтимоий реабилитацияси, айниқса, бизнинг мамлакатимизда ечимидан анча йироқ бўлган долзарб масалалардан бири ҳисобланади.

Юқоридагиларни инобатга олиб, чаноқ – сон бўғимини эндопротезлашдан кейин беморларни даволашда комплекс тикловчи усулларни ишлаб чиқиш, бутун даволаш циклини - операциядан олдинги тайёргарликдан якуний физиологик ва ижтимоий реабилитациягача бўлган давр - замонавий ортопедиянинг жуда долзарб муаммосидир.

Тадқиқот мақсади

Реабилитация тизимини такомиллаштириш орқали чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаши ўтказилган беморларда даволаниш натижаларини яхшилаш, ҳаёт фаолиятини тўлиқ тиклаш вақтини қисқартириш ва ногиронлик ҳолатларини камайтиришга қаратилган комплекс реабилитация дастурини такомиллаштиришга қаратилган.

Материал ва усуллар

Чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаш операцияси билан 2016 – 2018 йиллар давомида ТХКМРМКТК (тиббий-ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш марказининг қўп тармоқли клиникаси) травматология ва ортопедия 67 бемор даволанган. Беморларнинг ёши 26 ёшдан 78 ёшгача ташкил этади. Ўртача ёши 52 ёш. Жинси бўйича кўрсаткич 38 та аёл (56,7%), эркаклар 29 (43,3%). Эндопротезларни 27 (40,3%) – Zimmer, 22 (32,8%) - X med, 18 (26,9%) - Corentic билан амалга оширилган. Коксартроз III даражаси бўйича 39 (58,2%), субкапитал ва трансцервикал синиш билан 15 (22,4%), сон суяги бошчаси асептик некрози билан 12 (17,9%), сон суяги бошчасини эскирган чиқиши билан 1 (1,5%) операция бўлган. Чаноқ – сон бўғимини икки томонлама протезлаш операцияси 2 (3%) беморда, цемент ёрдамида имплантация 4 ҳолатда ва протез оёқчасини ревизион операцияси 1 беморда ўтказилди. Беморларни 7 тасида ёши катталиги ва қўшимча соматик касалликлари борлиги сабабли X med монополяр конструкцияси билан амалиёт амалга оширилди. Бу турдаги операцияларни ўтказган беморларда юқори анестезиологик хавфга эга, қўшимча патологияси бор ҳамда операциянинг травматик омили, массив қон йўқотиш ва ёғ эмболияси хавфлилиги билан ажралиб туради. Ҳамма беморларга қўп компонентли комбинирланган наркоз билан жарроҳлик амалиётлари бажарилди.

Чаноқ – сон бўғимини эндопротезлаш амалиётидан кейин ҳамма беморларга чуқур веналарни тромбозини профилактикаси мақсадида беморларни вазнини эътиборга олиб кичик молекулали гепарин (фрак-

сипарин) буюрилди ва оёқларни эластик бинтлаш амалга оширилди.

Остеопороз профилактикаси ва даволаш мақсадида янги авлод кальций, Витамин D3, хондропротектор препаратлари буюрилди.

Чаноқ – сон бўғимини эндопротезлаш операциясидан кейин, беморларнинг 100% операциядан кейинги реабилитацияга муҳтож ҳисобланади. Реабилитацион чора – тадбирлар маҳаллий, соҳанинг тикланиш ишларига қаратилган ва умумий соматик турларга ажратилди, Бундан ташқари реабилитацион чора –тадбирлар даврларига кўра қуйидаги гуруҳларга ажратилади: 1) операциядан олдинги давр – 3-5 кун; 2) эрта тикланиш даври – операциядан кейин 1-12 кунлар; 3) кечки тикланиш даври – операциядан кейинги – 2-3 ойларда; 4) узоқ муддатдаги – операциядан кейинги 6-ойдан 12 ойларгача бўлган муддат.

Операциядан олдинги давр ўз ичига қуйидагиларни олади: операциядан кейинги даврда репаратив жараёнларни активлаш ва операциядан кейинги асоратларни олидини олиш учун гипербарик оксигенация сеансларини олиш; беморларни операциядан кейинги даврда тезроқ оёққа турғазини учун қўлтиқ таёқда юришни ўргатиш. Реабилитацияни эрта тикланиш даври қуйидагиларни ўз ичига олади: операциядан кейинги эрта асоратлар профилактикаси, яъни нафас гимнастикаси, “Небулайзер” апарати ёрдамида ишқорли ингаляция; Марказий Асаб тизимини доминант “янги” юриш стереотипига ўргатиш; индивидуал даволаш физкультураларини танлаш, 2-3 кундан оёқни узоқлаштириш орқали болдир ва сон мушаклар таранглигини камайтириш, 5-6 кундан қўлтиқ таёқда операция бўлган оёққа таянмасдан юришни ўргатиш; операциядан кейин 12 – 14 кунлари, ортопедик режимга 2 – 3 ой давомида рио қилишни тавсия берган ҳолда беморни уйига жавоб бериш. Реабилитацияни кечки даврига қуйидагилар киради: операция қилинган бўғимнинг ҳаракатини барқарорлаштирувчи мушак корсетини шакллантириш учун машқлар билан даволаш усулларини қўллаш, бу ерда операция бўлган соҳада тик туриш сони ва вақти бўйича ажратилган ҳолатда, таянчга таянган ҳолатда юриш, кейин арқонга таянган ҳолатга ўтказиш, бемор бундан 1-1,5 ой давомида фойдаланади; чаноқ – сон бўғимини ўраб турувчи мушакларга электростимуляцияни ўтказиш, юришдаги асимметрияни йўқотади; операция бўлган соҳага магнитотерапияни қўллаш шишга қарши ва тўқималар трофикасини яхшилади; умумий соматик чоралар сифатида гипербарик оксигенацияни қўллаш орқали, трофик жараёнлар яхшиланади; беморлар 12 кунлари уйига жавоб берилади, маҳаллий шифокорлар назорати остида ҳар ойида массаж, даволаш физкультура машқлари ҳамда ҳар 3 ойда электростимуляцияни олиш тавсия берилади. Реабилитацияни узоқ муддатдаги даври қуйидагиларни ўз ичига олади: даволаш физкультуралар, массаж, электростимуляциялар орқали беморда ҳаракатлар координациясини коррекциялаш кўзда тутилган.

Натижалар ва муҳокама

Операциядан кейинги дастлабки даврда асоратларнинг ўтган даврида бизда йўқ эди. Касалхонадан чиққандан сўнг дарҳол тикланиш даврида 5 беморда оёқнинг юзаки томирлари тромбози кўринишидаги қон томир асоратлари пайдо бўлди, улар амбулатория шароитида коагулограмма назорати остида дори-дармонлар билан бартараф этилди.

Худди шу даврда 2 беморда эндопротез бошининг чиқиб кетиши содир бўлган: 1 беморда - шикастланиш натижасида (зинапоядан тушишдан йиқилган), 1 беморда - тавсияларга риоя қилмаслик натижасида. «Реабилитация дастури» нинг (чуқур чўзилиш, операция қилинган аъзонинг ўткир ва сезиларли ички ва ташқи айланиши). 1 нафар беморда дислокациялар биз томонимиздан электрон-оптик прибор (ЭОП) назорати остида консерватив тарзда йўқ қилинди, сўнгра 30° бурчак остида спасердан фойдаланиш ва 2-3 ҳафта давомида ётоқда ҳолати тавсия этилди.

1 беморда эрта ва кечки операциядан кейинги даврларда 1 беморда, одатда йиқилиш натижасида травматик келиб чиқадиган перипротетик фемур ёриқлари пайдо бўлди. Барча беморлар касалхонага ётқизилди, улар турли хил фиксаторлар ёрдамида остеосинтез операцияларини ўтказдилар. Бундай ҳолатлардан бирида биз эндопротез ва унинг маҳкамланишини цементсиздан цементланганга ўзгартиришга мажбур бўлдик. Кейинчалик, барча ёриқлар тузалиб, операция қилинган аъзонинг фаолияти қониқарли тарзда тикланди.

Бундан ташқари, 2 беморда пара-артикуляр оссификация пайдо бўлди, уларнинг катталиги Брукер синфининг 1-2 дан ошмади ва операция қилинган бўғимнинг функциясига сезиларли таъсир кўрсатмади.

Хулоса

Шундай қилиб, чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаш операцияларидан сўнг, беморлар динамик кузатув остида бўлишлари, комплекс реабилитация даволанишлари ва улар томонидан тавсия этилган тавсияларга қатъий риоя қилишлари керак. Бу бизга шикастланган оёқ функциясини тезда тиклашга ва «бўғимни эндопротезлаш касаллиги» тушунчаси билан бирлаштирилган оқибатларнинг олдини олишга имкон беради.

Адабиётлар

1. Атаманский И.А. Наш опыт эндопротезирования при тяжелой двусторонней патологии тазобедренного сустава // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов: Мат. Всероссийской конференции. – Курган, 2004. – С. 32–33.
2. Бельский В.Е. Диалог ортопеда и биомеханика // Вестник травматологии и ортопедии. – 1994. – № 4. – С. 3–7.
3. Беляков А.А., Капитанский И.С., Капитанский Л.И. Инвалидность среди больных деформирующим артрозом по данным ВТЭК Мордовской АССР. Деформирующие артрозы у взрослых и детей. – В кн.: Науч. тр. Казан. гос. мед. института им. С.В.Курашова. – 1984. – С.45–49.
4. Березницкий Я.С. Оптимизация профилактики тромбоземболических послеоперационных осложнений (возможности и реальность) // Новости медицины и фармации. – 2007. – № 4 (208). – С. 3–7.
5. Булибина Т.А. Профилактика и лечение последствий переломов вертлужной впадины // Врач. – 2006. – № 4. –

С. 37–39.

6. Возницкая О.Э. Восстановительное лечение при эндопротезировании коленного сустава: учебное пособие. – Челябинск: ЧГМА, 2009. – 82 с.
7. Героева И.Б. Современные средства тестирования и функционального восстановления в травматологии и ортопедии // Вестн. травматол. и ортопедим. Н.Н.Приорова. – 1997. – №4. – С.9–12.
8. Героева И.Б. Реабилитация больных после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 27–30.
9. Демина Э.Н., Перц Р.Г., Власова Е.Б., Алиев Г.А. Оценка ведущих факторов нарушения статико-динамической функции у больных после двустороннего эндопротезирования тазобедренного сустава // Травматол. и ортопед. России. – 1995. – №5. – С.43–45.
10. Заболотных И.И. Первичный деформирующий остеоартроз (вопросы патогенеза, клиники, диагностики, экспресс-тесты трудоспособности и реабилитации). Автореф. дис. ... д.м.н. – Л., 1990. – 37 с.
11. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезами нового поколения // Вестник травматологии и ортопедии. – 1999. – № 4. – С. 28–34.
12. Лытаев С.А. Адаптивные механизмы системы движения (патогенетическое обоснование раннего восстановительного лечения ортопедо-травматологических больных) – СПб., 2001. – 270 с.
13. Матвеева Н.Ю. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей у больных, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии. – 2002. – № 2. – С. 54–58.
14. Медицинская реабилитация больных после эндопротезирования тазобедренного сустава: инструкция по применению. Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь, регистрационный № 50–0302. – Минск, 2003. – 23 с.
15. Миронов С.П., Омеляненко Н.П., Орлецкий А.К. и др. Остеоартроз: современное состояние проблемы (аналитический обзор) // Вестн. травматол.и ортопед. им. Н.Н. Приорова. – 2001. – №2. – С.96–99.
16. Нуждин В.И., Троценко В.В., Ерохин П.А. и др. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов, перенесших остеотомию проксимального отдела бедренной кости // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. – 2007. – №3. – С.72–79.
17. Надеев А.А., Надеев С.В., Иванников Н.А. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава / Ал.А. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. – 239 с.
18. Плоткин Г.Л., Петров А.Н., Николаева И.П., Домашенко А.А. Использование низкомолекулярного гепарина для профилактики венозных тромбозов и эмболий при эндопротезировании тазобедренного сустава // Вестник травматологии и ортопедии. – 1999. – № 4. – С. 34–38.
19. Шапиро К.И., Москалев Г.П., Григорьев А.М. Медико-социальные проблемы эндопротезирования крупных суставов // Материалы 2-го Пленума ассоциации травматологов-ортопедов России. – Ростов-на-Дону, 1996. – С.168–169.
20. Zocic K.J. et al. Economic of total hip arthroplasty. – In: J.J.Callaghan, A.G.Rosenberg, H.E.Rubash (eds). The Adult Hip, 2nd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Phil. – 2007. – Vol.2. – P.829–836.
21. Callaghan J.J., Rosenberg A.G., Rubash H.E. (eds). The Adult Hip, 2nd ed., Lippincott Williams & Wilkins, Phil. – 2007. – Vol.1–2. – 1595 p.
22. Echternach J.L. Physical. Therapy of the Hip. – 1990. – New York: Churcill Livingstone. – 220 p.
23. Jordan K.M. Eular recommendation 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: re-

pot of task force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT//Ann. Rheum. Dis. – 2003. – Vol. 62. – P.1145–1155

24. Mendenhall S. 2003 hip and knee implant review // Orthopedic network News. – 2003. – №14 (3). – P.1–16.

25. Phillips T.D. Femoral stem fixation in hip replacement. A biomechanical comparison of cement-less and cemented prostheses / T.D. Phillips, S.S. Messieh, P.D. Mc Donald // J. Bone Jt. Surg. – 1990. – Vol. 72. № 3. – P. 431–434.

ЧАНОҚ – СОН БЎҒИМИ ЭНДОПРОТЕЗИДАН КЕЙИНГИ БЕМОРЛАРНИ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ НАТИЖАЛАРИНИ БАҲОЛАШ

Хўжаназаров И.Э., Ғофуров С.К., Сувонов У.Х.

Мақсад: реабилитация тизимини такомиллаштириш орқали чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаш ўтказилган беморларда даволаниш натижаларини яхшилаш, ҳаёт фаолиятини тўлиқ тиклаш вақтини қисқартириш ва ногиронлик ҳолатларини камайтиришга қаратилган комплекс реабилитация дастури-

ни такомиллаштириш. **Материал ва усуллар:** чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаш операцияси билан 2016 – 2018 йиллар давомида ТХКМРМКТК нинг травматология ва ортопедия бўлимида 67 бемор даволанган. Шулардан 38 (56,7%) аёллар, 29 (43,3%) эркаклар ташкил этади, ўртача ёши 52 ёш. Барча беморлар клиник, лаборатор, рентгенологик, МРТ ва МСКТ текширувларидан ўтган. **Натижалар:** олинган таҳлиллар натижасида 52 (77,6%) беморда яхши натижа, 14 (20,9%) қониқарли ва 1 (1,5%) беморда қониқарсиз натижа олинган. **Хулоса:** реабилитация тизимини такомиллаштириш орқали чаноқ – сон бўғимини тотал эндопротезлаш ўтказилган беморларнинг 87,3% да даволаниш натижаларини яхшилаш, ҳаёт фаолиятини тўлиқ тиклаш вақтини қисқартириш ва ногиронлик ҳолатларини 12,7% гача камайтиришига эришилди.

Калит сўзлар: реабилитация, чаноқ – сон бўғимини эндопротезлаш, реабилитация дастури.

