

зования, обнажается ТБС. У места прикрепления к большому вертелу рассекается сухожильная часть средней ягодичной мышцы, после чего вскрывается капсула сустава. Головка бедра при костном анкилозе спаяна с вертлужной впадиной. Шейка бедра подвергается остеотомии клиновидно по линии интертрохантерика (линия 3). При ротации бедра кнаружи открывается доступ под углом 40-45°, шириной 2-2,5 см, глубиной 6-8 см, удаляют полученный V-образный костный фрагмент (рис. 2), в образовавшееся пространство вывихивают проксимальную часть бедренной кости (рис. 4), остатки шейки резецируют по линии Адамса (линия от большого к малому вертелу), формируют ложе для установки вертлужного компонента эндопротеза, для измерения глубины фрезированного ложа вертлужной впадины использовали «устройство для определения глубины посадки вертлужного компонента эндопротеза тазобедренного сустава» (рис. 3). Устанавливают вертлужный компонент. С целью облегчения доступа к проксимальной части

бедренной кости и последующей обработки канала ассистент проводит повторную наружную ротацию с приведением бедра. После чего, при помощи полого остеотома, а также рашпилем проводится обработка канала бедренной кости при антеверсии в 15° с соблюдением направления оси бедра. После формирования канала для измерения положения бедренного компонента и длины нижней конечности надеваются примерочные шейка и головка имплантата. Затем проводится предварительное вправление бедра. Для головки эндопротеза считается допустимым люфтом 2-3 мм. Проводится измерение длины оперируемой конечности. После примерки устанавливаются ножка и головка эндопротеза. Головка вправляется. После вправления проводится проверка стабильности эндопротеза и объема пассивных движений конечности. Тщательный туалет. Гемостаз. Движения в тазобедренном суставе в полном объеме, длина восстановлена. Оставлена х/в трубка. Резиновый выпускник. Послойные асептические швы. Асептическая повязка.

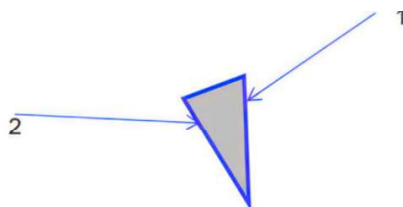


Рис. 2. Техника операции - удаление V-образного костного фрагмента.



Рис. 3. Устройство для определения глубины посадки вертлужного компонента эндопротеза тазобедренного сустава.

процедурой и общий клинический результат, как правило, менее удовлетворительный, чем обычное эндопротезирование тазобедренного сустава, выполняемое при остеоартрите и других заболеваниях [1,3].

Цель исследования: уменьшение травматичности, длительности операции и снижение инвалидизации больных.

☼ МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

С 2019 г. по 2022 гг. в Самаркандском филиале под нашим наблюдением находились 250 больных с АН ТБС, лечившихся в отделении ортопедии РС-НПМЦТО с 2010 по 2022 гг. Идиопатический АН ТБС был у 90 пациентов, посттравматический – у 40 и с болезнью Бехтерева было 120 больных. Из них: мужчин – 115, женщин – 135. Большинство больных (67%) было в возрасте от 35 до 65 лет. Всем больным проведено ТЭ ТБС. Больных делили на две группы в основной группе 130 больных, в контрольной группе – 120 больных.

При анкилозированном ТБС перед оперативным вмешательством лабораторная диагностика проводится с особой тщательностью. В общем анализе крови у таких больных отмечается анемия, повышение СОЭ и тромбоцитопения вследствие

длительного приёма НПВС, а также малой подвижности больных. У больных с анкилозирующим спондилоартритом в биохимическом анализе крови определяются нарушения белкового обмена, повышение АЛТ, АСТ, билирубинов, а также повышение СРБ, что также свидетельствует о неспецифическом воспалительном процессе. Хирургическое лечение проводится только при ремиссии основного заболевания.

В предоперационном планировании важную часть составляет предварительное измерение параметров ТБС и определение размеров компонентов ЭП в соответствии с полученными параметрами ТБС, которое осуществляется с помощью рентгенологического изображения и мультиспиральной компьютерной томографии ТБС. Больному проводится обзорная рентгенография в масштабе 1:1, что заранее упрощает предоперационное измерение ТБС.

Для определения окружности вертлужной впадины проводится линия на её входе с верхнелатеральной точки до нижнемедиальной. Для определения перехода головки в вертлужную впадину проводится измерение глубины вертлужной впадины перпендикулярно линии 1, для определения уровня резекции линия проводится в области шейки бедренной кости (рис. 1).

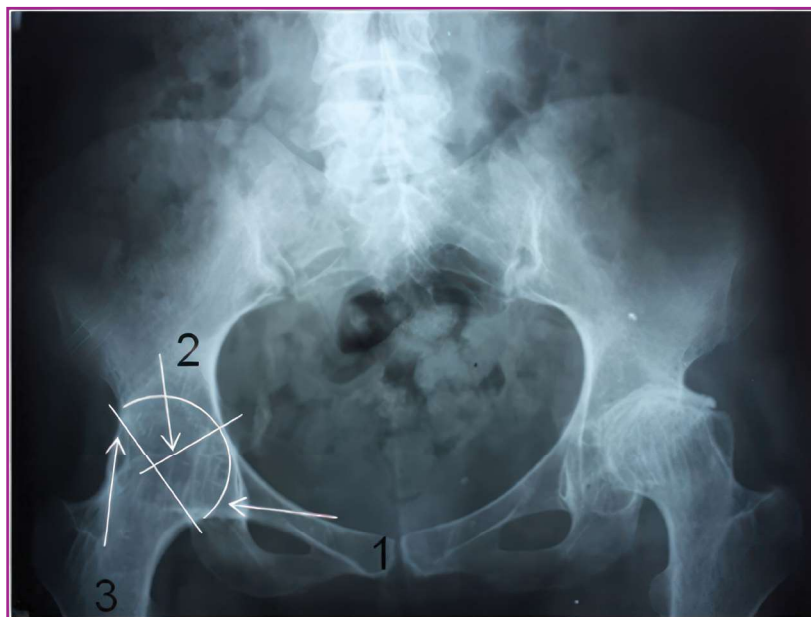


Рис. 1. Измерение глубины вертлужной впадины.

После проведения всех необходимых мероприятий больного готовят к операции.

☼ ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ

Операцию проводят под эндотрахеальным наркозом или спинномозговой анестезией в положении больного на боку, противоположном оперируемому ТБС. После обработки оперируемой нижней конечности (НК) раствором антисептика, производится

продольный разрез Хардинга по наружной поверхности ТБС длиной до 10 см, на 2-4 см выше вершины большого вертела, над средней линией последнего, заканчивают на 2-4 см ниже его основания. Рассекаются послойно кожа, подкожная клетчатка и широкая фасция бедра. Длина разреза зависит от степени развития подкожного жирового слоя, размеров тазового пояса пациента, размеров ТБС. Послойно остро и тупо обрабатываются анатомические обра-

ASOSIY MAQOLALAR/ ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Ирисметов М.Э., А.М.Азизов, С.У.Асилова

НОВЫЙ ПОДХОД К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗОМ

¹ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, г. Ташкент, Узбекистан,

²Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Нами произведено первичное тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТБС) III и IV стадии с анкилозом у 250 больных. Из них, мужчин было 115 и женщин – 135. При анализе отдаленных результатов лечения в основной группе хорошие результаты получены у 112 (92,5%), удовлетворительные - у 8 (6,5%) больных, неудовлетворительные - у 1 (1,0%) больного. В контрольной группе хорошие результаты получены у 83 (83,0%), удовлетворительные – у 14 (14,0%), неудовлетворительные - у 3 (3,0%) больных. Эти показатели указывают на эффективность разработанного нами способа лечения при АН ТБС.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилоартрит, анкилоз, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Irismetov M.E., Azizov A.M., Asilova S.U. Ankilozli bemorlarda kestirib artroplastikaga yangi yondashuv

Biz HJ ankilozining III va IV bosqichlari bo'lgan 250 bemorda birlamchi umumiy son artroplastikasini (HJ) qildik. 115 nafar erkak va 135 nafar ayol. Asosiy guruhda davolash natijalarini o'rganilganda 112 (92,5%) bemorda, 8 (6,5%) bemorda va 1 (1,0%) bemorda yaxshi natijalarga erishildi. Nazorat guruhida 83 (83,0%) yaxshi natijalar, 14 (14,0%) ijobiy va 3 (3,0%) noqulay bemorlar qayd etildi. Ushbu ko'rsatkichlar AN TBSda biz tomonidan ishlab chiqilgan davolash usulining samaradorligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: ankilozan spondilit, ankiloz, son son artroplastiyasi.

Irismetov M.E., Azizov A.M., Asilova S.U. A new approach to hip arthroplasty in patients with ankylosis

We have performed primary hip arthroplasty (HJ) in 250 patients with stage III and IV ankylosis of HJ. Of these, there were 115 men and 135.0% women. The control group had good results in 83 (83.0%) patients, satisfactory in 14 (14.0%), unsatisfactory in 3 (3.0%) patients. These indicators of resistance, about the expected results of treatment, were good in TBS AN.

Key words: ankylosing spondylitis, ankylosis, total hip arthroplasty.

✦ АКТУАЛЬНОСТЬ

Анкилозирующая спондилоартропатия (АС) относится к группе заболеваний, связанных со спондилоартропатией, поражающих молодых людей с прогрессирующей ригидностью позвоночника и тазобедренных суставов. Тазобедренный сустав поражается у 25-50% пациентов [8], при этом, двустороннее поражение тазобедренного сустава наблюдается у 50-90% пациентов с АС [4]. Инвалидность у этих людей в основном обусловлена умень-

шением подвижности, что приводит к скованности, ограничивающей их деятельность. Стандартным вариантом лечения прогрессирующего заболевания тазобедренного сустава является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) [6]. Показаниями к ТЭТС являются рефрактерная боль, инвалидность и рентгенологические признаки повреждения бедра, независимо от возраста [5,7]. Эндопротезирование анкилозированного тазобедренного сустава является технически сложной

MUNDARIJA • ОГЛАВЛЕНИЕ

BOSH MUHARRIR SARLAVHASI • КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Уважаемые авторы, читатели и коллеги! 7

ASOSIY MAQOLALAR • ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Ирисметов М.Э., А.М.Азизов, С.У.Асилова. НОВЫЙ ПОДХОД К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С АНКИЛОЗОМ 9

Ирисметов М.Э., С.У.Асилова, Н.З.Назарова, Г.Ш.Умарова, Исматуллаева М.Н., К.Н.Валиева. МСКТ КРИТЕРИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ 14

Ирисметов М.Э., Э.Ю.Валиев, А.С.Яхёев, О.Э.Валиев, З.Р.Хасанов, Х.А.Тияков. СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ ТАЗА 20

Ирисметов М.Э., А.М.Дурсунов, О.Ш.Рузикулов Б.У.Шодиев. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ 29

Ирисметов М.Э., А.М.Дурсунов, С.С.Сайдирахматхонов. СОН СУЯГИ ДИАФИЗАР СИНИКЛАРИНИ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ 33

Ирисметов М.Э., А.М.Жўраев, Н.Т.Рўзиев, А.Ж.Юлдашев. БОЛАЛАРДА БОЛДИР СУЯКЛАРИ ТУҒМА НУҚСОНЛАРИНИ АППАРАТ-ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШНИ ЎЗИГА ХОС КЛИНИК ЖИҲАТЛАРИ 42

Ирисметов М.Э., М.Н.Исматуллаева, Ф.Ш.Алимухамедова. ПОСТКОВИДНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ И В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ 45

Ирисметов М.Э., Р.С.Мусаев, К.Х.Каракулов. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИСЕГМЕНТАРНЫХ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА 48

Ирисметов М.Э., А.Р.Саттаров, Ш.Э.Абдиев, С.С.Саидов. НАШ ОПЫТ ОДНОМОМЕНТНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ОСТЕОИНДУКТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ И СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ СИСТЕМ ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 54

Ирисметов М.Э., А.Р.Саттаров, Ш.Ч.Ахмедов, Х.М.Рахмонов, Т.Ш.Эргашев. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕКОМПРЕССИВНО-СТАБИЛИЗИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 58

К.Т.Худайбердиев, О.Н.Абдулазизов, И.Г. Хошимов, Қ.Қ.Турсунов. БОЛДИР СУЯКЛАРИ ЁПИҚ СИНИҚЛАРИДА КОМПАРТМЕНТ СИНДРОМИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ 62

И.Э.Хўжаназаров, У.Х.Сувонов, А.А.Қосимов, С.К.Ғофуров. БИЛАК ОЛД ЮЗАСИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ЭСКИРГАН ШИКАСТЛАНИШЛАРИДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИНИ ТАНЛАШ 66

SHARHLAR • ОБЗОРЫ

Э.Ю.Валиев, Д.М.Абдусаматов, Н.Х.Фозилов. ОҒИР ЯРАЛАНГАН ВА ЖАБРЛАНГАН ҲАРБИЙ ХИЗМАТЧИЛАРГА ТИББИЙ ЭВАКУАЦИЯ БОСҚИЧЛАРИДА ТИББИЙ ЁРДАМ КЎРСАТИШ МАСАЛАЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР 71

И.Ю.Ходжанов, Ш.Қ.Ҳакимов. КЎКРАК ҚАФАСИ ГИРДОБСИМОН ДЕФОРМАЦИЯСИ ЖАРРОҲЛИК АМАЛИЁТИДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАР ВА ИККИЛАМЧИ КОСМЕТИК НУҚСОНЛАР (АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ) 83



№2
2023

**TRAVMATOLOGIYA,
ORTOPEDIYA
VA REABILITATSIYA**

**ТРАВМАТОЛОГИЯ,
ОРТОПЕДИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ**