

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ “РЕСПУБЛИКАНСКИЙ  
НАУЧНЫЙ ЦЕНТР СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ  
ХИРУРГИИ”**

**УДК: 616.7.28.2-001.6-07-053.31**

**САФАРОВ ДЖАФАР МУЗАФАРОВИЧ**

**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ВРОЖДЕННОГО ВЫВИХА БЕДРА В ТАДЖИКИСТАНЕ**

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЁНОЙ  
СТЕПЕНИ ДОКТОРА МЕДИЦИНСКИХ НАУК  
по специальности 14. 01. 15 – Травматология и ортопедия**

**Душанбе – 2019**

Диссертационная работа выполнена на базе ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» и ЗАО «Клинико-диагностический центр «Мадади Акбар» Республики Таджикистан

**Научный консультант: Артыков Каримджон** - доктор медицинских наук, профессор, старший научный сотрудник Государственного учреждения «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан; профессор кафедры хирургических болезней № 2 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:**

**Курбанов Сайбиллол Хушвахтович** – доктор медицинских наук, заведующий научно-организационным отделом ГУ «Академия медицинских наук Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан»

**Крестьшин Владимир Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской хирургии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, руководитель Центра амбулаторной ортопедии ДГКБ №13 им. Н.Ф. Филатова

**Сироджов Кутбуддин Хасанович** – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Государственного образовательного учреждения «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

**Оппонирующая организация:** Республиканский специализированный научно-практический центр травматологии и ортопедии Республики Узбекистан

Защита состоится “ 07 ” июня 2019 г. в 13:00 часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-025 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино по адресу: 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, тел. +992-588-26-36, dis@tajmedun.tj

Автореферат разослан “ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Ученый секретарь диссертационного совета**  
доктор медицинских наук

**Ш.К. Назаров**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность.** Врожденный вывих бедра (ВВБ) среди ортопедических заболеваний считается одним из тяжелых заболеваний. Многочисленные исследования указывают, что его частота составляет от 5 до 27 случаев на 1000 новорожденных [С.В. Власов, 2014; М.М. Камоско, 2013; К.К. Унанян и соавт. 2014]. Инвалидность среди детей при ВВБ составляет от 25% до 40% [А.И. Канзюба, 2016; Г.В. Слизовский и соавт., 2016; М.П. Тёпленьский, 2013]. Данная проблема в Таджикистане имеет особую медицинскую и социальную значимость, т.к. ВВБ имеет чрезмерное распространение, часто связаны с родственными браками, повсеместно используется люлька (гахвора), в которой ножки ребенка вынужденно находятся в приведенном положении, отмечается несвоевременная диагностика, лечение и прочие факторы.

Несвоевременно распознанные вывихи бедра приводят к деформациям и невозможности вправления вывиха, что в 60-70% требует оперативного вмешательства [У.А. Абдуразаков и соавт., 2016; О.К. Чегуров, 2013].

Консервативное лечение чревато развитием асептического некроза головки бедренной кости - до 46,2% и рецидивом вывиха - до 10,4% случаев наблюдения [Д.Г. Зайдуллин и соавт., 2015; В.М. Машков, В.В. Долгополов, 2015; Cindy Mallet, 2014]. Поэтому на фоне консервативных методов лечения ВВБ необходимо своевременно проводить хирургические вмешательства [Д.У. Урунбаев и соавт., 2007].

Существуют сторонники хирургического лечения детей в первые годы [Г.А. Бандурашвили, 2010; Г.В. Дьячкова, 2014; Г.В. Слизовский, 2016], старше 3 лет [В.Е. Басков, 2016] или после 8 лет жизни [Е.А. Анисимова, 2015; А.В. Глухов, 2014; А.М. Джураев и соавт., 2010]. Некоторым показанием к операции ставят только невправимые вывихи [А.М. Джураев и соавт., 2008].

Арсенал хирургических методов лечения ВВБ довольно значительный и нет конкретных рекомендаций к тому или иному вмешательству [А.В. Губин и соавт., 2016; Т.В. Забело, 2015; D.R. Anderson, 2018; G. Bengamin, 2014]. В настоящее время широко используются операции открытого вправления, ацетабулопластики, пластики капсулы и лимбуса, корригирующей остеотомии и остеотомии таза [А.М. Джураев, 2009; Б.Ш. Миначов, М.М. Ниёзов, 2012; А.Е. Олейник, 2014; Р.Р. Якупов, 2015].

Эти вмешательства весьма эффективны при ранних стадиях заболевания, но, к сожалению, обеспечивают положительный результат только в течение 5 - 10 лет, а на поздних стадиях их эффективность резко снижается [А.С. Летов, 2012; О.К. Чегуров, Э.Г. Нифтуллаев, 2013; К.С. Юсупов и соавт., 2014]. После этих оперативных вмешательств остаточные дефекты развития тазобедренного сустава составляют от 17% до 60% [Н.Т. Сайдуллоев и соавт., 2009].

В Таджикистане, несмотря на развитие современной ортопедии, количество запоздалых выявлений вывиха бедра, несвоевременное консервативное лечение достаточно высоки. При врожденном вывихе бедра у

лиц старшего возраста основным способом оказания помощи является операция тотального эндопротезирования сустава. Она устраняет болевой синдром, восстанавливает функцию, пациент возвращается к активной жизни, даже когда ситуация кажется безнадежной.

Первоначально, в период внедрения, эндопротезирование при полном вывихе бедра считалось малоэффективным. За последние два десятилетия произошли значительные изменения и отмечен существенный прогресс в вопросах об эндопротезирования тазобедренного сустава (ТБС). В современной специальной литературе вопросы тотального эндопротезирования при полном вывихе бедра постоянно дискутируется. Не решен вопрос о возможности установки бедренного компонента в зону «ложной» вертлужной впадины, необходимость укорачивающей остеотомии бедренной кости, целесообразность двухэтапного эндопротезирования ТБС при ВВБ [А.М. Джураев с соавт., 2011; Г.В. Коршунов, 2016; С.М. Мирзоева с соавт., 2011; В.Ю. Мурылев 2012]. Не решен вопрос ревизионных вмешательств после эндопротезирования при врожденном вывихе бедра. Установлено, что частота ревизионных вмешательств в течение первых пяти лет достигает 5-17% [А.Л. Максимов с соавт., 2012; А.А. Шарипов с соавт., 2010; Goran Vicanic et al., 2014].

Все вышеперечисленные факты свидетельствуют о том, что на сегодняшний день отсутствует единый взгляд на выбор оптимальной тактики при ЭТС у пациентов с ВВБ, что указывает на настоятельную необходимость поиска современных решений. На сегодня в республике нет фундаментальных исследований, обобщающих многолетний опыт работы лечения врожденного вывиха бедра. Поэтому систематизация и научное обоснование методов оперативного вмешательства при врожденном вывихе бедра в зависимости от возраста больных и патологических проявлений заболевания являются важной социальной и медицинской проблемой.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель исследования.** Повышение качества и эффективности хирургического лечения врожденного вывиха бедра с учетом ошибок и осложнений проведенных ранее оперативных вмешательств и внедрения новых лечебных технологий.

### **Задачи исследования:**

1. Выявить особенности клинического течения и разработать показания к различным оперативным вмешательствам при врожденном вывихе бедра у детей в Таджикистане.
2. Разработать новые и усовершенствовать существующие методы хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей.
3. Дать анализ предложенным методам хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей и оценку полученным результатам.
4. Дать оценку состоянию кровообращения и нервной проводимости области тазобедренного сустава до и после операции эндопротезирования при врожденном вывихе бедра.

5. Изучить состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, особенности гемокоагуляционных изменений до и после операции эндопротезирования при врожденном вывихе бедра.
6. Выявить особенности эндопротезирования ТБС при врожденном вывихе бедра в зависимости от степени тяжести вывиха, дистрофических изменений вертлужного и бедренного компонентов.
7. С целью уменьшения нейропатий разработать меры профилактики повреждений седалищного нерва.
8. Дать анализ ближайшим, среднесрочным и долгосрочным результатам эндопротезирования ТБС при врожденном вывихе бедра.

**Научная новизна.** В Таджикистане выявлены особенности клинического течения врожденного вывиха бедра у детей и на их основе разработаны новые виды оперативных вмешательств. Внедрение новых оперативных вмешательств значительно уменьшили число послеоперационных осложнений и деформаций тазобедренного сустава, что позволяет избегать повторных операций. Эффективность предложенных методов лечения врожденного вывиха бедра обусловлена разработкой хирургической тактики лечения, которая учитывает возраст, степень тяжести и характер изменений компонентов тазобедренного сустава.

Разработан и внедрен в практику способ тенотомии *m. iliopsoas* при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей (патент на изобретение ТД № 526 Республики Таджикистан от 12 сентября 2012 года).

Разработан и внедрен в практику способ капсулопластики при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей (патент на изобретение ТД № 530 Республики Таджикистан от 15 октября 2012 года).

Разработан и внедрен в практику способ пластики лимбуса при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей (патент на изобретение ТД № 535 Республики Таджикистан от 28 ноября 2012 года).

Установлено, что при врожденном вывихе бедра эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием предложенных алгоритмов выбора оптимального варианта оперативного лечения является эффективной операцией.

Доказано, что оптимальные функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с врожденным вывихом бедра достигаются при установке вертлужного компонента эндопротеза в анатомическую позицию с восстановлением центра ротации сустава.

Выявлено, что аутооттрансплантат из головки бедренной кости для пластика верхнего края вертлужной впадины позволяет установить вертлужный компонент эндопротеза в наиболее выгодном «анатомическом» положении. Однако функциональные результаты таких операций достоверно хуже, чем при эндопротезировании без костной пластики, даже в тех случаях, когда приходится смещать центр ротации сустава в медиальную сторону.

Предложено выполнять эндопротезирование тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра с использованием остеотомии

проксимального отдела бедренной кости с укорочением нижней конечности более чем на 5 см.

Отдаленные результаты эндопротезирования ТБС при врожденном вывихе бедра во многом зависят от выраженности сосудистых, неврологических и мягкотканых нарушений.

Выявлены особенности кровообращения области тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра, которые необходимо учитывать при эндопротезировании утраченного сустава и проводить ангиотропную терапию.

Изучено состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы при врожденном вывихе бедра, которое указывает на глубину патологических изменений и позволяет своевременно проводить эффективные лечебные мероприятия, предупреждающие грубую деформацию головки бедра.

Проведено исследование свертывающей и антисвертывающей систем крови у больных после эндопротезирования тазобедренного сустава на фоне комплексной противотромботической профилактики, что достоверно уменьшило количество тромбоэмболических осложнений.

Установлено, что эндопротезирование при врожденном вывихе бедра является целесообразным оперативным вмешательством, улучшающим функциональное состояние нижних конечностей и характеризующимся улучшением нейрофункциональных показателей периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга.

Разработан интраоперационный метод профилактики нейропатий седалищного нерва при эндопротезировании тазобедренного сустава.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Особенности течения врожденного вывиха бедра у детей в Таджикистане являются обоснованием разработки новых и усовершенствования существующих методов хирургического лечения.

2. Предложенные новые способы лимбопластики, капсулорафии и тенотомии *m. iliopsoas* улучшили результаты хирургического лечения пациентов с врожденным вывихом бедра.

3. Корректирующая остеотомия с целью устранения деформации бедра при врожденном вывихе способствовала уменьшению частоты неудовлетворительных результатов.

4. Предложенные разработки позволили уменьшить количество асептического некроза головки бедренной кости, рецидива вывиха и стойкой контрактуры тазобедренного сустава.

5. Эндопротезирование тазобедренного сустава у больных с врожденным вывихом бедра является эффективной операцией, позволяющей добиться реабилитации этого контингента пациентов.

6. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра во многом определяются изменениями костно-связочного аппарата и мягких тканей.

7. У пациентов с врожденным вывихом бедра наилучшие функциональные результаты эндопротезирования достигаются при установлении вертлужного компонента эндопротеза в анатомическую позицию с восстановлением центра ротации сустава.

8. Костную пластику верхнего края вертлужной впадины аутотрансплантатами для установки вертлужного компонента эндопротеза «press-fit» фиксации необходимо проводить по строгим показаниям, т.к. без костной пластики и смещения центра ротации сустава в медиальную сторону можно получить желаемые результаты.

9. Остеотомия проксимального отдела бедренной кости показана при одностороннем врожденном вывихе бедра с укорочением нижней конечности более чем на 5 см и после перенесенных ранее операций.

10. При прогнозировании результатов эндопротезирования тазобедренного сустава значимыми факторами являются угол наклона вертлужной впадины и степень смещения центра ротации эндопротеза.

**Апробация диссертации и информация об использовании её результатов.** Результаты работы доложены на: I съезде травматологов-ортопедов Таджикистана (Душанбе, 2009); годовых конференциях молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2010, 2011, 2015); Республиканской научно-практической конференции «Качественный диагноз – основа лечения!» о достижениях Национального диагностического центра, посвящённой 20-летию Независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2011); III Евразийском конгрессе травматологов-ортопедов (Рим, 2012); заседании научно-практического общества травматологов-ортопедов Таджикистана (2015).

Результаты исследования внедрены в работу отделений детской ортопедии Национального медицинского центра Республики Таджикистан, Республиканском клиническом центре травматологии и ортопедии, детском травматолого-ортопедическом отделении ГКБ №1 г. Худжанда Согдийской области. Основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

**Опубликование результатов диссертации.** По материалам диссертации опубликованы 45 научных работ, из них 12 статей в периодических изданиях, включенных в «Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертации на соискание ученой степени доктора наук». Получены 3 патента, 1 рационализаторское предложение по теме диссертации.

**Личный вклад автора.** На протяжении 19 лет (1998-2017гг.) выполнения и сбора клинического материала автор лично, самостоятельно планировал операции, готовил пациентов к оперативным вмешательствам и выполнял их во всех случаях. Автор владеет всеми методами восстановительных операций, представленными в данной работе. В каждом случае он разрабатывал показания, планировал объем и схемы оперативной

программы. Является автором всех технических усовершенствований и способствовал их внедрению. Все исследования, обработка, анализ и оценка проведенных исследований выполнены автором лично.

**Объём и структура диссертации.** Диссертационная работа изложена на 273 страницах, состоит из введения, обзора, 8-ми глав, заключения и списка использованных источников, содержащего 394 работы (из них 201 на русском и 193 на иностранных языках). Диссертация иллюстрирована 35 таблицами и 60 рисунками.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Работа выполнена на базе клинического центра «Мадади Акбар», детского травматолого-ортопедического отделения Национального медицинского центра МЗ и СЗН РТ и Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии МЗ и СЗН РТ в период с 2000 по 2017 годы.

В основу исследования положен анализ результатов лечения 623 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 6 месяцев до 14 лет (таблица 1) и 62 взрослых больных, которым выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

**Таблица 1. – Распределения детей по полу и возрасту**

Пол	Возраст в годах				Итого	
	до 3	4-7	8-11	12-14	абс.	%
Девочки	176	176	93	57	502	80,5
Мальчики	45	44	19	13	121	19,5
Всего	абс.	221	220	114	70	623
	%	35,4	35,2	18,1	11,3	100%

Девочек было 502 (80,5%), мальчиков - 121 (19,5%). Их соотношение составило 4:1. Наибольшее число больных наблюдалось в возрастном интервале до 3 лет и 4-7 лет (соответственно 35,4% и 35,2%). Также обращает внимание относительно частое поступление детей в возрасте 8-14 лет (29,4%) по причине позднего обращения или отказа от оперативного лечения в более ранние сроки. И, тем не менее, оперативное лечение пациентам до 3 лет было проведено более чем у одной трети наблюдаемых детей. В целом, средний возраст наших больных составил  $7,6 \pm 0,8$  лет.

Среди односторонних поражений преобладало левостороннее поражение - 228 (36,6%), правосторонний вывих был у 88 (14,3%) детей. Двусторонний вывих выявлен у 307 (49,1%) детей (таблица 2). С учетом двухсторонних поражений общее количество составило 623 больных.

Угол движений в тазобедренном суставе измеряли угломером и оценивали: приведение и отведение бедра; разгибание и сгибание бедра; внутреннюю и наружную ротацию бедра.



В Таджикистане многодетность - распространенное явление, и нами проведен анализ встречаемости ВВБ среди детей, которые родились в больших семьях. Было выявлено, что в 291 (46,7%) случаев дети родились от третьих и более родов. Известно, что частые роды имеют негативное влияние не только на организм матери, но и развитие плода. Поэтому, по нашему мнению, незапланированные частые роды оказывают провоцирующие воздействия на возникновение врожденного вывиха бедра и могут быть отнесены к факторам риска.

**Таблица 2. – Распределение больных по стороне поражения и возрасту**

Возраст в годах	Пораженный сустав			Всего	
	левый	правый	двухсторонний	n	%
до 3	60	33	129	222	35,6
4-7	85	33	101	219	35,2
8-11	50	12	54	116	18,6
12-14	33	10	23	66	10,6
<b>Всего</b>	<b>n</b>	<b>228</b>	<b>88</b>	<b>307</b>	<b>623</b>
	<b>%</b>	<b>36,6</b>	<b>14,3</b>	<b>49,1</b>	

У многорожавших женщин при частых родах без соблюдения оптимального срока часто встречается анемия и алиментарная недостаточность, что приводит к рождению детей с низкой массой тела. В наших наблюдения 586 (94,1%) детей с ВВБ родились с относительно низкой массой тела.

Другим негативным фактором явился возраст матерей, который не относился к категории оптимального для деторождения. Среди наблюдаемых детей у 469 (75,3%) родители имели возраст, нежелательный для деторождения. Помимо этого, среди них родственные браки родителей были в 87 (13,9%) случаях. Семейные формы ВВБ были в 154 (24,7%) случае.

Среди наблюдаемых детей отягощенная беременность у матерей имела в 199 случаях, тяжелые формы гестозов наблюдались у 118 (59,3%) рожениц, инфекционные болезни во время беременности перенесли 12 (6,0%) и вредные привычки имелись у 11 (5,5%) матерей.

Особое внимание уделяли характеру и виду нарушений походки. Оценивали выраженность хромоты и «утиной походки» при двухсторонних поражениях, степень поясничного лордоза. Эти явления выявлены у 331 (53,1%) пациента. Ограничения движения в тазобедренных суставах выявлены у 600 (96,3%) больных. Также частым был положительный симптом наружной ротации конечности - у 602 (96,7%) больных. Часто сочетались асимметрия бедренных и ягодичных складок - у 465 (74,7%), только бедренных - у 116 (18,6%) и только ягодичных – у 42 (6,7%) больных. У 592 (95,0%) больных положительными были симптомы Тренделенбурга и Дюпюитрена - у 422 (67,8%). Заметное выступание большого вертела за счет

бокового и высокого смещения бедренных костей отмечено у 354 (56,9%) пациентов. На стороне вывиха укорочение нижней конечности было отмечено у 358 (57,5%) детей. В зависимости от выраженности вывиха укорочение конечности варьировало от 1 до 8 см, в среднем  $2,1 \pm 0,37$  см.

Вследствие выраженного напряжения мышц - аддукторов бедра тугоподвижность сустава, ограничение отведения в тазобедренных суставах выявлены у 534 (85,8%) больных.

Деформации и асимметрии костей таза было выявлено у 218 (35,0%) детей в старших возрастных группах, которым преимущественно ранее было выполнены различные оперативные вмешательства. Рахитические деформации костей таза и бедра были выявлены у 442 (70,9%) детей.

В зависимости от тактики лечения и характера оперативных вмешательств больные распределялись на контрольную и основную группы. В контрольную группу вошли больные, для лечения которые использовали традиционный тактический подход с применением общеизвестных оперативных методик. В основной группе была предпринята оптимизированная нами тактика лечения на основе разработанных нами усовершенствований в оперативном лечении обсуждаемой патологии. Основную группу составили 326 (52,3%), контрольную – 297 (47,7%) пациентов (таблица 3).

**Таблица 3. – Виды оперативных вмешательств в группах наблюдения**

Группа	Методы лечения	Основная		Контрольная		Всего больных	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
I	Миотомия аддукторов	120	36,8	-	-	120	19,3
II	Внесуставные операции	51	16,7	97	32,6	148	23,7
III	Внутрисуставные операции	137	50,3	149	50,2	286	45,9
IV	Комбинированные операции	15	4,4	18	6,1	33	5,3
V	Паллиативные операции	3	1,6	33	11,1	36	5,8
<b>Всего:</b>		<b>326</b>	<b>100,0</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>	<b>623</b>	<b>100,0</b>

Пациенты в зависимости от метода применяемого лечения были распределены на 5 групп. В первую группу вошли 120 (19,3%) больных, которым выполнена миотомия аддукторов. С учетом двухсторонних поражений им выполнены операции на 155 суставах, т.е. 54 пациентам эта операция выполнялась с обеих сторон. В контрольной группе эти вмешательства не проводились.

Вторую группу составили 148 (23,7%) пациентов, которым были выполнены внесуставные операции.

Третья группа - 286 (45,9%) пациентов, им проведены внутрисуставные операции. Четвертую группу составили 33 (5,3%) пациента, которым выполнены комбинированные операции (на одном суставе выполнены внутрисуставные, на другом – внесуставные операции). Пятую группу составили 36 (5,8%) пациентов, которым выполнены паллиативные операции из-за позднего обращения. Таким образом, анализируемые группы по числу наблюдений и выполненным оперативным вмешательствам относились к сопоставимым выборкам.

Рентгенологический метод исследования явился одним из основных дополнительных методов исследования при диагностики ВВБ. Для оценки элементов тазобедренного сустава все пациенты были обследованы на рентгеновских аппаратах «NEO-DIAGNOMAX», «POLYMOBIL-2», «EDR-750 В», «MOBILEX-RAY». Рентгенографии выполнялись в прямой проекции всем пациентам до и после операции. Последующие рентгенологические исследования производили с целью динамического наблюдения в процессе лечения и в отдаленном периоде для определения результатов лечения.

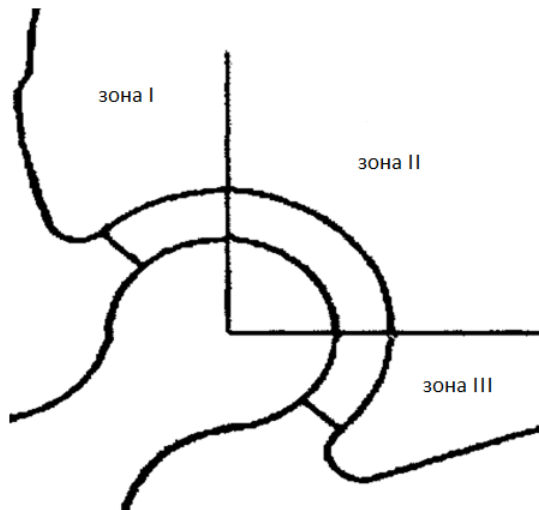
По рентгенограммам определялись следующие показатели: ацетабулярный индекс, линия Шентона, линия Кальве, угол Виберга, шеечно-диафизарный угол, ГВВ - глубина вертлужной впадины, СПГ - степень покрытия головки бедренной кости. Степень недоразвития тазобедренного сустава высчитывали на основании количественных показателей рентгеноанатомических взаимоотношений.

Рентгенологическими критериями установки вертлужного компонента были такие показатели, как истинный центр смещения эндопротеза и угол наклона вертлужного компонента (УНВК).

Признаки стабильности вертлужного и бедренного компонентов эндопротеза оценивали с помощью прямой и боковой рентгенограмм. Степень остеолита костной ткани вокруг ВК оценивали в зонах, предложенных J.G.De Lee. Для этого измеряли ширину лизиса костной ткани вокруг компонента эндопротеза в трех секторах, изображенных на рисунке 1.

При помощи многоканальной компьютеризированной электронной миографии «Neuro screen» определяли и анализировали показатели потенциалов М-ответа, скорости прохождения импульса по нервам, число двигательных единиц, что осуществлялось автоматически с помощью собственной компьютерной программы. Электронейромиография проводилась в отделении функциональной диагностики РНЦССХ к.м.н. Карим-заде Г.Д. (зав. отделением Азизов А.А.).

Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) и дуплексное ангиосканирование применялись как в дооперационном периоде, так и после операции для оценки адекватности восстановления кровотока. Использовали аппарат СД-100 «Вингмед» фирмы «Medata» (Швеция) с датчиками частоты 5-10 МГц. Исследование проведено в отделении функциональной диагностики РНЦССХ профессором Султановым Д.Д.



**Рисунок 1. – Зоны остеолита костной ткани вокруг чаши эндопротеза по J.G. De Lee.**

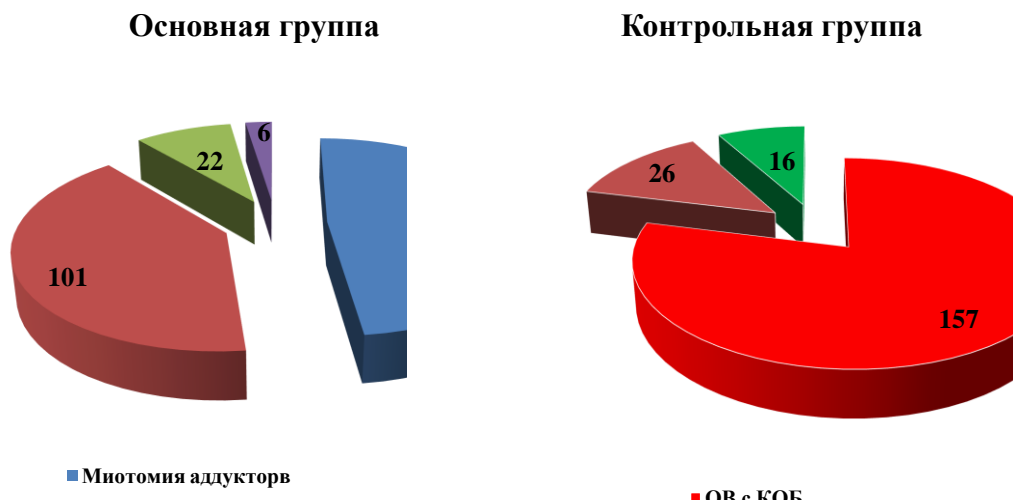
Исследование функционирования антиоксидантной системы и уровень продукции свободных радикалов проводились в компонентах крови больных. Оценку интенсивности свободно-радикальных реакций в сыворотке крови выполнили с помощью хемилюминометра ХЛМ1Ц-01 (Киев, Украина). О величине продукции липоперекисных радикалов судили на основании регистрации уровня сверхслабого свечения препаратов. Исследование проведено на кафедре биохимии ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Исследование свертывающей и антисвертывающей систем крови проводили до и после операции на 1- 3- 7- 14-е сутки после оперативных вмешательств. Определяли активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), концентрацию фибриногена (Ф-н), тромбиновое время (ТВ), активность антитромбина III (АТ III), время ХПа- зависимого фибринолиза (Ф-з). Наличие продуктов деградации фибриногена оценивали качественно с помощью этанолового теста. Использовали тест-наборы фирмы «Ренам» (Москва). Интерпретацию результатов исследования производили в соответствии с рекомендациями, изложенными в монографии «Лабораторные методы исследования системы гемостаза». Исследование проведено в лаборатории биохимии РНЦССХ врачом Вафоевой Х.

Полученные цифровые результаты исследования подвергали статистической обработке методом вариационной статистики для малых рядов наблюдений с вычислением средней арифметической (М), средней ошибки средней арифметической (т), среднеквадратического отклонения (а). Для определения достоверности отличий вычисляли доверительный коэффициент t-критерий Стьюдента и определяли по табличным данным величину вероятности (р). Различия показателей считали статистически значимыми при значениях  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В настоящее время общепризнанно, что выбор метода хирургического лечения ВВБ у детей зависит от возраста больного. Нами при выполнении данной работы в основной группе предложено улучшение хирургического лечения ВВБ у детей за счет внедрения новых и модифицированных методов лечения (рисунок 2).



**Рисунок 2. – Виды основных оперативных вмешательств в группах наблюдений**

В основной группе в 249 (76,4%) случаев характер оперативных вмешательств отличался от контрольной группы. Так, миотомия аддукторов выполнена у 120 (36,8%) больных. Капсулорафия, пластика лимбуса в сочетании с ОБ и КОБ - у 101 (31,0%), ацетабулопластика и ОБ с КОБ - у 22 (6,79%) и капсулорафия с ОБ - у 6 (1,8%) больных.

Оперативные вмешательства, которые проведены в обеих группах это – только КОБ - 55 и 77, комбинированные операции - 17 и 16, удлинения конечности - 5 и 5 (соответственно).

Таким образом, количество больных в обеих группах наблюдения соответствовало по количественному отношению, однако, отличалось по видам выполненных оперативных вмешательств.

У 623 больных выполнены на 930 суставах различные оперативные вмешательства. Это связано с тем, что у 307 больных операции выполнялись на двух суставах. За счет двухсторонних операций миотомия аддукторов выполнена у 120 (156 суставов), внутрисуставные вмешательства - у 286 (448 суставов), внесуставные - у 148 (201 сустав), комбинированные у 33 (65 суставов) и паллиативные - у 36 (60 суставов) больных.

Внутрисуставные операции выполнены 286 (45,9%) больным (448 суставов), в том числе 154 (54%) пациентам (242 суставов) - из основной и 132 (46%) больных (206 суставов) - из контрольной группы.

На обоих суставах были оперированы 162 больных, в основной группе – 88, в контрольной - 74 больных. Общее число суставов составило 216.

Клинико-морфологические изменения круглой связки оценены у 229 больных. У всех этих пациентов выявлено, что при ВВБ круглая связка

подвергалась различным дистрофическим изменениям. Отсутствие и удлинение круглой связки выявлено в 55% и 33% случаев соответственно.

Изменения лимбуса изучены у 231 пациентов. Установлено, что у 210 (90,1%) больных имелось препятствие для вправления головки во впадину из-за её втянутости вовнутрь, в 21 (9,9%) случае выявлена её гипертрофия.

Состояние жировой подушки было изучено у 230 пациентов. При этом она была изменена у 228 (99,1%) больных.

Особое значение для выполнения реконструктивных операций имеет измененная форма вертлужной впадины, что необходимо учитывать при выборе метода оперативного лечения. Форма вертлужной впадины изучена у 230 пациентов. Вертлужная впадина была маленькой (87), в виде ушной раковины (49), овальной (43) и виде раструба (26). Из-за изменения расположения *m. iliopsoas* при вывихах и сдавлениях капсулы сустава появляется препятствие для вправления головки, что требует выполнения тенотомии при внутрисуставных операциях и корригирующей остеотомии. При выполнении этой операции из-за близкого расположения сухожилия мышцы к глубокой бедренной артерии и бедренному нерву имеется опасность их повреждения. С целью предотвращения этого осложнения нами предложена новая техника тенотомии *m. iliopsoas* (патент Республики Таджикистан на изобретение ТД № 526 от 12 сентября 2012 года).

Все внутрисуставные операции в контрольной группе (n=59) были выполнены только в объеме открытого вправления с КОБ. Показания для ее выполнения были следующими: угловые величины вертлужной впадины ближе к норме; обязательная децентрация головки бедер; деформация (вальгусная) шейки бедра более 145°; свыше 45° антеторсия шейки бедра; интервал возраста больных 3-9 лет.

С целью дополнительной стабилизации сустава у 107 (17,2%) больных выполнена капсулорафия по предложенной нами методике (патент Республики Таджикистан на изобретение ТД № 530 от 15 октября 2012 года). Во время операции после капсулорафии достигнуто уменьшение размеров растянутой капсулы, и головка бедренной кости надежно фиксировалась во впадину.

Предложенную операцию выполняли со следующими оперативными вмешательствами: ОВ и КОБ в сочетании с пластикой лимбуса – у 101 (16,2%) больного; только открытым вправлением вывиха – у 6 (1,0%) больных.

Среди основной группы из 326 больных удельный вес капсулорафии составил 107 (32,8%). В общей структуре внутрисуставных операций у 286 больных она составила 37,4%. В структуре внутрисуставных операций в основной группе у 129 больных она составила 82,9%.

Другим важным нашим внедрением при вправлении вывиха является надежная стабилизация сустава за счет пластики лимбуса (патент Республики Таджикистан на изобретение ТД № 535 от 28 ноября 2012 года). Для дополнительной стабильности тазобедренного сустава мы также применяем подкапсульную ацетабулопластику. Технические особенности операции

заканчиваются в следующем. Капсула сустава рассекается языкообразным лоскутом по верхней полуокружности впадины, не доходя до верхнего края лимбуса. Выявляется «дорожка» скольжения головки и формируется паз при помощи распатора. Свободной костной аутоотрансплантат берется при подвертельной остеотомии в виде муфты. В подготовленный паз в надацетабулярной зоне забивается трансплантат на глубину до 1,5 см. Объем вертлужной впадины увеличивается за счет трансплантатов, направленных вовнутрь и выступающих над головкой бедра.

Вышеприведенные разработки методов капсулографии, тенотомии *m. iliopsoas*, ацетабулопластики и лимбопластики и внедрение их в клиническую практику использованы как самостоятельное, так и в сочетании с другими внутрисуставными вмешательствами, которые выполнялись в основной группе.

В целом, эти оперативные вмешательства выполнены у 101 больного (196 суставов): в 17 случаях выполнялись у больных в возрасте до 3 лет; в 52 – в возрасте 3-7 лет; в 22 – в возрасте 8-11 лет и в 10 наблюдениях – в возрасте 12-14 лет. В 95 случаях операция выполнена с обеих сторон.

При изучении отдаленных результатов лечения из 623 больных 79 (122 сустава) вышли из поля зрения за счет миграции и переселения. Анализ результатов проведен 544 (748 суставов) больным обеих групп (в основной группе - 405 и контрольной - 343 сустава).

В целом, частота рецидива вывиха в обеих группах составила 10,7%. Однако в основной группе частота рецидива вывиха, по отношению к контрольной, была значительно ниже - 6,2% и 15,3% соответственно. Столь высокая частота рецидива вывихов в контрольной группе объясняется тем, что ранее основными оперативными вмешательствами были: ОВ с КОБ; КОБ; комбинированные операции и операция Солтера с КОБ. Большой процент рецидивов вывиха наблюдался после изолированной КОБ (23,7%) и комбинированных операций (15,6%). Из-за этого количество этих операций в основной группе сократилось в 2 и 3,5 раза соответственно. Наиболее часто в контрольной группе выполнялись ОВ с КОБ. Они были проведены на 174 суставах с рецидивом 11,5%. От этих операций в последнее время мы отказались и в основной группе не проводили. Операция Солтера с КОБ также имела большой процент (10,5%) рецидива вывиха и в основной группе не проводилась.

Таким образом, усовершенствованная хирургическая тактика лечения врожденного вывиха бедра за счет новых усовершенствованных технологий, снизила частоту рецидивов вывиха достоверно в 2,5 раза, по сравнению с контрольной группой.

При оценке результатов другим показателем явилась частота контрактур конечностей в группах наблюдения. При анализе этого показателя в общее число наблюдаемых больных вошли и паллиативные операции. Из общего числа 808 пролеченных суставов контрактуры имелись на 175 конечностях.

Стойкая контрактура конечностей после проведения курса реабилитационного лечения была выявлена на 62 (17,6%) конечностях

основной группы и 113 (34,4%) - контрольной. Как видно, количество контрактур конечностей в контрольной группе больных превышало в два раза данные основной.

При хирургическом лечении ВВБ одним из грозных осложнений является развитие асептического некроза головки бедра. Это, прежде всего, обусловлено нарушением кровообращения из-за операционной травмы и наличием чрезмерного давления на головку из-за гипертонуса мышц. Среди 808 оперированных суставов асептический некроз головки бедра был у 78 (9,5%): в основной группе - 23 (7,8%), в контрольной - 55 (18,2%) случаев.

Общие результаты лечения в отдаленном периоде оценивались клиническими и рентгенологическими методами. Как было подчеркнуто выше, обращали внимание на жалобы больных после операции, мнение пациента и родителей, удовлетворенность от проведенной операции, качество жизни. Рентгенологические показатели указывали на состояние вертлужного и бедренного компонентов, состоятельность тазобедренного сустава, наличие или отсутствие дистрофических изменений.

В контрольной группе (n=242) неудовлетворительные результаты в оперированных группах варьировали от 10,1% до 73,7%. В целом, неудовлетворительные результаты были у 47 (19,4%) больных. Наиболее часто неудовлетворительный результат отмечался после операции Шанца и комбинированных операций. Удовлетворительные результаты отмечены у 128 (52,9%) больных. Как видно, это составило более половины наблюдаемых больных в этой группе.

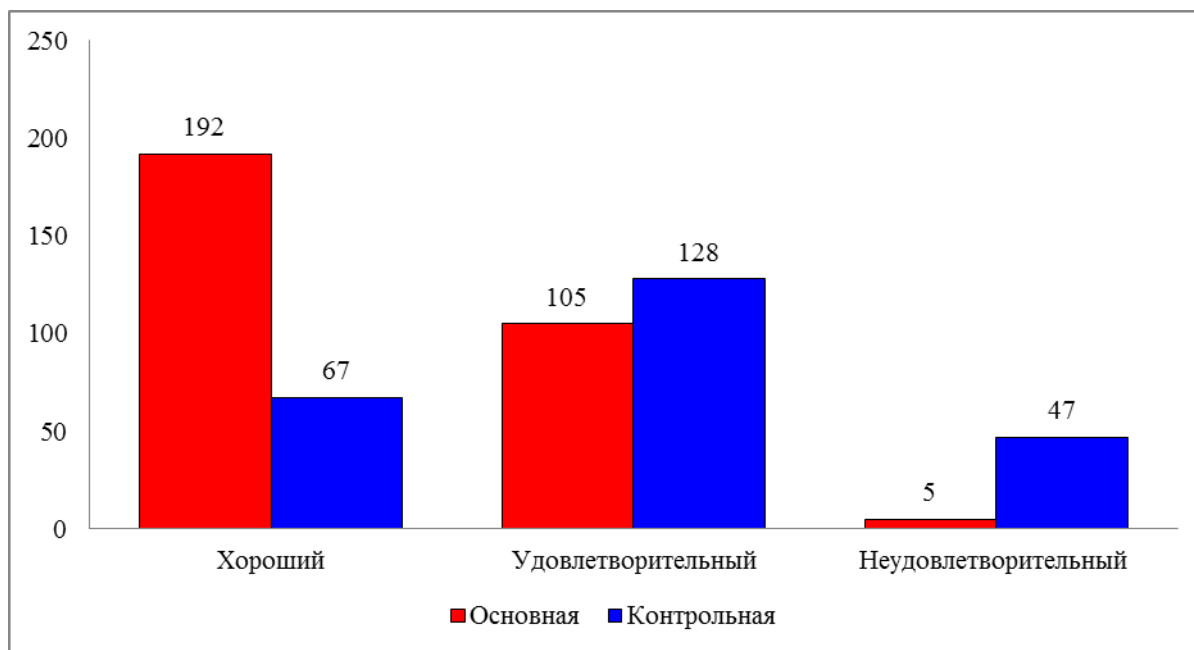
Хорошие результаты отмечены у 67 (27,7%) больных. Это были те пациенты, которым выполнены операции КОБ, операция Солтера с КОБ, ОВ с КОБ. Однако, следует отметить, что многие из этих пациентов не относились к категории тяжелых и высоких вывихов.

В основной группе больных мы отказались от проведения операции Шанца, а комбинированные операции резко были ограничены.

В основной группе (n=302) хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты в оперированных группах составили 63,3%; 34,7%; 1,7% соответственно.

Как видно, хорошие и удовлетворительные результаты в основной группе больных были получены за счет внедрения новых и усовершенствования традиционных методов лечения ВВБ. На рисунке 3 представлены сравнительные результаты выполненных оперативных вмешательств в группах наблюдений. Как видно, имеется явно положительная динамика хороших результатов в основной группе, по сравнению контрольной. Удовлетворительные и неудовлетворительные результаты преобладают в контрольной, по отношению основной группы.





**Рисунок 3. – Результаты лечения в группах наблюдения**

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения показал, что в основной группе больных имеются значительно лучшие результаты, по сравнению с контрольной. Это, прежде всего, объясняется изменением хирургической тактики лечения и внедрением предложенных технических совершенств. Все это реализовано внедрением совершенства тенотомии, капсулорафии, пластики лимбуса, подкапсулярной ацетабулопластики и другими идеями, которые использовались в хирургическом лечении ВВБ.

### **Эндопротезирование тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра**

За период с 2006 по 2017 гг. нами обследованы 62 больных до и после операции эндопротезирования тазобедренного сустава при полной форме врожденного вывиха бедра (IV степень дисплазии по Crowe). При этом у 10 больных произведено последовательное эндопротезирование обоих ТБС.

При эндопротезировании тазобедренного сустава также проводили клиническое и рентгенологическое обследование. При клиническом обследовании выполняли сбор жалоб пациента и анамнестические данные, изучали характер болевого синдрома, физическую активность и возможность самообслуживания. Определяли тонус мышц, разницу длины нижних конечностей, движения в ТБС. Все сведения использовались для балльной оценки его функционального состояния по методике W.H. Harris.

Сумма баллов по шкале Харриса до операции колебалась от 26 до 40, составляя в среднем  $33,0 \pm 4,5$  балла. Все больные принимали анальгетики из-за выраженного болевого синдрома. Пациенты предъявляли жалобы на боль в поясничном отделе позвоночника и коленном суставе на стороне вывиха. Трудоспособность была значительно ограничена из-за болевого синдрома, 47 пациентов (75,8% случаев) имели группу инвалидности. У всех пациентов отмечалось хромота, нарушение функции самообслуживания, и большинство

из них пользовались тростью или костылями при ходьбе. Выраженная разница в длине нижних конечностей отмечалась у всех больных (от 3 до 8 см) и имела выраженная контрактура тканей области ТБС.

### Состояние кровообращения области тазобедренного сустава

Нарушение кровоснабжения области тазобедренного сустава развивается вследствие недоразвития сосудов и операционной травмы при различных оперативных вмешательствах. С помощью ультразвуковой доплерографии было исследовано кровообращение в тазобедренном суставе в трех группах: первая группа – больные с врожденным вывихом бедра, ранее не оперированные (контрольная); вторая – больные, которым проведена безуспешная однократная операция и третья - двух - и более кратная операция в анамнезе. Всем пациентам было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава. При оценке регионарного кровотока анализировались показатели пиковой скорости кровотока (PSV), индекс пульсации (PI) и индекс резистивности (RI) (таблица 4).

Данные динамической ультразвуковой доплерографии позволили выявить изменения кровотока в огибающих артериях бедра. В первой группе больных пиковая систолическая скорость кровотока (PSV) была снижена, по сравнению с нормальными величинами, после операции она достоверно увеличилась ( $p < 0,05$ ). Также выявлено достоверное улучшение ( $p < 0,05$ ) индекса резистивности (RI) и индекс пульсации (PI).

**Таблица 4. – Допплерографические показатели кровотока по глубокой артерии бедра до и после операции**

Показатели	1-я группа		2-я группа		3-я группа	
	до	после	до	после	до	после
N	n=10	n=10	n=11	n=10	n=15	n=12
PSV (M±m)	51,43±0,56	52,86±0,53	39,41±0,18	41,39±0,19**	22,08±0,42	23,30±0,29**
RI (M±m)	0,92±0,11	0,92±0,09	0,98±0,02	0,96±0,02*	1,09±0,02	1,06±0,02*
PI (M±m)	4,93±0,21	4,98±0,27	3,12±0,08	4,05±0,03**	2,16±0,06	3,02±0,02**

*Примечание: \* - достоверность отличия, по сравнению с контрольной группой,  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$*

Во второй группе пиковая систолическая скорость кровотока (PSV) была снижена, по сравнению с первой группой, в 1,3 раза, а после операции выявлено достоверное улучшение ( $p > 0,001$ ) этого показателя. Улучшились показатели индекса резистивности ( $p < 0,05$ ) и индекс пульсации ( $p > 0,001$ ).

В третьей группе больных, у которых в анамнезе были две и более операции, в латеральных огибающих артериях бедра до операции PSV был понижен в 2,3 раза. После операции этот показатель достоверно ( $p > 0,001$ ) улучшился. Другие показатели кровотока также достоверно улучшились, что имеет между собой корреляционную связь.

В целом, результаты доплерографии показали, что у пациентов с врожденным вывихом бедра во всех группах наблюдается нарушение

кровообращения. Тяжесть их проявления зависят от дистрофических изменений и предшествующей операционной травмы. Эти сосудистые нарушения указывают на необходимость назначения ангиотропной терапии до и после операции с целью улучшения результатов эндопротезирования.

**Состояние ПОЛ и АОС.** Исследование продукции свободных радикалов и функционирования АОС проводились в сыворотке, плазме и эритроцитах. Содержание промежуточных продуктов липопероксидации – МДА - в плазме крови и эритроцитах также указывало на состояние процессов ПОЛ. При исследовании содержания МДА в плазме крови и эритроцитах у пациентов наблюдали статистически значимое увеличение, по отношению к контрольной группе.

У больных с дистрофическими заболеваниями тазобедренного сустава наблюдалось возрастание активности изучаемых ферментов антирадикальной защиты. Показатели содержания ферментативно-активного церулоплазмينا статистически превышали норму. Активность каталазы не изменялась. При участии СОД происходит избыточное накопление перекиси водорода. Достоверного повышения активности глутатионредуктазы нам выявить не удалось.

При оценке состояния ферментов - антиоксидантов у больных отмечено достоверное усиление активности каталазы на 37,9% и СОД – на 233,4%, по сравнению с контрольной группой. Статистический анализ в зависимости от характера патологического процесса и активности каталазы выявил наличие связи: для каталазы коэффициент корреляции составил 0,388, а для СОД – 0,178.

Эти исследования показывают возможность использования показателей интенсивности процессов ПОЛ и АОС, как диагностических критериев глубины патологических изменений у больных дисплазией тазобедренного сустава, что имеет прогностическое значение при эндопротезировании тазобедренного сустава.

### **Профилактика гемокоагуляционных осложнений**

Основной задачей данного исследования было изучение ответной реакции свертывающей системы на хирургическую операцию. Были проанализированы результаты свертывающих и антисвертывающих свойств крови на фоне традиционной противотромботической профилактики. В комплекс противотромботической профилактики входили: использование фракционированных низкомолекулярных гепаринов (клексан по 40 мг или фраксипарин по 7600 МЕ); непрямых антикоагулянтов (варфарин) с 5-х суток и в течение 28 дней; свежезамороженной плазмы – источника антитромбина III; низкомолекулярных декстранов - во время операции.

Исследования показали, что в 1-е сутки после операции у всех больных (таблица 5) выявлено угнетение процессов образования протромбиназы по внешнему и внутреннему механизмам, угнетение фибринолиза и повышение антитромбиновой активности плазмы крови ( $p < 0,05$ ). Эти сдвиги можно связать с гемодилюцией во время операции и послеоперационном периоде.

**Таблица 5. – Показатели коагулограммы до и после эндопротезирования (n=36)**

Показатели	До операции	1- сутки	3- сутки	7- сутки	14- сутки
		После операции			
АЧТВ, сек.	28,4±0,6	34,4±0,8***	24,4±0,8	23,8±0,9***	26,6±0,8
ПВ, сек.	17,2±0,1	20,4±0,68***	15,4±0,6*	14,8±0,8*	17,8±0,7
Ф-н, г/л	3,2±0,07	3,3±0,06	4,9±0,08***	4,6±0,06***	4,1±0,2***
ТВ, сек.	15,8±0,4	17,2±0,16*	14,8±0,06**	15,2±0,08*	15,8±0,02
АТ III, %	79,8±0,6	79,6±1,1	71,8±0,8***	75,6±0,6***	80,4±0,3
Фиб-лиз, мин.	11,7±0,9	14,8±0,8*	30,2±0,8***	23,4±1,2***	13,4±0,8
Этаноловый тест, кол-во и % больных с положительным результатом	7 (20,0%)	5 (14,3%)	11 (31,4%)	14 (40,0%)	12 (34,3%)

*Примечание: достоверность по отношению к дооперационным данным (\* -  $p<0,05$ ; \*\* -  $p<0,01$ ; \*\*\* -  $p<0,001$ )*

На 3-7-е сутки повышение активности внутреннего и внешнего механизмов тромбообразования и увеличение уровня фибриногена в плазме крови сопровождались угнетением антитромбиновых и фибринолитических свойств крови ( $p<0,001$ ). Эти сдвиги обуславливали выраженное тромбофилическое состояние крови. На 14-е сутки наблюдалась нормализация функциональных взаимоотношений между про- и антикоагулянтными звеньями системы свертывания крови, и только количество фибриногена в крови было достоверно выше дооперационного уровня ( $p<0,001$ ).

Несмотря на проведенную антикоагулянтную терапию в послеоперационном периоде, у двух пациентов развился острый тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей, у одного пациента развился илеофemorальный тромбоз на оперированной конечности и у одного больного была гематома раны, которая была удалена. При анализе данных литературы наше внимание привлёк факт, что больные, которым требуется выполнение тотального эндопротезирования, относятся к группе риска развития тромботических и тромбоэмболических осложнений. Проведённый анализ выявил низкий риск опасности тромбообразования у 7,3% больных. Средний риск развития венозного тромбоза оказался у 71,5% пациентов. К группе высокого риска развития тромботических и тромбоэмболических осложнений было отнесено 21,1% больных.

#### **Оценка нервной проводимости до и после эндопротезирования**

Электронейромиографическое (ЭНМГ) обследование до и после операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра было проведено 32 пациентам. Пациенты в зависимости от степени вывиха бедра были разделены на две группы. Первая – вывих бедра до 3 см (16 пациентов), вторая – свыше 3 см (16 пациентов). Все пациенты были женского пола. Средний возраст составил  $23,7\pm 2,3$  лет

( $p > 0,05$ ). Через 1 год после операции электрофизиологические исследования выполнены 14 больным I группы и 16 пациентам II группы (таблица 6). Сравнительная оценка амплитуды дистального и проксимального М-ответов выявила снижение показателей больше допустимых значений на 25-30%, т.е. проксимально проводимость нерва снижалась в 2 раза.

**Таблица 6. – Исходные ЭНМГ - показатели большеберцового, малоберцового и бедренных нервов у пациентов I и II групп**

ЭНМГ- показатели		I группа		II группа		Норма
		вывих ТБС	контрлатеральная сторона	вывих ТБС	контрлатеральная сторона	
Большеберцовый нерв	ЛП	4,0 ± 0,58	4,5 ± 0,7	4,3 ± 0,8	4,5 ± 0,7	3,4 ± 0,5
	М-ответ	3,7 ± 0,1	3,1 ± 0,6	5,2 ± 1,2	6,9 ± 1,6	7,4 ± 0,6
	СПИЭф ф	46,2 ± 4,8	46,8 ± 1,8	47,4 ± 3,4	47,2 ± 3,0	49,6 ± 2,1
	СПИ F	41,6 ± 2,7	45,6 ± 3,5	44,8 ± 2,1	42,3 ± 2,8	52,6 ± 4,3
Малоберцовый нерв	ЛП	3,1 ± 0,4	3,3 ± 1,3	3,0 ± 0,4	3,4 ± 0,7	3,0 ± 0,6
	М-ответ	3,1 ± 1,6	3,9 ± 1,3	3,1 ± 1,7	3,2 ± 1,7	6,9 ± 0,5
	СПИЭф ф	46,4 ± 1,6	52,7 ± 2,7	47,4 ± 4,8	49,0 ± 2,5	50,9 ± 0,6
	СПИШ	46,7 ± 4,4	48,2 ± 2,5	42,4 ± 2,7	46,7 ± 3,8	49,8 ± 3,6
Бедренный нерв	М-ответ	2,2 ± 1,3	4,1 ± 2,2	3,9 ± 1,9	5,8 ± 1,2	
	F-волна	27,7 ± 4,0	19,8 ± 2,3	19,7 ± 2,1	16,5 ± 3,3	

Проведенные электронейромиографические исследования при врожденном вывихе бедра выявили существенные отклонения от возрастной нормы. Если на стороне вывиха сустава М-ответа прямой мышцы бедра не превышала  $2,3 \pm 0,6$  мВ ( $p < 0,05$ ), на здоровой стороне соответствовала нижней границе нормы. ЛП F-волна составляла  $22,8 \pm 1,2$  мс и на  $7,8 \pm 1,8$  мс и превышала значения здоровой стороны ( $p < 0,05$ ).

Улучшение ЭНМГ-данных обнаружено у 32 (79%) пациентов. Выявленные улучшения показателей проводимости на уровне дистальных и проксимальных отрезков L3-L5 и S1 корешков спинного указывают о положительной динамике активности нервно-мышечного аппарата нижних конечностей и сегментарного аппарата спинного мозга.

В целом, ЭНМГ-показатели периферических нервов нижних конечностей у больных с врожденным вывихом бедра свидетельствуют о поражении нервных стволов как на уровне бедра и голени, так и на уровне корешков спинного мозга. Постоянный болевой синдром ограничивает двигательные нагрузки, укорочение конечности и перекос таза приводят к развитию поражений корешков спинного мозга. Установлено, что у большинства больных при врожденном вывихе бедра поражение периферических нервов нижних конечностей имеет двухсторонний характер.

Вышеприведенные данные указывают, что тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава является эффективным оперативным вмешательством у пациентов с врожденным вывихом бедра,

которое улучшает не только функцию нижних конечностей, но и состояние периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга.

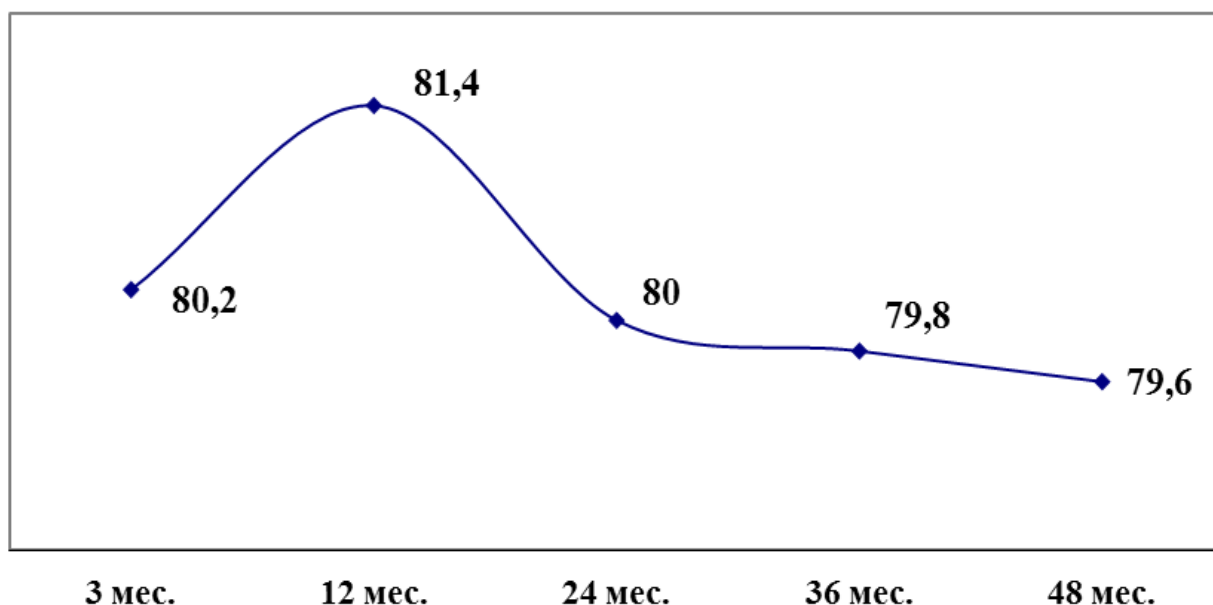
За период с 2006 по 2017 гг. 62 больным было выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава на фоне полного ВВБ (IV степень дисплазии по Crowe). Из них 10 больным было произведено последовательное эндопротезирование обоих ТБС.

**Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава.** В первые четыре года, период внедрения тотального эндопротезирования при врожденном вывихе бедра, выполнено 11 оперативных вмешательств. Все пациенты были прослежены на протяжении 8 – 11 лет. В последующие 4 года выполнено 26 (31 сустава) оперативных вмешательств, сроки наблюдения - 4-7 лет. За последние 4 года выполнены 25 (30 сустава) оперативных вмешательств, сроки наблюдения – 2-4 года. Все пациенты после операции наблюдались первые 3, 6 и 12 месяцев и в последующем каждый год. Результаты оперативных вмешательств оценивались по специально разработанной карте обследования в динамике наблюдения. Всего было выполнено 72 эндопротезирования тазобедренного сустава.

По оценочной шкале Харриса через год после операции средний балл составил  $79,1 \pm 16,41$ . Это увеличение оказалось вдвое и более выше, по сравнению с данными до операции. Данный результат по оценочной шкале Харриса считается как хороший.

Клинически этих больных боль в оперированном суставе не беспокоила или была незначительной, не препятствовала двигательной активности. И, тем не менее, большинство больных при ходьбе пользовались тростью. У 29 (46,8%) больных до операции имелась разница в длине нижних конечностей от 2 до 8 см, и невыраженная остаточная контрактура тазобедренного сустава. Все пациенты через год после операции оценили свое состояние положительно и были довольны проведенной операцией, т.к. разница длины конечностей была не более 1,2 см.

При оценке результатов до 48 месяцев по оценочной шкале Харриса средний балл составил  $80,2 \pm 12,33$  (от 74 до 91 баллов). Стойкое исчезновение болевого синдрома и восстановление функции оперированной конечности было у 18 пациентов. Все пациенты на этот период были довольны результатами операции. Незначительное снижение среднего балла по шкале Харриса было связано с появлением болевого синдрома у некоторых больных и нарушением функции тазобедренного сустава из-за развития различных осложнений. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава через четыре года оценены, как хорошие. Функциональное состояние тазобедренного сустава в динамике за весь этот период наблюдения представлен на рисунке 4.



**Рисунок 4. – Оценка результатов эндопротезирования по шкале Харриса (до 48 месяцев)**

Как видно из графика, оптимальные функциональные результаты за этот период прослеживаются до 48 месяцев после эндопротезирования тазобедренного сустава. Последние 24 месяца средний балл постепенно снижался (по шкале Харриса). Это было связано с появлением болевого синдрома у некоторых пациентов из-за повышенной нагрузки и прогрессирования явлений остеоартроза на неоперированной конечности. Однако, этот результат считается хорошим (по шкале Харриса), т.к., по отношению к предоперационным значениям был лучше в два и более раза. Оценка результатов в динамике через 12, 24, 36 и 48 месяцев выявила статистически достоверные различия, по сравнению с дооперационными показателями ( $p < 0,01$ ).

Рентгенографический контроль оперированных конечностей в динамике позволил нам провести оценку на определение зон остеолита вокруг чаши протеза. Средние показатели ширины зон остеолита представлены в таблице 7.

**Таблица 7. – Ширина линии остеолита (мм) в зонах De Lee**

Сроки наблюдения	зона De Lee I		зона De Lee II		зона De Lee III	
	n	ширина	n	ширина	n	ширина
3 месяца	2	1±0,42	1	1±0,33	0	0
6 месяцев	1	1,6±0,51	1	1,1±0,63	0	0
1 год	1	1,23±1,01	1	1,82±1,46	1	2,2±1,21
2 года	1	0,65±0,09	0	0	0	0
3 года	1	0,65±0,07	0	0	0	0
4 года	1	0,65±0,05	0	0	0	0

*Примечание: n — количество пациентов; ширина — ширина зоны остеолита в мм.*

Как видно, зона остеолита вокруг чаши эндопротеза у некоторых больных увеличивалась до года. Это было связано с тем, что у одного больного за этот период вокруг чаши эндопротеза развилась зона остеолита шириной до 2,8 мм. Причиной данного явления было позднее нагноение, исходом явилось удаление эндопротеза. Этот результат оценен, как неудовлетворительный. Пациент был исключен из группы наблюдения. За весь этот период (48 месяцев) других случаев нестабильности чаши эндопротеза из-за рассасывания костной ткани не было.

**Результаты эндопротезирования через 5–7 лет после операции.** Долгосрочные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава на фоне врожденного вывиха бедра в сроки 60 – 84 месяца прослежены у всех 26 пациентов (31 сустав).

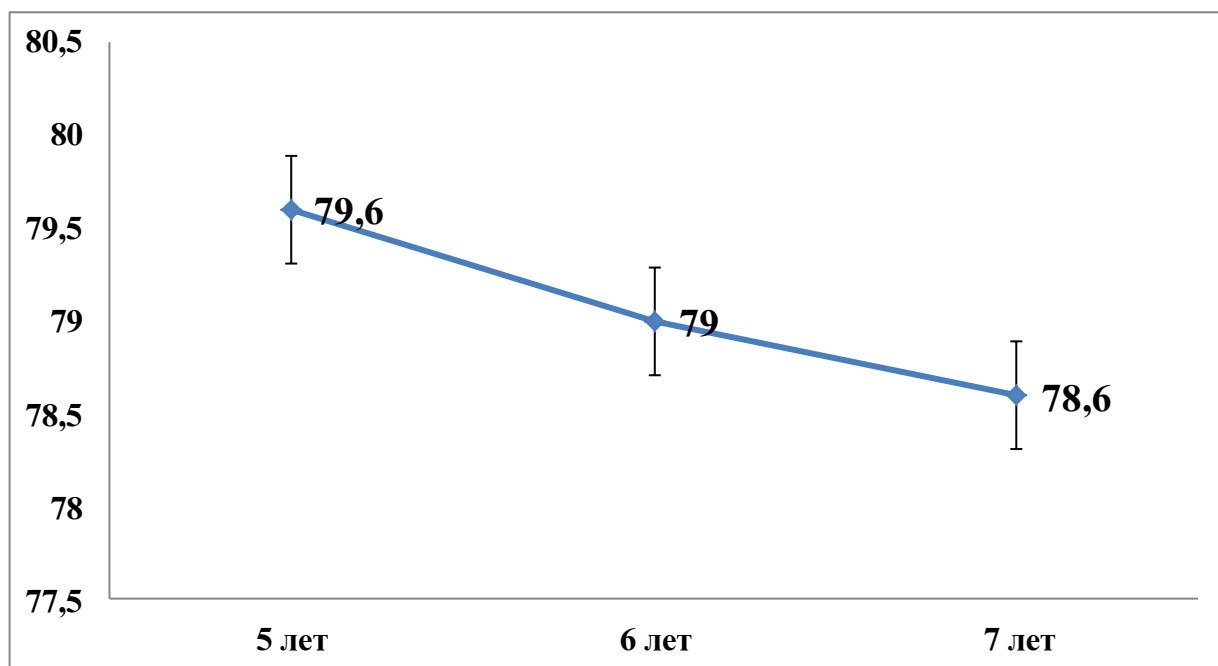
По оценочной шкале Харриса, за этот год после операции средний балл составил  $79,0 \pm 12,41$  (вариабельность от 64 до 91 балла). Эти показатели отличались не намного от среднесрочных результатов, что по оценочной шкале Харриса считается хорошим.

При двигательной активности у некоторых больных отмечались незначительные боли, которые не препятствовали двигательной активности. Это наблюдалось у молодых пациентов, которые имели физическую нагрузку. Некоторые больные пользовались тростью при длительной ходьбе. Невыраженная остаточная контрактура тазобедренного сустава отмечалась у 7 пациентов, которые до операции пользовались костылями. Все пациенты на это время после операции оценили свое состояние положительно и были довольны проведенной операцией.

Отсутствие болевого синдрома и хорошая функция оперированной конечности имелись у 19 пациентов. Все больные на этот период были довольны результатами операции. Незначительное снижение среднего балла по шкале Харриса было связано с появлением болевого синдрома у некоторых больных и нарушением функции тазобедренного сустава из-за развития различных осложнений. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в сроки 5-7 лет оценены как хорошие. Функциональное состояние тазобедренного сустава в динамике за весь этот период наблюдения представлено на рисунке 5.

Как видно из графика, оптимальные функциональные результаты за этот период прослежены в сроки 60 – 84 месяцев после эндопротезирования тазобедренного сустава. В динамике прослежено, что средний балл постепенно снижался (по шкале Харриса). Причиной этого было появление болевого синдрома у некоторых пациентов либо из-за прогрессирования явлений остеоартроза на неоперированной конечности, либо повышенной нагрузки. И, тем не менее, этот результат считается хорошим (по шкале Харриса), т.к., по отношению к предоперационным значениям был лучше в два раза ( $p < 0,001$ ).





**Рисунок 5. – Оценка результатов эндопротезирования по шкале Харриса (сроки 60 – 84 месяца)**

Рентгенографическая оценка определения зон остеолита вокруг чаши протеза представлена в таблице 8.

**Таблица 8. – Ширина линии остеолита (мм) в зонах De Lee**

Сроки наблюдения	зона De Lee I		зона De Lee II		зона De Lee III	
	n	ширина	n	ширина	n	ширина
5 лет	2	0,45±0,09	0	0	0	0
6 лет	1	0	0	0,55±0,07	0	0
7 лет	1	0,55±0,05	0	0	0	0

*Примечание: n — количество пациентов; ширина — ширина зоны остеолита в мм.*

Как видно, зона остеолита вокруг чаши эндопротеза у некоторых больных прослеживалась, однако, это было допустимо и наблюдалось у лиц молодого возраста, которые имели физическую нагрузку.

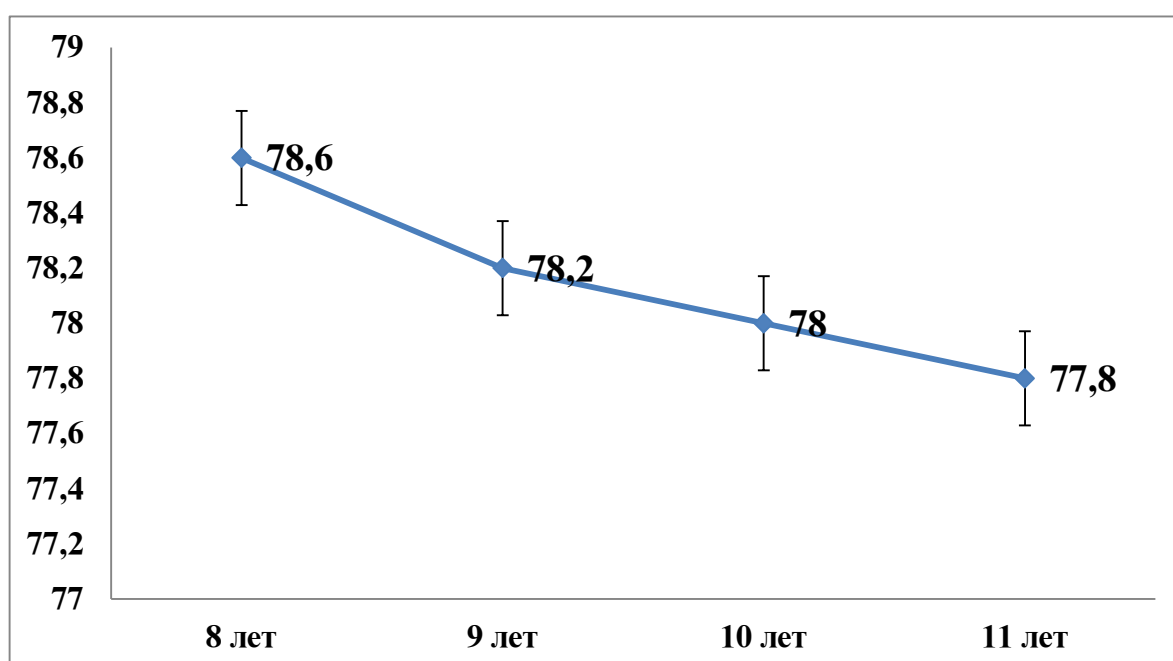
**Результаты эндопротезирования через 8 – 11 лет после операции.** Долгосрочные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава на фоне врожденного вывиха бедра в сроки 8-11 лет прослежены у всех 11 пациентов (12 суставов).

По оценочной шкале Харриса, за это период после операции средний балл составил 78,1±11,41 (вариабельность от 62 до 90 баллов). Эти показатели отличались не намного от результатов предыдущей группы наблюдения, что по оценочной шкале Харриса оценено как хорошие.

В этой группе наблюдения все пациенты были молодого возраста, в среднем возраст не превышал 30 лет. Все пациенты не ограничивали свою физическую активность, занимались трудовой деятельностью. Всего трое из

11 пациентов пользовались тростью при длительной ходьбе. Невыраженная остаточная контрактура мышц бедра различной степени была у всех пациентов, однако, они на это не обращали внимания. Периодически появляющийся болевой синдром был отмечен у четырех пациентов, которые не пользовались анальгетиками. Все пациенты на это время оценили свое состояние положительно и были довольны проведенной операцией.

Средний балл по шкале Харриса был снижен не намного, что было связано с появлением нарушений функции тазобедренного сустава из-за развития различных осложнений и болевого синдрома у некоторых больных. Результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в сроки 8-11 лет оценены, как хорошие. Функциональное состояние тазобедренного сустава в динамике за весь этот период наблюдения представлено на рисунке 6.



**Рисунок 6. – Оценка результатов эндопротезирования по шкале Харриса (8-11 лет)**

Как видно из графика, оптимальные функциональные результаты за этот период прослежены в сроки от 8 до 11 лет после эндопротезирования тазобедренного сустава. Рентгенографическая оценка определения зон остеолита вокруг чаши протеза представлены в таблице 9.

**Таблица 9. – Ширина линии остеолита (мм) в зонах De Lee**

Сроки наблюдения	зона De Lee I		зона De Lee II		зона De Lee III	
	n	ширина	n	ширина	n	ширина
5 лет	0	0	0	0	0	0
6 лет	1	0	0	0,35±0,07	0	0
7 лет	0	0	0	0	1	0,45±0,05

*Примечание: n — количество пациентов; ширина — ширина зоны остеолита в мм.*

Как видно, зона остеолиза вокруг чаши эндопротеза у некоторых больных прослеживалась, однако, это было допустимо и наблюдалось у лиц молодого возраста, которые имели физическую нагрузку. Эти изменения за счет остеолиза не влияли на функциональный результат эндопротезирования.

Долгосрочные результаты эндопротезирования этой группы пациентов указывают на эффективность проведенной операции, что оправдывает себя и необходимо для реабилитации этого контингента больных.

Таким образом, сравнительный анализ результатов лечения ВВБ в группах наблюдения показал, что в основной группе больных отмечаются достоверно лучшие полученные результаты, по сравнению с контрольной. Это, прежде всего, объясняется изменением хирургической тактики лечения и внедрением новых технических совершенств. Все это реализовано внедрением совершенства тенотомии, капсулорафии, пластики лимбуса, подкапсулярной миотомии.

Эндопротезирование ТБС при врожденном вывихе бедра является оптимальным вариантом лечения этого тяжелого заболевания. Достигнутые результаты объясняются выполнением операций при сложных клинических ситуациях, когда преимущественное большинство больных были инвалидами, что имеет важное медико-социальное значение.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **Основные научные результаты диссертации**

1. У детей с врожденным вывихом бедра в Таджикистане выявлены особенности клинического течения, которые выражались: преимущественно низкой массой тела при рождении; высоким процентом рождения от родственных браков, многорожавших и старородящих матерей; частым развитием у девочек с левосторонним и двухсторонним поражением; дисплазией соединительной ткани других органов; в частом использовании национальных люлек (гахвора) [1, 14, 18, 24, 34, 37].

2. В зависимости от выявленных особенностей клинических проявлений в Таджикистане разработана хирургическая тактика лечения, которая учитывает наличие гипотрофии мышц и дистрофические изменения в тазобедренных суставах, неэффективное функциональное лечение и неудачные попытки насильственного вправления вывиха [2, 13, 16, 17, 27, 36].

3. С целью минимизации операционной травмы при открытом вправлении вывиха бедра у детей предложены новые подходы к тенотомии m. Pirsoas, капсулорафии, ацетабуло- и лимбусопластике в наших модификациях [3, 4, 15, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 41, 49].

4. Предложенная хирургическая тактика лечения и новые разработки у детей позволили снизить в два раза неудовлетворительные исходы оперативных вмешательств, по сравнению с контрольной группой, за счет снижения частоты асептического некроза, рецидивов и стойкой контрактуры мягких тканей [5, 19, 42, 43, 46, 47, 48].

5. При врожденном вывихе бедра выявлены сосудистые нарушения области тазобедренного сустава, тяжесть которых зависит от степени вывиха и перенесенных ранее оперативных вмешательств. После операции эндопротезирования тазобедренного сустава отмечено достоверное улучшение ( $p < 0,001$ ) показателей кровообращения. Выявлены нейрофункциональные изменения периферических нервов и сегментарного аппарата спинного мозга, которые развились из-за врожденного вывиха бедра. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава является целесообразным оперативным вмешательством у пациентов с ВВБ, которое улучшает функциональное состояние нижних конечностей и сегментарного аппарата спинного мозга [38, 39].

6. Выявлена статистически значимая корреляция между интенсивностью перекисного окисления липидов и степенью выраженности дистрофических изменений ( $p < 0,01$ ) при врожденном вывихе бедра. Зарегистрирована активация системы антиоксидантной защиты после эндопротезирования тазобедренного сустава, которая обусловлена ограничением интенсивности свободно-радикальных реакций [6, 7].

7. После эндопротезирования ТБС антиромбиновая и фибринолитическая активности плазмы крови на 3-7 сутки после операции были существенно угнетены, что является реакцией организма на операционную травму. Высокая тромбозоопасность диктует необходимость контроля над состоянием гемокоагуляции и проведения профилактических мер, направленных на восстановление антиромбиновой активности крови у всех больных, подвергшихся эндопротезированию тазобедренного сустава [8].

8. Разработана хирургическая тактика эндопротезирования ТБС в зависимости от тяжести вывиха, патологических изменений вертлужного, бедренного или обоих компонентов тазобедренного сустава. Предложена продольная остеотомия бедра при узком бедренном канале, рахитической деформации бедра и деформаций бедра после ранее перенесенных операций [28, 29, 30, 35, 40, 44].

9. Разработанный интраоперационный метод профилактики повреждений седалищного нерва, эффективен в уменьшении частоты развития нейропатии в послеоперационном периоде [9, 10, 33].

10. Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра во многом зависели от высоты стояния вывиха, дистрофически-дегенеративных изменений тканей ТБС, выраженности сосудистых, неврологических и мягкотканых нарушений. В целом, ближайшие и отдаленные функциональные результаты эндопротезирования ТБС по предложенной технологии по шкале Харриса признаны как хорошие [11, 12, 31, 32, 45].

## **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. С целью улучшения лечения врожденного вывиха бедра в

Таджикистане необходимо постоянное проведение комплекса мероприятий по раннему его выявлению в родильных домах, среди педиатров, семейных врачей и матерями.

2. При врожденном вывихе у детей оперативные вмешательства должны проводиться с учетом профилактики рецидива вывиха, асептического некроза и стойкой контрактуры тазобедренного сустава.

3. Предложенные щадящие методы тенотомии, лимбопластики, ацетабулопластики по показаниям являются альтернативой травматичным традиционным хирургическим методам лечения.

4. Дегенеративно-дистрофические изменения при врожденном вывихе бедра сопровождаются нарушением кровообращения и антиоксидантной защиты, что требует ангиотропной и антиоксидантной поддержки.

5. Адекватная и ранняя коррекция врожденного вывиха бедра является профилактикой нейросенсорных нарушений не только нервов нижних конечностей, но и спинного мозга.

6. С целью профилактики тромбоэмболических осложнений после эндопротезирования ТБС необходим мониторинг за состоянием свертывающей и антисвертывающей систем крови и, при необходимости проведение антикоагулянтной терапии.

7. Стабильность вертлужного компонента эндопротеза зависит от степени покрытия головки, и для её увеличения необходимо использование аутокостных трансплантатов для создания навесов.

8. Для профилактики раскола и перфорации бедренной кости при ее деформациях необходимо использование методики продольной остеотомии бедра по предложенной нами методике.

9. Для уменьшения осложнений после эндопротезирования ТБС необходимо использование предложенной методики профилактики нейропатий седалищного нерва.

10. При выборе показаний к двухстороннему эндопротезированию ТБС по поводу врожденного вывиха бедра необходимо учитывать степень вывиха, деформацию тазового кольца, состояние анатомической вертлужной впадины и общую деформацию бедер.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ СТАТЬИ В РЕЦЕНЗИРУЕМЫХ НАУЧНЫХ ЖУРНАЛАХ**

1–А. Урунбаев Д.У. Возрастные аспекты лечения врожденного вывиха бедра / Д.У. Урунбаев, Д.М. Сафаров, М.А. Шокаримова // Вестник Авиценны. – 2009. – № 1. – С.58-65.

2–А. Сафаров Д.М. Оптимизированная тактика хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков, М.М. Ниёзов // Вестник Авиценны. – 2011. – №3. – С. 46-49.

3–А. Ниёзов М.М. Лимбопластика и капсулография при хирургическом лечении врождённого вывиха бедра у детей / М.М. Ниёзов, Д.М. Сафаров,

А.А. Раззоков // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2012. – С. 69-74

4–А. Сафаров Д.М. Оперативное лечение врождённого вывиха бедра / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршамбиев, Д.Д. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2015. – №1. – С. 147-151.

5–А. Сафаров Д.М. Особенности лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2016. – № 2 (67). – С. 145-149.

6–А. Сафаров Д.М. Оценка кровообращения области тазобедренного сустава до и после операции эндопротезирования при врождённом вывихе бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3 (68). – С. 18-21.

7–А. Состояние антиоксидантной системы до и после реконструктивного эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / К.П. Артыков, Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршамбиев // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3 (68). – С. 14-17.

8–А. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2017. – Том 19, № 4. – С.524-527. doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-4-524-527.

9–А. Сафаров Д.М. Электрофизиологическая оценка нервной проводимости до и после эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков, Д.Д. Сафаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2017. – № 4. – С. 42-46.

10–А. Сафаров Д.М. Профилактика и лечение нейропатий седалищного нерва при эндопротезировании по поводу врожденного вывиха головки бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков, Д.Д. Сафаров // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №2(22). –С. 56-60.

11–А. Сафаров Д.М. Осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2017. – Том 19, № 4. – С. 528-531. doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-4-528-531

12–А. Сафаров Д.М. Профилактика гемокоагуляционных осложнений при эндопротезировании врожденного вывиха бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – Т.17, № 1. – С.132-136.

#### **Статьи и тезисы в сборниках конференции:**

13–А. Сафаров Д.М. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста / Д.М. Сафаров // Материалы Республиканской научно-практической конференции посвящённой 20-летию организации службы реконструктивной и пластической хирургии в Таджикистане. – Душанбе, – 2007. – С. 138-139.

14–А. Сафаров Д.М. Ультразвуковая диагностика дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей раннего грудного возраста / Д.М. Сафаров, Э.А. Кахоров // Травматология и ортопедия в современном

спектре: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. – Ташкент. – 2008. – С. 396.

15–А. Сафаров Д.М. Показания к первичному оперативному методу лечения детей с врожденным вывихом бедра / Д.М. Сафаров // Материалы II съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. – Душанбе. – 2008. – С. 278-279.

16–А. Сафаров Д.М. Показания к ранней операции врожденного вывиха бедра у детей от 1 до 3 лет / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев // Травматология и ортопедия в современном спектре: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. – Ташкент. – 2008. – С. 422-423.

17–А. Сафаров Д.М. Функциональное лечение детей с дисплазией тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров // Материалы II съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. – Душанбе. – 2008. – С. 279-280.

18–А. Сафаров Д.М. Проблемы лечения врожденного вывиха бедра у детей в Таджикистане / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 92-94.

19–А. Сафаров Д.М. Диагностика и лечение тератогенных вывихов бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов, Абдусалам Гунейд // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 234-235.

20–А. Сафаров Д.М. Состояние и пути улучшения диагностики и лечения врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 262-263.

21–А. Сафаров Д.М. Наш опыт оперативного лечения врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 261-262.

22–А. Сафаров Д.М. Операция «артротомия репозиция» при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Современные технологии в хирургии: материалы Республиканской научно-практической конференции хирургов посвященной 80-летию со дня рождения академика Н.У. Усманова «Современные технологии в хирургии». – Душанбе. – 2009. – С. 146-148.

23–А. Сафаров Д.М. Ошибки при лечении дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей раннего грудного возраста / Д.М. Сафаров // Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием. – Душанбе. – 2009. – С. 260-261.

24–А. Сафаров Д.М. Ранняя диагностика как залог успешной терапии при дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей раннего грудного возраста / Д.М. Сафаров // Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием. – Душанбе. – 2009. – С. 259-260.

25–А. Сафаров Д.М. Миотомия аддукторов в комплексном лечении врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Годичная научно-практическая конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современная медицина и новые технологии». – Душанбе. – 2010. – С.79-81.

26–А. Сафаров Д.М. Операция «артротомия репозиция» при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Материалы Республиканской научно-практической конференции хирургов посвященной 80-летию со дня рождения академика Н.У. Усманова «Современные технологии в хирургии». – Душанбе. – 2010. – С.148-151.

27–А. Сафаров Д.М. Транспозиция вертлужной впадины по Salter в сочетании с корригирующей остеотомией бедра при хирургическом лечении детей с врожденным вывихом бедра от 3 до 5 лет / Д.М. Сафаров // Материалы Республиканской научно-практической конференции хирургов посвященной 80-летию со дня рождения академика Н.У. Усманова «Современные технологии в хирургии». – Душанбе. – 2010. – С. 151.

28–А. Сафаров Д.М. Наш опыт эндопротезирования тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев, Х.М. Джураев // Научно-практическая конференция травматологов-ортопедов Республики Узбекистан «Новые технологии в травматологии и ортопедии». – Хива. – 2010. – С. 197-198.

29–А. Сафаров Д.М. Исходы оперативного лечения больных с врожденным вывихом бедра / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №4. – С.196-197.

30–А. Сафаров Д.М. Хирургическое лечение больных с врожденным маргинальным вывихом бедра / Д.М. Сафаров, Д.К. Шамиев, П.Т. Чоршанбиев // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №4. – С.101-102.

31–А. Сафаров Д.М. Лечение больных с врожденным вывихом бедра в сочетании с рахитом / Д.М. Сафаров, Б.К. Ансори, Д.Б. Ансори // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №4. – С.179-180.

32–А. Сафаров Д.М. Результаты хирургического лечения врожденного вывиха бедра / Д.М. Сафаров, Б.Ш. Самиев // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Роль частной медицинской деятельности в оказании медицинских услуг населению». – Душанбе. – 2011. – С. 75-77.

33–А. Сафаров Д.М. Осложнения после операции врожденного вывиха бедра / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Роль частной медицинской деятельности в оказании медицинских услуг населению». – Душанбе. – 2011. – С. 77-78.

34–А. Ранняя выявляемость дисплазии в Таджикистане / Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков, М.М. Ниёзов, Б.Ш. Самиев, П.Т. Чоршанбиев // Научно-практический журнал Медицина Кыргызстана. – 2012. – С.19-20.

35–А. Сафаров Д.М. Эндопротезирование тазобедренного сустава при застарелых врожденных вывихах бедер / Д.М. Сафаров, Б.Ш. Самиев, П.Т. Чоршанбиев // Научно-практический журнал Медицина Кыргызстана. – 2012. – С.138-139.

36–А. Некоторые особенности течения и патогенеза врожденного вывиха бедра в Таджикистане / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршанбиев, Б.Ш.



Самиев, А.С. Эхсонов // Научно-практический журнал Медицина Кыргызстана. – 2012. – С. 176-177.

37–А. Роль первичного осмотра при выявлении дисплазии и врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов, Б.Ш. Самиев, П.Т. Чоршанбиев, Х.А. Тошпулотов // Материалы III Евразийского конгресса травматологов-ортопедов. – Рим, Италия. – 2012. – С.78.

38–А. Некоторые особенности эндопротезирования при врождённом вывихе бедра / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршанбиев, Б.Ш. Самиев, О.М. Сафаров // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе. – 2014. – С. 88-90.

39–А. Сафаров Д.М. Особенности эндопротезирования при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров, Д.Д. Сафаров, М.М. Ниёзов // Годичная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием “Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику”. – Душанбе. – 2015. – С. 18.

40–А. Эндопротезирование тазобедренного сустава при врождённом вывихе бедра / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршанбиев, М.М. Ниёзов, Д.Д. Сафаров // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов и нейрохирургов Согдийской области с международным участием. – Худжанд. – 2015. – С. 407-408.

41–А. Сафаров Д.М. Оптимизация метода открытого вправления врождённого вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков, М.М. Ниёзов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов и нейрохирургов Согдийской области с международным участием. – Худжанд. – 2015. – С. 415-416.

42–А. Реабилитация детей младшего возраста с врожденным вывихом бедра / М.М. Ниёзов, Д.М. Сафаров, М.З. Кариева, А.С. Эхсонов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.242-244

43–А. Сафаров Д.М. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов, М.З. Кариева // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.350-353

44–А. Некоторые преимущество заднего доступа Мура-Гипсона-Каплана при эндопротезировании тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров, А.С. Эхсонов, Д.Д. Сафаров, И.Б. Эшонов, М.З. Кариева, С.Т. Эхсонов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.355-357.

45–А. Особенности формирования крыши вертлужной впадины при эндопротезировании диспластического коксартроза / Д.М. Сафаров, А.С. Эхсонов, П.Т. Чоршанбиев, Б.Ш. Самиев, О.М. Сафаров // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.358-360.

### **СПИСОК ИЗОБРЕТЕНИЙ**

46–А. Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. «Способ тенотомии m. iliopsoas при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей». Патент на изобретение № TJ 526 от 12.09.2012 г.

47–А. Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. «Способ капсулопластики при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей». Патент на изобретение № TJ 530 от 15.10.2012 г.

48–А. Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. «Способ лимбопластики при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей». Патент на изобретение № TJ 535 от 28.11.2012г.

### **Рационализаторские предложения**

49–А. Ниёзов М.М., Раззоков Ф.А., Сафаров Д.М. Усовершенствование способа корригирующей остеотомии бедренной кости при врожденном вывихе бедра у детей под навигацией ЭОП. Удостоверение на рацпредложение №3324/R539 от 05.12.2012г.

### **Список сокращенных слов**

АОС	антиоксидантная система
ВК	вертлужный компонент
ГВВ	глубина вертлужной впадины
ДКА	диспластический коксартроз
КТ	компьютерная томография
ПОЛ	Перекисное окисление липидов
СПГ	степень покрытия головки бедренной кости
ТБС	тазобедренный сустав
ТЭТБС	тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава
УВ	угол Виберга
УЗДГ	Ультразвуковая доплерография
УНВК	угол наклона вертлужного компонента
ШДУ	шеечно-диафизарный угол
ВВБ	врожденный вывих бедра

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ «МАРКАЗИ ҶУМҲУРИЯВИИ ИЛМИИ  
ҶАРРОҲИИ ДИЛУ РАГҲО»**

УДК: 616.7.28.2-001.6-07-053.31

**САФАРОВ ҶАФАР МУЗАФАРОВИЧ**

**ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҲИИ БАРОМАДАГИИ  
МОДАРЗОДИИ РОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ  
ДИССЕРТАСИЯ БАРОИ ДАРЁФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ ДОКТОРИ  
ИЛМҲОИ ТИБ**

**аз рӯйи ихтисоси 14. 01. 15 – травматология ва ортопедия**

**Душанбе – 2019**

Таҳқиқот дар пойгоҳҳои Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо» ва ҶСП «Маркази ташхисию табобатии «Мадади Акбар» иҷро карда шудааст.

**Мушовири илмӣ: Артиков Каримҷон** – доктори илмҳои тиб, профессор, ходими калони илмӣ Муассисаи давлатии «Маркази ҷумҳуриявии илмӣ ҷарроҳии дилу рағҳо», профессори кафедраи бемориҳои ҷарроҳии № 2 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:**

**Қурбонов Сайбилол Хушвахтович** – доктори илмҳои тиб, мудирӣ шӯъбаи илмӣ-ташкилии Муассисаи давлатии «Академияи илмҳои тиббии Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Крестшин Владимир Михайлович** – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи ҷарроҳии кӯдаконаи Муассисаи давлатии бучавии федералии таълимоти олии касбии «Пажӯҳишгоҳи илмӣ миллии таҳқиқотии тиббии Россия ба номи Н.И. Пирогов»-и Вазорати тандурустии Федератсияи Россия, роҳбари Маркази ортопедии амбулатории БКШ №13 ба номи Н.Ф. Филатов

**Сирочов Қутбуддин Ҳасанович** – доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи Муассисаи давлатии таълимии «Донишқадаи таҳсилооти баъдидипломи соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

**Муассисаи пешбар:** Маркази ҷумҳуриявии таҳассусии тиббии илмию амалии травматологӣ ва ортопедии Ҷумҳурии Ўзбекистон

Ҳимояи диссертатсия «06» июни соли 2019 соати «\_\_\_» дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.КOA-025 назди МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикситон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, [www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)

Бо диссертатсия дар Китобхонаи илмӣ (бо нишонии ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) ва сомонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ([www.tajmedun.tj](http://www.tajmedun.tj)) шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2019 тавзеъ гардид.

**Котиби шӯрои диссертатсионӣ**  
доктори илмҳои тиб

**Назаров Ш.Қ.**

## МУҚАДДИМА

**Муҳиммият.** Баромадагии модарзодии рон дар байни бемориҳои ортопедӣ яке аз бемориҳои вазнин ба ҳисоб меравад. Таҳқиқотҳои зиёди анҷомдодашуда ба он ишора мекунад, ки миқдори онҳо аз 5 то 7 ҳолат дар 1000 навзодро ташкил медиҳад [С.В. Власов, 2014; М.М. Камоско, 2013; К.К. Унанян бо ҳаммуаллифон, 2014]. Маъюбшавӣ ҳангоми бемории баромадагии модарзодӣ дар байни кӯдакон аз 25 то 40% - ро ташкил медиҳад [А.И. Канзюба, 2016; Г.В. Слизовский бо ҳаммуаллифон, 2016; М.П. Тёпленьский, 2013]. Ин проблема дар Тоҷикистон аҳамияти махсуси тиббӣ ва иҷтимоӣ дорад, яъне баромадагии модарзодии рон хеле паҳн шудааст ва аксар вақт ба никоҳи хешутаборӣ, истифодаи доимии гаҳвора, ки дар ин маврид найчаҳои кӯдак дар ҳолати маҷбурӣ нигоҳ дошта мешавад, ташхиси дершуда, сари вақт табобат накардан ва дигар омилҳо иртибот дорад.

Сари вақт ташхис накардани баромадагии рон боиси деформатсия ва номумкин шудани ҷобачосозии баромадагӣ мегардад, ки он дар 60-70% - и ҳолатҳо амалиёти ҷарроҳиро талаб мекунад [У.А. Абдуразаков бо ҳаммуаллифон, 2016; О.К. Чегуров, 2013].

Табобати ғайриҷарроҳӣ ё консервативӣ дар 46,2% ҳолатҳо ба пайдо шудани некрози асептики устухони рон ва такроран пайдо шудани баромадагӣ дар 10,4% ҳолатҳо ба назар мерасад [Д.Г. Зайдуллин бо ҳаммуаллифон, 2015; В.М. Машков, В.В. Долгополов, 2015; Cindy Mallet 2014].

Барои ҳамин ҳам дар заминаи усулҳои консервативии табобати баромадагии модарзодии рон саи вақт гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ зарур аст [Д.У. Урунбаев бо ҳаммуаллифон, 2007].

Баъзе донишмандон тарафдори дар соли якуми ҳаёт анҷом додани ҷарроҳӣ мебошанд [Г.А. Бандурашвили, 2010; Г.В. Дьячкова, 2014; Г.В. Слизовский, 2016], гурӯҳи дигар дар синни аз 3 солагӣ боло (8) ва гурӯҳи сеюм дар синни аз 8 солагӣ боло [Е.А. Анисимова, 2015; А.В. Глухов, 2014; А.М. Джураев бо ҳаммуаллифон, 2010] анҷом додани ҷарроҳиро пешниҳод мекунад. Баъзе нишондодҳо барои ҷарроҳӣ танҳо ҳангоми баромадагиҳои ҷобачонашуда гузошта мешаванд [А.М. Джураев бо ҳаммуаллифон, 2008].

Арсенали усулҳои ҷарроҳӣ табобати баромадагии модарзодии рон хеле зиёд аст ва дар хусуси истифода кардани ин ё он усули ҷарроҳӣ тавсияҳои мушаххас нест [А.В. Губин бо ҳаммуаллифон, 2016; Т.В. Забело, 2015; D.R. Anderson, 2018; G. Bengamin, 2014]. Дар айни замон ҷарроҳии кушодаи ҷобачокунӣ, атсетобулоплантика, пластикаи капсула ва лимбус, остеотомияи кос ба таври васеъ истифода мешаванд [А.М. Джураев, 2009; Б.Ш. Минасов, М.М. Ниёзов, 2012; А.Е. Олейник, 2014; Р.Р. Якупов, 2015].

Ин ҷарроҳиҳо ҳангоми марҳилаҳои аввали беморӣ хеле самараноканд, вале мутаассифона, натиҷаи мусбатро танҳо дар тули 5-10 сол таъмин мекунад, дар марҳилаҳои таъхиркардаи беморӣ бошад, самаранокии он хеле паст мешавад [А.С. Летов, 2012; О.К. Чегуров, Э.Г.

Нифтуллаев, 2013; К.С. Юсупов бо ҳаммуаллифон, 2014]. Баъди иҷро кардани ин амалиётҳои ҷарроҳӣ нуқсонҳои боқимондаи инкишофи буғуми косу рон аз 17 то 60% - ро ташкил медиҳад [Н.Т. Сайдуллоев бо ҳаммуаллифон, 2009].

Дар Тоҷикистон ба рушди назарраси ортопедия нигоҳ накарда, миқдори ташхисҳои таъхиркардаи баромадагии рон ва сари вақт иҷро накардани табобати консервативӣ хеле зиёд аст. Ҳангоми бемории модарзодии рон дар шахсони синусоли калонтар усули асосии расонидани ёрии тиббӣ ин ҷарроҳии умумии эндопротезкунии буғум мебошад. Ин ҷарроҳӣ синдроми дардро аз байн мебарад, функсияро барқарор месозад, бемор ба ҳаёти фаъол бармегардад, ҳаттои дар ҳолатҳои, ки илатнопазир шуморида мешавад ҳам.

Дар ибтидои тадбиқ намудани эндопротезкунӣ ҳангоми баромадани ҷурраи рон, он камтаъсир ҳисобида мешуд. Дар ду даҳсолаи охир дар ин самт таъғироти назаррас ба амал омад ва прогрессии баръалои масоили эндопротезкунии буғуми косу рон ба мушоҳида мерасад.

Дар адабиёти соҳавии илмӣ масъалаи эндопротезкунии умумӣ (тоталӣ) ҳангоми баромадагии ҷурраи рон ҳамеша таҳти баҳсу мубоҳиса қарор дорад. То ҳол масъалаҳои имконпазир будани сохтани компоненти рон дар мавзеи ҳуққаи (фурурафтагии устухони рон) «козиб», зарур будани остеотомияи кӯтоҳкунандаи устухони рон, мақсаднок набудани эндопротезкунии думарҳилагии буғуми косу рон (БКР) ва баромадагии модарзодии рон ҳал нашуда боқӣ мемонанд [А.М. Джураев бо ҳаммуаллифон, 2011; Г.В. Коршунов, 2016; С.М. Мирзоева бо ҳаммуаллифон, 2011; В.Ю. Мурылев 2012]. Ҷамчунин масъалаи ҷарроҳии тафтишӣ пас аз эндопротезкунӣ ҳангоми баромадагии модарзодии рон (БМР) ҳаллу фасл нашудааст. Муайян карда шудааст, ки миқдори ҷарроҳии тафтишии дар давоми 5 соли аввал аз 5 то 17% - аст [А.Л. Максимов бо ҳаммуаллифон, 2012; А.А. Шарипов бо ҳаммуаллифон, 2010; Goran Vicanic et. al., 2014].

Далелҳои дар боло овардашуда гувоҳӣ медиҳанд, ки айни замон дар хусуси интихоби тактикаи оптималии эндопротезкунии буғуми косу рон дар беморони дорои БМР нуқтаи назари ягона вучуд надорад, ин зарурати ҷустуҷӯи роҳҳои муносири ҳаллу фасли масъаларо ба миён меорад. То имрӯз дар ҷумҳурӣ таҳқиқоти фундаменталии (бунёди) ҷамъбастанандаи таҷрибаҳои муолиҷаи БМР мавҷуд нест. Аз ин лиҳоз, систематизатсия ва илман асоснок кардани усулҳои амалиёти ҷарроҳӣ ҳангоми БМР вобаста аз сини соли бемор ва зухуроти патологӣ беморӣ проблемаи муҳими иҷтимоӣ ва тиббӣ ба ҳисоб меравад.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот.** Баланд бардоштани сатҳи сифат ва самаранокии табобати ҷарроҳии БМР бо дар назардошти ворид сохтани технологияи нав, амалиётҳои ҷарроҳии қаблан номуносиб гузаронидашуда, хатоҳо ва оризаҳо.

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Муайян кардани хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва таҳия намудани нишондодҳо барои амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ ҳангоми БМР дар кӯдакони Тоҷикистон.
2. Коркарди усулҳои нав ва такмил додани усулҳои мавҷудаи табобати ҷарроҳии БМР дар кӯдакон
3. Таҳия кардани усулҳои пешниҳодшудаи табобати ҷарроҳии БМР дар кӯдакон ва баҳо додан ба натиҷаи ҳосилшуда.
4. Баҳо додан ба ҳолати гардиши хун ва гузаронандагии асабҳо дар мавзеи БКР то ва баъзе ҷарроҳӣ эндопротезкунӣ ҳангоми БМР
5. Омӯзиши ҳолати туршии перекси липидҳо ва муҳофизати зидди оксидантӣ, хусусиятҳои тағйиротҳои гемокоагулятсионӣ то ва пас аз ҷарроҳии эндопротезкунӣ ҳангоми БМР
6. Муайян кардани хусусиятҳои эндопротезкунии БКР ҳангоми БМР вобаста аз дараҷаи вазнинии баромадагӣ, тағйироти дистрофики чузъҳои ҳуққа ва рон.
7. Бо мақсади кам кардани нейропатия коркарди ҷорабиниҳо ҷиҳати пешгирӣ намудани осебҳои асаби сурин.
8. Таҳлил кардани натиҷаҳои наздиктарин, миёнамуҳлат ва дури эндопротезкунии БКР ҳангоми баромадани модарзодии рон

**Навгонии илмӣ.** Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хусусиятҳои ҷараёни клиникаи БМР дар кӯдакон муайян карда шуда, дар асоси онҳо амалиётҳои ҷарроҳии нав коркард шудаанд. Ворид сохтани амалиётҳои нави ҷарроҳӣ миқдори оризаҳои баъдичарроҳӣ ва деформатсияҳои БКР – ро хеле кам кард, ин имконият дод, ки аз ҷарроҳҳои такрорӣ худдорӣ карда шавад. Самаранокии усулҳои пешниҳодшудаи табобати БМР аз коркарди тактикаи ҷарроҳӣ вобаста аст, ки синну сол, дараҷаи вазнинӣ ва хусусияти тағйироти компонентҳои БКР – ро ба ҳисоб мегиранд.

Усулҳои тенотомияи *m.iliopsoas* ҳангоми ҷарроҳии табобати БМР дар кӯдакон (патенти ихтироъ “ТҶ” №526 ҚТ аз 12.09.с.2012) таҳия ва дар амалия тадбиқ шудааст.

Усули капсулопластика ҳангоми табобати ҷарроҳии БМР дар кӯдакон (патенти ихтироъ “ТҶ” №530 ҚТ аз 15.10.с.2012) таҳия ва дар амал тадбиқ шудааст.

Усули пластикаи лимбус ҳангоми табобати ҷарроҳии БМР дар кӯдакон (патенти ихтироъ “ТҶ” №535 ҚТ аз 28.11.с.2012) таҳия ва дар амал тадбиқ шудааст.

Муайян карда шудааст, ки ҳангоми БМР эндопротезкунии БКР бо истифода аз алгоритмҳои пешниҳодшудаи интиҳоби варианти оптималии табобати ҷарроҳӣ амалиёти ҷарроҳӣ самараноктар мебошад.

Исбот карда шуд, ки натиҷаҳои оптималии функционалии эндопротезкунӣ усули БКР дар пациентҳое, ки БМР доранд, ҳангоми гузоштани компоненти эндопротез дар мавқеи «анатомӣ» бо барқарор кардани маркази ротатсияи буғум мебошад.

Ба исбот расонида шуд, ки аутотрансплантатсия аз сараки устухони рон барои пластикаи канори болоии ҳуққаи эндопротездар

ҳолати қулайтари «анатомӣ» сохта шавад. Аммо натиҷаҳои функционалии чунин ҷарроҳӣҳо назар ба эндопротезкунӣ бе пластикаи устухон бадтар аст, ҳатто агар маркази ротатсияи буғумро ба тарафи медиалӣгардонидан зарур шавад.

Пешниҳод карда шуд, ки эндопротези БКР ҳангоми БМР бо истифода аз остеотомияи қисми проксималии устухони рон бо кӯтоҳ кардани андоми поёни зиёда аз 5 см, иҷро карда шавад.

Натиҷаҳои дури эндопротезӣ БКР аз возеҳии ихтилолҳои рағҳо, асабҳо ва бофтаҳои нарм вобастаанд.

Хусусиятҳои гардиши хуни ноҳияи БКР ҳангоми БМР муайян карда шуд, ки инро ҳангоми эндопротези буғуми кӯтоҳшуда ва иҷро кардани табобати ангитропӣ ба ҳисоб гирифтани хеле муҳим аст.

Ҳолати оксидшавии перекиси чарбҳо ва системаи антиоксидантӣ ҳангоми БМР омӯхта шуд, ин ба амиқии тағйиротҳои патологӣ ишора мекунад ва имконият медиҳад, ки ҷорабиниҳои самараноки табобатӣ, ки деформатсияи дурушти сараки ронро пешгирӣ карда метавонанд, роҳандозӣ карда шаванд.

Таҳқиқоти системаи лахташавӣ ва зиддилахташавии хун дар беморон пас аз эндопротези БКР дар заминаи пешгирии комплекси зидитромбозӣ анҷом дода шуд, ки ба таври эътимодбахш миқдори оризаҳои тромбоемболикиро кам кард.

Муқаррар карда шуд, ки эндопротез ҳангоми БМР амалиёти ҷарроҳии мувофиқи мақсад аст, вай ҳолати функционалии андомҳои поёнро беҳтар месозад, нишондиҳандаҳои нейрофункционалии асабҳои канорӣ ва дастгоҳи сегментарии ҳароммағзро хуб мекунад.

Усули интраҷарроҳии пешгирии нейрпатияи асаби сурин ҳангоми эндопротези БКР таҳия карда шуд.

#### **Нуктаҳои асосии барои ҳимояи пешниҳодшуда:**

1. Хусусиятҳои ҷараёни БМР дар кӯдакон дар Тоҷикистон асоси коркарди усулҳои нав ва такмили усулҳои мавҷудаи табобати ҷарроҳиро ташкил медиҳанд.
2. Усулҳои нави лимбопластика, капсулорофия ва тенототияи т.iliorsoas ҳангоми БМР дар кӯдакон пешниҳод карда шуд.
3. Остеотомияи ислоҳкунанда бо мақсади бартараф кардани деформатсияи рон дар кӯдакон ҳангоми баромадагии модарзодӣ.
4. Пешгирии некрози асептики сараки устухони рон, такроршавии баромадагӣ ва контрактураи устувори БКР.
5. Эндопротези БКР дар беморони дорои БМР ҷарроҳии самараноке мебошад, ки имконият медиҳад реабилитатсияи ин гурӯи беморон анҷом дода шавад.
6. Натиҷаҳои эндопротези БКР ҳангоми БМР аз тағйиротҳои дастгоҳи устухону бандакҳо ва бофтаи нарм хеле вобаста аст.
7. Дар беморони дорои БМР беҳтарин натиҷаҳои функционалии эндопротезкунӣ ҳангоми гузаштани компоненти ҳуққайи эндопротез дар мавқеи «анатомӣ» бо сохтани маркази ротатсияи буғум ва даст оварда мешаванд.



8. Тактикаи устухонии канори болоии ҳуққа аз аутотрансплантатҳо барои гузоштани компоненти ҳуққаи эндопротез фиксатсияи «press - tit»- ро тибқи нишондодҳо иҷро кардан зарур аст, чунки бе пластикаи устухонҳо ва иваз кардани ҷои маркази ротатсияи буғумҳо ба тарафи медиалӣ, натиҷаи дилхоҳро ба даст овардан мумкин аст.
9. Остеотомияи қисми проксималии устухони рон ҳангоми БМР – и яктарафа бо кӯтоҳ шудани андоми поёнӣ зиёда аз 5 см ва пас аз ҷарроҳии қаблан гузаронидашуда нишондод дорад.
10. Ҳангоми пешгӯӣ кардани натиҷаҳои эндопротезкунии БКР омили хеле муҳим кунчи ҳамаи ҳуққа ва дараҷаи ҷойивазкунии маркази ротатсияи эндопротез мебошад.

**Таъйид (апробатсия) - и диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он.** Натиҷаҳои таҳқиқот пешниҳод шудаанд: дар анҷумани 1-уми травматолог-ортопедҳои Тоҷикистон (Душанбе, 2009); конференсияҳои солони донишҷӯён ва олимони ҷавони ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (2010, 2011, 2015); конференсияи илию амалии «Ташхиси босифат – асоси табобат» оид ба дастовардҳои Маркази миллии ташхисӣ бахшида ба 20 - солагии Истиқлолияти давлатии ҶТ (Душанбе, 2011); конгресси 3-уми Авруосиёгии травматолог-ортопедҳо (Рим, 2012); ҷаласаи ҷамъияти илмию амалии травматолог-ортопедҳои Тоҷикистон (2015).

Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти шӯъбаи ортопедияи кӯдакони Маркази миллии тиббии ҶТ «Шифобахш», Маркази ҷумҳуриявии клиникии травматология ва ортопедия, шӯъбаи кӯдакони травматология ва ортопедияи БКШ №1 ш. Хӯҷанди вилояти Суғд тадбиқ шудаанд. Нуктаҳои асосии рисола дар раванди таълими кафедраи травматология, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбӣ-саҳроии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино истифода карда мешавад.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Аз рӯи маводи рисола 50 кори илмӣ нашр шудааст, аз ҷумла 5 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи феҳристи тавсиянамудаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон. 3 патент барои ихтироот ва 1 пешниҳоди ратсионализаторӣ доир ба мавзӯи рисола ба даст оварда шудааст.

**Саҳми шахсии доктараби дарёфти дараҷаи илмӣ.** Дар давоми 19 сол (1998-2017) муаллифи рисола мустақилона маводи клиникиро шахсан худаш ҷамъоварӣ намуда, ҷарроҳӣро ба нақша гирифта, беморонро омода сохта барои амалиёти ҷарроҳӣ ва дар ҳама ҳолатҳо ҷарроҳӣро худаш анҷом додааст. Муаллиф тамоми усулҳои ҷарроҳӣро барқарорсозиро, ки дар ин рисола зикр шудаанд медонад ва метавонад. Дар ҳар як ҳолати ҷарроҳӣ нишондодҳоро таҳия карда, ҳаҷм ва нақшаи барномаи амалиётро ба нақша гирифтааст. Муаллифи ҳамаи такмилҳои техникӣ мебошад ва барои тадқиқи амалии онҳо мусоидат кардааст. Тамоми тадқиқотҳо, коркард, таҳлил ва баҳодиҳии таҳқиқотро худ муаллиф анҷом додааст.

**Соҳтор ва ҳачми диссертатсия.** Маводи рисола дар 271 саҳифаи компютери хуруфи Times New Roman, крилитса (андозаи 14, фосила 1,5) таълиф шудааст. Рисола аз муқаддима 8 боб, хулоса ва рӯйхати адабиёти истифодашуда иборат аз 394 сарчашма (аз онҳо 201 адад бо забони русӣ ва 193 адабиётбо забонҳои дигари хориҷӣ мебошанд).

## **ҚИСМАТИ АСОСӢ**

**Мавод ва усулҳои таҳқиқот.** Таҳқиқот дар пойгоҳи клиникии МД «Маркази ҷумҳуриявии илмии ҷарроҳии дилу рағҳо» ва ҚСП Маркази ташҳисӣ табобатии «Мадади Акбар» ва кафедраи травматология, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбӣ-саҳроии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино давоми солҳои 2000 – 2017 анҷом дода шудааст.

Асоси таҳқиқотро таҳлили натиҷаи табобати 623 нафар кӯдакони бемори гирифтори БМР сину соли аз 6 – моҳа то 14 сола (ҷадвали 1) ва 62 нафар бемори калонсол ташкил дод, ки дар онҳо эндопротезкунии умумии БКР анҷом дода шуд.

### **Ҷадвали 1 – тақсим кардани кӯдакон аз рӯи сину сол ва ҷинс**

Ҷинс		Синну сол бо сол				Ҳамагӣ	
		до 3	4-7	8-11	12-14	абс.	%
Духтарон		176	176	93	57	502	80,5
Писарон		45	44	19	13	121	19,5
ҳамагӣ:	абс.	221	220	114	70	623	
	%	35,4	35,2	18,1	11,3	100	

Духтарон 502 нафар (80,5%), писарон 121 (19,5%) буданд. Таносуби онҳо 4:1 буд, ки ба маълумотҳои адабиёт мувофиқат мекунад. Миқдори бештари беморон дар сину соли аз 3 то 4-7 сола (мутаносибан 35,4 ва 35,2%) ба назар расид. Чизи дигар низ ҷолиби тавачҷуҳ аст, ки дохилшавии бештари беморон дар сину соли 8-14 сола (29,4%) дида шуд, ки аз хусуси дер мурочиат кардан ва ё даст кашидан аз табобати ҷарроҳӣ дар муҳлатҳои барвақтар мебошад. Ба ҳар ҳол, табобати ҷарроҳӣ дар пациентҳои то 3- сола дар зиёда аз сеяки кӯдакон анҷом дода шудааст. Умуман, синну соли миёнаи беморони мо  $7,6 \pm 0,8$  – ро ташкил дод.

Дар байни осебҳои яктарафа осебҳои тарафи чап 228 (36,6%) бартарӣ доштанд. Баромадагии тарафи рост дар 88 (14,3%) – и кӯдакон дида шуд. Баромадагии дутарафа дар 307 (49,1%) – и кӯдакон (ҷадвали 2) дида шуд. Бо дар назардошти осебҳои дутарафа миқдори умумии беморон 623 нафарро ташкил дод.

Ҳаракати БКР –ро бо кунҷченкунак чен карда ва баҳо додаанд: наздикорӣ ва дуркунии рон: қат ва рост кардани рон: ротатсияи дохилӣ ва берунии рон.

Дар Тоҷикистон серфарзандӣ зухуроти паҳнфто аст ва мо дучоршавии БМР –ро дар байни кӯдакон, ки дар оилаҳои серфазанд таваллуд шудаанд, таҳлил кардем. Муайян карда шуд, ки дар 291 (46,7%)

ҳолатҳо кӯдакон аз оилаҳои 3 ва аз он зиёдтар фарзандҳо ба дунё омада буданд. Маълум аст, ки зуд-зуд таваллуд кардан на танҳо ба организми модар, балки ба инкишофи минбаъдаи кӯдакон низ таъсир мерасонад. Барои ҳамин ҳам, ба ақидаи мо, зуд – зуд ва бе нақша таваллуд кардан ба пайдошавии БМР таъсири манфӣ мерасонад ва метавонад, ки ба гурӯҳи омилҳои хатар дохил карда шаванд.

## Ҷадвали 2. – тақсим кардани беморон аз рӯи тарафи осебдида ва синнусол

Синну сол бо сол		Бугуми осебдида			Ҳамагӣ	
		чап	рост	дутарафа	n	%
то 3		60	33	129	222	35,6
4-7		85	33	101	219	35,2
8-11		50	12	54	116	18,6
12-14		33	10	23	66	10,6
Ҳамагӣ	n	<b>228</b>	<b>88</b>	<b>307</b>	<b>623</b>	<b>100</b>
	%	<b>36,6</b>	<b>14,3</b>	<b>49,1</b>		

Дар занҳое, ки бисёр таваллуд кардаанд, хангоми зуд-зуд таваллуд кардан ба риоя кардани муҳлати оптималӣ бештари вақтҳо камхунӣ ва норасоии алиментарӣ дида мешавад, ки боиси таваллуд шудани кӯдакони массашон кам мегарданд. Дар мушоҳидаҳои мо 586 (94,1%) –и кӯдакони дорои БМР бо массаи бадани нисбатан камтар таваллуд шудаанд.

Омили дигари негативӣ синну соли модарон буд, ки ба синну соли барои таваллудкунӣ мусоид набуданд. Дар байни кӯдакони муоинакардаи мо 469 (73,5%) волидайнӣ сину соли барои таваллудкунӣ номуносиб доштанд. Бар иловаи ин никоҳи хешутаборӣ дар 87 (13,9%) –и ҳолатҳо ба қайд гирифта шуд. Шаклҳои оилавии БМР дар 154 (24,7%) ҳолатҳо буд. Дар байни кӯдакони муоинашавандаи мо, валодати вазнин дар 199 ҳола, шаклҳои вазнини гистоз ва токсикози ҳомилагӣ дар 118 (59,3%) –и таваллудкунандагон, беморҳои сироятӣ дар вақти ҳомилагӣ дар 12 (6,0%) ва одатҳои зарарнок дар 11 (5,5%) –и модарон ба қайд гирифта шуд.

Ба хусусият ва намуди вайроншавии роҳгардӣ диққати махсус дода шуд. Мавҷуд будани лангидан ва «роҳгардии мурғобимонанд» хангоми осебҳои дутарафа, дараҷаи лордозии камар ба қайд гирифта шуд. Ин аломатҳо дар 331 бемор (53,1%) дида шуд. Маҳдуд шудани ҳаракат дар БМР дар 600 (96,3%) –и беморон муайян карда шуд. Ҳамчунин зухуроти бештар дучоршаванда симптоми мусбати ротатсияи берунӣ андомҳо дар 602 (96,7%) –и беморон буд. Бештар номутаносибии чинҳои рон ва сурина дар 465 (74,7%), танҳо ронӣ дар 116 (18,6%) ва танҳо сурина дар 42 (6,7%) –и беморон дида шуд. Дар 592 (95,0%) –и беморон симптоми Тределенбург ва симптоми Дюпюитрен дар 422 (67,8%) мусбат буд. Ба таври назаррас барҷаста баромадани сихи (вертели) калон аз ҳисоби бечошавии паҳлуӣ ва баланди устухонҳои рон дар 354 (56,9%) –и

беморон вучуд дошт. Дар тарафи баромадагӣ кӯтоҳшавии андоми поёнӣ дар 358 (57,5%) – и кӯдакон дида шуд. Вобаста аз возеҳии баромадагӣ кӯтоҳшавии андомҳо аз 1 то 8 см ва ба ҳисоби миёна  $2,1 \pm 0,37$  см буд.

Дар асари тангшавии назарраси мушакҳо адукторҳои рон ҳаракати маҳдуди буғумҳо, маҳдуд шудани дуркунии БКР дар 534 (85,8%) – и беморон дида шуд.

Деформатсия ва ассиметрия устухонҳои кос дар 2018 (35,0%) – кӯдакони гурӯҳи синну соли калонтар муайян гардид, ки асосан онҳоро қаблан амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ кардаанд. Деформатсияҳои рақитии устухонҳои косу рон дар 442 (70,9%) – кӯдакон ошкор карда шуд.

Вобаста аз тактикаи табобат ва хусусияти амалиёти ҷарроҳӣ беморонро ба гурӯҳи назоратӣ ва асосӣ ҷудо карданд. Ба гурӯҳи назоратӣ бемороне дохил карда шуданд, ки ибто усулҳои маълуми ҷарроҳӣ табобат карда шуда беканд. Дар гурӯҳи асосӣ тактикаи мусоиди табобати аз тарафи мо коркардшуда бо истифода аз усулҳои таҳияшудаи хангоми табобати ҷарроҳии ҳамин беморӣ такмилдодашуда қабул карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ 326 (52,3%), дар гурӯҳи назоратӣ 297/47,4% - и беморон дохил карда шуда буданд (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3. – Намудҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ дар гурӯҳи мушоҳидашаванда**

Гурӯҳ	Усулҳои табобат	Асосӣ		Назоратӣ		Беморон ҳамагӣ	
		n	%	n	%	n	%
I	Миотомияи аддукторҳо	120	36,8	-	-	120	19,3
II	Ҷарроҳии хоричибуғумӣ	51	16,7	97	32,6	148	23,7
III	Ҷарроҳии дохилибуғумӣ	137	50,3	149	50,2	286	45,9
IV	Ҷарроҳии омехта	15	4,4	18	6,1	33	5,3
V	Ҷарроҳии паллиативӣ	3	1,6	33	11,1	36	5,8
<b>Ҷамагӣ:</b>		<b>326</b>	<b>100,0</b>	<b>297</b>	<b>100,0</b>	<b>623</b>	<b>100,0</b>

Беморон вобаста аз усулҳои истифодашаванда табобат ба 5 гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Ба гурӯҳи якум 120 (19,3%) – и беморон дохил шудаанд, ки дар онҳо миотомияи аддукторҳо иҷро карда шуда буд. Бо дар назардошти осебҳои дугарафа дар онҳо дар 155 буғум, яъне дар 54 бемор ин ҷарроҳӣ дар ҳарду тараф иҷро карда шуд. Дар гуоҳии назоратӣ ин ҷарроҳии гузаронида нашуд.

Гурӯҳи дуюмро 148 (23,7%) – и беморон ташкил дод, ки онҳо чарроҳии хориҷи буғум гузаронида шуд.

Дар гурӯҳи сеюм 286 нафар (45,9%) – и беморон буд, дар онҳо чарроҳии дохилибуғумӣ гузаронида шуд.

Дар гурӯҳи чорум 33 (5,3%) – и бемрон буд. Дар онҳо чарроҳии омехта (дар як буғум чарроҳии дохилибуғумӣ ва дар буғуми дигар чарроҳии берунибуғумӣ иҷро гардид).

Дар гурӯҳи 5-ум 36 (5,8%) – и беморон дохил шуда буданд, дар онҳо чароҳии полиативӣ анҷом дода шуда буд, бинобар дер мурочиат каданашон.

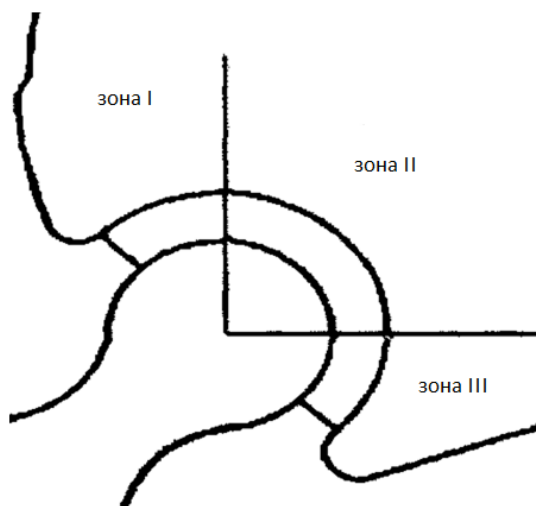
Ҳамин тавр, гуруҳҳои тахлитлашаванда аз рӯи миқдори муоинаҳо ва чарроҳии иҷро кардашуда ба тнтихобҳои муқобилшаванда дохил карда шуданд.

Усули таҳқиқоти рентгенолоғи яке аз усулҳои асосии иловагии табобати БМР ба ҳисоб меравад. Барои баҳо додан ба унсурҳои БҚР ҳамаи беморон дар дастгоҳҳои рентгени «NEO-DIAGNOMAX», «POLYMOBIL-2», «EDR-750 В», «MOBILEX-RAY» таҳқиқ карда шуданд. Рентгенографияҳо дар проксияи мустақим дар ҳамаи беморон то ва пас аз чарроҳӣ иҷро карда шуд. Минбаъд рентгенографияро бо мақсади муоинаи динамикӣ дар раванди табобат ва давраҳои чудогонаи он барои муайян кардани натиҷаи табобат ба кор бурдем.

Аз рӯи рентгенограммаҳо ин нишондиҳандаҳо муайян карда шуданд: индекси атсетабулярӣ, хати Шентон, хати Калва, кунҷи Виберг, кунҷи гардану диафизарӣ, умқи ҳуққа, дараҷаи пӯшидашавии сараки устухони рон. Дараҷаи инкишофи пурра накардани БҚР дар асоси нишондиҳандаҳои миқдории муносибатҳои дутарафаи нишондиҳандаҳои рентгениву анатомӣ ҳисоб карда шуд. Меъёрҳои рентгенологии гузоштани компоненти ҳуққа ин нишондиҳандаҳо буданд: маркази ҳақиқии бечошавии эндопротез ва кунҷи хамшавии компоненти ҳуққа.

Аломатҳои босуботии компонентҳои ҳуққа ва рони эндопротезро бо ёрии рентгенограммаи мустақил ва паҳлӯӣ арзёби кардем. Дараҷаи остеозизи бофтаи устухони атрофии компоненти ҳуққаро дар мавзёҳои пешниҳоднамудаи J.G.De Lee арзёби кардем. Барои ин васеъгии лизиси бофтаи устухони атрофии компоненти эндопротезро дар 3 сохтор чен кардем, дар расми 1 тасвир шудааст.

Бо ёрии электронейромиографияи компютеркунонишудаи бисёрканалаи «Neuro screen» нишондиҳандаҳои потенциалҳои М – ҷавоб, суръати гузоштани импульс дар асабҳои, миқдори воҳидҳои ҳаракатӣ таввасути барномаи худии компютерӣ амалӣ шуд, муайян ва таҳлил карда шуданд. Электронейромиография дар шуъбаи ташхиси функционалии МЧИҚДР аз тарафи н.и.т. Карим-зода Г.Ҷ. (мудири шуъба Азизов. А.А) гузаронида шуд.



**Расми 1. – Мавзеи остеозизи бофтаи устухони атрофии косаи эндропротез тибки J.G.De Lee**

Доплерографияи ултрасадоӣ (ДУ) ва ангиосканеркунии дуплексӣ ҳам дар давраи тоҷарроҳӣ ва ҳам баъди ҷарроҳӣ бо мақсади баҳо додан ба муносиб будани барқарорсозии маҷрои хун иҷро карда шуд. Дастгоҳи СД – 100 «винглед» ширкати «Medata» (инветсия) бо датчики басомади 5 – 10 Мгц истифода карда шуд. Таҳқиқот дар шуъбаи ташхиси функционалии МЧИҚДР аз тарафи профессор Султонов Ҷ.Д. гузаронида шуд.

Таҳқиқот ва фаъолияти системаи антиоксидантӣ ва маҳсули сатҳи радикалҳои озод дар копонентҳои хуни беморон гузаронида шуд. Ба интензивнокии аксуламалҳои озоди радикалӣ дар зардоби хун бо ёрии хемиллюминометр ХЛМ 1ц – 01 (киев, Украина) баҳогузорӣ карда шуд. Дар бораи бузургии маҳсулоти радикалҳои гипопенрексӣ дар асоси бақайғирии сатҳи сусттарини рӯшандиҳии препаратҳо баҳо дода шуд. Таҳқиқот дар кафедраи биохимияи ДДТТ гузаронида шуд.

Таҳқиқоти системаи лахташавӣ ва зидилахташавии системаи хун то ва пас аз ҷарроҳӣ дар шабонарӯзи 1-3-7-14 пас аз амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Вақти фаъолшудаи ҷузъии тромбопластинӣ (АЧТВ), вақти протромбинӣ (ПВ), консентратсияи фибриноген (Ф-н), вақти тромбинӣ (ТВ), фаъолнокии антитромбини III (АТ III), вақти ХП а-вобаста аз фибринолиз (Ф-з) муайян карда шуд.

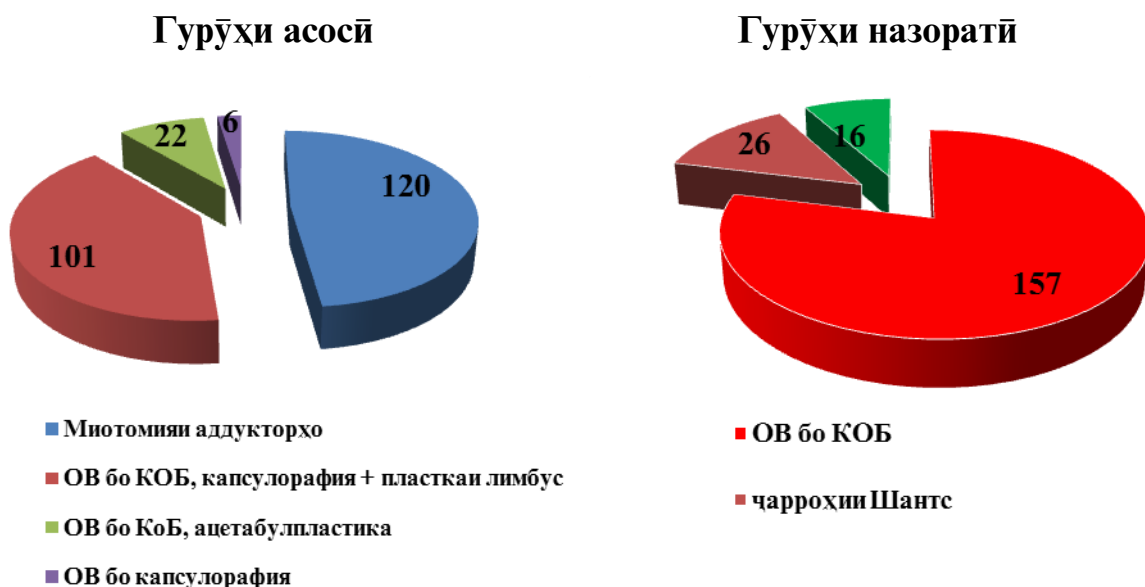
Тест – маҷмӯи ширкати «Ренам» (Москва) истифода шуд. Шарҳу тавзеҳи натиҷаҳои таҳқиқот мувофиқи тавсияҳои дар монографияи «Усулҳои лаборатории таҳқиқоти системаи гемостаз» анҷом дода шуд. Таҳқиқотҳо дар озмоишгоҳи биохимия аз тарафи табиб Вафоева Х. гузаронида шуд.

Натиҷаҳои рақамии ба даст овардашудаи таҳқиқот бо усули эҳсонияи варматикии коркади омӯрӣ гузаронида шуд, барои қаторҳои карди омӯрӣ гузаронида шуд, барои қаторҳои хурди мушоҳидаҳои бо ҳисобкунии миёнаи арифметикӣ (М), хатоҳои миёнаи арифметикии миёна (т), дуршавии миёнаи квадратӣ (а). Барои муайян кардани

эътимоднокии фарқиятҳо коэффисенти боварибахш меъёри t Студент ҳисоб карда шуд ва тибқи маълумотҳои ҷадвали бузургии имконпазирӣ (P) муайян карда шуд. Фарқияти нишондиҳандаҳоро бо ифодаҳои омӯри хангоми ифодаҳои  $P < 0,05$  ҳисоб карда шуд.

### НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дар шароити имрӯза аз тарафи умум ин ақид қабул шудааст, ки интихоби усулҳои табобати ҷарроҳии БМР дар кӯдакон аз сини соли беморон вобаста аст. Мо хангоми иҷро намудани ин кор даро гурӯҳи асосӣ беҳтар намудани табобати ҷарроҳии БМР – ро пешниҳод кардем аз ҳисоби ворид кардани усулҳои нав ва мадификатсионии табобат (расми 2).



**Расми 2. Намудҳои ҷарроҳии асосӣ дар гурӯҳи мушоҳидавӣ**

Дар гурӯҳи асосӣ 249 (76,4%) амалиётҳои ҷарроҳӣ аз гурӯҳи назоратӣ фарқ карданд. Ҳамин тавр, миотомия аддукторҳо дар 120 (36,8%) и беморон иҷро карда шуд. Капсулорафия, пластикаи лимбус дар якҷоягӣ бо ОВ бо КОБ дар 101 (31,0%), ацетабулопластика ва ОВ бо КОБ дар 22 (6,79%) ва капсулография бо ОВ дар 6 (1,8%) и беморон иҷро карда шуд.

Амалиёти ҷарроҳие, ки дар ҳарду гурӯҳ иҷро карда шуд, ки фақат КОБ буд, ки 55 ва 77, ҷарроҳии омехта 17 ва 16, дароз кардани андомҳо 5 ва 5 (мутаносибан).

Ҳамин хел, миқдори беморони ҳарду гурӯҳи муоина мувофиқат карданд, аммо аз ҷиҳати намуди амалиёти ҷарроҳии иҷро кардашуда фарқ мекунанд.

Дар 62 бемор дар 930 буғуми онҳо амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ иҷро карда шуд. Ин аз он вобаст аст, ки дар 307 бемор дар ду буғумашон амалиёти ҷарроҳӣ анҷом дода шуд. Аз ҳисоби амалиётҳои ҷарроҳии дутарафа миотомияи аддукторҳо дар 120 (156 буғум), амалиётҳои ҷарроҳии дохилибуғумӣ дар 148 (201 буғум), ҷарроҳии

омехта дар 33 (65 буғум) ва паллиотивӣ дар 36 (60 буғум) бемор анҷом дода шуд.

Амалиётҳои ҷарроҳии дохилибуғумӣ дар 286 (45,9%) бемор (448 буғум) аз ҷумла 154 (54%) патсиентҳо (242 буғум) аз гурӯҳи асосӣ ва 132 нафар (46%) беморон (206 буғум) аз гурӯҳи назоратӣ.

Дар ҳарду буғуми 162 бемор ҷарроҳӣ гузаронида шуд, дар гурӯҳи асосӣ – 88 нафар ва дар гурӯҳи назоратӣ -74 бемор. Миқдори умумии буғумҳо 216 ададро ташкил дод.

Тағйиротҳои клиникӣ-морфологии бандаки мудаввар дар 229 бемор арзёбӣ карда шуд. Дар ҳамаи ин беморон муайян карда шуд, ки ҳангом БМР бандаки мудаввар ба тағйироти гуногуни дистрофикӣ дучор мешавад. набудан ва дароз шудани бандаки мудаввар дар 55% и 33% ҳолат (мутаносибан) муайян карда шуд.

Тағйиротҳои лимбус дар 231 патсиент омӯхта шуд. Муайян карда шуд, ки дар 210 (90,1%) бемор дар фурурафтагии рон ҷобачо кардани сараки рон ба монеа дучор мешавад, зеро вай ба дарун кашида шудааст, дар 21 (9,9%) ҳолати дигар бошад, гипертрофияи он ошкор гардид.

Ҳолати болиштаки ҷарбӣ дар 230 бемор омӯхта шуд. Вай дар 228 (99,1%) –и ҳолатҳо тағйир ёфта буд.

Барои иҷрои ҷарроҳҳои реконструктивӣ тағйири шакли ҳуққа аҳамияти махсус дорад, вайро ҳангоми интиҳоб кардани усули ҷарроҳӣ ба ҳисоб гирифтани зарур аст. Шакли ҳуққа дар 230 бемор омӯхта шуд. Ҳуққа дар 87 ҳолат- майда, дар 49 ҳолат-мисли садафай гӯш, дар 43 ҳолат- байзашакл, дар 26 ҳолат – мисли даҳони шайпур буд. Бинобар тағйироти ҷойгиршавии *m. iliopsoas* ҳангоми баромадагӣ ва фишорёбии капсулаи буғум монеаи ҷобачосозии баромадагии сарак эҷод мешавад, ки ин ҳангоми ҷарроҳҳои дохилибуғумӣ ва остеотомияи ислоҳсозӣ иҷро кардани тенотомияро тақозо мекунад. Ҳангоми иҷро кардани ин ҷарроҳҳо пайҳои мушакҳо дар наздикии шарёни амиқи рон ва асаби рон ҷойгир шудаанд, аз ҳамин сабаб хатари осебрасонии онҳо вучуд дорад. Бо мақсади пешгирӣ ва роҳ надодан ба ин ориза мо техникаи нави тенотомияи *m. iliopsoas* (патенти «ТҶ» барои ихтироъ № 526 Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 12 сентябри соли 2012)-ро таҳия намудем.

Ҳамаи ҷарроҳҳои дохилибуғумӣ дар гурӯҳи назоратӣ (n=59) танҳо дар ҳаҷми ҷобачокунӣ кушода бо КОБ иҷро карда шуданд. Нишондодҳо барои иҷрои он инҳо буданд: бузургҳои кунҷии ҳуққа ба меъёр наздик буданд; марказгурезии (десцентратсия) ҳатмии сараки рон; деформатсияи (валгусии) гарданаки рон зиёда аз 145°; болотар аз 45° антеторсияи гарданаки рон; фосилаи синну соли беморон 3-9 сол.

Бо мақсади стабилизатсия ё устувории иловагии буғум дар 107 (17,2%) бемор капсулорафия бо усули пешниҳодкардаи мо (патенти ихтироъ «ТҶ» № 530 Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 15 октябри соли 2012) анҷом дода шуд. Аснои ҷарроҳӣ пас аз капсулорафия кам кардани андозаи капсулаи ёзида ба даст оварда шуд, сараки устухони рон ба таври эътимоднок дар ҳуққа фиксатсия карда шуд.



Чарроҳии пешниҳодшударо бо амалиётҳои зерини чарроҳӣ анҷом доданд: ОВ ва КОБ дар якҷоягии пластикаи лимбус— дар 101 (16,2%) бемор; бо танҳо ҷобачосозии баромадагӣ – дар 6 (1,0%) бемор.

Дар байни гурӯҳи асосӣ аз 326 бемор вазни ҳолиси капсулорафия 107 (32,8%) –ро ташкил дод. Дар дар сохтори умумии чарроҳӣҳои дохилибуғумии 286 бемор вай 37,4% -ро ташкил кард. Дар дар сохтори чарроҳӣҳои дохилибуғумии 129 бемори гурӯҳи асосӣ - вай 82,9% буд.

Воридоти дигари муҳимми мо ҳангоми ҷобачосозии баромадагӣ ин стабилизатсияи боэътимоди буғум аз ҳисоби пластикаи лимбус (патенти «ТJ» № 535 аз 28ноябри соли 2012) буд. Бо мақсади устувории иловагии устухони косу рон мо атсетабулопластикаи зеркапулиро низ ба кор мебарем. Хусусиятҳои техники чарроҳӣ чуни наст. Капсулаи буғум ба таври дарбеҳи забоншакл дар нимдавраи болоии ҳуққа, то канори болоии лимбус нарасида ҷок мекунанд. «Роҳи» лағжидани саракро зоҳир карда, бо ёрии распатор роғ сохтанд. Аутотрансплантати озоди устухониро ҳангоми остеотомияи зервертелӣ дар шакли муфтҳогирифтанд. Дар роғи тайёркардашуда дар мавзеи болои ҳуққа (болои атсетабулярӣ) трансплантат дар умқи то 1,5 см кӯфта шуд. Ҳаҷми ҳуққа аз ҳисоби трансплантатҳои ба дарун равонашуда ва дар болои сараки рон бароянда калон карда шуд.

Коркардҳои зикршуда ва дар амалияи клиникӣ татбиқ кардани усулҳои капсулорафия, тенотомияи *m. iliopsoas*, атсетабулопластика ва лимбопластика ҳамчун амалиёти мустақил ва ҳам дар якҷоягӣ бо амалиётҳои дигари дохилибуғумӣ, ки дар гурӯҳи асосӣ иҷро карда шуданд, мавриди истифода қарор гирифтанд.

Дар маҷмӯъ, ин амалиётҳои чарроҳӣ дар 101 бемор (196 буғум) иҷро карда шуд: дар 17 ҳолат дар беморони то 3-сола; дар 52 бемори аз 3 то 7-сола; дар 22 бемори 8-11-сола ва 10 мушоҳида дар беморони синну соли 12-14-сола. Дар 95 ҳолат амалиёти чарроҳӣ дар ҳарду тараф гузаронида шуд.

Ҳангоми омӯختани натиҷаҳои дури таъобат аз 623 бемор дар 79 бемор (122 буғум) ба сабабҳои муҳочират ва кӯч бастан аз тахти назорат дур монданд. Тахлили натиҷаҳо дар 544 (748 буғум) бемори ҳарду гурӯҳ (дар гурӯҳи асосӣ -405 ва дар гурӯҳи назоратӣ - 343 буғум) гузаронида шуд.

Дар маҷмӯъ басомади такроршавии баромадагӣ дар ҳарду гурӯҳ 10,7% -ро ташкил дод. Аммо дар гурӯҳи асосӣ такроршавии баромадагӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ мутаносибан 6,2% и 15,3% хеле паст буд. Чунин басомади баланди такроршавии баромадагӣ дар гурӯҳи назоратӣ аз он сабаб буд, ки қаблан дар онҳо усули асосии таъобат инҳо буданд: ОВ бо КОБ; КОБ; чарроҳӣҳои омехта ва чарроҳии Солтер бо КОБ. Фризи баланди такроршавии баромадагӣ пас аз КОБ-и маҳдуд (23,7%) ва чарроҳӣҳои (15,6%) буд.

Бинобар ҳамин сабаб, миқдори ин чарроҳӣҳо дар гурӯҳи асосӣ мутаносибан 2- 25 маротиба ихтисор карда шуд. Бештар дар гурӯҳи назоратӣ ОВ бо КОБ иҷро карда шуд. Онҳо дар 174 буғум иҷро карда

шуданд, ретсидив (такроршавӣ) 11,5% буд. Аз ин намуд ҷарроҳи хо мо солҳои охир даст кашидем ва дар гурӯҳи асосӣ иҷро карда нашуд, ҷарроҳии Солтер бо КОБ низ фоизи баланди (10,5%) такроршавии баромадагӣ дошт ва дар гурӯҳи асосӣ иҷро карда нашуданд.

Ҳамин тавр, такмили тактикаи табобати ҷарроҳии БМР аз ҳисоби воридсозии нав такроршавии баромадагӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ то 2,5 маротиба кам кард.

Ҳангоми баҳо додан ба натиҷаҳо нишондиҳандаҳои дигар ин муайян намудани басомади контрактураи андомҳо дар гурӯҳҳои назоратӣ буд. Ҳангоми таҳлили ин нишондиҳанда дар миқдори умумии беморони муоинашуда ҷарроҳии паллиативӣ низ дохил шуданд. Аз миқдори умумии буғумҳри табобатшуда басомади контрактура дар 175 андом буд.

Контрактураи устувори андомҳо пас аз гузаронидани давраи табобати реабилитатсионӣ (тавонбахшӣ) дар 62 (17,6%) андомҳои гурӯҳи асосӣ ва 113 (34,4%) гурӯҳи назоратӣ буд. Тавре ки дида мешавад, миқдори контрактураҳои андомҳо дар беморони гурӯҳи назоратӣ аз беморони гурӯҳи асосӣ 2 маротиба зиёд буд.

Ҳангоми табобати ҷарроҳии БМР яке аз оризаҳои хатарноктарин ин пайдо шудани некрози асептикӣ дар саракаи рон аст. Ин, пеш аз ҳама, дар натиҷаи вайрон шудани гардиши хун, ки бинобар осебҳои ҷарроҳӣ ва аз сабаби гипертонуси мушакҳо фишори ниҳоят зиёд ба сараки рон пайдо мешавад. Дар байни 808 буғуми ҷарроҳишуда некрози асептикӣ дар саракаи рон 78 (9,5%) буд. Дар гурӯҳи асосӣ 23 (7,8%) ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 55 ҳолат (18,2%) дида шуд.

Натиҷаи табобат дар давраҳои дурр бо усулҳои клиникӣ ва рентгенологӣ баҳо дода шуд. Тавре ки дар боло зикр карда шуд, пас аз ҷарроҳӣ ба шикояти беморон, ақидаи беморон ва волидон, қаноатмандии онҳо аз ҷарроҳии гузаронидашуда ва сифати ҳаёти пациент баҳо дода шуд. Нишондиҳандаҳои рентгенологӣ аз ҳолати ҳуққа ва компонентҳои рон, устувори буғуми косу рон, мавҷуд будан ё набудани тағйиротҳои дистрофикӣ гувоҳӣ дод.

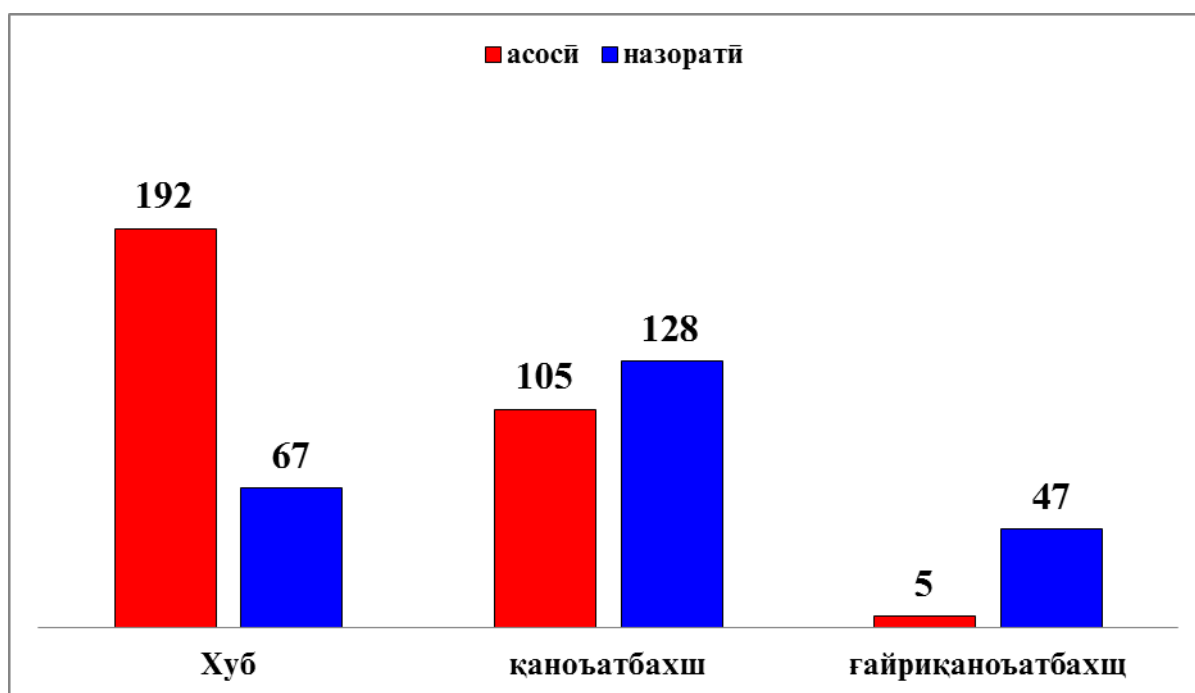
Дар гурӯҳи назоратӣ (n=242) натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар гурӯҳҳои ҷарроҳишуда аз 10,1% то 73,7% буд. Умуман, натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар 47 (19,4%) беморон ба назар расид. Бештар ҳангоми ҷарроҳии Шантс ва ҷарроҳии омехта натиҷаҳои ғайриқаноатбахш ба даст оварда мешуд. Натиҷаҳои қаноатбахш дар 128 (52,9%) бемор дида шуд. Тавре ки дида мешавад, ин зиёда аз нисфи беморони мушоҳидашавандаро дар ин гурӯҳ ташкил медиҳад.

Натиҷаҳои хуб дар 67 (27,7%) бемор ба назар расид. Ин он бемороне буданд, ки дар онҳо ҷарроҳии КОБ, ҷарроҳии Солтер бо КОБ, ОВ бо КОБ иҷро карда шуд. Аммо таъкид кардан ба маврид аст, ки бисёре аз ин пациентҳо ба категорияи баромадагии вазнин ва оғӣ дохил намешуд.

Дар гурӯҳи асосӣ беморон аз иҷро кардани ҷарроҳии Шантс даст кашиданд ва ҷарроҳии омехта шадидан маҳдуд карда шуданд.

Дар гурӯҳи асосӣ (n=302) натиҷаи хуб, қаноатбахш, ғайриқаноатбахш дар гурӯҳҳои ҷарроҳишуда мутаносибан 63,3%; - 34,7%; - 1,7% - ро ташкил дод.

Тавре ки дида шуд, натиҷаҳои хуб ва қаноатбахш дар гурӯҳи асосӣ аз ҳисоби воридсозии усулҳои нав ва тақмили усулҳои анъанавии табобати БМР ба даст омад. Дар расми 3 натиҷаҳои муқоисавии ҷарроҳиҳои иҷрокардашудаи дар гурӯҳҳои муоинашаванда пешниҳод карда шудааст. Тавре ки дида мешавад, дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи муқоисавӣ динамикаи мусбати натиҷаҳои хуб дида мешавад. Натиҷаҳои қаноатбахш ва ғайриқаноатбахш назар ба гурӯҳи асосӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ бештар аст.



**Расми 3. - Натиҷаҳои табобат дар гурӯҳҳои муоинашаванда**

Ҳамин тавр, таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобат дар гурӯҳҳои муоина нишон дод, ки дар гурӯҳи асосии беморон назар ба гурӯҳи назоратӣ натиҷаҳои хуб ба даст оварда шуд. Ин пеш аз ҳама аз тағйироти тактикаи табобати ҷарроҳӣ ва воридсозии тақмилҳои техникӣ вобаста аст. Ҳамаи ин тавассути воридсозии тенотомия, капсулорафия, пластикаи лимбус, атсетабулопластикаи зеркапсулярӣ ва дигар ғояҳо амалӣ гардонид шуд, ки дар табобати ҷарроҳии БМР мавриди истифода қарор доштанд.

**Эндопротезкунии буғуми косу рон хангоми БМР.** Дар давраи аз солҳои 2006 то 2017 мо 62 беморро то ва пас аз таҳқиқ кардем эндопротезкунии буғуми косу рон хангоми БМР муоина кардем. Дар ҳамаи беморон эндопротезкунии буғуми косу рон дар заминаи БМР –и пурра (дараҷаи IV –и дисплазия тибқи Crowe) иҷро карда шуд. Дар ин маврид дар 10 бемор эндопротезкунии ҳарду буғуми косу рон иҷро карда шуд.

Ҳангоми эндопротезкунии буғуми косу рон ҳамчунин таҳқиқотҳои клиникиву рентгенологӣ анҷом дода шуд. Ҳангоми таҳқиқотҳои клиникӣ чамбоварии шикоятҳои беморон ва маълумотҳои анамнезӣ гузаронида шуда, хусусияти синдроми дард, фаъолнокии ҷисмонӣ ва имконияти худхизматрасонӣ омӯхта шуд. Тонуси мушакҳо ва фарқияти дарозии андомҳои поёни, ҳаракат дар буғуми косу рон муайян карда шуд. Ҳамаи маълумотҳо барои арзёбии ҳолати функционалии бемор тибқи усули W.H. Harris истифода карда шуданд.

Суммаи баллҳо мувофиқи шкалаи Харрис то ҷарроҳӣ аз 26 то 40 буда, ба ҳисоби миёна  $33,0 \pm 4,5$  баллро ташкил дод. Ҳамаи беморон бинобар возеҳии синдроми дард аналгетик истеъмол карданд. беморон аз дарди ноҳияи камари сутунмуҳра ва буғуми зонуи тарафи баромадагӣ шикоят мекарданд. Қобилияти корӣ, бинобар синдроми дард, хеле маҳдуд буд, 47 бемор (75,8% ҳолат) гурӯҳи маъҷубӣ доштанд. Дар ҳамаи беморон лагидан, вайрон шудани қобилияти худхизматрасонӣ дида шуд, аксари бештари онҳо ҳангоми роҳгардӣ аз ҷӯбдаст ё асобағал истифода мекарданд. Фарқияти возеҳи дарозии андомҳо дар ҳамаи беморон (аз 3 то 8 см) ва контрактураи возеҳи бофтаҳо дар ноҳияи буғуми косу рон дида мешуд.

Ҳолати хунгардиш дар ноҳияи буғуми косу рон. Вайроншавии хунтаъминшавии ноҳияи буғуми косу рон дар натиҷаи номукамал сабзидани рағҳо ва осеби ҷарроҳӣ ҳангоми амалиётҳои гуногуни ҷарроҳӣ ба амал меояд. Бо ёрии доплерографияи ултрасадоӣ хунгардиши буғуми косу рон дар 3 гурӯҳ таҳлил карда шуд: гурӯҳи якум – беморони дорои БМР, ки қаблан ҷарроҳӣ нашудаанд (назоратӣ); гурӯҳи дуюм- бемороне, ки дар онҳо ҷарроҳии яккарата бемуваффақият анҷом дода шудааст; гурӯҳи сеюм – дар анамнезашон ҷарроҳии дукарата ё аз он бештар. Дар ҳамаи беморон эндопротезкунии буғуми косу рон иҷро гардид. Ҳангоми баҳо додан ба маҷрои хуни регионарӣ нишондиҳандаҳои суръати қуллавии маҷрои хун (PSV), индекс и набазон (пулсатсия) (PI) ва индекси резистивнокӣ (RI) (ҷадвали 4) таҳлил карда шуд.

#### **Ҷадвали 4. – Нишондиҳандаҳои опплерографии маҷрои хун дар шарёни амиқи рон то ва пас аз ҷарроҳӣ**

Нишондиҳанда	Гурӯҳи 1		Гурӯҳи 2		Гурӯҳи 3	
	то	пас	то	пас	то	пас
N	n=10	n=10	n=11	n=10	n=15	n=12
PSV (M±m)	51,43±0,56	52,86±0,53	39,41±0,18	41,39±0,19**	22,08±0,42	23,30±0,29**
RI (M±m)	0,92±0,11	0,92±0,09	0,98±0,02	0,96±0,02*	1,09±0,02	1,06±0,02*
PI (M±m)	4,93±0,21	4,98±0,27	3,12±0,08	4,05±0,03**	2,16±0,06	3,02±0,02**

Эзоҳ: \* - эътимоднокии фарқиятҳо дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ  $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,001$

Маълумотҳои динамикии доплерографияи ултрасадоӣ имконият доданд, ки тағйироти хунгардиш ва шарёнҳои ҳамшавандаи рон муайян

карда шаванд. Дар гурӯҳи дуҷуми беморон суръати қуллавии систоликии гардиши хун (PSV) назар ба бузургиҳои муътадил паст буд, пас аз ҷарроҳӣ вай ба таври эътимодбахш зиёд шуд ( $p < 0,05$ ). Ҳамчунин беҳтаршавии боэътимоди ( $p < 0,05$ ), индекси муқовимат (RI) ва индекс пулсатсия (PI) муайян карда шуд.

Дар гурӯҳи дуҷуми беморон суръати қуллавии систоликии гардиши хун (PSV) назар ба бузургиҳои гурӯҳи якум 1,3 маротиба паст буд, пас аз ҷарроҳӣ вай ба таври эътимодбахш зиёд шуд ( $p > 0,001$ ). Ҳамчунин индекси муқовимат (RI) ( $p < 0,05$ ) ва индекс пулсатсия (PI) ( $p > 0,001$ )

Дар гурӯҳи сеҷуми беморон, ки дар онҳо ду ё зиёда ҷарроҳӣ гузаронида шуда буд, дар шарёнҳои ҳамшавандаи латералии рон то ҷарроҳӣ PSV то 2-3 маротиба паст буд. Пас аз ҷарроҳӣ вай ба таври эътимодбахш ( $p > 0,001$ ) беҳтар шуд. Дигар нишондодҳои гардиши хун низ ба таври эътимодбахш беҳтар шуданд.

Дар маҷмӯъ, натиҷаҳои доплерография нишон доданд, ки дар ҳамаи гурӯҳҳои беморони дорои БМР вайроншавии гардиши хун ҷой дорад. Вазнинии зоҳиршавии онҳо аз тағйиротҳои дистрофикӣ ва осебҳои ҷарроҳӣ қаблӣ вобаста аст. Ин ихтилолҳои рағҳо ба зарурати тағйин кардани табобати ангиотропӣ то ва пас аз ҷарроҳӣ бо мақсади беҳтар сохтани натиҷаҳои эндопротезкунӣ ишора мекунанд.

Ҳолати ПОЛ ва АОС. Таҳқиқотҳои маҳсулоти радикалҳои озод ва фаъолияти системаи АОС дар зардоб, плазма ва эритроцитҳо анҷом дода шуд. Муҳтавои маҳсулоти мобайнии липопероксидатсия - МДА дар плазмаи хун ва эритроцитҳо низ аз ҳолати протсесҳои ПОЛ гувоҳӣ медиҳад. Ҳангоми таҳқиқоти муҳтавои МДА дар плазмаи хун ва эритроцитҳо зиёдшавии аз ҷиҳати эҳсоиявӣ муҳимро нисбат ба гурӯҳи назоратӣ мушоҳида кардем.

Дар беморони дорои бемориҳои дистрофикии БКР фаъолнокии синусолии ферментҳои омӯхташавандаи муҳофизати антирадикалӣ ба мушрҳида расид. Нишондиҳандаҳои муҳтавои ферментативфаюли серулоплазмии аз ҷиҳати омӯрӣ аз меъёр зиёд буд, фаъолнокии каталаз бетағйир буд. Бо иштироки СОД ҷамъшавии барзиёди оксиди гидроген ба амал меояд. Мо ба таври эътимоднок баланд шудани фаъолнокии глутатионередуктазро муайян карда натавонистем.

Ҳангоми баҳо додан ба ҳолати ферментҳои антиоксидантҳо дар беморон ба таври эътимоднок афзудани фаъолнокии каталаз то 37,9% ва СОД то 23,4% назар ба гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида расид. Таҳлили омӯрӣ вобаста аз хусусияти протсеси потологӣ ва фаъолнокии каталаз мавҷуд будани робитаро муайян кард: барои каталаз коэффисиенти 0,388 ва барои СОД – 0,178 буд.

Ин таҳқиқотҳо имконияти истифодаи нишондиҳандаҳои интенсивнокии протсесҳои ПОЛ ва АОС – ро барои меъёрҳои ташхиси умқи тағйиротҳои потологӣ дар беморони дорои диплозияи БКР ба вуҷуд меорад, ки ҳангоми эндопротезкунӣ БКР аҳамияти ташхисӣ дорад.

**Пешгирии оризаҳои гемокоагулятсионӣ.** Вазифаи асосии таҳқиқоти мазкур омӯзиши аксуламалҳои ҷавобии системаи лахтабандӣ ба

хусусияти чарроҳӣ мебршад. Дар заминаи пешгирии анъанавии зидитромбозӣ натиҷаҳои хусусиятҳои лахташавӣ ва зиддилахташавии хун таҳлил карда шуд. Дар маҷмӯи пешгирии зидитромбозӣ дохил мешаванд: истифодаи гепаринҳои комолекулярӣ флаксионӣ (клексан 40 мг ё фраксипарин 7600 МЕ); антикоагулянтҳои ғайримустақил (варфарин) аз 5 шабонарӯз дар давоми 28 рӯз; плазмаи ба тозагӣ яхқунонидашуда сарчашмаи интитромбии 3, днкстранҳои каммолекулярӣ аснои чарроҳӣ.

Таҳқиқотҳо нишон доданд, ки дар шабонарӯзи яуми пас аз чарроҳӣ дар ҳамаи беморон (ҷадвали 5) маҳв (угнетели) шуданани протсесҳои ҳосилшавии протромбиноз аз ҷиҳати механизмҳои дохилӣ ва берунӣ, маҳв шудани фибринолиз ва баланд шудани фаъолнокии антитромбитӣ ба гемоделиҷсия иртибот дошта бошанд.

### Ҷадвали 5. Нишондодҳои коагулограмма то ва пас аз эндопротезкунӣ (n=36)

Нишондиҳанда	То чарроҳӣ	Шабонарӯзи 1	Шабонарӯзи 3	Шабонарӯзи 7	Шабонарӯзи 14
		Пас аз чарроҳӣ			
АЧТВ, с	28,4±0,6	34,4±0,8***	24,4±0,8	23,8±0,9***	26,6±0,8
ПВ, с	17,2±0,1	20,4±0,68***	15,4±0,6*	14,8±0,8*	17,8±0,7
Ф-н, г/л	3,2±0,07	3,3±0,06	4,9±0,08***	4,6±0,06***	4,1±0,2***
ТВ, с	15,8±0,4	17,2±0,16*	14,8±0,06**	15,2±0,08*	15,8±0,02
АТШ, %	79,8±0,6	79,6±1,1	71,8±0,8***	75,6±0,6***	80,4±0,3
Фиб-лиз, дақ.	11,7±0,9	14,8±0,8*	30,2±0,8***	23,4±1,2***	13,4±0,8
Тести микдории этанолии беморони % бо мусбат	7 (20,0%)	5 (14,3%)	11 (31,4%)	14 (40,0%)	12 (34,3%)

Эзоҳ: \* - эътимоднокии фарқиятҳо дар муқоиса бо маълумотҳои то чарроҳӣ (\* - p<0,05; \*\* - p<0,01; \*\*\* - p<0,001)

Дар шабонарӯзи 3,7 – ум баланд шудани фаъолнокии механизмҳои дарунӣ ва берунии тромбинтавлидшавӣ ва баланд шудани сатҳи фибриноген дар плазмаи хун инчунин вазнин шудани хосиятҳои зидитромбӣ ва фибринолитикии хун (P <0,01) ба назар расид. Ин тағйиротҳо дар натиҷаи ҳолатҳои возеҳи тромбозии хун ба амал меоянд. Дар шабонарӯзи 14 – ум муътадилшавии муносибатҳои дутарафаи функционалии байни звенаҳои прокоагулятӣ ва антикоагулятӣ системаи лахташавии хун ба мушоҳида расид, фақат микдори фибриноген дар хун ба таври эътимодбахш аз сатҳи тоҷарроҳӣ (P <0,001) баланд буд.

Ба таъбири антикоагулянтӣ дар давраи пас аз чарроҳӣ нигоҳ накарда, дар ду нафар тромбофлебитӣ шадиди варидҳои зерипӯстии андомҳои поёни, дар як нафар тромбозии илеофеморалӣ дар андоми чарроҳишуда ва дар як бемор хуноомосии чарроҳӣ дида шуд, ки гирифта партофта шудангоми таҳлили маълумотҳои адабиёт мо ба он бемороне тавачҷуҳ зоҳир кардем, ки онҳо ба чарроҳии умумии эндопротезкунӣ ниёз доштанд, онҳо ба гуруҳи хатари пайдошавии оризаҳои тромботикӣ

ва тромбоземболикӣ дохил карада мешаванд. Таҳлилҳои гузаронидашуда хатари пасти тромбтавлидшавӣ дар 7,3% - и беморонро нишон дод. Ба гурӯҳи хатари олимпайдоиши оризаҳои тромботикӣ ва тромбоземболикӣ 21,1% -и беморон дохил карда шуд.

**Арзёбии гузаронандагии асаб то ва пас аз эндопротезкунӣ.** Таҳқиқоти электронейромиографӣ (ЭНМГ) то ва пас аз ҷарроҳии эндопротезкунии буғуми косу рон ҳангоми БМР дар 32 бемор иҷро карда шуд. Беморон вобаста аз дараҷаи баромадагии рон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуданд. Гурӯҳи якум – баромадагии рон то 3см (16 патсиент), гурӯҳи дуюм – зиёда аз 3см (16 патсиент). Ҷамаи патсиентҳо зан буданд. Сину соли миёна  $23,7 \pm 2,3$  сол ( $p > 0,05$ ). Баъди як сол пас аз ҷарроҳӣ таҳқиқотҳои электрофизиологӣ дар 14 бемори гурӯҳи I ва 16 патсиенти гурӯҳи II иҷро карда шуд. (ҷадвали 6).

**Ҷадвали 6. - ЭНМГ-и ибтидоӣ - нишондиҳандаҳои асабҳои устухони хурди соқ, устухони калони соқ ва рони беморони дараҷаҳои I ва II**

ЭНМГ-нишондиҳандаҳо		Гурӯҳи I		Гурӯҳи II		Меъёр
		Баромадагии БКР	Тарафи контрлатералӣ	Баромадагии БКР	Тарафи контрлатералӣ	
Асаби устух. калони соқ	ЛП	$4,0 \pm 0,58$	$4,5 \pm 0,7$	$4,3 \pm 0,8$	$4,5 \pm 0,7$	$3,4 \pm 0,5$
	М-ответ	$3,7 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,6$	$5,2 \pm 1,2$	$6,9 \pm 1,6$	$7,4 \pm 0,6$
	СПИэфф	$46,2 \pm 4,8$	$46,8 \pm 1,8$	$47,4 \pm 3,4$	$47,2 \pm 3,0$	$49,6 \pm 2,1$
	СПИ F	$41,6 \pm 2,7$	$45,6 \pm 3,5$	$44,8 \pm 2,1$	$42,3 \pm 2,8$	$52,6 \pm 4,3$
Асаби устух. хурди соқ	ЛП	$3,1 \pm 0,4$	$3,3 \pm 1,3$	$3,0 \pm 0,4$	$3,4 \pm 0,7$	$3,0 \pm 0,6$
	М-ответ	$3,1 \pm 1,6$	$3,9 \pm 1,3$	$3,1 \pm 1,7$	$3,2 \pm 1,7$	$6,9 \pm 0,5$
	СПИэфф	$46,4 \pm 1,6$	$52,7 \pm 2,7$	$47,4 \pm 4,8$	$49,0 \pm 2,5$	$50,9 \pm 0,6$
	СПИШ	$46,7 \pm 4,4$	$48,2 \pm 2,5$	$42,4 \pm 2,7$	$46,7 \pm 3,8$	$49,8 \pm 3,6$
Асаби рон	М-ответ	$2,2 \pm 1,3$	$4,1 \pm 2,2$	$3,9 \pm 1,9$	$5,8 \pm 1,2$	
	F-волна	$27,7 \pm 4,0$	$19,8 \pm 2,3$	$19,7 \pm 2,1$	$16,5 \pm 3,3$	

Арзёбии муқоисавии амплитудаи М – ҷавобҳои дисталӣ ва проксималӣ муайян кард, ки нишондиҳандаҳо аз ифодаҳои меъёрӣ то 25-30% паст аст, яъне гузаронандагии проксималии асаб то 2 маротиба паст аст.

Таҳқиқотҳои электронейромиографӣ ҳангоми БМР аз меъёрҳои синусолӣ хеле дур шуданро нишон дод. Агар дар тарафи буғуми баромадагӣ М – ҷавоби мушаки мустақими рон аз  $2,3 \pm 0,6$  мВ ( $p > 0,05$ ), дар тарафи солим вай ба сарҳади поёнии меъёр мувофиқат кард. ЛПФ – мавҷ  $22,8 \pm 1,2$  мс ва дар  $7,8 \pm 1,8$  ва аз ифодаи тарафи солим баланд буд ( $p > 0,05$ ).

Беҳтар шудани маълумотҳои ЭНМГ дар 32 (79%) –и беморо дида шуд. Муайян кардани беҳтаршавии нишондиҳандаҳои гузаронандагӣ дар сатҳи порчаҳои дисталӣ ва проксималӣ, решаҷаҳои L – 3-L –S ва S-1 –и ҳароммағз аз динамикаи мусбати фаъолнокии датгоҳи асабу мушакҳои андомҳои поёни ва дастгоҳи сегментарии ҳароммағз гувоҳӣ медиҳад.

Умуман, нишондиҳандаҳои ЭНМГ –и асабҳои камарии андомҳои поёни беморони дорои БМР аз осебҳои танаи асабҳои рону соқ ва ҳам решаҷаҳои ҳароммағз дарак медиҳад. Синдроми доимии дард сарбории дурру дарозро маҳдуд месозад, кутӯшавии андомҳо бошад, бо қачшавии кос боиси пайдо шудани осебҳои решаҷаҳои ҳароммағз мегарданд. Муайян карда шудааст, ки дар аксари беморони дорои БМР осеби асабҳои канорӣ андомҳои поёни хусусиятҳои дутарафаро доранд.

Маълумотҳои дар боло зикршуда нишон медиҳанд, ки эндопротезкунии умумии БКР дар он беморони дорои БМР муассиртарин амалиёти ҷарроҳӣ буда метавонад, ки вай на танҳо функцияи андомҳои поёниро беҳтар месозад, балки ҳолати асабҳои канорӣ ва дастгоҳи сегментарии ҳароммағзро низ беҳбудӣ мебахшад.

Дар давраи аз соли 2006 то 2017 дар беморон эндопротезкунии буғуми косу рон (БКР) дар заминаи пурраи пурсиш БМР (IV –уми дараҷаи дисплазия тибқи Growe) анҷом дода шуд. Аз ин ҳисоб дар 10 бемор эндопротезкунии пай дар пайи ҳарду БКР иҷро гардид.

**Натиҷаҳои эндопротезкунии буғуми косу рон (БКР).** Дар чор соли авали давраи тадбиқи эндопротезсозии умумӣ ҳангоми БМР ёздаҳ амалиёти ҷарроҳӣ анҷом дода шуд. Ҳамаи беморон муддати 8 – 11 сол мувоқиқат қарор доштанд. Дар 4 соли минбаъда 26 амалиёти ҷарроҳӣ (31 буғум) – муддати мувоқиқат 4-7 сол буд. Дар 4 соли охир 25 амалиёти ҷарроҳӣ (30 буғум) анҷом дода шуд- муддати мувоқиқат 2 – 4 сол. Ҳамаи беморон пас аз ҷарроҳӣ моҳҳои 3,6 ва 12 –уми аввал ва баъдан сол мувоқиқат мешуданд. Натиҷаҳои амалиётҳои ҷарроҳӣ аз рӯи картаи маҳсус таёр карда шуданд таҳқиқот дар динамикаи мувоқиқат арзёбӣ карда шуд. Ҳамагӣ 72 эндопротези БКР анҷом дода шуд.

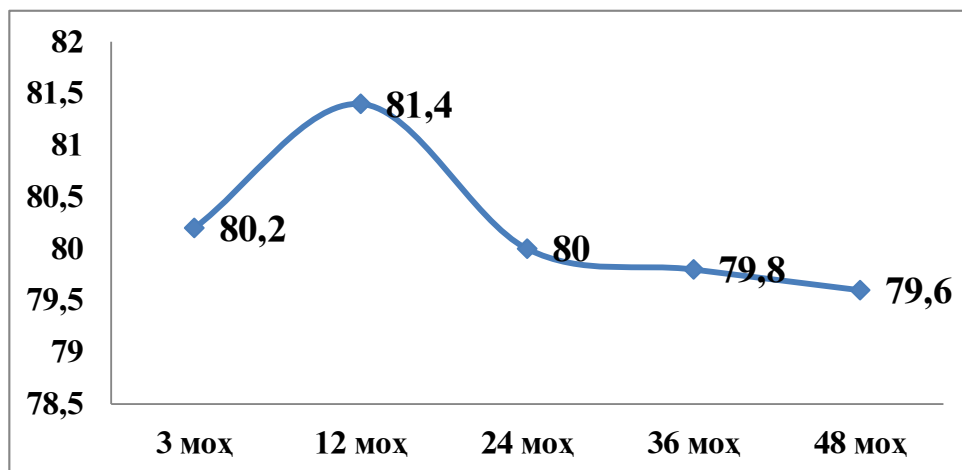
Мувофиқи шкалаи баҳодиҳии Харрис пас аз як соли ҷарроҳӣ балли миёна  $79,1 \pm 16,41$  буд. Ин бузургӣ дар муқоиса аз давраи то ҷарроҳӣ дув а зиёда маротиба калонтар буд.

Аз ҷиҳати клиникӣ ин беморонро дарди буғуми ҷарроҳишаванда нороҳат намесоخت ва ё хеле ночиз буд. Аммо ба ин нигоҳ накарда, аксари беморонбо асо роҳ мерафтанд. Дар 29 (46,8%) –и беморон то амалиёти ҷарроҳӣ дарозии андомҳояшон аз 2 то 8 см фарқ мекард, контрактураи новозеҳи боқимондаи БКР дида мешуд. Ҳамаи беморон пас аз як соли ҷарроҳӣ ҳолати худро мусбат арзёбӣ карда, аз ҷарроҳӣ қаноатманд буданд, зеро фақияти дарозии андомҳо аз 1,2 см бештар набуд.

Баҳои натиҷаҳо то 48 моҳ аз рӯи шкалаи баҳодиҳии Харрис ба ҳисоби миёна  $80,2 \pm 12,33$  (аз 74 то 91 бал) –ро ташкил дод. Ба таври устувор нест шудани синдроми дардва барқарор шудани функцияи андоми ҷарроҳишуда дар 18 бемор ба қайд гирифта шуд. Ҳамаи



пациентҳо дар ин давра аз натиҷаи ҷарроҳӣ розӣ буданд, каме паст шудани балли миёна аз рӯи шкалаи Харрис ба пайдо шудани синдроми дард дар баъзе беморон ва вайрон шудани функцияи БКР аз сабаби пайдо шудани оризаҳои гуногун вобаста аст. Натиҷаҳои эндопротези БКР баъди 4 сол хуб баҳо дода шуд. Ҳолати функционалии БКР дар динамика дар тамоми ин давраҳои муоина ва мушоҳида дар расми 4 оварда шудааст.



**Расми 4. - Арзёбии натиҷаҳои эндопротез аз рӯи шкалаи Харрис (то 48 моҳ)**

Тавре, ки аз расм бармеояд, натиҷаҳои оптималии функционалӣ то 48 моҳи баъди эндопротези БКР мушоҳида карда мешавад. 24 моҳи охир балли миёна тадричан (аз рӯи шкалаи Харрис) паст шудан гирифт. Ин ба пайдо шудани синдроми дард дар як гурӯҳ беморон буд, ки бинобар баланд шудани сарборӣ ва пешравии зухуроти остеоартроз дар андоми ҷарроҳинашуда ба амал омадааст. Аммо ин натиҷа хуб шуморида мешавад (аз рӯи шкалаи Харрис), зеро нисбат ба ифодаҳои то ҷарроҳӣ 2 – 3 маротиба беҳтар мебошад.

Арзёбии динамикаи натиҷаҳо баъди 12, 24, 36 ва 48 моҳ фарқиятҳои аз ҷиҳати омӯрӣ эътимоднокро нисбат ба нишондиҳандаҳои тозаҷарроҳӣ нишон дод ( $p < 0,01$ )

Назорати динамики рентгенографии андомҳои ҷарроҳишуда ба мо имконият доданд, ки ба муайян кардани минтақаи остеолизи атрофии косачаи протез баҳо диҳем. Нишондиҳандаҳои миёнаи васеъгии минтақаи остеолиз дар ҷадвали 7 оварда шудааст.

Тавре ки дида мешавад, минтақаи остеолиз дар атрофии эндопротез дар баъзе беморон то як сол зиёд шуд. Ин аз он вобаста буд, ки дар як бемор дар ин давра дар атрофи косаи эндопротез минтақаи остеолиз бо васеъгии то 2,8 мм пайдо шуд.

**Ҷадвали 7. – Васеъшавии хати остеолиз (мм) дар минтақаи De Lee**

Мухлати муоина	Минтақаи De Lee I		Минтақаи De Lee II		Минтақаи De Lee III	
	n	Васеъгӣ	n	Васеъгӣ	n	Васеъгӣ
3 моҳ	2	1±0,42	1	1±0,33	0	0
6 моҳ	1	1,6±0,51	1	1,1±0,63	0	0
1 сол	1	1,23±1,01	1	1,82±1,46	1	2,2±1,21
2 сол	1	0,65±0,09	0	0	0	0
3 сол	1	0,65±0,07	0	0	0	0
4 сол	1	0,65±0,05	0	0	0	0

*Эзоҳ: n – миқдори беморон; насеъгӣ – насеъгии минтақаи остеолиз бо мм.*

Сабаби ин зухурот фасодгирии таъхиркарда буд, ки сарчашмааш гирифта партофтани эндопротез буд. Ин натиҷа қаноатбахш ҳисобида шуд. Дар тамоми ин давра (48 моҳ) дигар ҳодисаҳои ноустувории косаи эндопротез бинобар ҷабида шудани бофтаи устухонҳо ба мушоҳида нарасид.

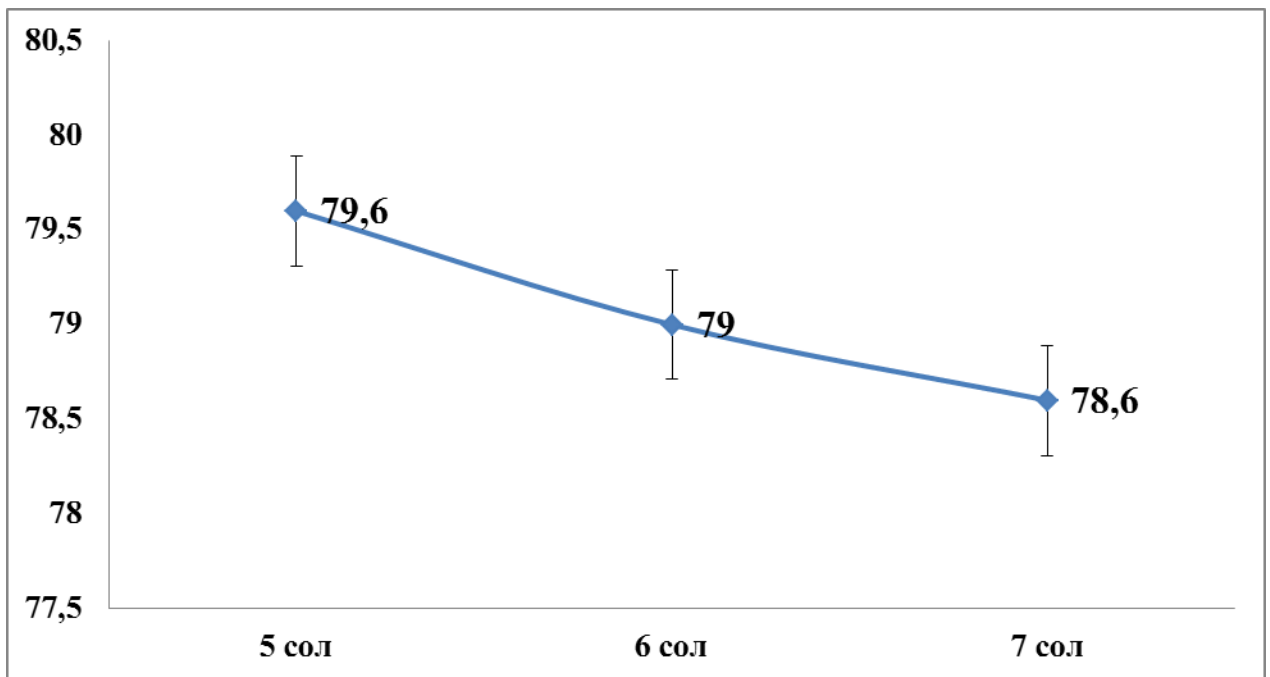
Натиҷаҳои дарозмуддати эндопротези БКР дар заминаи БМР дар муҳлатҳои 60-84 моҳ дар ҳамаи 26 бемор (31 буғум) тахти назорат қарор дошт.

Мувофиқи шкалаи баҳодихии Харрис дар ин сол пас аз ҷарроҳӣ балли миёна  $79,0 \pm 12,41$  (фарқият аз 64 то 91 балл) –ро ташкил дод. Ин нишондиҳандаҳо аз натиҷаҳои миёнамуҳлати зиёд фарқ нашошт ва ин мувофиқи шкалаи баҳодихии Харрис хуб ҳисоб меёбад.

Ҳангоми ҳаракати фаъол дар баъзе беморон камее дард ҳис карда мешуд, ки ин садди роҳи фаъолнокии ҳаракат намегашт. Ин дар беморони ҷавон ба назар расид, ки сарбории ҷисмонӣ доштанд. Баъзе беморон ҳангоми роҳгардии дарозмуддат асоро истифода карданд. Контрактураи новозеҳи боқимонда дар 7 бемор дида шуд, ки онҳо аз асобағал истифода мекарданд. Ҳамаи беморон дар ин вақт ҳолати худро мусбат арзёбӣ карда аз амалиёти ҷарроҳӣ изҳори қаноатмандӣ мекарданд.

Набудани синдроми дардва функцияи хуби андоми ҷарроҳишуда дар 19 бемор ба назар расид. Ҳамаи беморон дар ин муддат аз натиҷаи ҷарроҳӣ розӣ буданд. Камее паст шудани балли миёна тибқи шкалаи Харрис аз пайдо шудани синдроми дарддар баъзе беморон ва вайрон шудани қобилияти БКР, бинобар пайдо шудани оризаҳои гуногун вобастагӣ доранд. Натиҷаҳои эндопротези БКР дар муддати 5-7 сол хуб арзёбӣ карда шуд.

Ҳолати функционалии БКР дар динамика дар тамоми ин давраи назорат дар расми 5 оварда шудааст.



**Расми 5. – Натиҷаи баҳо додан ба эндопротез тибқи шкалаи Харрис (муҳлати 60-84 моҳ)**

Тавре, ки дида мешавад, натиҷаҳои оптималии функционалӣ дар ин давраи мушоҳида дар муҳлати 60-84 моҳ, пас аз эндопротези БКР. Дар динмика ба мушоҳида расид, ки балли миёна тадричан (тибқӣ шкалаи Харрис) паст шудааст. Сабаби ин дар баъзе беморон пайдо шудани синдроми дард ва ё аз сабаби пешравии зухуроти остеоартрози андоми чарроҳинашуда, сарбории аз ҳад зиёд мебошанд. Ба ин нигоҳ накарда, ин натиҷа хуб ба ҳисоб меравад (тибқи шкалаи Харрис) зеро аз натиҷаи пеш аз чарроҳӣ ду маротиба беҳтар буд ( $p < 0,01$ ).

Арзёбии рентгенографии муайян кардани минтақаи остеолиз дар атрофи косаи протез дар чадвали 8 оварда шудааст.

#### **Чадвали 8. – Васеъгии хати остеолиз (мм) дар минтақаҳои De Lee**

Муҳлати муоина	Минтақаи De Lee I		Минтақаи De Lee II		Минтақаи De Lee III	
	n	Васеъгӣ	n	Васеъгӣ	n	Васеъгӣ
5 сол	2	0,45±0,09	0	0	0	0
6 сол	1	0	0	0,55±0,07	0	0
7сол	1	0,55±0,05	0	0	0	0

*Эзоҳ: n — миқдори беморон; васеъгӣ — васеъгии минтақаи остеолиз дар мм.*

Тавре ки дида мешавад, минтақаи остеолизи атрофии косаи эндопротез дар баъзе беморон мушоҳида карда шуд, аммо ин мумкин буд ва дар ҷавонон ба назар расид, ки сарбории ҷисмонӣ доштанд.

#### **Натиҷаҳои эндопротез баъди 8-11 соли чарроҳӣ.**

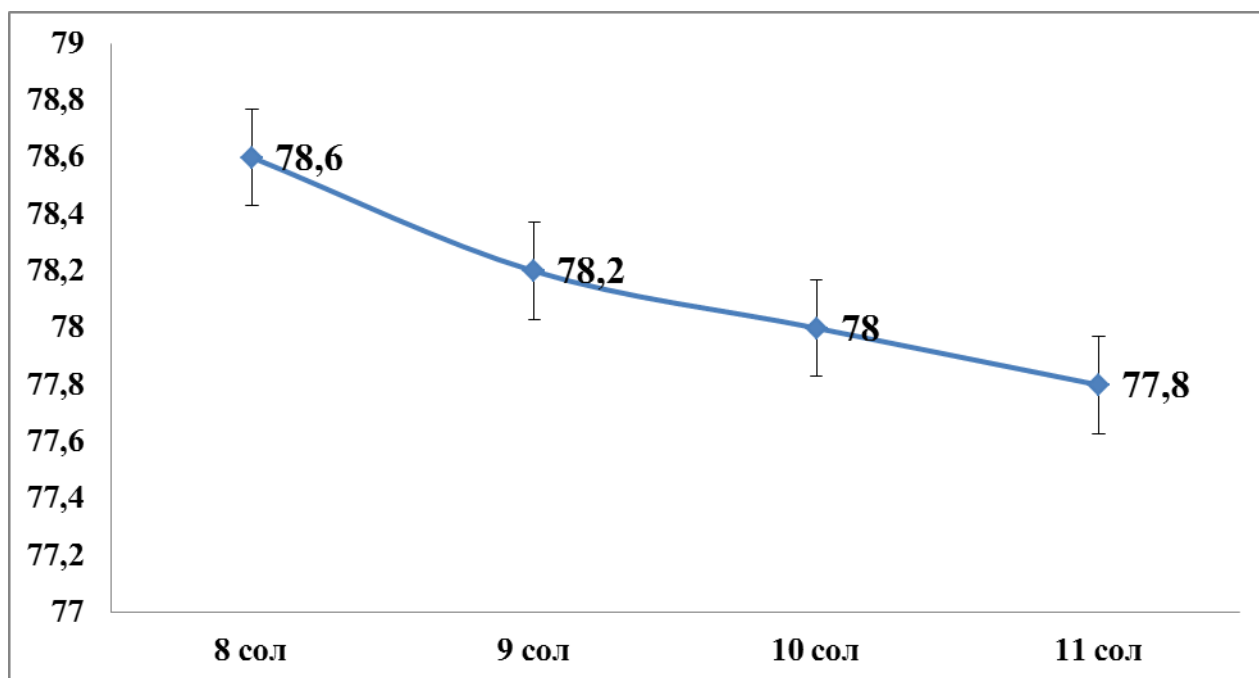
Натиҷаҳои дарозмуддати эндопротези БКР дар заминаи БМР дар муҳлатҳои 8-11 сол дар ҳамаи 11 бемор (12 буғум) таҳти назорат қарор дошт.

Мувофиқи шкалаи баҳодии Харрис дар ин давраи пас аз ҷарроҳӣ балли миёна  $78,1 \pm 11,41$  (фарқият аз 62 то 90 балл) –ро ташкил дод. Ин нишондиҳандаҳо аз натиҷаҳои гурӯҳи қаблии назорати фарқи зиёд надошт ва ин мувофиқи шкалаи баҳодии Харрис натиҷаи хуб ба ҳисоб мерафт.

Дар ин гурӯҳи назоратӣ ҳамаи беморон ҷавон буданд, синну соли миёна аз 30 сол боло набуд. Ҳамаи онҳо ҳаракати фаъоли худро маҳдуд намекарданд, ба кору меҳнат машғул буданд. Фақат 3 нафар бемор аз 11 нафар ҳангоми тулонӣ роҳ рафтани аз асо истифода мекарданд. Контрактураи новозеҳи боқимондаи дараҷаҳои гуногуни мушакҳои рон дар ҳамаи беморон ба қайд гирифта шуд, аммо беморон аз ин шикоят намекарданд. Гоҳ – гоҳ пайдо шудани синдроми дард дар чор бемор ба назар расид, ки онҳо аналгетик истеъмол намекарданд.

Ҳамаи беморон дар ин муддат ҳолати худро муsbат арзёбӣ намуда, аз ҷарроҳии гузаронидашуда розӣ буданд.

Балли миёна тибқи шкалаи баҳодихии Харрис камее паст буд, ки ин аз пайдо шудани ихтилоли функцияи БКР аз сабаби пайдо шудани оризаҳои гуногун ва пайдошавии синдроми дард дар як қатор беморон буд, вобастагӣ дошт. Натиҷаҳои эндопротези БКР дар муҳлати 8-11 сол хуб арзёбӣ шуд. Динамикаи ҳолати функционалии буғуми косу рон дар тамоми ин давраҳои назорат дар расми 6 оварда шудааст.



Расми 6. –Арзёбии натиҷаҳои эндопротез тибқи шкалаи Харрис (8-11 сол).

Тавре, ки аз расм бармеояд, натиҷаҳои функционалии оптималӣ дар муҳлати аз 8 то 11 соли пас аз эндопротези БКР ба назар мерасад.

Арзёбии рентгенографии муайян кардани минтақаи остеолити атрофи косаи протез дар ҷадвали 9 оварда шудааст.

Тавре ки дида шуд, минтакаи остеолизи атрофи косаи протез дар як катор беморон дида шуд, аммо ин мумкин буд ва дар ҷавононе ба назар мерасид, ки сарбории ҷисмонӣ дошанд. Ин тағйирот аз ҳисоби остеолиз ба натиҷаҳои функционалии эндопротез таъсир нарасониданд.

### Ҷадвали 9. –Васеъгии хатти остеолиз (мм) дар минтақаҳои De Lee

Муҳлати муоина	Минтакаи De Lee I		Минтакаи De Lee II		Минтакаи De Lee III	
	n	Васеъгӣ	n		n	Васеъгӣ
5 сол	0	0	0	0	0	0
6 сол	1	0	0	0,35±0,07	0	0
7сол	0	0	0	0	1	0,45±0,05

Эзоҳ: n - миқдори беморон; васеъгӣ - васеъгии минтакаи остеолиз дар мм.

Натиҷаҳои дарозмуддати эндопротези ин гурӯҳи беморон аз самаранокии ин амалиёти ҷарроҳӣ гувоҳӣ медиҳад, дурустии худро собит месозад ва барои реабилитатсияи ин гурӯҳи беморон зарурӣ ҳисобида мешавад.

Ҳамин тавр, таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобати БМР дар кӯдакони гурӯҳи назоратӣ нишон дод, ки натиҷаҳои ҳосилшуда дар гурӯҳи асосии беморон назар ба гурӯҳи муқоисавӣ хело хуб аст. Барои ин, пеш аз ҳама тағйир додани тактикаи табобати ҷарроҳӣ ва ворид сохтани техникаҳои нави мукамал мусоидат мекунад. Ҳамаи ин тавассути татбиқи тенотомияи такмилёфта, капсулорафия, пластикаи лимбус, миотомияи зерикапсулярӣ амалӣ мегардад.

Эндопротези БКР ҳангоми БМР варианти оптималии табобати ин бемории вазнин ба ҳисоб меравад. Натиҷаҳои ҳосилшуда тавассути иҷрои амалиётҳои ҷарроҳӣ дар ҳолатҳои вазнини клиникӣ ба даст оварда шудаанд, ки ин маврид аксари бештари беморон маъҷубон буданд ва ин аҳамияти бузурги тиббиво иҷтимоиро дорост.

## ХУЛОСА

### НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ РИСОЛА

1. Дар кӯдакони дорои БМР (баромадаги модарзодии рон дар Ҷумҳурии Тоҷикистон хусусиятҳои клиникӣ ҷараёни беморӣ муайян карда шуд, ки чуни наст: вазни кам ҳангоми таваллуд; кӯдакон аз никоҳи хешутаборӣ таваллудшуда; модарони бисёрзо ва солхурда; бештар духтарони мубталои осеби яктарафа ва дутарафаанд; дисплазияи бофтаҳои нарми узвҳои дигар; дар аксари ҳолатҳо гахвора истифода шудааст [1, 14, 18, 24, 34, 37].
2. Вобаста аз хусусиятҳои клиникӣ муайянкардашуда дар минтакаи Ҷумҳурии Тоҷикистон тактикаи табобати ҷарроҳӣ таҳия карда шуд, ки гипотрофияи мушакҳо ва тағйиротҳои дистрофии БКР, табобати босамараи функционалӣ ва ҷобачокунӣ бемуваффақияти зӯр ба зӯракии баромадагиро ба ҳисоб мегирад [2, 13, 16, 17, 27, 36].

3. Бо мақсади камтар кардани осебҳои ҷарроҳӣ ҳангоми ҷобачокунии кушодаи баромадагии рон дар кӯдакон тенотомияи m. Пiорсоас, капсулорафия, атсетабулопластика ва лимбусопластика дар модификатсияи мо пешниҳод гардид [3, 4, 15, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 41, 49].
4. Тактикаи табобати ҷарроҳии пешниҳодшуда ва коркардҳои нав дар кӯдакон имконият дод, ки аз ҳисоби паст кардани некрози асептикӣ, такроршавиҳо ва контрактураи устувори бофтаҳои нарм назар ба гурӯҳҳои муқоисавӣ ду маротиба кам карда шаванд [5, 19, 42, 43, 46, 47, 48].
5. Ҳангоми БМР вайроншавиҳои ноҳияи БКР муайян карда шуд, ки вазнинии он аз дараҷаи баромадагӣ ва амалиётҳои ҷарроҳии қаблан анҷомдодашуда вобаста аст. Баъд аз ҷарроҳӣ эндопротези БКР беҳтаршавии боэътимод ( $p < 0,001$ ) – и нишондиҳандаҳои гардиши хун ба мушоҳида расид. Тағйиротҳои нейрофункционалии асабҳои канорӣ ва дастгоҳи сегментарии ҳароммағз муайян карда шуд, ки бинобар БМР пайдо шудаанд. Эндопротези умумии БКР дар беморони дорои БМР амалиёти ҷарроҳии мақсаднок ба ҳисоб меравад, вай ҳолати функционалии андомҳои поёни ва дастгоҳи сегментарии ҳароммағзро беҳтар мегардонад [38, 39].
6. Коррелятсияи аз ҷиҳати омӯри муҳимми байни оксиди перекиси липидҳо ва дараҷаи возеҳии тағйиротҳои дистрофӣ ( $p < 0,01$ ) ҳангоми БМР муайян карда шуд. Активатсияи (фаъолнокии) системаи муҳофизати антиоксидантӣ пас аз эндопротези БКР ба қайд гирифта шуд, ки дар натиҷаи маҳдудшавии интенсивнокии аксуламалҳои радикалии озод ба вучуд омада буд [6, 7].
7. Пас аз эндопротези БКР фаъолнокии антитромбӣ ва фибринолитикии плазмаи хун дар шубонарӯзи **3-7-уми** пас аз ҷарроҳӣ хеле бад шуд, ки ин аксуламали организм бар осеби ҷарроҳӣ ба ҳисоб меравад. Хатари олии тромбоз зарурати назорати ҳолати гемокоагулятсия ва гузаронидани чорабиниҳои профилактикиро ба миён меорад, ки ба барқарорсозии фаъолнокии антитромбии хун дар ҳамаи беморон, ки дар онҳо эндопротези БКР иҷро карда шудааст, равона гаштааст [8].
8. Тактикаи ҷарроҳии эндопротези БКР вобаста аз вазнинии баромадагӣ, тағйиротҳои патологияи ҳуққа, рон ё ҳарду компоненти БКР таҳия карда шудааст. Остеотомияи дарозрӯяи рон ҳангоми борик будани канали рон, деформатсияи рахитии рон ва деформатсияи рони пас аз ҷарроҳии гузаронидашударавона гардидааст [28, 29, 30, 35, 40, 44].
9. Бо мақсади кам кардани нейропатия дар давраи пасазҷарроҳӣ усули байниҷарроҳии пешгирии осеби асаби сурин пешниҳод карда шуд [9, 10, 33].
10. Натиҷаҳои дури эндопротези БКР ҳангоми БМР аз баландии мавқеи баромадагӣ, тағйиротҳои дистрофӣ-дегенеративии бофтаҳои БКР, возеҳии ихтилолҳои рагӣ, неврологӣ ва бофтаҳои нарм вобаста аст.

Дар маҷмӯъ, натиҷаҳои функционалии наздик ва дури эндопротези БКР тибқи шкалаи Харрис ҳамчун натиҷа хуб эътироф шуданд [11, 12, 31, 32, 45].

## **ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО**

1. Бо мақсади беҳтарсозии табобати БМР дар Тоҷикистон дар таваллудхонаҳо, дар байни педиатрҳо, табибони оилавӣ ва модарон ҷиҳати барвақт ошкор намудани он пайваста гузаронидани комплекси чорабиниҳо.
2. Ҳангоми БМР амалиётҳои ҷарроҳӣ бояд бо дар назардошти пешгирии такроршавии баромадагӣ, некрози асептикӣ ва контрактураи устувори БКР иҷро карда шаванд.
3. Усулҳои эҳтиёткоронаи пешниҳодкардашудаи тенотомия, лимбопластикаи атсетабулопластикӣ аз рӯи нишондод алтернативаи усулҳои анъанавии осебпазири табобати ҷарроҳӣ маҳсуб мешаванд.
4. Тағйиротҳои дегенеративӣ-дистрофӣ ҳангоми БМР-ро ихтилолҳои гардиши хун ва муҳофизати табобати антиоксидантӣ ҳамроҳӣ мекунанд.
5. Ислоҳи муносиб ва барвақти БМР ин пешгирии ихтилолҳои нейросенсории на танҳо асабҳои андомҳои поёни, балки ҳароммағз ҳам мебошанд.
6. Бо мақсади пешгирӣ намудани оризаҳои тромбоземболии пас аз эндопротези БКР баргузории мониторинги ҳолати системаҳои лахтабандӣ ва зиддилахтабандии хун ва анҷом додани табобати антикоагулянтӣ муҳим аст.
7. Устувории компоненти ҳуққаи эндопротез аз дараҷаи пӯшидашавии сарак вобаста аст ва барои калон кардани он истифодаи трансплантатҳои аутоустухонӣ ҷиҳати сохтани овеза зарур мебошад.
8. Бо мақсади пешгирӣ намудани шикастан ва сӯроҳ кардани устухони рон ҳангоми деформатсияи он истифода кардани усули остеотомияи дарозрӯяи рон аз рӯи ме тодикаи мо зарур аст.
9. Барои кам кардани оризаҳои пас аз эндопротези БКР истифода кардани методикаи пешниҳоднамудаи мо - профилактикаи нейропатияи асаби сурина зарур аст.
10. Ҳангоми интиҳоб кардани нишондодҳо ба эндопротези дутарафаи БКР, аз хусуси БМР, дараҷаи баромадагӣ, деформатсияи ҳалқаи кос, ҳолати анатомии ҳуққа ва деформатсияи ронро ба ҳисоб гирифтани зарур аст.

# ФЕҲРИСТИ КОРҶОИ ЧОПШУДАИ МУАЛЛИФ ДОИР БА МАВЗӢИ ДИССЕРТАТСИЯ

## Мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшаванда:

1–А. Урунбаев Д.У. Возрастные аспекты лечения врожденного вывиха бедра / Д.У. Урунбаев, Д.М. Сафаров, М.А. Шокаримова // Вестник Авиценны. – 2009. – № 1. – С.58-65.

2–А. Сафаров Д.М. Оптимизированная тактика хирургического лечения врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков, М.М. Ниёзов // Вестник Авиценны. – 2011. – №3. – С. 46-49.

3–А. Ниёзов М.М. Лимбопластика и капсулография при хирургическом лечении врождённого вывиха бедра у детей / М.М. Ниёзов, Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – 2012. – С. 69-74

4–А. Сафаров Д.М. Оперативное лечение врождённого вывиха бедра / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршамбиев, Д.Д. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2015. – №1. – С. 147-151.

5–А. Сафаров Д.М. Особенности лечения врожденного вывиха бедра у детей младшего возраста / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2016. – № 2 (67). – С. 145-149.

6–А. Сафаров Д.М. Оценка кровообращения области тазобедренного сустава до и после операции эндопротезирования при врождённом вывихе бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3 (68). – С. 18-21.

7–А. Состояние антиоксидантной системы до и после реконструктивного эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / К.П. Артыков, Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршамбиев // Вестник Авиценны. – 2016. – № 3 (68). – С. 14-17.

8–А. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2017. – Том 19, № 4. – С.524-527. doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-4-524-527.

9–А. Сафаров Д.М. Электрофизиологическая оценка нервной проводимости до и после эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков, Д.Д. Сафаров // Здравоохранение Таджикистана. – 2017. – № 4. – С. 42-46.

10–А. Сафаров Д.М. Профилактика и лечение нейропатий седалищного нерва при эндопротезировании по поводу врожденного вывиха головки бедра / Д.М. Сафаров, К.П. Артыков, Д.Д. Сафаров // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – 2017. – №2(22). –С. 56-60.

11–А. Сафаров Д.М. Осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров // Вестник Авиценны. – 2017. – Том 19, № 4. – С. 528-531. doi: 10.25005/2074-0581-2017-19-4-528-531

12–А. Сафаров Д.М. Профилактика гемокоагуляционных осложнений при эндопротезировании врожденного вывиха бедра / Д.М. Сафаров, К.П.



Артыков // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2018. – Т.17, № 1. – С.132-136.

**Мақолаҳо ва фишурдаҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо:**

13–А. Сафаров Д.М. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра у детей раннего возраста / Д.М. Сафаров // Материалы Республиканской научно-практической конференции посвящённой 20-летию организации службы реконструктивной и пластической хирургии в Таджикистане. – Душанбе, – 2007. – С. 138-139.

14–А. Сафаров Д.М. Ультразвуковая диагностика дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей раннего грудного возраста / Д.М. Сафаров, Э.А. Кахоров // Травматология и ортопедия в современном спектре: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. – Ташкент. – 2008. – С. 396.

15–А. Сафаров Д.М. Показания к первичному оперативному методу лечения детей с врожденным вывихом бедра / Д.М. Сафаров // Материалы II съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. – Душанбе. – 2008. – С. 278-279.

16–А. Сафаров Д.М. Показания к ранней операции врожденного вывиха бедра у детей от 1 до 3 лет / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев // Травматология и ортопедия в современном спектре: материалы VII съезда травматологов-ортопедов Узбекистана. – Ташкент. – 2008. – С. 422-423.

17–А. Сафаров Д.М. Функциональное лечение детей с дисплазией тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров // Материалы II съезда детских хирургов, анестезиологов и реаниматологов Таджикистана. – Душанбе. – 2008. – С. 279-280.

18–А. Сафаров Д.М. Проблемы лечения врожденного вывиха бедра у детей в Таджикистане / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 92-94.

19–А. Сафаров Д.М. Диагностика и лечение тератогенных вывихов бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов, Абдусалам Гунейд // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 234-235.

20–А. Сафаров Д.М. Состояние и пути улучшения диагностики и лечения врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 262-263.

21–А. Сафаров Д.М. Наш опыт оперативного лечения врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Здоровоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2009. – № 1. – С. 261-262.

22–А. Сафаров Д.М. Операция «артротомия репозиция» при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Современные технологии в хирургии: материалы Республиканской научно-практической конференции хирургов посвященной 80-летию со дня рождения академика Н.У. Усманова «Современные технологии в хирургии». – Душанбе. – 2009. – С. 146-148.

23–А. Сафаров Д.М. Ошибки при лечении дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей раннего грудного возраста / Д.М. Сафаров

// Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием. – Душанбе. – 2009. – С. 260-261.

24–А. Сафаров Д.М. Ранняя диагностика как залог успешной терапии при дисплазии тазобедренного сустава у новорожденных и детей раннего грудного возраста / Д.М. Сафаров // Материалы I съезда травматологов-ортопедов Таджикистана с международным участием. – Душанбе. – 2009. – С. 259-260.

25–А. Сафаров Д.М. Миотомия аддукторов в комплексном лечении врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов // Годичная научно-практическая конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Современная медицина и новые технологии». – Душанбе. – 2010. – С.79-81.

26–А. Сафаров Д.М. Операция «артротомия репозиция» при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров // Материалы Республиканской научно-практической конференции хирургов посвященной 80-летию со дня рождения академика Н.У. Усманова «Современные технологии в хирургии». – Душанбе. – 2010. – С.148-151.

27–А. Сафаров Д.М. Транспозиция вертлужной впадины по Salter в сочетании с корригирующей остеотомией бедра при хирургическом лечении детей с врожденным вывихом бедра от 3 до 5 лет / Д.М. Сафаров // Материалы Республиканской научно-практической конференции хирургов посвященной 80-летию со дня рождения академика Н.У. Усманова «Современные технологии в хирургии». – Душанбе. – 2010. – С. 151.

28–А. Сафаров Д.М. Наш опыт эндопротезирования тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев, Х.М. Джураев // Научно-практическая конференция травматологов-ортопедов Республики Узбекистан «Новые технологии в травматологии и ортопедии». – Хива. – 2010. – С. 197-198.

29–А. Сафаров Д.М. Исходы оперативного лечения больных с врожденным вывихом бедра / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №4. – С.196-197.

30–А. Сафаров Д.М. Хирургическое лечение больных с врожденным маргинальным вывихом бедра / Д.М. Сафаров, Д.К. Шамиев, П.Т. Чоршанбиев // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №4. – С.101-102.

31–А. Сафаров Д.М. Лечение больных с врожденным вывихом бедра в сочетании с рахитом / Д.М. Сафаров, Б.К. Ансори, Д.Б. Ансори // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №4. – С.179-180.

32–А. Сафаров Д.М. Результаты хирургического лечения врожденного вывиха бедра / Д.М. Сафаров, Б.Ш. Самиев // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Роль частной медицинской деятельности в оказании медицинских услуг населению». – Душанбе. – 2011. – С. 75-77.

33–А. Сафаров Д.М. Осложнения после операции врожденного вывиха бедра / Д.М. Сафаров, Т.Ф. Нуруллаходжаев // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Роль частной медицинской

деятельности в оказании медицинских услуг населению». – Душанбе. – 2011. – С. 77-78.

34–А. Ранняя выявляемость дисплазии в Таджикистане / Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков, М.М. Ниёзов, Б.Ш. Самиев, П.Т. Чоршанбиев // Научно-практический журнал Медицина Кыргызстана. – 2012. – С.19-20.

35–А. Сафаров Д.М. Эндопротезирование тазобедренного сустава при застарелых врожденных вывихах бедер / Д.М. Сафаров, Б.Ш. Самиев, П.Т. Чоршанбиев // Научно-практический журнал Медицина Кыргызстана. – 2012. – С.138-139.

36–А. Некоторые особенности течения и патогенеза врожденного вывиха бедра в Таджикистане / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршанбиев, Б.Ш. Самиев, А.С. Эхсонов // Научно-практический журнал Медицина Кыргызстана. – 2012. – С. 176-177.

37–А. Роль первичного осмотра при выявлении дисплазии и врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов, Б.Ш. Самиев, П.Т. Чоршанбиев, Х.А. Тошпулотов // Материалы III Евразийского конгресса травматологов-ортопедов. – Рим, Италия. – 2012. – С.78.

38–А. Некоторые особенности эндопротезирования при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршанбиев, Б.Ш. Самиев, О.М. Сафаров // Материалы 62-й годичной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. – Душанбе. – 2014. – С. 88-90.

39–А. Сафаров Д.М. Особенности эндопротезирования при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров, Д.Д. Сафаров, М.М. Ниёзов // Годичная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием “Внедрение достижений медицинской науки в клиническую практику”. – Душанбе. – 2015. – С. 18.

40–А. Эндопротезирование тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра / Д.М. Сафаров, П.Т. Чоршанбиев, М.М. Ниёзов, Д.Д. Сафаров // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов и нейрохирургов Согдийской области с международным участием. – Худжанд. – 2015. – С. 407-408.

41–А. Сафаров Д.М. Оптимизация метода открытого вправления врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, А.А. Раззоков, М.М. Ниёзов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов и нейрохирургов Согдийской области с международным участием. – Худжанд. – 2015. – С. 415-416.

42–А. Реабилитация детей младшего возраста с врожденным вывихом бедра / М.М. Ниёзов, Д.М. Сафаров, М.З. Кариева, А.С. Эхсонов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.242-244

43–А. Сафаров Д.М. Оперативное лечение врожденного вывиха бедра у детей / Д.М. Сафаров, М.М. Ниёзов, М.З. Кариева // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.350-353

44–А. Некоторые преимущество заднего доступа Мура-Гипсона-Каплана при эндопротезировании тазобедренного сустава / Д.М. Сафаров, А.С. Эхсонов, Д.Д. Сафаров, И.Б. Эшонов, М.З. Кариева, С.Т. Эхсонов // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.355-357.

45–А. Особенности формирования крыши вертлужной впадины при эндопротезировании диспластического коксартроза / Д.М. Сафаров, А.С. Эхсонов, П.Т. Чоршанбиев, Б.Ш. Самиев, О.М. Сафаров // Материалы научно-практической конференции травматологов-ортопедов Хатлонской области с международным участием «Актуальные вопросы травматологии-ортопедии и хирургии повреждений». – Куляб. – 2016. – С.358-360.

## **ФЕҲРИСТИ ИХТИРОЪҲО ВА ПЕШНИҲОДОТИ БЕҲСОЗОН**

46–А. Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. «Способ тенотомии m. iliopsoas при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей». Патент на изобретение № TJ 526 от 12.09.2012 г.

47–А. Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. «Способ капсулопластики при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей». Патент на изобретение № TJ 530 от 15.10.2012 г.

48–А. Сафаров Д.М., Ниёзов М.М. «Способ лимбопластики при хирургическом лечении врожденного вывиха бедра у детей». Патент на изобретение № TJ 535 от 28.11.2012г.

49–А. Ниёзов М.М., Раззоков Ф.А., Сафаров Д.М. Усовершенствование способа корригирующей остеотомии бедренной кости при врожденном вывихе бедра у детей под навигацией ЭОП. Удостоверение на рацпредложение №3324/R539 от 05.12.2012г.

## **ФЕҲРИСТИ ИХТИСОРАҲО**

- БКР бугуми косу рон
- ББКР баромадагии бугуми косу рон
- БМР баромадагии модарзодии рон
- ДФСУР дараҷаи фарогирии сараки устухони кос
- КАД коксартрози диспластикӣ
- КХҚБ кунҷи хамшавии қисми болоӣ
- КГД кунҷуи гарданию-диафизарӣ

КВ кунчи Виберг  
ОПЧ оксидшавии перексиии чарбҳо  
САО ситемаи антиоксидантӣ  
СБ сохтори болоӣ  
ТК томографияи компютерӣ  
ЭПБКР эндопротезкунонии пурраи бугуми косу рон  
УДГ ултрасадои доплерографӣ  
ЧЧБ чуқурии чуқурчаи болоӣ

**АННОТАЦИЯ**  
**САФАРОВ ДЖАФАР МУЗАФАРОВИЧ**  
**ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО**  
**ВЫВИХА БЕДРА В ТАДЖИКИСТАНЕ**

**Ключевые слова:** врожденный вывих бедра, тазобедренный сустав, диспластический коксартроз, эндопротезирование тазобедренного сустава, рецидив вывиха, асептический некроз головки бедренной кости.

**Цель.** Повышение качества и эффективности хирургического лечения врожденного вывиха бедра с учетом ошибок и осложнений проведенных ранее оперативных вмешательств и внедрения новых лечебных технологий.

**Методы исследования и использованная аппаратура:** В основу данной работы вошли результаты хирургического лечения 623 детей с врожденным вывихом бедра в возрасте от 6 месяцев до 16 лет и 62 больных с врожденным вывихом бедра старше 18 лет. В основной группе больных за счет внедрения новых технических приёмов и усовершенствования хирургической тактики лечения врожденного вывиха бедра хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные результаты в основной группе составили 63,3%, 34,7% и 1,7% соответственно. Предложенная хирургическая тактика лечения и новые разработки у детей позволили снизить в два раза неудовлетворительные исходы оперативных вмешательств, по сравнению с контрольной группой. Используются клинические, рентгенографические методы исследования, а также дуплексное ангиосканирование, электронейромиография, исследование перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, состояния свертывающей и антисвертывающей систем крови, оценочная шкала Харриса.

**Полученные результаты и их новизна:** в результате внедрения новых оперативных вмешательств и разработки хирургической тактики лечения у детей неудовлетворительные исходы уменьшились в два раза, по сравнению с традиционными методами. Эндопротезирование тазобедренного сустава при ВВБ (IV ст. дисплазии по Crowe) выполнено 62 больным. Отдаленные результаты эндопротезирования тазобедренного сустава при врожденном вывихе бедра во многом зависели от высоты стояния вывиха, дистрофически-дегенеративных изменений тканей ТБС, выраженности сосудистых, неврологических и мягкотканых нарушений. Предложена продольная остеотомия бедра при узком бедренном канале, рахитической деформации бедра и деформаций бедра после ранее перенесенных операций. С целью снижения осложнений в различных возрастных группах детей с учетом их особенностей, степени тяжести вывиха, мягкотканых изменений необходимо использовать предложенные щадящие оперативные вмешательства. В целом, ближайшие и отдаленные функциональные результаты эндопротезирования ТБС по шкале Харрис признаны, как хорошие.

**Рекомендации по использованию:** предложенные новые разработки и усовершенствованная хирургическая тактика лечения врожденного вывиха бедра должны широко использоваться среди хирургов, травматологов и ортопедов.

**Область применения:** хирургия, травматология и ортопедия

**АННОТАТСИЯ**  
**САФАРОВ ДЖАФАР МУЗАФАРОВИЧ**  
**ХУСУСИЯТҲОИ ТАБОБАТИ ҶАРРОҶИИ БАРОМАДАГИИ**  
**МОДАРЗОДИИ РОН ДАР ҶУМҲУРИИ ТОҶИКИСТОН**

**Калимаҳои калидӣ.** Баромадагии модарзодии рон, буғуми косу рон, коксартрози диспластикӣ, эндопротезкунии буғуми косу рон, такроршавии баромадагӣ, некрози асептикии сараки устухони рон.

**Мақсади таҳқиқот.** Баланд бардоштани сатҳи сифат ва самаранокии табобати ҷарроҳии БМР бо дар назардошти ворид сохтани технологияи нав, амалиётҳои ҷарроҳии қаблан номуносиб гузаронидашуда, хатоҳо ва оризаҳо.

**Усулҳои таҳқиқот ва таҷҳизотҳои истифодашуда.** Асоси таҳқиқотро таҳлили натиҷаи табобати ҷарроҳии 623 нафар кӯдакони бемори гирифтори БМР синну соли аз 6 – моҳа то 16 сола ва 62 нафар бемори калонсоли аз 18-сола боло ташкил дод. Дар гурӯҳи асосӣ аз ҳисоби ворид кардани тактикаи нав ва такмил додани усулҳои табобати ҷарроҳии БМР натиҷаҳои хуб, қаноатбахш ва ғайриқаноатбахш мутаностбан чуни наст: 63,3%; - 34,7%; - 1,7%. тактикаи табобати ҷарроҳии пешниҳодшуда ва коркардҳои нави табобат дар кӯдакон имконият дод, ки натиҷаҳои ғайриқаноатбахши табобати ҷарроҳӣ дар муқоитса аҳ гурӯҳи назоратӣ ду маротиба камтар карда шавад. Барои амалисозии ҳадафҳои дар диссертатсия пешбинишуда таҳқиқотҳои клиникӣ, рентгенографӣ, дулексӣ сканерии рағҳои хунгард, электронейромиография, таҳқиқотҳои оксидашвии перекисии ҷарбҳо ва системаи антиоксидантӣ, ҳолати системаи лахтабандӣ ва зиддилахтабандии хун, шкалаи баҳодихии Харрис истифода шуданд.

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва нағгонии онҳо.** Дар натиҷаи татбиқ намудани амалиётҳои нави ҷарроҳӣ ва коркарди тактикаи табобати ҷарроҳӣ назар ба усулҳои анъанавии табобат дар кӯдакон натиҷаҳои ғайриқаноатбахш то 2 маротиба кам карда шуд.

Эндопротезкунии буғуми косу рон (БКР) ҳангоми БМР (дараҷаи IV дисплазия тибқи Crowe) дар 62 бемор иҷро карда шуд. Натиҷаҳои дури эндопротезкунии буғуми косу рон (БКР) ҳангоми БМР аз ҳолати баланд истодани баромадагӣ, тағйироти дистрофӣ-дегенеративии бофтаҳои БКР, возеҳии ихтилолҳои рағҳо, асабҳо ва бофтаҳои нарм хеле вобаста буд. Умуман, натиҷаҳои функционалии наздик ва дури эндопротезкунии буғуми косу рон тибқи шкалаи Харрис хуб эътироф карда шуд.

**Тавсияҳо барои истифода:** коркардҳои нави пешниҳодшуда ва такмили тактикаи табобати БМР (баромадагии модарзодии рон) бояд аз тарафи ҷарроҳон, травматолог ва ортопедҳо ба таври васеъ мавриди истифода қарор бояд дода шавад.

**Соҳаи истифодабарӣ:** хирургия, травматология ва ортопедия

**SUMMARY**  
**SAFAROV JAFAR MUZAFAROVICH**  
**PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF CONGENITAL**  
**HIPOVA IN TAJIKISTAN**

**Keywords:** congenital dislocation of the hip, hip joint, dysplastic coxarthrosis, hip joint endoprosthetics, recurrent dislocation, aseptic necrosis of the femoral head.

**Purpose.** Improving the quality and effectiveness of surgical treatment of congenital hip dislocation taking into account errors and complications of previous surgical interventions and the introduction of new medical technologies.

**Methods of research and the used equipment:** The basis of this work includes the results of surgical treatment of 623 children with congenital dislocation of the hip aged from 6 months to 16 years and 62 patients with congenital dislocation of the hip older than 18 years. In the main group of patients, due to the introduction of new technical methods and improvement of surgical tactics of treatment of congenital hip dislocation, good, satisfactory and unsatisfactory results in the main group were 63.3%, 34.7% and 1.7%, respectively. The proposed surgical treatment tactics and new developments in children have reduced the unsatisfactory outcomes of surgical interventions, as compared with the control group. Clinical, radiographic methods of research, as well as duplex angioscanning, electroneuromyography, the study of lipid peroxidation and antioxidant system, the state of coagulation and anticoagulation systems of blood, the Harris rating scale were used.

**The received results and their novelty:** as a result of the introduction of new surgical interventions and the development of surgical treatment tactics in children, unsatisfactory outcomes have halved compared with traditional methods. Hip joint endoprosthetics in case of IVB (IV stage of Crowe dysplasia) was performed in 62 patients. Long-term results of hip joint arthroplasty in patients with congenital hip dislocation largely depended on the height of the dislocation, degenerative-degenerative changes in TBS tissues, and severity of vascular, neurological and soft tissue disorders. A longitudinal osteotomy of the femur with a narrow femoral canal, rachitic deformity of the femur, and deformities of the femur after previous surgery has been proposed. In order to reduce complications in different age groups of children, taking into account their characteristics, degree of dislocation, soft tissue changes, it is necessary to use the proposed gentle surgical interventions. In general, the immediate and long-term functional results of endocapillary replacement of TBS on the Harris scale are recognized as good.

**Recommendations for use:** the proposed new developments and improved surgical treatment of congenital hip dislocation should be widely used among surgeons, traumatologists and orthopedists.

**Field of application:** surgery, traumatology and orthopedics