

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TRAVMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI HUZURIDAGI
ILMIY DARAJALAR BERUVCHI DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 RAQAMLI
ILMIY KENGASH
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

MAMATKULOV OYBEK XALIKOVICH

**DISPLASTIK KOKSARTROZNI KOMPLEKS DAVOLASH
SAMARADORLIGI**

14.00.22-Travmatologiya va ortopediya

**TIBBIYOT FANLARI BO‘YICHA FALSAFA DOKTORI (PhD)
DISSERTATSIYASI AVTOREFERATI**

TOSHKENT - 2024

UO'K: 616.71-001.5-053.2- 007.23-07- 089

Falsafa doktori (PhD) dissertatsiyasi avtoreferati mundarijasi

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of Dissertation abstracts of Doctor of Philosophy (PhD)

Mamatkulov Oybek Xalikovich

Displastik koksartrozni kompleks davolash samaradorligi.....3

Маматкулов Ойбек Халикович

Эффективность комплексного лечения диспластического коксартроза...22

Mamatkulov Oybek Xalikovich

Efficiency of complex treatment of dysplastic coxarthrosis41

E'lon qilingan ishlar ro'yxati

Список опубликованных работ

List of published works..... 48

**RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TRAUMATOLOGIYA VA
ORTOPEDIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI HUZURIDAGI
ILMIY DARAJALAR BERUVCHI DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 RAQAMLI**

ILMIY KENGASH

SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

MAMATKULOV OYBEK XALIKOVICH

**DISPLASTIK KOKSARTROZNI KOMPLEKS DAVOLASH
SAMARADORLIGI**

14.00.22-Travmatologiya va ortopediya

**TIBBIYOT FANLARI BO‘YICHA FALSAFA DOKTORI (PhD)
DISSERTATSIYASI AVTOREFERATI**

TOSHKENT - 2024

Falsafa doktori (PhD) dissertatsiyasi mavzusi O‘zbekiston Respublikasi Oliy ta’lim, fan va innovatsiya vazirligi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasida B2022.2.PhD/Tib1957 raqami bilan ro‘yxatdan olingan.

Dissertatsiya Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazida bajarilgan.

Dissertatsiya avtoreferati uch tilda (o‘zbek, rus, ingliz (rezyume)) Ilmiy kengash (www.uzniito.uz), «Ziyonet» axborot-ta’lim portali (www.ziyonet.uz) va Milliy axborot agentligining (www.uza.uz) veb-sahifasida joylashtirilgan.

Ilmiy rahbar:

Irismetov Murodjon Ergashevich
tibbiyot fanlari doktori, professor

Rasmiy opponentlar:

Pavlov Vitaliy Viktorovich
tibbiyot fanlari doctori, professor
(Rossiya Federatsiyasi)

Tadjialievich

Shorustamov Muxammadjon
tibbiyot fanlari doctori

Yetakchi tashkilot:

Abu Ali Ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti

Dissertatsiya himoyasi Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi qoshidagi DSc.04/30.12.2019.Tib.62 raqamli Ilmiy kengashining 2024 yil “_____” _____ soat _____ majlisida bo‘lib o‘tadi. (Manzil: 100147, Toshkent sh., Maxtumquli ko‘chasi, 78. Tel:

(+99871)233-10-30: e-mail: niito-tashkent@yandex.ru, Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi).

Dissertatsiya bilan Respublika ixtisoslashtirilgan travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Axborot-resurs markazida (№_____ bilan ro'yxatga olingan) tanishish mumkin. Manzil: 100147, Toshkent sh., Maxtumquli ko'chasi, 78 . Tel: (+99871) 233-10-30.

Dissertatsiya avtoreferati 2024 yil "_____" _____ da tarqatildi.
(2024 yil "_____" _____ dagi _____ raqamli reestr bayonnomasi).

A.M. Djuraev

Ilmiy darajalar beruvchi ilmiy kengash
Raisi o'rinbosari, tibbiyot fanlari doktori, professor

U.M. Rustamova

Ilmiy darajalar beruvchi ilmiy kengash
kotibi, tibbiyot fanlari doctori (DSc), katta ilmiy xodim

A.P. Alimova

Ilmiy darajalar beruvchi ilmiy kengash
qoshidagi Ilmiy seminar raisi,
tibbiyot fanlari doktori (DSc)

KIRISH (falsafa doktori (PhD) dissertatsiyasi annotatsiyasi)

Dissertatsiya mavzusining dolzarbligi va zaruriyati. Chanoq-son bo'g'imi displaziyasi koksartrozning rivojlanishiga olib keladigan asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Amalga oshirilgan 10 yillik tadqiqotlar natijasida (The CHECK cohort) chanoq-son bo'g'imi displaziyasi surunkali progressiv degenerativ-destruktiv

jarayonning boshlanishida «...chanoq-son bo'g'imi osteoartrozining klinik ahamiyatga ega va rentgenologik xavf omili»¹ ekanligi isbotlandi. Displastik koksartroz asosan 60-65 va undan katta yoshdagi odamlar orasida ko'proq aniqlangan bo'lsa, hozirgi paytda «...displaziya 21-29% yoshlarda qayd qilinmoqda», bunda displastik koksartroz «...chanoq-son bo'g'imi umumiy patologiyasining 40-87%ini tashkil qiladi»². Ayniqsa, mehnatga layoqatli yoshlar orasida displastik koksartroz bilan kasallanishning yuqori darajasi, nogironlikning yuqori foizi ushbu patologiyani davolash muammosini ortopediya va travmatologiyaning eng dolzarb muammolaridan biri ekanligini isbotlaydi. Displastik koksartrozni jarrohlik yo'li bilan davolash usullari orasida chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashning afzalligi isbotlangan. Biroq, chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash birlamchi koksartrozga nisbatan standartlashtirilgan bo'lsa, unda displastik chanoq-son bo'g'imida variantlar turlicha, bu esa taktik va texnik qiyinchiliklar bilan bog'liq bo'lib, u jarrohdan jarrohlik davolash texnikasining yangi yechimlarini izlashni va ishlab chiqilgan arsenalni kengaytirishni, hamda konstruksiyalardan unumli foydalanishni talab qiladi.

Jahon hamjamiyatida lizis, sinish va chiqish endoprotezining infeksiyasi bilan bog'liq displastik koksartrozning eng ko'p uchraydigan holatlarida revision aralashuvni oldini olish maqsadida, mutaxassislarning barcha sa'yi-harakatlari mavjud texnologiyalarni takomillashtirish, hamda jarrohlik davolash amaliyotining samaradorligini oshiradigan qurilmalarini yaratishga qaratilgan. Displastik bo'g'imdagi shikastlanishlarning o'ziga xos xususiyatlarini, oyoqlarning qisqarishini, bemorning umumiy holatini, shuningdek, bir qator sub'ektiv omillarni hisobga olgan holda, butun dunyo bo'ylab endoprotezlashning turli xil usullaridan foydalanish bo'yicha tadqiqotlar davom etmoqda, jumladan davolash taktikasi tanlash, endoprotezni o'rnatish uchun texnik vositalarning mavjudligi va ulardan

¹ Vinge R, Riedstra N, Tiderius CJ, Bierma-Zeinstra S, Agricola R, Runhaar J. Hip dysplasia as risk factor for clinically relevant and radiographic hip osteoarthritis: 10-year results from the CHECK cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2023; kead650.

²Tixilov R.M., Shubnyakov I.I., Pliyev D.G., Bogopolskiy O.Ye., Guatsayev M.S. Vozmojnosti rentgenografii v ranney diagnostike patologii tazobedrennogo sustava. *Travmatologiya i ortopediya Rossii*. 2017;23(1): 117-131.

turli vaziyatlarda foydalanishning asoslanganligi, endoprotezni tsement yoki sementsiz mustahkamlashi va boshqalar. Shvetsiya reestri o'z tadqiqotlari ma'lumotlarini taqdim etdi, unga ko'ra 2000 yilga kelib Skandinaviya mamlakatlarida asosan tsement bilan protezlar o'rnatildi. Sementsiz mahkamlash uchun maxsus qoplamaga asoslangan protezlar soni 5 martadan ko'proq (9 dan 11 mingtagacha sementlangan protezlar 1,5-2 mingtagacha) edi. Tsement bilan tutilgan protezlar uzoq muddatli ijobiy natijalarga ega ekanligiga qat'iy ishonch bor, bu protezlarga bunday afzalliklarni beradigan 10 yildan keyin 95% dan ortiq omon qolish ko'rsatkichlarini bildirgan ko'plab tadqiqotlar tomonidan tasdiqlangan. Tsementsiz fiksator protezlarining 10 yil davomida uzoq muddatli omon qolish natijalarini o'rganish taxminan 87% ijobiy natijalarni ko'rsatdi. Osteotomiya texnikasini tanlash va asoslash rivojlangan mamlakatlarning mutaxassisleri orasida munozarali masala hisoblanadi.

Mamlakatimizda tibbiy yordam xizmat ko'rsatishning asosiy vazifalaridan biri bo'lib bu - tayanch-harakat tizimi shikastlanganda aholiga ko'rsatilayotgan tibbiy xizmatlarning sifatini tubdan yaxshilash va kompleks maqsadli chora-tadbirlarni amalga oshirishni anglatadi. Bularga «... sog'lom turmush tarzini shakllantirish va aholining jismoniy faolligi darajasini oshirish ...»³ kabi muhim vazifalar kiradi. Ushbu vazifalarni amalga oshirish, shu jumladan displastik koksartrozni davolash natijalarini yaxshilash travmatologiya va ortopediyaning dolzarb yo'nalishlaridan biri hisoblanadi.

O'zbekiston Respublikasi Prezidentining 2022-yil 16-iyundagi «Aholiga shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish to'g'risida»gi PQ-238-sonli Qarori, 2022-yil 25-apreldagi «Aholiga birlamchi tibbiy-sanitariya yordamini yanada yaqinlashtirish va tibbiy xizmat samaradorligini oshirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar to'g'risida»gi PQ-215-sonli Qarori; 2021-yil 12-apreldagi «Aholiga tibbiy xizmat ko'rsatish sifatini oshirish va sog'liqni saqlash sohasida kadrlar salohiyatini yanada oshirishga doir qo'shimcha chora-tadbirlar

³ O'zbekiston Respublikasi Prezidentining №PF-4947 « O'zbekiston Respublikasini yanada rivojlantirish bo'yicha Harakatlar strategiyasi» 2017 yilning 7 fevraldagi Farmoni

to'g'risida»gi PQ-6-sonli qarori, shuningdek, ushbu sohaga tegishli boshqa me'yoriy-xuquqiy hujjatlarda belgilangan vazifalarni amalga oshirishda mazkur dissertatsiya tadqiqoti muayyan darajada xizmat qiladi.

Tadqiqotning respublika fan va texnologiyalari rivojlanishining ustuvor yo'nalishlariga mosligi. Mazkur dissertatsiya ishi O'zbekiston Respublikasi fan va texnologiyalar rivojlanishining VI. «Tibbiyot va farmakologiya» ustuvor yo'nalishi doirasida bajarilgan.

Muammoning o'rganilganlik darajasi. Tayanch-harakat tizimi patologiyasiga ko'ra koksartrozning uchrash chastotasi gonartrozga nisbatan past, ammo nogironlik bo'yicha yetakchi o'rinlarda turadi. Displastik koksartroz rivojlanishining yetakchi etiologik sabablaridan biri chanoq-son bo'g'imi tug'ma rivojlanmagan strukturalari hisoblanadi (Lebedev V. F., 2013, Melugin H.P., 2022, Zhang S., 2020, Riedstra N.S., 2023, VingeR, 2023). Adabiyot manbalariga muvofiq, tug'ilish paytida son suyagining chiqishi 1000 dan 1 ta holatda, sonning qisman chiqishi yoki chanoq-son bo'g'imi displaziyasining uchrash chastotasi esa 1000 nafar yangi tug'ilgan chaqaloqlarni 10 nafarini tashkil qiladi (Guille J.T., 2000). Hozirgi vaqtda chanoq-son bo'g'imi displaziyasining degenerativ kasalliklari tarkibida displastik koksartroz mustahkam ikkinchi o'rinni egallaydi va eng jiddiy kasalliklardan biri hisoblanadi. Bu kasallik Evropaning katta yoshdagi aholisining 7-25% ida keng tarqalgan. Hozirgi vaqtda chanoq-son bo'g'imiining degenerativ kasalliklarining kechi bosqichlarini davolashda eng samarali usul – bu chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash jarrohlik aralashuvi bo'lib, bunday operatsiyalar sonining yanada keng tarqalishi kutilmoqda (Tixilov R. M., 2014). 2000-2014 yillarda keltirilgan ma'lumotlarga asoslanib, 2030 yilga kelib chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash 71% ni tashkil qilishinishi taxmin qilinmoqda (Sloan M. 2018), bu o'z navbatida revizion aralashuvlarning o'sishiga olib keladi. Revision prognozlariga ko'ra, birlamchi operatsiyalar soni 10% ni yoki yiliga 400.000 ga yaqin holatni tashkil qiladi (Schwartz A. M., 2020). Biroq, displastik koksartroz bilan og'rikan bemorlarni chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash vaqtida revision aralashuvlarining chastotasi 57% gacha yetishi mumkinligi haqidagi

ma'lumotlar ham mavjud (Imbuldeniya A.M., 2014). Revizion aralashuvlarning asosiy sababi operatsiyadan keyingi dastlabki 5 yil ichida namoyon bo'ladigan son komponentining aseptik o'zgaruvchanligi (barcha asoratlarning 10-15%), endoprotez dislokatsiyasi (5 dan 12,5% gacha) hisoblanadi (Tixilov R. M.,2014, Loskutov A. E., 2021). Revizion endoprotezlashning sabablari orasida jahon amaliyotida qayd etilgan periprotezli infektsiyaning chastotasi muhim ulushni, birlamchi chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashdan keyin 0,2–2,2% ni va revizion endoprotezlashdan keyin 7-15% ni (Shubnyakov I. I., 2019) tashkil qiladi. Birlamchi chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashning samaradorligini oshirishning mumkin bo'lgan usullarini aniqlash, bo'g'implarning funksiyasini optimal tiklash, bemorlarning mehnat qobiliyati va revizion aralashuvlar chastotasini kamaytirish darhol hal qilinishi talab qilinadigan eng dolzarb vazifadir.

Respublikamizda chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash degenerativ-destruktiv kasalliklarni, shu jumladan displastik koksartroz bilan og'rikan bemorlarni davolashda muhim va dolzarb yo'nalish bo'lib qolmoqda. Bu borada muayyan yutuqlarga ham erishildi. Bemorlarni Xarris shkalasi bo'yicha 5,1 yildan so'ng davolash natijalarini baholash 76,2% holatda a'lo va yaxshi natijalar olindi (Tugizov B.E., 2013). chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashdan keyin (Toshkent shahri va Toshkent viloyati aholisi) 499 nafar bemor (20 yoshdan 60 yoshgacha) tibbiy ijtimoiy ekspert komissiyasida tekshirilganda, ular orasida displastik koksartroz bilan og'rikan bemorlar 44,8% ni tashkil qildi, bemorlarning qisman reabilitatsiya darajasi ancha yuqori va 56,4% ni tashkil qildi (Asilova S. U., 2015). Aksariyat holatlarda, chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash ijobiy funksional natijaga ega, biroq amalga oshiriladigan davolanishni yanada takomillashtirish zarur (Azizov M.J.2010). Ijobiy natijalar sonini oshirish uchun bemorlarni operatsiyadan oldin to'g'ri individual kompleks tekshirish va chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashni rejalashtirish ya'ni, bo'g'implar funksiyasini tiklashga mos keladigan endoprotez komponentlarining turi va hajmini tanlash, yangi jarrohlik texnologiyalari va fiksatsiya asboblarini ishlab chiqish (Irismetov

M.E., 2022) bilan erishish mumkin. Shunday qilib, displastik koksartrozni davolash hozir kunda O'zbekiston Respublikasi uchun dolzarb hisoblanadi, shu tufayli bu tadqiqot ishi munozarali masalalarni yechimini topish maqsadida, displastik koksartroz bilan kasallangan bemorlarni kompleks davolashning samaradorligini oshirishga qaratilgan.

Chanoq-son bo'g'imining tug'ma nuqsonlari va deformatsiyalarining mavjudligi endoprostetik komponentlarni o'rnatishda bir qator qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi, chunki endoprostetikaning standart talablariga rioya qilish va suyak to'shagi bilan etarli uzunlikdagi aloqani yaratish uchun ma'lum shart-sharoitlarni yaratish kerak. va uning etishmovchiligi holatlarida, ular shakllangan yotoq bo'ylab normal bosim taqsimotini ta'minlash uchun jarrohdan katta mahorat talab qiladi (Bargar, 1989). (Korj A.A. va boshqalar, 1990; Linde, Jensen, 1988). Endoprotez tarkibiy qismlarining bo'shashishi, beqarorligi, asab va qon tomirlarining peri-cho'zilishi, mushaklarning etishmovchiligi, rehabilitatsiya keskin kuchayadi yoki bu bemorlarda qayta operatsiya qilish kerak bo'ladi (Linde, Jensen, 1988). Iida va at., 1993). Shuning uchun uni implantatsiya qilishning turli usullari taklif qilingan (Neverov V.A., 2006, Loskutov A.E., 2003, Karlov A.V., 2006), lekin ular har doim kerakli natijani kafolatlamaydi.

Tadqiqot mavzusining dissertasiya bajarilgan oliy ta'lim muassasasining ilmiy-tadqiqot ishlari bilan bog'liqligi. Dissertatsiya tadqiqoti Samarqand davlat tibbiyot universitetiining 2012–2021 yillarga mo'ljallangan ilmiy-tadqiqot rejasi doirasida amalga oshirildi.

Tadqiqotning maqsadi son suyagi boshchasining bir tomonlama tug'ma chiqishi va tortinchi darajali displastik koksartrozi bo'lgan bemorlarda jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish yo'li bilan chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Tadqiqot vazifalari:

uchinchi – tortinchi darajali displastik koksartros va sonning tugma chiqishi bolgan bemorlarda chanoq son bogimi elementlarining anatomik munosabatlarini klinik va rentgenologik tahlil asosida o'tqazish;

bir tomonlama yuqori son boshchasini tugma chiqishi va IV darajali displastik koksartrozda son suyagi boshchasini tushirish uchun qurilma ishlab chiqish;

bir tomonlama yuqori son boshchasini tugma chiqishi va IV darajali displastik koksartrozlarda jarrohlik davolashning kompleks usulini ishlab chiqish;

bemorlar chanoq-son bo'g'imining klinik, rentgenologik, shu jumladan MRT va MSKT tekshiruv ma'lumotlari asosida, bir tomonlama yuqori son boshchasini tugma chiqishi va bir tomonlama IV darajali displastik koksartrozni jarrohlik yo'li bilan davolashning kompleks usulini samaradorlik natijalarini baholash.

Tadqiqot ob'ekti sifatida 2012-2023 yillarda Respublika Travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand filiali klinikasida chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash bilan davolangan bir tomonlama III darajali displastik koksartroz va bir tomonlama yuqori son boshchasini tugma chiqishi tashxizi qo'yilgan 206 nafar bemorning klinik materiallari olindi.

Tadqiqot predmetini klinik tadqiqotlar natijalari, MRT, MSKT yordamida olingan radiologik ma'lumotlar, chanoq-son bo'g'imi quymich kosachasi va son sohasidagi strukturaviy o'zgarishlarni baholash uchun qo'shimcha radiologik usullar, ma'lumotlarni kompleks statistik baholash natijalari tashkil qildi.

Tadqiqot usullari. Tadqiqot ishini bajarish jarayonida klinik, rentgenologik usullaridan, shu jumladan, osteoporozni baholash uchun Singh indeksi, De Lee va Charnley indeksleri bo'yicha endoprotez kosachasi atrofidagi suyak strukturalari, Gruen indeksi bo'yicha esa endoprotez oyoqchasi atrofidagi son suyagining diafiz po'stlog'i, hamda qo'shimcha ravishda MSKT va MRT, bemorning ahvolini baholash va differentsial diagnostika uchun laboratoriya tekshiruvlari, bemorlarning funktsional holatini baholash uchun Xarris shkalasi qo'llanildi.

Tadqiqotning ilmiy yangiligi quyidagilardan iborat:

bir tomonlama sonning tugma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi bo'lgan bemorlarda ixtiro qilingan qurilmada dozali traksiya berish son boshchasini quymich kosasining anatomik to'g'risigacha pastga tushirishga imkon berishi isbotlangan;

ixtiro qilingan qurilma bilan bir tomonlama sonning tugʻma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi boʻlgan bemorlarda sonni pastga tushirish samaradorligi hamda oʻtirgʻich nervi va qon-tomirlar traksion shikastlanishining oldi olinishi isbotlangan;

bir tomonlama sonning tugʻma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi boʻlgan bemorlarda ixtiro qilingan ikki bosqichli kompleks davolash usuli bilan yumshoq toʻqimali regeneratni hosil qilish orqali son boshchasini quymich kosasining anatomik toʻgʻrisigacha pastga tushirish va birinchi bosqichda va chanoq-son boʻgʻimini total endoprotezlash esa ikkinchi bosqichda bajarilishi samarasi isbotlangan;

bir tomonlama sonlarning tugʻma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi boʻlgan bemorlarda ishlab chiqilgan jarrohlik davolash usuli qoʻllanilganda chanoq-son boʻgʻimining funksiyasi tiklanishi, endoprotez komponentlari mustahkamligining taʼminlanishi, jarrohlik amaliyoti vaqti xam qisqarishi, Xarris shkalasining baholash natijalari asosiga koʻra bemorlarning davolanish sifatini yaxshilanishi, chanoq-son boʻgʻimini birlamchi total revizion endoprotezlashni oldini olishi va operatsiyadan keyingi reabilitatsiya erta boshlanishi imkonini berishi isbotlangan.

Tadqiqotning amaliy natijalari quyidagilardan iborat:

klirik va rentgenologik usullar, shu jumladan MRT va MSKTni tahlil qilish asosida bir tomonlama yuqori son suyagi boshchasi tugʻma chiqishi va III-IV darajali bir tomonlama displastik koksartroz boʻlgan bemorlarni davolashda ishlab chiqilgan algoritm funktsional va anatomik natijalarni yaxshilash va 7-10 kun statsionarda davolash vaqtini qisqartirish imkonini bergan;

displastik koksartrozni jarrohlik bilan davolashning tavsiya qilingan usuli jarrohlik aralashuvi vaqtini qisqartirishga, erta reabilitatsiyani boshlashga va chanoq-son boʻgʻimi funksiyasini toʻliq tiklashga imkon bergan;

son suyagining yuqori tugʻma chiqishida son suyagini pastga tushirish uchun ishlab chiqilgan qurilma chanoq-son boʻgʻimi funksiyasi keyinchalik tiklanishi bilan quymich nervi va qon tomirlarning traksion shikastlanishini istisno qiladi;

ishlab chiqilgan qurilma va displastik koksartrozni jarrohlik yo‘li bilan davolash usuli endoprotez tarkibining barqarorligini 3.5% ga oshirish imkonini berdi va chanoq-son bo‘g‘imi funksiyasini tiklanishini osonlashtirgan.

Tadqiqot natijalarining ishonchliligi tadqiqotning ob'ektiv klinik va rentgenologik usullari natijalari, yetarlicha bemorlar soni, shuningdek bemorlarni tekshirish natijalarini statistik qayta ishlash protokollari bilan asoslanadi.

Tadqiqot natijalarining ilmiy va amaliy ahamiyati.

Tadqiqot natijalarining ilmiy ahamiyati shundaki, bemorlarni tekshirishning differentsial yondashuvi asosida III darajali displastik koksartroz va IV darajali displastik koksartroz bilan birga kechuvchi bir tomonlama yuqori son suyagining tug'ma chiqishini jarrohlik davolash usullari ishlab chiqilganligi jarrohlik amaliyoti vaqtini qisqartirish, qon yo‘qotishni kamaytirish, operatsiyadan keyingi erta reabilitatsiyani boshlash va bemorning statsionarda qolish muddatini qisqartirish, operatsiyadan keyingi asoratlar sonini kamaytirish va birlamchi son suyagining yuqori tug'ma chiqishidadan keyin revision aralashivni oldini olish imkonini berishi bilan izohlanadi.

Ishning amaliy ahamiyati shundan iboratki, yaratilgan qurilma asosida III-IV darajali displastik koksartroz bilan og'rigan bemorlar uchun ikki bosqichli chanoq-son bo‘g‘imini total endoprotezlashni ishlab chiqilgan usullari chanoq-son bo‘g‘imining anatomik va funktsional natijalarini yaxshilash, davolash samaradorligini sezilarli darajada oshirish va 96,5 % holatlarda ijobiy natijalar olish imkonini berdi, bu esa birlamchi chanoq-son bo‘g‘imini total endoprotezlash yordamida displastik koksartrozni jarrohlik yo‘li bilan davolashda zamonaviy yutuqlarga katta hissa qo‘shishi bilan izhlanadi.

I. Tadqiqot natijalarining joriy qilinishi:

O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash vazirligining 2024-yil 25-sentabrdagi №06/06-sonli xulosasiga muvofiq ilmiy ishlanmalarni boshqa sog‘liqni saqlash muassasalariga joriy qilish masalalari bo‘yicha:

birinchi ilmiy yangilik: bir tomonlama sonning tug‘ma chiqishi va bir tomonlama IV-darajali displastik koksartrozi bo‘lgan bemorlarda ixtiro qilingan

qurilmada dozali traksiya berish son boshchasini quymich kosasining anatomik to'g'risigacha pastga tushirishga imkon berishi isbotlangan. Dissertatsiya tadqiqoti natijalari sog'liqni saqlash sohasining amaliy faoliyatiga, xususan, usul Buxoro viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazida (2023-yil 10-may, 146-son) va Samarqand viloyati Nogironlarni rehabilitatsiya markazida (2023-yil 1-iyul, 29-A son) joriy qilingan. *Ijtimoiy samaradorlik* quyidagilardan iborat: operatsiyadan oldingi bosqichda individual xarakterga ega bo'lgan displastik chanoq-son bo'g'imining anatomik va funksional shikastlanishlarining xususiyatlarini va osteoporozni aniqlash chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashni o'tkazishni adekvat rejalashtirish imkonini beradi, endoprotezni o'rnatish vaqtida sinishni jarrohlikdan keyingi asoratlardan revizion aralashuvni oldini oladi va 35% dan 3.5 % gacha kamaytirish imkonini beradi. *Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi* quyidagilardan iborat: son suyagining yuqori tug'ma chiqishida chanoq-son bo'g'imining displaziyasi va displastik koksartrozning yuqori chastotasi operatsiyadan oldingi davrni puxta rejalashtirishni talab qiladi, chunki kompleks shikastlanishlar va chanoq-son bo'g'imining funksiyasini yo'qolishi kuzatilgan holatlarda endoprotezlashni amalga oshirish texnik jihatdan murakkab hisoblanadi. Bemorlarni har tomonlama batafsil tekshirish jarrohlik davolashning samarali taktikasini ishlab chiqishga individual yondoshuv, chanoq-son bo'g'imining tarkibiy va funksional jihatdan normadan ortda qolishini baholash, operatsiyadan oldingi va operatsiyadan keyingi asoratlarni kamaytirish, endoprotezning davomiyligini va bemorlarning hayot sifatini oshirish imkonini beradi, shu sababli bemorlarni statsionar sharoitida davolanishini qisqartirib, davlat byudjet mablag'larini 967 000 so'mga iqtisod qiladi. *Xulosa:* quymich kosachasi va son suyagining to'liq shikastlanishini hisobga olgan holda bemorlarning chanoq-son bo'g'imini operatsiyasidan oldin har tomonlama tekshiruviga asoslangan yondashuvlar operatsiyadan oldin rejalashtirish va chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashni amalga oshirishda xatoga yo'l qo'ymaslik uchun muhim hisoblanadi va davlat byudjet mablag'larini 967 000 so'mga iqtisod qilishga imkon bo'ladi.

ikkinchi ilmiy yangilik: ixtiro qilingan qurilma bilan bir tomonlama sonning tugʻma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi boʻlgan bemorlarda sonni pastga tushirish samaradorligi hamda oʻtirgʻich nervi va qon-tomirlar traksion shikastlanishining oldi olinishi isbotlangan. Dissertatsiya tadqiqotlarining natijalari sogʻliqni saqlash, xususan bu usul Buxoro viloyati koʻp tarmoqli tibbiyot markazida (2023-yil 10-may, 146-son) va Samarqand viloyati Nogironlarni reabilitatsiya markazida (2023-yil 1-iyul, 29-A son) joriy qilingan.

Ijtimoiy samaradorlik quyidagilardan iborat: displastik koksartroz bilan ogʻrigan bemorlarda nogironlikning yuqori darajasi bu bemorlarni yillar davomida konservativ davolashning samarasiz kechayotganligi tufayli, jarrohlik davolash amaliyotida yangi yondashuvlarni ishlab chiqishni talab qiladi. Yoshlar toʻliq ishlay olmaydi, hayot sifati yomonlashadi. Biz tomondan ishlab chiqilgan usullar asosida chanoq-son boʻgʻimini total endoprotezlashning qoʻllanilishi asoratlar xavfini kamaytiradi, bu esa ishlash qobiliyatini toʻliq tiklashga imkon beradi noigironlikning 35 % dan 3.5 % gacha kamaytiradi.

Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi quyidagilardan iborat: son suyagini anatomik quymich sohasigacha tushirish uchun ishlab chiqilgan qurilmaning qoʻllanilishi natijasida, oyoqlar uzunligining teng boʻlishiga erishiladi, jarrohlik aralashuvi vaqti qisqaradi va qoniqarsiz natijalar ulushi kamayadi, bu esa oʻz navbatida davlat byudjet mablagʻlarini 967 000 somga tejashni taʼminlaydi.

Xulosa: displastik koksartroz displastik shikastlanishlarning butun majmuasi va jarrohlik amaliyotidagi qiyinchiliklar bilan bogʻliq boʻlgan chanoq-son boʻgʻimini eng ogʻir patologiyalaridan biri hisoblanadi. Shu tufayli mavjud jarrohlik davolash usullari doimiy ravishda takomillashtirilib borilmoqda. Biz ishlab chiqqan qurilma dozalangan traksiyaga asoslangan boʻlib, uni jarrohlik davolash amaliyotining samaradorligini taʼminlash maqsadida bir tomonlama yuqori son suyagining yuqori tugʻma chiqishida va bir tomonlama III–IV darajali displastik koksartrozni davolashda qoʻllash mumkin, bu esa oʻz navbatida davlat byudjet mablagʻlarini 967 000 somga tejashni taʼminlaydi.

uchinchi ilmiy yangilik: bir tomonlama sonlarning tugʻma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi boʻlgan bemorlarda ixtiro qilingan ikki bosqichli kompleks davolash usuli bilan yumshoq toʻqimali regeneratni hosil qilish orqali son boshchasini quymich kosasining anatomik toʻgʻrisigacha pastga tushirish va birinchi bosqichda va chanoq-son boʻgʻimini total endoprotezlash esa ikkinchi bosqichda bajarilishi samarasi isbotlangan. Usul Buxoro viloyati koʻp tarmoqli tibbiyot markazida (2023-yil 10-may, 146-son) va Samarqand viloyati Nogironlarni reabilitatsiya markazida (2023-yil 1-iyul, 29-A son) joriy qilingan. *Ilmiy yangilikning ijtimoiy samaradorligi* quyidagilardan iborat: Son suyagining yuqori tugʻma chiqishi bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda son suyagi boshchasini pastga tushirish uchun ishlab chiqilgan jarrohlik usulidan foydalanish markazlashtirish va boshchasini endoprotez kosachasiga kiritish uchun sharoit yaratish bilan operatsiyadan keyingi asoratlarning oldini olish imkonini beradi, ularning ijtimoiy moslashuvini oshiradi. Ishlab chiqilgan qurilma yordamida amalga oshirilgan jarrohlik taktikasi endoprotezning barqarorligini taʼminlaydi va endoprotezning dislokatsiyasi kabi ogʻir asoratlar xavfini kamaytiradi va birlamchi endoprotezlashning yaxshi natijalarini 96.5 % gacha oshishini imkoniyatini beradi. *Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi* quyidagilardan iborat: son suyagining boshchasini proksimal boʻlimiga tushirish uchun yaratilgan qurilma xavfsiz jarrohlik amaliyotini oʻtkazish uchun zamin yaratadi, asoratlar xavfini va bemorning kasalxonada qolish muddatini sezilarli darajada kamaytiradi, 967 000 soʻmga byudjet xarajatlarini tejashni taʼminlaydi. *Xulosa:* son suyagining yuqori tugʻma chiqishida son suyagi boshchasini pastga tushirish uchun ishlab chiqilgan qurilma displastik koksartrozning ogʻir asorati yaʼni nogironlikni oldini olish imkonini beradi, hamda juda murakkab va bir qancha asoratlar bilan bogʻliq son suyagi osteomiyasida tavsiya qilinadigan muqobil hisoblanadi, shu sababli davlat byudjet mablagʻlarini 967 000 soʻmga tejaladi.

toʻrtinchi ilmiy yangilik: bir tomonlama sonlarning tugʻma chiqishi va bir tomonlama 4-darajali displastik koksartrozi boʻlgan bemorlarda ishlab chiqilgan jarrohlik davolash usuli qoʻllanilganda chanoq-son boʻgʻimining funksiyasi

tiklanishi, endoprotez komponentlarining mustahkamligining ta'minlanishi, jarrohlik amaliyoti vaqti xam qisqaririshi, Xarris shkalasining baholash natijalari asosiga ko'ra bemorlarning davolanish sifatini yaxshilanishi, chanoq-son bo'g'imini birlamchi total revizion endoprotezlashni oldini olishi va operatsiyadan keyingi reabilitatsiya erta boshlanishi imkonini berishi isbotlangan. Usul Buxoro viloyati ko'p tarmoqli tibbiyot markazida (2023-yil 10-may, 146-son) va Samarqand viloyati Nogironlarni reabilitatsiya markazida (2023-yil 1-iyul, 29-A son) joriy qilingan.

Ijtimoiy samaradorlik quyidagilardan iborat: IV - darajali displastik koksartrozi bo'lgan bemorlarda chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashdan keyingi operatsion asoratlarning yuqori chastotasini (22 dan 33% gacha), shu jumladan revizion endoprotezlashni (33%), ikki bosqichli murakkab jarrohlik davolash amaliyoti yordamida oldini olish mumkin. Bu bemorlarni erta mobilizatsiya qilish, og'riqni sindromini kamaytirish hisobiga funksional imkoniyatlarni kengaytirish, o'z-o'ziga xizmat ko'rsatish imkoniyati, harakat faoliyati va ish qobiliyatini oshirish imkonini beradi, bemorlarning statsionarda qolish vaqtini qisqartiradi, to'qimalarning intraoperatsion shikastlanish xavfini kamaytiradi, endoprotezning tarkibiy qismlari chidamliligini saqlash imkonini beradi va hanoq-son bo'g'imining funksional tiklanish vaqtini qisqartirishni ta'minlaydi. *Ilmiy yangilikning iqtisodiy samaradorligi* quyidagilardan iborat: Ikki bosqichli chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash natijasida bemor faol mehnat faoliyatiga qaytadi, davlat byudjetidan 967 000 so'm mablag' tejaladi. *Xulosa*: Ikki bosqichli chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash chanoq-son bo'g'imining og'ir shakllari, son suyagining tug'ma chiqishi, 3-4 darajali dsplastik koksartrozning bo'lgan bemorlar oyoqlarining anatomik uzunligini tiklash uchun samarali davolash usuli bo'lib, operatsiyadan keyingi asoratlarning yuzaga kelishini oldini oladi, ish qobiliyatini tiklanishini va bemorni faol mehnatga qaytishini ta'minlaydi, hamda davlat byudjet mablag'laridan 967 000 so'm iqtisod qilinadi. Ishlab chiqilgan usuldan foydalanib, ijobiy natijalar ulushini 96,5% gacha oshirishga erishildi.

Tadqiqot natijalarining aprobatsiyasi. Ushbu tadqiqot natijalari 6 ta ilmiy-amaliy konferensiyada, jumladan, 3 ta xalqaro va 3 ta respublika miqyosida muhokama qilindi.

Tadqiqot natijalarining e'lon qilinishi. Dissertatsiya mavzusi va materiallariga doir jami 18 ta ilmiy ish, shu jumladan O'zbekiston Respublikasi Oliy Attestatsiya Komissiyasi tomonidan dissertatsiyaning asosiy ilmiy natijalarini nashr qilish uchun tavsiya etilgan ilmiy nashrlarda 7 ta maqola, shulardan 6 ta respublika va 1 ta xorijiy jurnallarda chop etilgan. Ixtiro uchun 1 ta patent olingan.

Dissertatsiyaning tuzilishi va hajmi. Dissertatsiya ishi kirish, besh bob, xulosa, qisqartmalar ro'yxati, foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati va ilovadan iborat. Dissertatsiya hajmi 112 sahifani tashkil qiladi.

DISSERTATSIYANING ASOSIY MAZMUNI

Kirish qismida son suyagining yuqori tug'ma chiqishi va 3-4 darajali displastik koksartroz kuzatilgan holatlarda chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashning dolzarbligi va zarurati asoslangan, maqsad va vazifalar aniq shakllantirilgan, tadqiqot ob'ekti va predmetiga tavsif berilgan, tadqiqotning O'zbekiston Respublikasi fan va texnologiyalari rivojlanishining ustuvor yo'nalishlariga muvofiqligi ko'rsatilgan. Ilmiy yangilik va olingan natijalarning amaliy ahamiyati yoritilgan, amaliy sog'liqni saqlashga joriy qilinganligi ko'rsatilgan, mavzuga doir nashr qilingan ishlar, dissertatsiyaning hajmi va tuzilishi bo'yicha ma'lumotlar berilgan.

Dissertatsiyaning «**Displastik koksartrozning epidemiologiyasi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi va davolashning hozirgi holati (adabiyotning tahliliy sharhi)**» deb nomlangan birinchi bobi ushbu kasallikning muammosi bo'yicha zamonaviy adabiyotlarni tahlil qilishga bag'ishlangan: chanoq son bo'g'imi displaziyasi va displastik koksartrozning keng tarqalishi, koksartroz va displaziyaning tasniflari mavjud bemorlarni tekshirish xususiyatlari. Jarrohlik davolash taktikasi bo'yicha zamonaviy ma'lumotlar taqdim qilingan. Chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashning afzalliklari tavsiflangan. Yuqori

sonnsuyagining chiqishi va 3-4 darajali displastik koksartroz sharoitida son suyagi boshchasini tushirishda qo'llanilgan mavjud qurilmalarning kamchiliklari tahlil qilindi. Bob yakunida tahlil qilingan adabiyot manbalariga asoslanib, keyingi tadqiqotlar istiqbollari keltirilgan.

Dissertatsiyaning «**Materiallar va tadqiqot usullari**» deb nomlangan ikkinchi bobida keng qamrovli klinik tekshiruv va bemorlar ahvolini nazorat qilish (Harris shkalasi), instrumental usullarning (son bo'g'imining rentgenometrik tekshiruvlari bilan rentgenografiya, MRT va MSKT) ma'lumotlarini taqdim qilingan. Endoprotez atrofidagi suyak holatini nazorat qilish usullari yoritilgan, raqamli ko'rsatkichlarning statistik qayta ishlovi amalga oshirilgan.

Tadqiqot ishi 2012 yildan 2023 yilgacha Respublika travmatologiya va ortopediya ilmiy-amaliy tibbiyot markazining Samarqand filiali klinik bazasida amalga oshirildi. Bemorlarni tadqiqotga kiritishning asosiy mezonini, shu jumladan sonning tug'ma chiqishi fonidagi displastik koksartroz hisoblanadi. 206 nafar bemor tekshirildi va operatsiya qilindi. Crowe J.F. klassifikatsiyasiga muvofiq displaziyani turi hisobga olinib bemorlar guruhlarga taqsimlandi. Tadqiqotda ayollar soni ustun bo'lib, ular - 163 (79,1%) nafarni, erkaklar - 43 (20,9%) nafar, 30 yoshdan 71 yoshgacha va undan kattalar: 30 yoshgacha -28,16%, 31-50 yosh 37,38, 51-60 yosh - 25,24 %, 61-70 yosh - 8,73%, 71 va undan kattalar - 0,49% ni tashkil qildi. Bemorlar ikki guruhga bo'lingan: birinchi guruh III darajali displastik koksartrozda bir bosqichli endoprotezlashdan keyin (184 nafar bemor) va nazorat guruhidagi bir tomonlama son suyagining yuqori tug'ma chiqishida va bir tomonlama IV darajali displastik koksartroz bilan og'riq bemorlar (82 nafar bemor) bo'lib, ularda son suyagi boshchasini pastga tushirishda Mamatkulov apparatini qo'llash operatsiyalari va pastga tushirilgandan keyin endoprotezlash operatsiyalari amalga oshirildi. Qabul vaqtida, bemorlar og'riqning dori preparatlari bilan bartaraf qilinmaganligidan shikoyat qilgan. Tekshiruv davomida displastik koksartroziga shubha qilingan bemorlarning kasallik tarixi ma'lumotlari yig'ildi va tahlil qilindi, bemorning ahvolini va differentsial tashxisini baholash maqsadida laboratoriya tekshiruvlari, vertikal, gorizontol holatidagi va bemorning yurishi paytidagi holatining klinik

tekshiruvlari amalga oshirildi (Doerti M., Doerti D bo'yicha). Tomas, Patrick/FABER va FADIR testlari va rotatsion testdan ("Leg-Roll-Test") foydalanilgan. Son suyagining proksimal qismini (bo'yin-diafizar burchagi, anteverziya, boshchaning sharsimonlik darajasi va frontal inklinatsiya burchagi, Shenton chizig'i) va quymich kosachasini (quymich qiyaligi, Viberg burchagi, quymich kosachasi indeksi, atsetabulyar indeks) tavsiflovchi ko'rsatkichlar bo'yicha rentgenometriya amalga oshirildi. Bundan tashqari, barcha bemorlarda MSKT va MRT o'tkazildi. Ma'lumotlar bemorlarning taqsimlanishi bo'yicha o'tkazilgan rentgen tekshiruviga ko'ra ma'lum tartibda taqdim etiladi. Operatsiyadan oldin son suyagining proksimal bo'limining strukturasi rentgenologik baholash va osteotropik terapiyani tayinlash uchun Singx rentgenologik indeksidan foydalanildi. Endoprotezlash natijalari uchta sohada (De Lee va Charnley bo'yicha) endoprotez kosasi atrofidagi suyak strukturalarining holati nazorat qilindi, endoprotez oyoqchsi atrofidagi son suyagi diafizining postlog'ining holati 7 ta zonada baholandi (Gruen bo'yicha). Chanoq-son bo'g'imi (Harris Hip Score) uchun Xarris klassifikatsiyasidan foydalanildi. Raqamli ko'rsatkichlar statistik jihatdan qayta ishlab chiqildi.

Dissertatsiyaning «**Displastik koksartroz bilan og'rigan bemorlarni tekshirishning klinik va instrumental usullari natijalari**» deb nomlangan uchinchi bobda bemorni jarrohlik davolashga tayyorlashda kompleks tekshiruv ma'lumotlari taqdim qilingan. Bemor anamnezi ma'lumotlarini sinchkovlik bilan tahlil qilish, chanoq suyagi va quymichning tarkibiy qismlarining holati, suyak sifati, umumiy jismoniy holati, mushak guruhlaridagi kontraktura o'zgarishlarning xususiyatlari, oyoqlarning qisqarish hajmi va bemorlarning jismoniy holatini o'z ichiga olgan chanoq-son bo'g'imi funksiyasi ko'rsatkichlarini baholash bilan keng qamrovli klinik va rentgenologik tekshiruv natijalari asosida chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashda ratsional yondashuvni tanlab olish amalga oshirildi. Tadqiqot davomida III darajali displastik koksartroz bo'yicha bir bosqichli endoprotezlash amalga oshirilgan bemorlarda (nazorat guruh, 124 nafar bemor) oyoqlarining 4 sm. gacha nisbiy qisqarishi aniqlandi. Bir tomonlama yuqori SSTCh va bir tomonlama

IV darajali displastik koksartroz (asosiy guruhi, 82 nafar bemor) bilan kasallangan bemorlar oyoqlarining nisbiy qisqarishi 4 sm. dan ortiq ekanligini ko'rsatdi. 24 (11,6%) nafar bemorda osteoporoz aniqlandi, bu jarrohlik davolash amaliyoti vaqtida hisobga olindi. Shikastlanishlarni tahlili bilan birga bemorlarni tekshiruvi natijasida olingan ma'lumotlari bizga bemorni erta reabilitatsiya qilish va endoprotezning uzoq muddatli barqaror ishlashini prognoz qilishda ratsional individual jarrohlik taktikasini yaratish imkoniyatini berdi.

Dissertatsiyaning «**Son suyagining tug'ma chiqishi va displastik koksartroz bilan og'rigan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash**» deb nomlangan to'rtinchi bob chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashda yondashuvlarni ishlab chiqishga asoslangan. Jarrohlik usuli displastik koksartroz bilan og'rigan bemorlarni davolashda asosiy usul sifatida ifodalangan. Jarrohlik yo'li bilan davolashning asosiy usullari 2- guruh bemorlari uchun ko'rsatilgan:

Nazorat guruh - III darajali displastik koksartrozda bir martalik chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash (124 nafar bemor – 60,2%);

Asosiy - guruh – son suyagi boshchasini pastga tushirishda Mamatkulov apparatini qo'llash va bir tomonlama son suyagining yuqori tug'ma chiqishida va bir tomonlama IV darajali displastik koksartrozda son suyagini pastga tushirilgandan keyingi chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash (82 nafar bemor-39,8%).

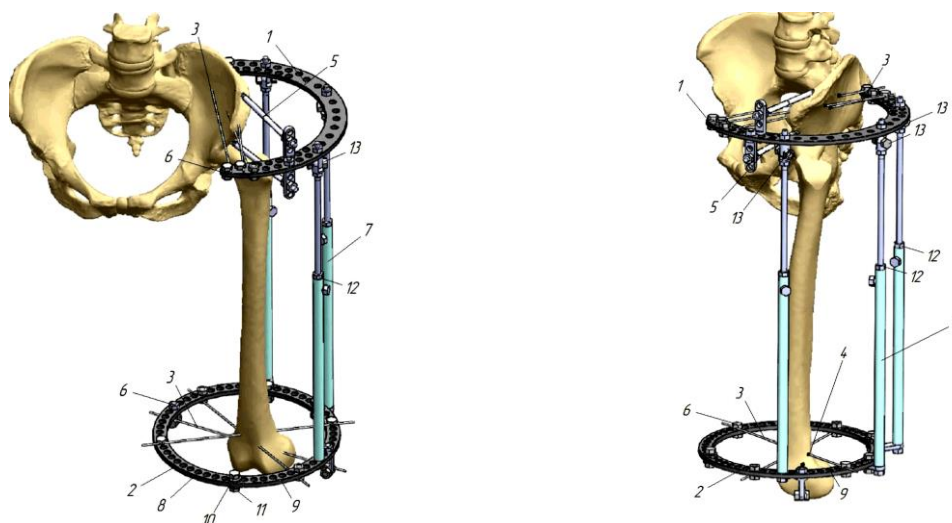
206 nafar bemordan erkaklar 20,9% ni, ayollar 79,1% ni tashkil qildi, erkaklarning ayollarga bo'lgan nisabati 1:3,8, ya'ni ayollarda displastik koksartrozning darajasi erkaklarnikiga qaraganda ancha yuqori.

Jarrohlik aralashuvining amalga oshirilishining asosiy sababi, medikomentoz terapiya ta'sir qilmaydigan og'riq va shuningdek, funktsional va jismonan cheklanish, shu jumladan jismoniy va psixo-emotsional planda bemorning hayot sifatining pasayishi bilan birga kechuvchi harakat faoliyatning buzilishi hisoblanadi. Jarrohlik davolash bemorlarni tekshirish natijalariga bog'liq bo'lib, ularga asoslanib davolash usuli tanlangan: bir bosqichli chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash III darajali displastik koksartroz (birinchi guruh) bilan og'rigan 124 nafar (60,2%) bemorda va bir tomonlama son suyagining yuqori tug'ma chiqishida

va bir tomonlama IV darajali displastik koksartroz (nazorat guruhi) bo'lgan 82 (39,8%) nafar bemorda o'tkazildi.

Amalga oshirilgan 206 ta oldingi yonbosh operatsiyalaridan III darajali displastik koksartroz bilan bir bosqichli endoprotezlash jarrohlik amaliyoti operatsiyalarning umumiy sonining 89 nafarida (43,20%), shuningdek, bir tomonlama son suyagining yuqori tug'ma chiqishida va bir tomonlama IV darajali displastik koksartroz bilan 82 (39,81%) nafar bemorda qo'llanilgan. Bevosita yon tomondan kirish III darajali displastik koksartroz bilan bir bosqichli endoprotezlash 28 ta (13,59%) holatda qo'llanilgan, 7 ta (3,40%) holatda kengaytirilgan kirish III darajali displastik koksartroz bilan bir bosqichli endoprotezlash qo'llanilgan.

Texnik nuqtai nazaridan, bevosta kirishdan foydalanish eng qulay hisoblanadi, chunki u operatsiya bosqichlarida vizual-texnik nazorat qilish imkoniyatini beradi. Biz tomondan ikki bosqichli chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash usuli ishlab chiqildi va sonni anatomik quymich darajasigacha tushirish uchun qurilma yaratildi (1-rasm). Son suyagini tushirish uchun moslashgan qurilma chanoq tayanchi va son suyagi tayanchini, hamda ularga o'rnatilgan suyak fiksatorlarini o'z ichiga oladi. Biz yaratgan qurilma mavjud analoglaridan bir qator texnik yechimlari bilan farq qiladi. Qurilma o'zaro bog'langan chanoq va son suyagi tayanchlarni o'z ichiga oladi. Ularning o'zaro joyini o'zgartirish mumkin. Suyak fiksatorlari tayanchlarga o'rnatilgan.



1-rasm. Son suyagini anatomik quymich kosachasi darajasigacha tushirish uchun qurilma

Tayanchlar son tayanchiga mustahkamlangan uchta teleskopik ustunlar bilan bog'langan. Teleskopik ustunlarning proksimal uchlari bir tekislikli o'qli qo'zg'almas ilgaklar yordamida chanoq suyagining tayanchiga ulangan, chanoq tayanchiga ular jihozlangan tirgovuch supachali simlar bilan mahkamlangan. Son suyagi tayanchida suyakka o'zaro kesishgan ikkita vint o'rnatilgan va jihozlangan tirgovuch supachali uchta sim bilan mahkamlangan. Qurilmani o'rnatish qulay, bemorlarga u noqulaylik tug'dirmaydi. Qurilmaning xarakteristikasini hisobga olib, chanoq-son bo'g'imi rentgen anatomiyasining asosiy diagnostikasi va individual xususiyatlariga asoslanib, qurilmadan foydalanishning ko'rsatkichlari aniqlandi. Endoprotezlashdan oldin son suyagi boshchasini pastga tushirish yondashuvining o'ziga xos xususiyati (jarrohlik davolashning 1-bosqichi) bu – distraksion strukturaning chanoq qismini yonbosh suyaklari qanotlari orqasida o'rnatish hisoblanadi. Son qismi sonning proksimal va distal qismlariga o'rnatildi. Butun tizimni o'rnatish Ilizarov printsiplari va qoidalariga muvofiq amalga oshirildi. Asosiy konsatruksiya o'rnatilgandan keyin, son suyagini bosqichma-bosqich tushirish amalga oshirildi. O'rtacha tushirish muddati 60 kunni tashkil qildi. Tushirishning bir bosqichi bemorning sub'ektiv hissiyotlariga bog'liq edi.

Ikkinchi bosqichda biz tomonimizdan ishlab chiqilgan chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash usuli amalga oshirildi. III va IV darajali displastik koksartroz bilan og'rigan bemorlarni davolash jarayonida bemorlarga chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash o'tkazildi. Bemorning yoshi, Singx ko'rsatkichiga qarab, endoprotezning tsement yoki tsementsiz fiksatsiyasi turi qo'llanildi. Endoprotez turini tanlash ikkita asosiy mezonga ko'ra, ya'ni endoprotezning bemorning yoshi va suyagining sifatiga muvofiqligiga qarab amalga oshirildi. Ko'rsatilgan mezonlar asosida endoprotez tarkibini qayd qilish turi aniqlandi. Jarrohlik amaliyoti paytida bemorning yoshiga qarab, revizion endoprotezlashni o'tkazish ehtimoli har doim hisobga olindi.

Dissertatsiyaning «**Bir tomonlama son suyagining tug'ma chiqishi va bir tomonlama IV darajali displastik koksartrozda chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlsh natijalarini tahlil qilish**» deb nomlangan beshinchi bobida olingan natijalar tahlil qilindi. Operatsiya qilingan barcha bemorlarda jarrohlik yarasining bitishi bilan bog'liq bo'lgan muammolar aniqlanmadi. Operatsiyadan keyingi davrda Xarris shkalasi bo'yicha og'riq 10-20 ball bilan baholandi, bu esa uni bartaraf qilish uchun steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dori vositalarini qo'llashni talab qildi. Operatsiyadan keyingi dastlabki davrda ham og'riq mavjud edi (20 dan 30 ballgacha), ammo bu holatda u kuchsiz bo'lganligi uchun steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dori vositalari qo'llanilmadi. Bu davrda bemorlar faqat qo'ltiqayoqlari yordamida yurishgan. Klinik va rentgenologik tekshiruviga kelgan erkak va ayollarda statsionarda yotishi bosqichlarida va javob bo'lganidan keyin, operatsiya yarasi va periprotezning infeksiyalari belgilari yo'q edi. 3 oydan keyin tekshirilgan bemorlarda og'riq aniqlanmadi, ularning aksariyati qo'ltiqayoqdan foydalanishmagan, hassa ishlatishgan. 95 nafar bemor endoprotezdan keyin qo'shimcha harakatlanish vositalaridan foydalangan, 89 nafar bemorda yengil oqsolanish kuzatilgan, bu operatsiyadan oldingi tekshiruvga qaraganda sezilarli darajada kam.

Endoprotez qo'yilgan chanoq-son bo'g'imining umumiy holatini baholash maqsadida rentgenografiya qilinayotgan vaqtida osteotrop terapiyani o'z vaqtida tayinlash uchun suyak bilan endoprotez kosachasining birikish zichligini yoki tsementli endoprotezlashda esa - tsement bilan birikish zichligini baholash uchun de Lee va Charnley usuli qo'shimcha ravishda qo'llanildi. Tadqiqotning barcha davrlarida endoprotezning asetabulyar komponenti atrofida suyak to'qimalarining strukturasining yaxshilanishi va De Lee va Charnley sxemasi bo'yicha barcha zonalarda zich aloqaning mavjudligi qayd qilindi. Gruen zonalar tahlili asosida endoprotezning aseptik o'zgarish belgilarini o'z vaqtida aniqlash maqsadida po'stloq kengligi va lizisning taxminiy shakllanish zonalari nazorat qilindi. 6 (2,9%) nafar bemorda endoprotez oyoqchasi atrofida son suyagining po'stloq qatlamining kengligining kamayganligi aniqlanib, ularga o'z vaqtida medikomentoz terapiyasi

buyurildi. Jarrohlik davolash amaliyotining samaradorligini oshirish, suyakning periprotez qayta tuzilishini kamaytirish maqsadida, Singx bo'yicha chanoq-son bo'g'imining rentgenogrammasiga ko'ra osteoporoz belgilari va Gruen zonalarini baholash asosida biz bemorlarga uzoq muddatli osteotrop dorilarni belgiladik. Singx bo'yicha osteoporoz belgilari 24 nafar bemorda aniqlandi. Ma'lumki, bo'g'implarni total endoprotezlashdan keyin ham tizimli, ham mahalliy xarakterga ega bo'lgan suyak metabolizmining parametrlari o'zgaradi, bu mineral almashinuvining buzilishi va mineral tuzlarni skeletning turli qismlaridan shikastlangan segmentga qayta taqsimlashi bilan birga kechadi. Shuning uchun, kaltsiy-fosfor muvozanatini tiklash maqsadida, suyak regeneratsiyasini optimallashtirish va suyak to'qimalarining stressli qayta tuzilishini kamaytirish uchun chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash keyin bizning davolash sxemamizga yosh bemorlarga kaltsiy va vitamin D preparatlari, postmenopauza yoshidagi ayollar va 60 yoshdan oshgan erkaklarga esa kaltsiy va vitamin D bilan birgalikda bisfosfonatlarni belgilash kiritildi.

Preparatlarni buyurish o'zini oqladi, chunki adabiyot manbalariga ko'ra, aseptik o'zgaruvchanlikning rivojlanishi, katta bo'g'implarni total endoprotezlashdan keyingi periprotez sinishlari 80% holatlarda bemorlar osteoporozni davolash terapiyasini olmaganligi va 33% bemorlarga kaltsiy va vitamin D preparatlari buyurilmaganligi bilan bog'liq.

Og'riq, bemorlarning funktsional faolligi va hayot sifatini baholash uchun operatsiyadan keyingi kuzatuv davrida Xarris shkalasi qo'llanilgan. Baholash (ballarda) erkaklar va ayollar uchun alohida o'tkazildi: 1, 2, 3, 6 oy muddatda va jarrohlikdan keyin 1, 1,5, 2 va 3 yil. Bir tomonlama son suyagining yuqori tug'ma chiqishida va IV darajali displastik koksartroz bilan og'rigan erkaklarda og'riq va funktsiyani baholashda, chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashdan bir oy o'tgach, guruhda Xarris shkalasining o'rtacha ko'rsatkichi $71,52 \pm 0,58$ ballni tashkil qilganligi aniqlandi: 2 oydan keyin $-76,96 \pm 0,61$ ball, 3 oydan keyin $-82,0 \pm 0,99$ ball, 6 oydan keyin $87,07 \pm 0,77$ ball, bir yildan so'ng $93,65 \pm 0,64$ ball. 1,5

yil, 2 yil va 3 yildan keyin Xarrisning umumiy ko'rsatkichlari mos ravishda $91,5 \pm 2,4$; $95,67 \pm 0,33$; $95 \pm 0,57$ ballga baholandi.

Bir tomonlama son suyagining yuqori tug'ma chiqishida va IV darajali displastik koksartroz bilan og'riyan ayollarda son suyagini pastga tushirish va chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash amaliyotidan so'ng, Xarrisning o'rtacha ko'rsatkichi ham yuqori edi va quyidagilarni tashkil qildi:, 1 oydan keyin – $72,24 \pm 0,54$ ball, 2 oydan keyin $-76,77 \pm 0,595$ ball, 3 oydan keyin $87,86 \pm 2,65$ ball, 6 oydan keyin – $93,17 \pm 1,64$, 1,5 yildan keyin – $95,37 \pm 0,326$ ball, 2 yildan keyin – $95,6 \pm 0,248$ va 3 yildan keyin – $95,82 \pm 0,182$ ball. Chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashdan keyin 1, 3, 6, 12, 18, 24 oylik tadqiqotlardan so'ng Xarris ko'rsatkichlarini qiyosiy baholashda Kraskelu-Uollis bo'yicha o'tkazilgan statistik tahlil bemorlarning funktsional faolligini baholashda tadqiqot davrida ijobiy natijalarning o'sish dinamikasidan darak beradigan erkaklarda ($H = 110,1$; $P < 0,00001$) va ayollarda ($H = 94,83$; $P < 0,0001$) olingan natijalarning statistik ahamiyatini ko'rsatdi.

Bizning tajribamiz shuni ko'rsatadiki, muvaffaqiyatli o'tkazilgan chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash operatsiyasidan keyin, endoprotezning uzoq muddat barqaror ishlashi uchun endoprotez holatini doimiy ravishda monitoring qilish bilan mushaklarni kuchaytirishga, De Lee, Charnley va Gruen testlaridan foydalanish asosida uning bo'g'im to'qimalari bilan o'zaro ta'siriga qaratilgan reabilitatsiya bemorlarda bosqichma-bosqich amalga oshirilishi kerak. 2 nafar bemorda endoprotez kosachasining biriktirish sohasida, 6 nafar bemorda esa endoprotez oyoqchasi yaqinidagi diafiz po'stlog'i sohasida suyak to'qimalaridagi o'zgarishlar aniqlandi. Osteotrop terapiyani o'z vaqtida tayinlanishi chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash barqarorligini ta'minladi. Son suyagining yuqori tug'ma chiqishi va asoratlangan 3-4 darajali displastik koksartrozni ishlab chiqilgan va taklif qilingan jarrohlik yo'li bilan davolash usuli 96,5% holatlarda ijobiy natijaga erishish imkonini berdi.

Chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashning uzoq muddatli natijalari jarrohlik davolashdan 2 va 3 yil o'tgach, 148 nafar bemorni tekshiruvda baholanildi.

Klinik ko'rsatkichlar bo'yicha bemorlarda og'riq sindromining ahamiyatli darajada pasayganligi, oyoqlar qisqarishi bartaraf qilingaligi, harakatlar hajmning ko'payganligi va yurishning yaxshilanganligi qayd qilindi. Shu bilan birga, 90,0% bemor chanoq-son bo'g'imida og'riqning yo'qligini ma'lum qildi, harakatlar amplitudasi me'yoriy qiymatlarning 80-90% iga yetdgan, son bo'g'imining funksiyasi va oyoqlarning tayanch qobiliyati tiklangan.

Jarrohlik davolash amaliyotidan keyin 11 nafar bemorda (6,5%) yurish paytida operatsiya qilingan bo'g'imda o'rtacha og'riq kuzatilgan, bo'g'im funksiyasi cheklangan (harakatlar amplitudasi 50-70% ga tiklangan), bemorlar uch oydan olti oygacha yurish paytida qo'shimcha tayanch yordamidan foydalangan.

Qoniqarsiz natijalar 6 nafar bemorda (3,5%) olingan bo'lib, bu bemorlarning 2 nafarida kichik boldir asabining parezi yuzaga keldi va u konservativ davolashdan keyin bartaraf qilindi. 2 nafar bemorda operatsiya yarasidan teshik ochildi, revision aralashuv, nekroektomiya va ijobiy natija bilan drenajlash o'tkazildi. Yana 2 nafar bemorda endoprotez kosachasi atrofida rivojlanayotgan o'zgarishlar fonida 3 yildan keyin uning migratsiyasi kuzatildi va revision aralashuvdan so'ng almashtirildi.

O'kazilgan tadqiqot natijasida biz endoprotezlashning mavjud "shablonlar" idan uzoqlashdik. Son suyagining yuqori tug'ma chiqishi va displastik koksartroz bilan og'rigan bemorlar uchun ishlab chiqilgan qurilma asosida chanoq son bogimini total endoprotezlashni amalga oshirishda individual yondashuv taktikasi ishlab chiqilgan. Asosiy tashxis va bemor chanoq-son bo'g'imining rentgen anatomiyasining individual xususiyatlaridan kelib chiqqan holda, son suyagi boshchasini quymich kosachasining anatomik sohasi darajasigacha tushirish uchun biz tomondan ishlab chiqilgan konstruksiya xususiyatlari va undan foydalanish usulini hisobga olib holda jarrohlik davolash amaliyotini amalga oshirish ko'rsatmalari aniqlandi. Total endoprotezlashni o'tkazish usuli ishlab chiqildi. Endoprotez kosachasi va oyoqchasi atrofidagi suyak to'qimalarining holatini baholash bilan bemorlarni doimiy ravishda monitoring qilish asosida, displastik koksartrozning har xil turlari bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalariga ko'ra, 96,5% holatda ijobiy natijalar olindi.

XULOSALAR:

1. Adabiyotlarni tahlil qilib, displastik koksartrozning xavfli omillari orasida quymich kosachasining shakli va chuqurligi, son suyagining bo'yin-diafizar burchagi va proksimal bo'limining o'zgarishi bilan bog'liq chanoq-son bo'g'imining tug'ma rivojlanmaganligi kuzatiladigan murakkab degenerativ-destruktiv kasallik degan xulosaga keldik. Klinik jihatdan asoslangan davolash usuli chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash hisoblanadi, ammo har xil turdagi endoprotezlarning yaratilishiga qaramasdan, revizion operatsiyalarining yuqori chastotasi bemorlarni kompleks tekshiruvini, operatsiyadan oldin adekvat rejalashtirishni va nostandart jarrohlik yondashuvini, bemorning individual xususiyatlariga muvofiq rehabilitatsiya tadbirlarini o'tkazishni talab qiladi.

2. Bemorlarni operatsiyadan oldin tekshiruvini jarrohlik davolash rejasini ishlab chiqishda chanoq-son bo'g'imining rentgen-anatomik ko'rsatkichlarini, Singx bo'yicha osteoporoz belgilarini baholashni, bemorning umumiy salomatlik ko'rsatkichlari, yoshi, rentgen-anatomik xususiyatlari va chanoq-son bo'g'imining funktsional faolligi, mushaklarning kontraktura o'zgarishi darajasini hisobga olgan holda keng qamrovli bo'lishi maqsadga muvofiqdir.

3. Oyoq uzunligini 4 sm. dan ortiq qisqarishini tiklashda ikki bosqichli chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlash eng samarali usuldir. Birinchi bosqichni amalga oshirish uchun son suyagi boshchasini quymich kosachasining anatomik sohasigacha tushirish uchun qurilma ishlab chiqilgan bo'lib, undan mushaklarning ifodalangan kontraktura o'zgarishi sharoitida foydalanish endoprotezlashning keyingi bosqichi uchun samarali hisoblanadi. Distruksiyadan keyin ishlab chiqilgan qurilma qo'llanilganda operatsiyadan keyingi nevrologik asoratlar aniqlanmagan.

4. Bir tomonlama yuqori SSBTCh, asoratlangan IV darajali displastik koksartroz va III darajali displastik koksartroz holatlarida chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashni yetarli darajada barqarorlashi va optimal bo'g'in ichi zo'riqishiga erishishi uchun chanoq-son bo'g'imini total endoprotezlashdan so'ng son suyagi boshchasini quymich kosachasining anatomik sohasigacha tushirish

bosqichma-bosqich amalga oshirilishi shart, bunga bizning yangi ishlab chiqilgan ikki bosqichli jarrohlik davolash metodikamiz bilan erishildi.

5. Bir tomonlama yuqori SSBTCh, asoratlangan IV darajali displastik koksartroz va bir tomonlama III darajali displastik koksartrozningni jarrohlik yo‘li bilan davolashning ishlab chiqilgan va taklif qilingan usuli 96,5% holatlarda ijobiy natijalarga erishishga imkon berdi.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

МАМАТКУЛОВ ОЙБЕК ХАЛИКОВИЧ

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА**

14.00.22 – Травматология и ортопедия

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
ПО МЕДИЦИНСКИМ НАУКАМ**

ТАШКЕНТ – 2024

Тема диссертации доктора философии (PhD) по медицинским наукам зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инновации Республики Узбекистан за В2022.2. PhD/Tib1957.

Диссертация выполнена в Самаркандском государственном медицинском университете.

Автореферат диссертации на трёх языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещён на веб-странице Научного совета (www.uzniito.uz), Информационно-образовательном портале «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) и Национального информационного агентства (www.uza.uz).

Научный руководитель:
Эргашевич

профессор

Ирисметов Муроджон

доктор медицинских наук,

Официальные оппоненты:

профессор

Павлов Виталий Викторович

доктор медицинских наук,

(Российская Федерация)

Таджиалиевич

Шорустамов Мухаммаджон

доктор медицинских наук

Ведущая организация:
медицинский

Бухарский государственный

институт имени Абу Али ибн

Сина

Защита состоится « _____ » _____ 2024 г. в _____ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.05.2024.Tib.62 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (Адрес: 100147, г. Ташкент, ул. Махтумкули, 80. Тел.: (+99871) 233-10-30; niito-tashkent@yandex.ru, Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре травматологии и ортопедии).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии (зарегистрирован за № _____). Адрес: 100147, г. Ташкент, ул. Махтумкули, 80. Тел.: (+99871) 233-10-30.

Автореферат разослан « _____ » _____ 2024 года

(реестр протокола рассылки № _____ от « _____ » _____ 2024 года)

А.М. Джураев

Заместитель председателя Научного совета по присуждению учёных степеней, доктор медицинских наук, профессор

У.М.Рустамова

Учёный секретарь Научного совета по присуждению учёных степеней,

доктор медицинских наук (DSc), старший научный сотрудник

А.П.Алимов

Председатель Научного семинара при Научном

совете по присуждению учёных степеней,

доктор медицинских наук

(DSc)

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской диссертации (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Одним из главных пусковых механизмов коксартроза является дисплазия тазобедренного сустава. В проведенном 10-летнем исследовании (The CHECK cohort) доказано, что дисплазия тазобедренного сустава это «...фактор риска клинически значимого и рентгенологического остеоартроза тазобедренного сустава»⁴, запуская хронический прогрессирующий дегенеративно-деструктивный процесс. Диспластический коксартроз отмечали у лиц в возрасте 60–65 лет и старше, то в настоящее время «..выявляется дисплазия в 21–29% у молодых людей...», при этом диспластический коксартроз «...составляет 40–87% от общей патологии тазобедренных суставов»⁵. Высокая частота заболеваемости диспластического коксартроза, особенно среди лиц молодого трудоспособного возраста, высокий процент инвалидности, позволяет отнести проблему лечения этой патологии к одной из наиболее актуальных в ортопедии и травматологии. Среди методов хирургического лечения диспластического коксартроза доказано преимущество тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Однако, если тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава относительно стандартизовано при первичном коксартрозе, то при

⁴ Vinge R, Riedstra N, Tiderius CJ, Bierma-Zeinstra S, Agricola R, Runhaar J. Hip dysplasia as risk factor for clinically relevant and radiographic hip osteoarthritis: 10-year results from the CHECK cohort. *Rheumatology (Oxford)*. 2023; kead650.

⁵ Тихилов Р.М., Шубняков И.И., Плиев Д.Г., Богопольский О.Е., Гуацаев М.С. Возможности рентгенографии в ранней диагностике патологии тазобедренного сустава. *Травматология и ортопедия России*. 2017;23(1): 117-131.

диспластическом варианты разнообразные, что требует от хирурга поиска новых решений техники оперативного лечения и расширения арсенала разработки и использования конструкций.

В мировом сообществе для предотвращения ревизии, связанной с лизисом, инфекцией, переломом и вывихом эндопротеза, наиболее частых случаев при диспластическом коксартрозе, усилия специалистов, направлены на усовершенствование техники и разработку устройств, повышающих эффективность хирургического лечения. В мире продолжают исследования по использованию различных методов эндопротезирования, с учетом особенностей нарушений в диспластическом суставе, укорочения конечности, общего состояния пациента, так и целого ряда субъективных факторов – выбора лечебной тактики, наличия технических средств установки эндопротеза и их обоснованности использования в различных ситуациях, цементное или безцементное фиксирование эндопротеза и др. Шведский реестр предоставил данные своих исследований, согласно которым к 2000 году, в странах Скандинавии в основном устанавливали протезы на цементной фиксации. Протезы, фиксация которых основана на специальном покрытии, для безцементной фиксации, уступала в количестве в более чем 5 раз (от 9 до 11 тысяч цементных протезов к 1,5-2 тысячам протезов бесцементной фиксации). Устойчивое мнение о том, что протезы цементной фиксации имеют положительные отдаленные результаты, что подтверждалось множественными исследованиями, в которых говорилось о более чем 95% выживаемости после 10 лет, что дало такое преимущество этим протезам. Исследования же отдаленных результатов выживаемости, более 10 лет, протезов бесцементной фиксации показало около 87% положительных результатов. Специалистами в развитых странах дискуссионным вопросом является выбор и обоснование техники остеотомии.

Для улучшения качества медицинской помощи населению при заболеваниях опорно-двигательного аппарата в республике постоянно модернизируются и улучшаются оказываемые мед услуги с проведением

комплексных целевых мероприятий. К ним относятся такие важные поставленные задачи, как «... формирование здорового образа жизни и повышение уровня физической активности населения ...»⁶. Реализация данных задач, в том числе улучшение результатов лечения диспластического коксартроза является одним из актуальных направлений в травматологии и ортопедии.

Данное диссертационное исследование направлено на выполнение задач, определенных Указами Президента Республики Узбекистан №ПП-238 «О совершенствовании системы оказания населению скорой медицинской помощи» от 16 июня 2022 года, ПП-№215 «О дополнительных мерах по приближению к населению первичной медико-санитарной помощи и повышению эффективности медицинских услуг» от 25 апреля 2022 года; ПП №-6 «О дополнительных мерах по улучшению качества оказания медицинских услуг населению и дальнейшему повышению кадрового потенциала в сфере здравоохранения» от 12 апреля 2021 года и другими нормативно-правовыми документами принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики. Данное диссертационное исследование выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. В структуре патологии опорно-двигательного аппарата коксартроз уступает гонартрозу по частоте встречаемости, но является ведущим по срокам нетрудоспособности. Одной из лидирующих этиологических причин развития диспластического коксартроза является врожденное недоразвитие структур тазобедренного сустава (Лебедев В.Ф., 2013, Melugin НР., 2022, Zhang S., 2020, Riedstra N.S., 2023, Vinge R, 2023). По данным источников литературы, частота вывиха бедра при рождении составляет 1 случай на 1000, а частота подвывиха бедра

⁶ Указ Президента Республики Узбекистан «Стратегия действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан № УП – 4947 от 7 февраля 2017 года.

или дисплазии тазобедренного сустава – 10 случаев на 1000 новорожденных (Guille JT, 2000). В настоящее время диспластический коксартроз в структуре дегенеративных заболеваний тазобедренного сустава прочно занимает второе место, остается одним из наиболее тяжёлых заболеваний. Данное заболевание распространено среди 7–25% взрослого населения в Европе. В своих работах ортопеды из стран СНГ, также подтверждали эффективность хирургического вмешательства лечения поздних стадий коксартрозов различного генеза, что говорит о увеличении в будущем числа эндопротезирования тазобедренных суставов. (Тихилов Р. М., 2014). На основе данных за 2000–2014 годы прогнозируется, что к 2030 году число тотального эндопротезирования тазобедренного сустава вырастет на 71% (Sloan M. 2018), что повлечет и рост ревизионных вмешательств. Однако имеются и данные, что при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава у больных с диспластическим коксартрозом частота ревизионных операций может достигать до 57 % (Imbuldeniya A.M., 2014). Основной причиной ревизионных вмешательств является асептическая нестабильность бедренного компонента (10–15% от всех осложнений), проявляющаяся в первые 5 лет после операции, вывихи эндопротеза (от 5 до 12,5 %) (Тихилов Р.М., 2014, Лоскутов А.Е., 2021). Выявление возможных путей повышения эффективности первичного эндопротезирования тазобедренного сустава, оптимального восстановления функции сустава, трудоспособности пациентов, снижения частоты ревизионных вмешательств, является весьма актуальной задачей, требующей незамедлительного решения.

В нашей Республике тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава продолжает оставаться важным и актуальным направлением в лечении больных с дегенеративно-деструктивными заболеваниями, в том числе и с диспластическим коксартрозом. Достигнуты определенные успехи. При оценке результатов лечения пациентов через 5,1 лет по шкале Harris получены в 76,2% отличные и хорошие результаты (Тугизов Б.Э, 2013). При освидетельствовании в Медико-социальной экспертизе 499 особ (возраст от 20

до 60 лет) после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (жители г.Ташкента и Ташкентской области), среди которых 44,8% составили пациенты с диспластическим коксартрозом, показатель частичной реабилитации у больных достаточно высокий и составил 56,4% (Асилова С.У., 2015). В большинстве случаев, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава имеет благоприятный функциональный исход, однако необходимо дальнейшее усовершенствование проводимого лечения (Азизов М.Ж., 2010). Повышения эффективности возможно достичь на основе точного индивидуального комплексного предоперационного обследования пациентов и планирования тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, т.е. выбора вида и размеров компонентов эндопротеза, соответствующих восстановлению функции сустава, разработки новых оперативных технологий и фиксирующих устройств (Ирисметов М.Э., 2022). Таким образом, проблема лечения диспластического коксартроза в настоящее время является актуальной для Республики Узбекистан, в связи с этим, целью решения насущных вопросов данное исследование направлено на повышение эффективности комплексного лечения пациентов с диспластическим коксартрозом.

Наличие врожденных дефектов и деформаций вертлужной впадины создает ряд сложностей при установке компонентов эндопротеза, так как для соблюдения стандартных требований эндопротезирования и создания контакта с костным ложем на достаточном протяжении требуется создание определенных условий и в случаях недостаточности его, требуют от хирурга большого мастерства, для обеспечения нормального распределения давления по всему сформированному ложе (Bargar, 1989). (Корж А. А. с соавт., 1990; Linde, Jensen, 1988). В случае же неудачи в виде расшатываний, нестабильности компонентов эндопротеза, перирастяжении нервов и сосудов, несостоятельности мышц, реабилитация резко увеличивается или же вовсе придется повторно оперировать данных больных (Linde, Jensen, 1988; Iida et al., 1993). Поэтому предложены разные способы его имплантации (Неверов

В.А., 2006, Лоскутов А.Е., 2003, Карлов А.В., 2006), но они далеко не всегда гарантируют нужный результат.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ научно-исследовательского учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено в рамках плана научно-исследовательских работ Самаркандского государственного медицинского университета за 2012–2022 г.г.

Целью исследования является улучшение результатов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава путём совершенствования методов хирургического лечения больных с односторонним высоким врождённым вывихом головки бедренной кости и односторонним диспластическим коксартрозом четвертой степени.

Задачи исследования:

провести клинико-рентгенологический анализ основных вариантов анатомических взаимоотношений элементов тазобедренного сустава у пациентов с диспластическим коксартрозом третьей-четвертой степени и высоким врожденным вывихе бедра;

разработать устройство для низведения головки бедренной кости при одностороннем высоком врожденном вывихе головки бедренной кости и односторонним диспластическим коксартрозом четвертой степени;

разработать комплексный способ хирургического лечения одностороннего высокого врожденного вывиха головки бедренной кости и одностороннего диспластического коксартроза четвертой степени;

на основе анализа данных клинических, рентгенологических, МРТ и МСКТ исследований пациентов с высоким врожденным вывихом головки бедренной кости и диспластическим коксартрозом четвертой степени оценить эффективности результатов лечения, проведенного на основании предложенного способа.

Объектом исследования явились клинические материалы 206 больных с диагнозом односторонний диспластический коксартроз третьей-четвертой

степени и односторонним высоким врожденным вывихом бедра, которые лечились тотальным эндопротезированием тазобедренного сустава в клинике Самаркандского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии в период с 2012 по 2023 годы.

Предметом исследования явились результаты клинических исследований, рентгенологических данных с использованием МРТ, МСКТ, дополнительных рентгенологических методов оценки структурных изменений вертлужной и бедренной областей тазобедренного сустава с комплексной статистической оценкой значимости данных.

Методы исследования. В процессе выполнения работы использованы клинические, рентгенологические и денситометрические методы, МСКТ и МРТ исследования, использован индекс Singh для оценки плотности костных тканей и костных структур вокруг чашки эндопротеза индекс De Lee и Charnley, вокруг ножки эндопротеза по Gruen. Также проведены лабораторные исследования для оценки состояния пациента и дифференциальной диагностики, использована шкала Харриса для оценки функционального состояния пациентов.

Научная новизна заключается в следующем:

доказано, что при одностороннем вывихе бедра и одностороннем диспластическом коксартрозе четвёртой степени дозированная тракция на предлагаемом устройстве способствует анатомическому опусканию головки бедренной кости вплоть до вертлужной впадины;

доказана эффективность разгрузки на предлагаемом устройстве, при применении которого предотвращается тракционное повреждение седалищного нерва и сосудов при одностороннем высоком врождённом вывихе бедра и одностороннем диспластическом коксартрозе четвёртой степени;

доказана эффективность разработанного двухэтапного способа лечения больных с односторонним высоким врождённым вывихом бедра и

односторонним диспластическим коксартрозом четвёртой степени, при этом на первом этапе лечения проводят низведение бедренной кости до анатомического уровня вертлужной впадины с формированием мягкотканного регенерата и вторым этапом выполняется тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава;

доказано, что при одностороннем врождённом вывихе бедра и одностороннем диспластическом коксартрозе четвёртой степени предлагаемый способ хирургического лечения способствует восстановить функцию тазобедренного сустава, обеспечить долговечность компонентов эндопротеза, сокращать время операции, повышать качество лечения пациентов по шкале Харриса, избегать первичной ревизии тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, а также приводит ранней послеоперационной реабилитации.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказано, что разработанная тактика лечения пациентов на основе анализа клинических и рентгенологических методов, включая МРТ и МСКТ, при одностороннем высоком врожденном вывихе головки бедренной кости и при одностороннем диспластическим коксартрозом четвертой степени, даёт возможность улучшить функциональные и анатомические результаты и сократить сроки лечения до 7-10 дней пребывания в стационаре;

доказано, что предложенный метод хирургического лечения диспластического коксартроза позволяет уменьшить время оперативного вмешательства, начать раннюю реабилитацию и восстановить функцию тазобедренного сустава;

доказано, что разработанное нами устройство для низведения бедра при односторонним высоким врождённом вывихе, исключает тракционное повреждение седалищного нерва и сосудов с последующим восстановлением функции тазобедренного сустава;

доказано, что применение разработанного нами устройства и способа хирургического лечения диспластического коксартроза позволяет повысить

устойчивость компонентов эндопротеза повысить на 3,5% и способствует восстановлению функции тазобедренного сустава.

Достоверность результатов исследования обоснована результатами объективных клинических и рентгенологических методов исследований, необходимым количеством больных, а также протоколами статистической обработки результатов обследования пациентов.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов исследования определяется тем, что на основе дифференцированного подхода к обследованию пациентов разработаны способы хирургического лечения диспластического коксартроза III степени и при одностороннем высоком врожденном вывихе бедра с диспластическим коксартрозом IV степени, что позволило уменьшить время оперативного вмешательства, снизить кровопотерю, начать раннюю послеоперационную реабилитацию, сократить время пребывания пациента в стационаре, снизить количество послеоперационных осложнений и избежать ревизии после первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Практическая значимость работы заключается в том, что, разработанные методы двухэтапного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава для пациентов с диспластическим коксартрозом III–IV степени на основе созданного устройства, позволили улучшить анатомические и функциональные результаты, значительно повысить эффективность лечения и достичь положительных результатов в 96,5% случаев, что вносит существенный вклад в современные достижения по хирургическому лечению диспластического коксартроза с применением первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

II. Введение результатов исследования: По вопросам внедрения научных разработок в другие учреждения здравоохранения в соответствии с заключением Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 25 сентября 2024 года №06/06:

первая научная новизна: доказано, что введение дозирующей фракции в изобретенном устройстве у пациентов с односторонним врожденным вывихом бедра и односторонним диспластическим коксартрозом IV степени позволяет опустить головку бедра до анатомической плоскости чаши для отливки. Результаты диссертационного исследования были внедрены в практическую деятельность в области здравоохранения, в частности, метод был применен в Многопрофильном медицинском центре Бухарской области (10 мая 2023 г., № 146) и Центре реабилитации инвалидов Самаркандской области (1 июля 2023 г., № 29 а). Социальная эффективность заключается в следующем: выявление особенностей анатомо-функциональных повреждений диспластического тазобедренного сустава индивидуального характера и остеопороза на предоперационном этапе позволяет адекватно планировать проведение Тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, предотвращает переломы во время установки эндопротеза, послеоперационные осложнения и ревизионное вмешательство, а также снижает риск развития остеопороза с 35% до 3,5%. позволяет уменьшить до. Экономическая эффективность научной новинки заключается в следующем: высокая частота дисплазии тазобедренного сустава и диспластического коксартроза при высоком врожденном вывихе тазобедренного сустава требует тщательного планирования предоперационного периода, так как выполнение эндопротезирования технически сложно в тех случаях, когда наблюдаются сложные травмы и потеря функции тазобедренного сустава. Всестороннее детальное обследование больных позволяет индивидуально подойти к разработке эффективной тактики хирургического лечения, оценить структурное и функциональное отставание тазобедренного сустава от нормы, уменьшить предоперационные и послеоперационные осложнения, увеличить продолжительность эндопротеза и качество жизни больных, сократить за счет этого лечение больных в условиях стационара, сократить государственные бюджетные ассигнования на 967 000 сумов экономии делает. Вывод: подходы, основанные на комплексном предоперационном обследовании

тазобедренного сустава пациентов с учетом полной травмы тазобедренного сустава и тазобедренного сустава, считаются важными для предоперационного планирования и предотвращения ошибок при выполнении тотального эндопротезирования тазобедренного сустава и позволяют сэкономить государственные бюджетные средства на сумму 967 000 сумов.

Вторая научная новизна: с помощью изобретенного устройства доказана эффективность одностороннего вывиха бедра и опускания бедра у пациентов с односторонним диспластическим коксартрозом 4 степени, а также предотвращение тракционных повреждений седалищного нерва и кровеносных сосудов. Результаты диссертационного исследования были представлены в многопрофильном медицинском центре Бухарской области (№146 от 10 мая 2023 года) и Центре реабилитации инвалидов Самаркандской области (№29 от 1 июля 2023 года). Социальная эффективность заключается в следующем: высокий уровень инвалидности у пациентов с диспластическим коксартрозом, обусловленный годами неэффективности консервативного лечения этих больных, требует разработки новых подходов к хирургическому лечению. Молодые люди не могут полноценно работать, качество жизни ухудшается. Применение тотального эндопротезирования тазобедренного сустава на основе разработанных нами методик позволяет снизить риск осложнений, что позволяет полностью восстановить работоспособность, снизить с 35% до 3,5% инвалидности. Экономическая эффективность научной новинки заключается в следующем: в результате применения устройства, предназначенного для опускания бедренной кости до области анатомического отлива, достигается равномерность длины ног, сокращается время хирургического вмешательства и уменьшается доля неудовлетворительных результатов, что, в свою очередь, обеспечивает экономию государственных бюджетных средств на 967 000 сомов. Вывод: диспластический коксартроз – одна из самых тяжелых патологий тазобедренного сустава, связанная со всем комплексом диспластических повреждений и трудностями хирургической процедуры. Благодаря этому существующие хирургические методы лечения

постоянно совершенствуются. Разработанное нами устройство основано на дозированном вытяжении, которое с целью обеспечения эффективности хирургического лечения может применяться при одностороннем высоком врожденном вывихе верхнечелюстной кости и при одностороннем диспластическом коксартрозе III–IV степени, что, в свою очередь, обеспечивает экономию средств государственного бюджета на 967 000 сомов.

Третья научная новизна: при двухэтапном комплексном лечении пациентов с односторонним врожденным вывихом бедра и односторонним диспластическим коксартрозом 4 степени доказан эффект опущения головки бедра до анатомической плоскости гипсовой чаши путем формирования мягкотканного регенерата и на первом этапе и тотального эндопротезирования тазобедренного сустава на втором этапе. Метод внедрен в Многопрофильном медицинском центре Бухарской области (10 мая 2023 г., № 146) и реабилитационном центре для инвалидов Самаркандской области (1 июля 2023 г., № 29 а). Социальная эффективность научной новинки заключается в следующем: применение разработанного хирургического метода опускания головки тазобедренного сустава при лечении больных с высоким врожденным вывихом тазобедренного сустава позволяет избежать послеоперационных осложнений с централизацией и созданием условий для введения головки в эндопротезную чашечку, повышает их социальную адаптацию. Хирургическая тактика, выполняемая с использованием разработанного устройства, обеспечивает стабильность эндопротеза и снижает риск серьезных осложнений, таких как вывих эндопротеза, и позволяет повысить хорошие результаты первичного эндопротеза до 96.5%. Экономическая эффективность научной новинки заключается в следующем: устройство, созданное для опускания головки бедренной кости в проксимальный отдел, создает основу для безопасной хирургической процедуры, значительно снижает риск осложнений и продолжительность пребывания пациента в больнице, обеспечивает экономию бюджетных расходов на 967 000 сумов. Вывод: устройство, предназначенное для опускания головки бедренной кости вниз

при высоком врожденном вывихе бедренной кости, является тяжелым осложнением диспластического коксартроза, то есть позволяет избежать инвалидности, а также является рекомендуемой альтернативой при остеомиелитической бедренной кости, которая очень сложна и связана с несколькими осложнениями, за счет чего государство экономит бюджетные средства в сумме 967 000 сумов.

Четвертая научная новизна: восстановление функции тазобедренного сустава при использовании хирургического лечения, разработанного у пациентов с односторонним врожденным вывихом тазобедренного сустава и односторонним диспластическим коксартрозом 4 степени, обеспечение прочности компонентов эндопротеза, сокращение времени хирургического вмешательства, улучшение качества лечения пациентов на основе результатов оценки по шкале Харриса, доказано, что первичная тотальная ревизия тазобедренного сустава предотвращает эндопротезирование и позволяет на ранней стадии начать послеоперационную реабилитацию. Метод внедрен в Многопрофильном медицинском центре Бухарской области (10 мая 2023 г., № 146) и реабилитационном центре для инвалидов Самаркандской области (1 июля 2023 г., № 29 а). Социальная эффективность заключается в следующем: высокая частота хирургических осложнений после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с диспластическим коксартрозом IV степени (от 22 до 33%), включая ревизионное эндопротезирование (33%), может быть предотвращена с помощью двухэтапного комплексного хирургического лечения. Это позволяет расширить функциональные возможности пациентов за счет ранней мобилизации, уменьшения болевого синдрома, возможности самообслуживания, повышения двигательной активности и работоспособности, сокращает время пребывания пациентов в стационаре, снижает риск внутриоперационных повреждений тканей, позволяет сохранить выносливость компонентов эндопротеза и обеспечивает сокращение времени функционального восстановления тазобедренного сустава. Экономическая

эффективность научных инноваций заключается в: В результате тотального эндопротезирования тазобедренного сустава двухступенчатой формы пациент возвращается к активной трудовой деятельности, из государственного бюджета сэкономлено 967 000 сумов. Вывод: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава двух стадий является эффективным методом лечения больных с тяжелыми формами тазобедренного сустава, врожденным вывихом тазобедренного сустава, ДСП-пластическим коксартрозом 3-4 степени для восстановления анатомической длины ног, предупреждает возникновение послеоперационных осложнений, обеспечивает восстановление работоспособности и возвращение больного к активным родам, а также за счет средств государственного бюджета Экономия составит 967 000 сум. С помощью разработанного метода удалось увеличить долю положительных результатов до 96,5%.

Апробация результатов исследования. Результаты данного исследования были обсуждены на 6 научно-практических конференциях, в том числе на 3 международном и 3 республиканском уровнях.

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 18 научных работ, из них 7 научных статей в журналах, рекомендуемых Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан, из которых 6 в республиканских и 1 в зарубежных журналах. Получено 1 патент на изобретение.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 112 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, указателя сокращений и приложения.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении дано обоснование актуальности и востребованности тотального эндопротезирования (ТЭП) тазобедренного сустава (ТБС) в условиях одностороннего высокого врожденного вывиха бедра (ВВБ) и одностороннего диспластического коксартроза (ДКА) IV степени, определены цель и задачи, охарактеризованы объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Изложена научная новизна, практическая значимость полученных результатов и представлено внедрение в практическое здравоохранение, даны сведения по опубликованным работам и структуре диссертации.

Первая глава диссертации **«Современное состояние эпидемиологии, клинической картины, диагностики и лечения диспластического коксартроза (аналитический обзор литературы)»** посвящена анализу современной литературы по проблеме: высокой распространенности дисплазии ТБС и ДКА, особенностям обследования пациентов, имеющих классификаций коксартроза и дисплазии. Представлены современные данные по тактики хирургического лечения. Описаны преимущества ТЭП ТБС. Проанализированы недостатки имеющихся аппаратов для низведения бедра в условиях одностороннего высокого ВВБ и одностороннего ДКА IV степени. В заключении к главе, на основе проанализированных источников литературы, представлены перспективы дальнейших исследований.

Во второй главе **«Материалы и методы исследования»** представлены, данные клинического расширенного обследования и контроля за состоянием пациентов (шкала Харриса), инструментальные методы (рентгенография с рентгенометрическими исследованиями ТБС, МРТ и МСКТ). Описаны методы контроля за состоянием кости вокруг эндопротеза, выполнена статистическая обработка цифровых показателей.

Научная работа проведена на клинической базе Самаркандского филиала Республиканского научно-практического медицинского центра травматологии и ортопедии в период с 2012 по 2023 г.г. Основным критерием

включения пациентов в исследование явился ДКА, в том числе на фоне ВВБ. Обследовано и прооперировано 206 пациентов. Распределение пациентов по группам проведено с учетом типа дисплазии по классификациям Crowe JF. В исследовании преобладали женщины – 163 (79,1%), мужчины – 43 (20,9%), возрастом от 30 до 71 года и старше: до 30 лет – 28,16%, 31-50 лет 37,38, 51-60 лет – 25,24%, 61-70 лет – 8,73%, 71 и старше – 0,49%. Пациенты разделены на две группы: контрольная группа (184 пациента) после одноэтапного эндопротезирования с ДКА, III степени и основная группа пациентов (82 пациента) с односторонним высоким ВВБ и односторонним ДКА IV степени, которым проводились операции путем наложения устройства для низведения головки бедра и операции по эндопротезированию после низведения.

Пациенты при поступлении жаловались на боль, не купируемую медикаментозными препаратами. При обследовании пациентов с подозрением на ДКА собирали и анализировали данные анамнеза, проводили лабораторные исследования для оценки состояния пациента и дифференциальной диагностики, клинический осмотр в вертикальном, горизонтальном положениях и при ходьбе пациента (по Доэрти М., Доэрти Д.). Использовали тесты Томаса, Patrick/FABER и FADIR, ротационный тест («Leg-Roll-Test»). Проводили рентгенометрию по показателям, характеризующим проксимальный отдел бедренной кости (шеечно-диафизарный угол, антеверсию, степень сферичности головки и угол фронтальной инклинации, линию Шентона) и вертлужной впадины (наклон впадины, угол Виберга, индекс вертлужной впадины, ацетабулярный индекс). Дополнительно у всех пациентов проводили МСКТ и МРТ. Представлены данные по распределению пациентов по проведенному рентгенологическому исследованию в зависимости от укладки. При рентгенологической оценке костной структуры проксимального отдела бедренной кости предоперационно и для назначения остеотропной терапии использовали рентгенологический индекс Сингха. Контроль за результатами эндопротезирования проводили по состоянию костных структур вокруг чашки эндопротеза в трех областях (по De Lee и

Charnley), состояние кортекса диафиза бедренной кости вокруг ножки эндопротеза оценивали в 7 зонах (по Груену). Использовали классификацию Харриса для ТБС (Harris Hip Score). Цифровые показатели обработаны статистически.

В третьей главе **«Результаты клинических и инструментальных методов обследования пациентов с диспластическим коксартрозом»** представлены данные комплексного обследования при подготовке пациента к хирургическому лечению. На основе тщательного анализа данных анамнеза пациента, результатов комплексного клинико-рентгенологического обследования с оценкой показателей функции ТБС, включающей состояние тазового и вертлужного компонентов, качества кости, общего физического состояния, особенностей контрактурных изменений мышечных групп, величины укорочения конечности, физического состояния пациентов, осуществляли выбор рационального подхода к ТЭП ТБС. В ходе исследования у пациентов с одноэтапным эндопротезированием с ДКА, III степени (контрольная группа, 124 пациентов) выявлено наличие относительного укорочения нижней конечности до 4-х см. У пациентов с односторонним высоким ВВБ и односторонним ДКА IV степени (основная группа, 82 пациента) относительное укорочение нижней конечности составляло более 4 см. У 24 (11,6%) пациентов выявили остеопороз, что было учтено при хирургическом лечении. Полученные данные обследования пациентов с анализом нарушений, дали нам возможность построения рациональной индивидуальной хирургической тактики в прогнозе ранней реабилитации пациента и долгосрочности функционирования эндопротеза.

Четвертая глава **«Хирургическое лечение пациентов с врожденным вывихом бедра и диспластическим коксартрозом»** основана на разработке подходов к ТЭП ТБС. Хирургический метод использован как основной для лечения пациентов с диспластическим коксартрозом. Основные методики хирургического лечения представлены для 2-х групп пациентов:

Контрольная группа – одномоментное ЭПТБС при ДКА, III (124 пациента – 60,2%); Основная группа – наложение аппарата для низведения головки бедра и ТЭП ТБС после низведения бедра односторонний высокий ВВБ и односторонний ДКА IV степени (82 пациента – 39,8%). Из 206 пациентов мужчины составили 20,9%, женщины 79,1%, отношение мужчин к женщинам 1:3,8, то есть, частота ДКА у женщин намного выше, чем у мужчин.

Основным показанием к оперативному вмешательству явилась боль, не поддающаяся медикаментозной терапии, и, как следствие, функциональные и физические ограничения, в том числе, нарушение двигательной активности, что сопровождалось снижением качества жизни пациента в физическом и психоэмоциональном плане. Хирургическое лечение зависело от результатов обследования пациентов, на основе которых была выбрана методика лечения: Одноэтапное ТЭП ТБС проведено 124 (60,2%) пациентам с ДКА III степени (контрольная группа), с односторонним высоким ВВБ и односторонним ДКА IV степени (основная группа) – 82 (39,8%) пациентам.

Из выполненных 206 операций переднебоковой использовали у 89 (43,20%) пациентов от общего числа операций при одноэтапном эндопротезировании с ДКА, III степени, а также у 82 (39,81%) – при односторонним высоким ВВБ и односторонним ДКА, IV степени. Прямой боковой доступ применяли у 28 (13,59%) случаях при одноэтапном эндопротезировании с ДКА III степени. Расширенный доступ в 7 (3,40%) случаев применяли при одноэтапном эндопротезировании с ДКА III степени. С технической точки зрения использование прямого доступа было наиболее удобным, так как он давал возможность визуально-технического контроля на этапах операции.

Нами разработан способ двухэтапного ТЭП ТБС и создан аппарат для низведения бедра до уровня анатомической впадины (рисунок 1).

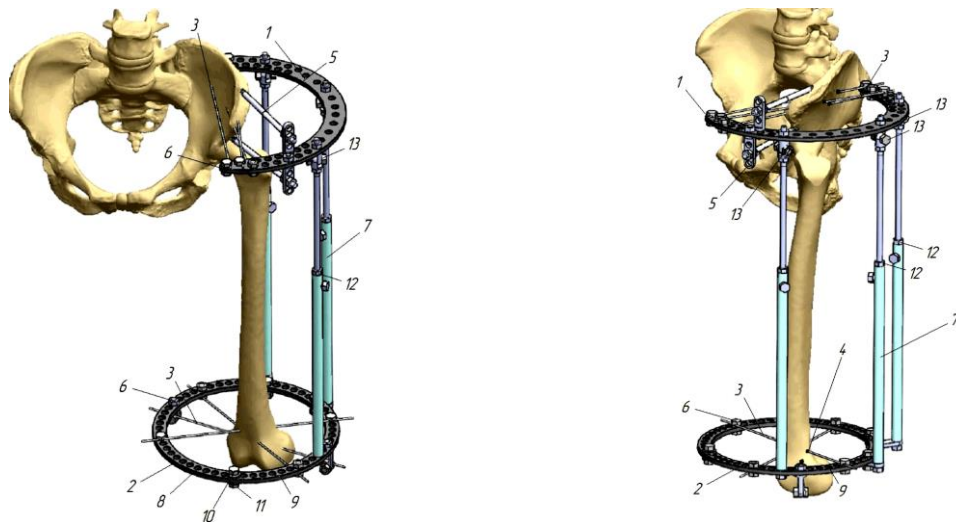


Рисунок 1. Устройство для низведения бедренной кости до уровня вертлужной впадины

Созданное нами устройство отличается от имеющихся аналогов целым рядом технических решений. Устройство содержит тазовую и бедренную опоры, соединенные между собой. Возможно изменение их взаимного положения. На опорах установлены костные фиксаторы. Опоры соединены тремя телескопическими штангами, закрепленными на бедренной опоре. Проксимальные концы телескопических штанг соединены с тазовой опорой посредством одноплоскостных осевых фиксируемых шарниров, на тазовой опоре они закреплены спицами, оснащенные упорными площадками. На бедренной опоре установлены в кости два винта с перекрестом и закреплены тремя спицами, оснащенные упорными площадками. Устройство удобно для крепления, хорошо переносится больными. Определены показания к использованию устройства, исходя из основного диагноза и индивидуальных особенностей рентгенологической анатомии ТБС с учетом характеристики устройства. Особенностью подхода к изведению головки бедренной кости перед эндопротезированием (1 этап хирургического лечения) является монтаж тазовой части дистракционной системы за крылья подвздошных костей. Бедренная часть монтировалась за проксимальный и дистальный отделы бедра. Монтаж всей системы осуществлен с соблюдением принципов и правил Илизарова. После монтажа основной конструкции осуществлялось поэтапное

низведение бедра. Средний срок низведения составил 60 дней. Один шаг низведения зависел от субъективных ощущений пациента.

На втором этапе проводили ТЭП ТБС, разработанный нами. В ходе лечения пациентов с ДКА IV степени пациентам проведено ТЭП ТБС. В зависимости от возраста пациента, показателя Сингха, применены эндопротезы цементного или бесцементного типа фиксации. Подбор типа эндопротеза осуществлялся по двум основным критериям: соответствие эндопротеза возрасту и качеству кости пациента. Указанные критерии во многом определяли тип фиксации компонентов эндопротеза. Исходя из возраста пациента в ходе оперативного вмешательства всегда учитывали возможную вероятность проведения ревизионного эндопротезирования.

В пятой главе представлен **«Анализ результатов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при одностороннем врождённом вывихе бедра и одностороннем диспластическом коксартрозе IV степени»**. У всех прооперированных пациентов проблем с заживанием операционной раны не выявлено. В ближайшем послеоперационном периоде боль по шкале Харриса была оценена 10–20 баллов, что требовало для ее купирования назначения нестероидных противовоспалительных препаратов. В раннем послеоперационном периоде также присутствовала боль (от 20 до 30 баллов), однако выраженность боли, уже не требовала применения нестероидных противовоспалительных препаратов. В этот период пациенты ходили только при помощи костылей. На этапах нахождения в стационаре и после выписки у мужчин и женщин, проходивших клинический осмотр и рентгенологическое обследование, отсутствовали признаки инфицирования раны и перипротезного инфицирования. Через 3 мес. обследованные пациенты сообщали об отсутствии боли, большинство из них не использовали костыли, пользовались тростью. Дополнительные средства передвижения после эндопротезирования использовали 95 больных, легкая хромота отмечалась у 89 больных, что было значительно меньше по сравнению с дооперационным обследованием. При

выполнении рентгенографии для оценки общего состояния ТБС с эндопротезом, дополнительно использовали метод De Lee и Charnley для оценки плотности крепления чашки эндопротеза с костью или при цементном эндопротезировании – с цементом для своевременного назначения остеотропной терапии. Отмечено на все сроки исследования улучшение структуры костной ткани вокруг ацетабулярного компонента эндопротеза и наличие плотного контакта во всех зонах по схеме DeLee и Charnley. На основе анализа зон Gruen контролировали ширину кортекса и возможное формирование зон лизиса для своевременного выявления признаков асептической нестабильности эндопротеза. У 6 (2,9%) пациентов выявлено снижение ширины кортикального слоя бедренной кости вокруг ножки эндопротеза, которым своевременно была назначена медикаментозная терапия. С целью повышения эффективности проведенной хирургии, снижения перипротезного ремоделирования кости мы назначали пациентам длительно остеотропные препараты на основе оценки признаков остеопороза по рентгенограммам ТБС по Сингху и оценке зон Груена. По Сингху признаки остеопороза выявлены у 24 пациентов. Известно, что после тотального эндопротезирования суставов изменяются параметры костного метаболизма, которые носят как системный, так и местный характер, что сопровождается угнетением минерального обмена и перераспределением минеральных солей из различных отделов скелета к поврежденному сегменту. В связи с этим, для восстановления кальций-фосфорного баланса, оптимизации регенерации кости и снижения стрессового ремоделирования костной ткани, после ТЭП ТБС в нашу схему лечения было включено назначение пациентам молодого возраста препаратов кальция и витамина D, а женщинам постменопаузального периода и мужчинам после 60 лет – бисфосфонатов в сочетании с препаратами кальция и витамина D. Назначение препаратов оправдано, так как по данным литературы развитие асептической нестабильности, перипротезных переломов после тотального эндопротезирования крупных суставов было

связано с тем, что в 80% случаев пациенты не получали терапии для лечения остеопороза, а 33% пациентам не назначали препараты кальция и витамина D.

Для оценки боли, функциональной активности и качества жизни пациентов была использована шкала Харриса в течение всего периода послеоперационного наблюдения. Оценку (в баллах) проводили отдельно для мужчин и женщин в сроки 1, 2, 3, 6 мес., а также через 1, 1,5, 2 и 3 года после хирургии. При оценке боли и функции у мужчин с односторонним высоким ВВБ и односторонним ДКА IV степени через месяц после ТЭП ТБС выявлено, что средний показатель Харриса в группе составил $71,52 \pm 0,58$ балла, через 2 мес. – $76,96 \pm 0,61$ балла, через 3 мес. – $82,0 \pm 0,99$ балла, через 6 мес. – $87,07 \pm 0,77$ балла, через год – $93,65 \pm 0,64$ баллов. Через 1,5 года, 2 года и 3 года суммарные показатели Харриса были оценены $91,5 \pm 2,4$; $95,67 \pm 0,33$; $95 \pm 0,57$, соответственно.

После низведения бедра и тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у женщин с односторонним высоким ВВБ и односторонним ДКА IV степени средний показатель Харриса также был высоким и составил: через 1 мес. – $72,24 \pm 0,54$ баллов, через 2 мес. – $76,77 \pm 0,595$ баллов, через 3 мес. $87,86 \pm 2,65$ баллов, через 6 мес. – $93,17 \pm 1,64$, через 1,5 года – $95,37 \pm 0,326$ баллов, через 2 года – $95,6 \pm 0,248$ и через 3 года – $95,82 \pm 0,182$ балла. Статистический анализ, выполненный по Краскелу-Уоллису, при сравнительной оценке показателей Харриса через 1, 3, 6, 12, 18, 24 мес. исследования после ТЭП ТБС, показал статистическую значимость полученных результатов у мужчин ($N = 110,1$; $P < 0,00001$) и у женщин ($N = 94,83$; $P < 0,0001$), что свидетельствует о динамике повышения положительных результатов на сроки исследования в оценке функциональной активности пациентов.

Наш опыт показывает, что после удачно проведенной операции ТЭП ТБС, для долгосрочности функционирования эндопротеза необходима поэтапная реабилитация пациентов, направленная на укрепление мышц с мониторингом состояния эндопротеза, его взаимодействия с тканями

сустава на основе использования тестов De Lee и Charnley, а также Gruen. У 2-х пациентов были выявлены изменения в костной ткани в области крепления чашки эндопротеза, у 6 пациентов в области кортекса диафиза возле ножки эндопротеза. Своевременное назначение остеотропной терапии способствовало стабильности ТЭП ТБС. Разработанная и предложенная методика хирургического лечения одностороннего высокого врождённого вывиха бедра и одностороннего ДКА, 4 степени позволила достичь положительных результатов в 96,5% случаев.

Отдаленные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава были оценены при обследовании 148 пациентов через 2 и 3 года после хирургического лечения. Пациенты по клиническим показателям показали достоверное уменьшение болевого синдрома, устранение укорочения конечности, увеличение объема движений и улучшение походки. При этом 90,0% пациентов сообщили об отсутствии боли в ТБС, амплитуда движений достигла 80–90% от нормативных величин, функция ТБС и опороспособность конечности восстановилась.

У 11 пациентов (6,5%) после хирургического лечения были умеренные боли в оперированном суставе во время ходьбы, функция сустава была ограничена (амплитуда движений восстановилась на 50–70%), больные в течение от трёх до шести месяцев использовали дополнительную опору при ходьбе.

Неудовлетворительные результаты получены у 6-ти пациентов (3,5%), у 2-х из этих пациентов возник парез малоберцового нерва, который после консервативного лечения был устранён. У 2-х пациентов открылся свищ из раны, была проведена ревизия, некрэктомия, дренирование с положительным результатом. Еще у 2-х пациентов на фоне развившейся нестабильности вокруг чашки эндопротеза через 3 года наблюдалась ее миграция и после ревизии была произведена замена.

В результате проведенного исследования мы ушли от существующих «шаблонов» эндопротезирования. Разработана тактика индивидуального

подхода к проведению ТЭП ТБС на основе разработанного устройства для пациентов с высоким врожденным вывихом бедра и ДКА. Определены показания к хирургическому лечению, исходя из основного диагноза и индивидуальных особенностей рентгеноанатомии ТБС пациента, с учетом характеристик разработанной нами конструкции для низведения бедра до уровня анатомической вертлужной впадины и способа ее применения. Разработана методика проведения тотального эндопротезирования. На основе постоянного мониторинга пациентов с учетом оценки состояния костной ткани вокруг чашки и ножки эндопротеза, по результатам лечения пациентов с различными видами диспластического коксартроза положительные результаты получены в 96,5% случаев.

ВЫВОДЫ:

1. Проанализировав литературу, мы пришли к выводу, что ДКА является сложным дегенеративно-деструктивным заболеванием, среди факторов риска, которого присутствуют врожденные недоразвития ТБС, связанные с изменением формы и глубины вертлужной впадины, шеечно-диафизарного угла и проксимального отдела бедренной кости. Клинически обоснованным методом лечения является ТЭП ТБС, однако высокая частота ревизионных операций, несмотря на создание различного типа эндопротезов, требует тщательного обследования пациентов, адекватного предоперационного планирования и нестандартного хирургического подхода, проведения реабилитационных мероприятий в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

2. Предоперационное обследование пациентов должно быть комплексным с учетом рентгеноанатомических показателей ТБС с оценкой признаков остеопороза по Сингху, расширенным клиническим обследованием, включающим общие показатели здоровья пациента, возраст, рентгеноанатомические особенности и функциональную активность

тазобедренного сустава, степень контрактурных изменений мышц, для разработки на предоперационном этапе плана хирургического лечения.

3. При восстановлении длины конечности с укорочением более 4 см эффективным методом является двухэтапное эндопротезирование тазобедренного сустава. Для реализации первого этапа разработано устройство для изведения головки бедренной кости до анатомической области вертлужной впадины, использование которого при выраженных контрактурных изменениях мышц эффективно для последующего этапа эндопротезирования. При использовании разработанного устройства после проведения дистракции не выявлено сосудистых и неврологических послеоперационных осложнений.

4. Для достаточной стабилизации и достижения оптимального внутрисуставного напряжения ТЭП ТБС в случаях одностороннего высокого врождённого вывиха бедра и одностороннего ДКА IV степени необходимо осуществлять поэтапно с предварительным низведением бедра до анатомической области вертлужной впадины с последующим ТЭП ТБС, что было достигнуто при разработке нашей новой методики двухэтапного хирургического лечения.

5. Разработанная и предложенная методика хирургического лечения одностороннего высокого врождённого вывиха бедра и одностороннего ДКА IV степени позволила достичь положительных результатов в 96,5% случаев.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.12.2019.Tib.62.01 ON AWARDING
ACADEMIC DEGREES AT THE REPUBLICAN SPECIALIZED
SCIENTIFIC AND PRACTICAL MEDICAL CENTER OF
TRAUMATOLOGY AND ORTHOPEDICS**

SAMARKAND STATE MEDICAL UNIVERSITY

MAMATKULOV OYBEK KHALIKOVICH

**THE EFFECTIVENESS OF COMPLEX TREATMENT OF
DYSPLASTIC COXARTHROSIS**

14.00.22 – Traumatology and orthopedics

**ABSTRACT OF THE DISSERTATION OF THE DOCTOR OF
PHILOSOPHY (PhD) IN MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2024

The topic of the Dissertation of Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences is registered with the Higher Attestation Commission under the under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan for B2022.2.PhD/Tib1957.

The Dissertation was completed at the Department of Traumatology and Orthopedics of Samarkand State Medical University

The abstract of the dissertation is available in threelanguages (Uzbek, Russian and English (summary)) is posted on the web page of the Scientific Council (www.uzniito.uz), on the Information and EducationalPortal «Ziyonet» (www.ziyonet.uz) and on the portal of the National Information Agency (www.uza.uz).

Scientific supervisor: **Irismetov Murodjon Ergashevich**
Doctor of Medical Sciences,
professor

Official opponents : **Pavlov Vitaliy Viktorovich**
Doctor of Medical Sciences,
professor
(Rossiya Federatsiyasi)

Tadjialievich **Shorustamov Muxammadjon**
Doctor of Medical Sciences

The leading organization: **Bukhara State Medical Institute
named after Abu Ali ibn Sina**

The Dissertation will be defended on “_____” _____ 2024
at_____ at the meeting of the Scientific Council DSc.04 /30.12.2019.Tib.62.01 at
Republican Specialized scientific-practical Medical center of Traumatology and

Orthopedics on awarding PhD degree in Medical Sciences (Address: 100147, Tashkent, 78, Mahtumkuli St. Phone: (0-371) 233-10-30 ; e-mail: niito-tashkent@yandex.ru).

The Dissertation is available in the Information-Resource Center of the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics (Registration number №_____) . Address: 100147 , Tashkent, 78, Mahtumkuli St. Tel.: (+99871) 233-10-30 .

The abstract of the dissertation is sent out on " _____ " _____ 2024.

(registry of the mailing protocol № _____ dated " _____ " _____ 2024).

A.M.Djuraev

Depute of Chairman of the Scientific Council for Awarding
Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences

U.M.Rustamova

Scientific Secretary of the Scientific Council for Awarding
Academic Degrees, Doctor of Medical Sciences

A.P.Alimov

Chairman of the Scientific Seminar at the Scientific
Council for Awarding Academic Degrees,
Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract of PhD dissertation)

The aim of the study is to improve the results of total hip arthroplasty by improving the methods of surgical treatment of patients with unilateral high congenital dislocation of the femoral head and unilateral dysplastic coxarthrosis of the fourth degree.

The object of the study- The clinical materials of 206 patients with a diagnosis of unilateral dysplastic coxarthrosis of the third to fourth degree and unilateral high congenital hip dislocation, who were treated with total hip arthroplasty in the clinic of the Samarkand branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center for Traumatology and Orthopedics in the period from 2012 to 2023, were used.

The scientific novelty of the dissertation is as follows:

it has been proven that in case of unilateral hip dislocation and unilateral dysplastic coxarthrosis of the fourth degree, dosed traction on the proposed device promotes anatomical lowering of the femoral head down to the acetabulum,

the effectiveness of unloading on the proposed device has been proven, traction damage to the sciatic nerve and blood vessels is prevented in case of unilateral hip dislocation and unilateral dysplastic coxarthrosis of the fourth degree,

it has been proven that in the developed two-stage complex method of treating patients with unilateral hip dislocation and unilateral dysplastic coxarthrosis of the fourth degree, the first stage involves lowering the femur to the anatomical level of the acetabulum and the second stage involves total hip arthroplasty,

it has been proven that in case of unilateral congenital hip dislocation and unilateral dysplastic coxarthrosis of the fourth degree, the proposed surgical treatment restores function hip joint and ensures the durability of the endoprosthesis components, reduces the time of surgery, improves the quality of patient treatment according to the Harris scale results, avoids primary revision of total hip arthroplasty and leads to early postoperative rehabilitation.

II. Introduction of research results: On the issues of introduction of scientific developments in other health care institutions in accordance with the conclusion of

the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan from September 25, 2024 №06/06:

first scientific novelty: it was proved that the introduction of dosing fraction in the invented device in patients with unilateral congenital dislocation of the femur and unilateral dysplastic coxarthrosis IV degree allows to lower the femoral head to the anatomical plane of the casting bowl. The results of the dissertation research were implemented in practical activities in the field of health care, in particular, the method was applied in the Multidisciplinary Medical Center of Bukhara region (May 10, 2023, No. 146) and the Center for Rehabilitation of Disabled Persons of Samarkand region (July 1, 2023, No. 29 a). Social efficiency consists in the following: identification of the features of anatomo-functional damage of dysplastic hip joint of individual character and osteoporosis at the preoperative stage allows adequate planning of Total hip arthroplasty, prevents fractures during the installation of the endoprosthesis, postoperative complications and revision intervention, as well as reduces the risk of osteoporosis from 35% to 3.5%. The cost-effectiveness of the scientific novelty is as follows: the high incidence of hip dysplasia and dysplastic coxarthrosis in high congenital dislocation of the hip joint requires careful planning of the preoperative period, as the performance of endoprosthesis is technically difficult in cases where there are complex injuries and loss of hip joint function. Comprehensive detailed examination of patients allows individual approach to the development of effective tactics of surgical treatment, to assess the structural and functional lag of the hip joint from the norm, to reduce preoperative and postoperative complications, to increase the duration of endoprosthesis and quality of life of patients, to reduce due to this the treatment of patients in hospital conditions, to reduce state budgetary allocations by 967 000 soums of savings. Conclusion: approaches based on complex preoperative examination of hip joint of patients taking into account the total hip joint and hip joint trauma are considered important for preoperative planning and prevention of errors in the performance of total hip joint endoprosthesis and allow to save state budgetary funds to the amount of 967 000 soums.

The second scientific novelty: with the help of the invented device the effectiveness of unilateral hip dislocation and hip lowering in patients with unilateral dysplastic coxarthrosis of the 4th degree, as well as the prevention of traction damage to the sciatic nerve and blood vessels has been proved. The results of the dissertation research were presented in the multidisciplinary medical center of Bukhara region (#146 dated May 10, 2023) and the Center for rehabilitation of disabled people of Samarkand region (#29 dated July 1, 2023). The social effectiveness is as follows: the high level of disability in patients with dysplastic coxarthrosis due to years of ineffectiveness of conservative treatment of these patients requires the development of new approaches to surgical treatment. Young people cannot work fully, the quality of life is deteriorating. Application of total hip joint endoprosthesis on the basis of the methods developed by us allows to reduce the risk of complications, which makes it possible to fully restore the ability to work, to reduce from 35% to 3.5% of disability. The economic efficiency of the scientific novelty consists in the following: as a result of application of the device designed for lowering the femur to the area of anatomical cast, the uniformity of leg length is achieved, the time of surgical intervention is shortened and the share of unsatisfactory results is reduced, which, in turn, provides savings of state budget funds by 967,000 soms.

The third scientific novelty: at two-stage complex treatment of patients with unilateral congenital dislocation of the hip and unilateral dysplastic coxarthrosis of the 4th degree the effect of lowering the femoral head to the anatomical plane of the plaster cup by formation of soft tissue regenerate and at the first stage and total hip arthroplasty at the second stage is proved. The method was implemented in the Multidisciplinary Medical Center of Bukhara region (May 10, 2023, No. 146) and rehabilitation center for the disabled of Samarkand region (July 1, 2023, No. 29 a). The social effectiveness of the scientific novelty is as follows: the application of the developed surgical method of lowering the head of the hip joint in the treatment of patients with high congenital dislocation of the hip joint allows to avoid postoperative complications with centralization and creation of conditions for the

introduction of the head into the endoprosthetic cup, increases their social adaptation. The surgical tactics performed with the use of the developed device provides stability of the endoprosthesis and reduces the risk of serious complications, such as dislocation of the endoprosthesis, and allows increasing the good results of primary endoprosthesis up to 96.5%. The economic efficiency of the scientific novelty is as follows: the device designed for lowering the femoral head to the proximal part of the femur creates the basis for a safe surgical procedure, significantly reduces the risk of complications and the duration of the patient's stay in the hospital, provides savings of budget expenditures by 967,000 soums. Conclusion: the device designed for lowering the head of the femur downwards in case of high congenital dislocation of the femur is a severe complication of dysplastic coxarthrosis, i.e. it avoids disability, and is also a recommended alternative in case of osteomyelia of the femur, which is very complicated and associated with several complications, due to which the state will save budgetary funds in the amount of 967,000 soums.

Fourth scientific novelty: restoration of hip joint function using the surgical treatment developed in patients with unilateral congenital dislocation of the hip joint and unilateral dysplastic coxarthrosis of the 4th degree, ensuring the strength of endoprosthesis components, reducing the time of surgical intervention, improving the quality of treatment of patients based on the results of Harris scale assessment, it was proved that primary total revision of the hip joint prevents endoprosthesis and allows for the use of endoprosthesis in patients with unilateral dysplastic coxarthrosis of the 4th degree. The method was implemented in the Multidisciplinary Medical Center of Bukhara region (May 10, 2023, No. 146) and rehabilitation center for the disabled of Samarkand region (July 1, 2023, No. 29 a). The social effectiveness is as follows: the high rate of surgical complications after total hip arthroplasty in patients with IV degree dysplastic coxarthrosis (from 22 to 33%), including revision endoprosthesis (33%), can be prevented by two-stage complex surgical treatment. It allows to expand functional capabilities of patients due to early mobilization, pain syndrome reduction, self-care capability, increased

motor activity and work capacity, reduces the time of patients' stay in hospital, reduces the risk of intraoperative tissue damage, allows to preserve endurance of endoprosthesis components and provides reduction of hip joint functional recovery time. The economic efficiency of scientific innovations consists in: As a result of two-stage total hip arthroplasty the patient returns to active labor activity, 967,000 soums were saved from the state budget.

Conclusion: total hip joint endoprosthesis of two stages is an effective method of treatment of patients with severe forms of hip joint, congenital dislocation of the hip joint, DSP-plastic coxarthrosis of 3-4 degree to restore anatomical length of legs, prevents the occurrence of postoperative complications, ensures the restoration of working capacity and the return of the patient to active labor, and the state budget will save 967 000 soums. With the help of the developed method it was possible to increase the share of positive results up to 96.5%.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation is presented on 112 pages of computer text and consists of an introduction, 5 chapters, a conclusion, findings, practical recommendations, a list of references, an index of abbreviations and an appendix.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; part I)

1. Маматкулов О.Х., Халиков Ф.О. Способ лечения диспластического коксартроза \\ Патент Российской Федерации № IAP 2763654 от 30.12.2021 года

2. Маматкулов О.Х., Тиляков А.Б., Умаров А.А., Холиков А.Б., Халиков Ф.О. Диспластик коксартрозни комплекс даволаш самарадорлиги \\ Биология ва тиббиёт муаммолари, 2021.-№ 5 (130).-С.79-84 (14.00.00 №19)

3. Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э. Комплексное лечение диспластического коксартроза \\ Травматология, ортопедия и реабилитация, 2022.- № 4. -С.56-58

4. Mamatkulov O.Kh. Complex Treatment of Dysplastic Coxarthrosis American Journal of Medicine and Medical Sciences, 2022.-№9.-P.1-4 (14.00.00 №2)

5. Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э., Ганиев А.К. Диспластик коксартрозни даволаш усули \\ Педиатрия, 2023. - № 1. – С.135-138

6. Маматкулов О.Х. Диспластик коксартроз – янги даволаш усули \\ Биомедицина ва амалиёт журналы, 2023.- № 2. – С.365-370 (14.00.00 №24)

7. Маматкулов О.Х. Способ лечения диспластического коксартроза \\ Биология ва тиббиёт муаммолари журналы, 2023.- № 2 (143).-С.86-89 (14.00.00 №19).

8. Маматкулов О.Х. Тяжёлый случай диспластического коксартроза \\ Тиббиётда янги кун, 2023.-№6 (56).- С.429-435.

II бўлим (II часть; part II)

9. Маматкулов О.Х., Халиков Ф.О. Устройство для низведения бедренной кости перед эндопротезированием \\ Патент Российской Федерации №FAP 2760081 от 15.03.2021 года

10. Маматкулов О.Х. Сонларнинг туғма чиқиш касаллигида сон суяги бошчасини қўймич косасига туширишга мўлжалланган алгоритм \\ № DGU 18166 от 22.08.2022 года

11. Маматкулов О.Х. Бир томонлама диспластик коксартроз ва соннинг туғма чиқишида эндопротезлашдан олдин сон суягини пастга туширишга мўлжалланган алгоритм \\ № DGU 23296 от 15.03.2023 года

12. Mamatkulov O.Kh., Tilyakov A.B., Umarov A.A., Xolikov A.B. The effectiveness of Complex Treatment of Dysplastic Coxarthrosis \\ European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2021.-Volume 08.-Issue 02.-P.1-4

13. Уринбаев П.У., Маматкулов О.Х. Аширов М.У. Результаты эндопротезирования при патологии тазобедренного сустава \\ Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы вертебродологии и артрологии».- Андижан, 8 июня 2013 года. – С.189-191

14. Маматкулов О.Х., Махманов Л.С., Авезов О.М., Напасов И.З., Жураев И.Г. Оценка эффективности проведения операции тотального эндопротезирования при диспластическом коксартрозе тазобедренного сустава \\ Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии».- Самарканд, 7 ноября 2014 года. – С.319-322

15. Маматкулов О.Х., Напасов И.З., Авезов О.М., Муродов С.С. Наши результаты эндопротезирования при патологии тазобедренного сустава \\ Материалы IX съезда травматологов-ортопедов Узбекистана «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии».- Ташкент, 20-21 октября 2017 года. – С.319-322

16. Маматкулов О.Х., Тиялков А.Б. Комплексное лечение диспластического коксартроза \ Материалы научно-практической конференции «Актуальные проблемы травматологии и ортопедии».- Ташкент, 2021 \ \ Травматология, ортопедия и реабилитация (специальный выпуск), 2021.- №4. – С. 122-123

17. Маматкулов О.Х. Способ лечения диспластического коксартроза \ \ Материалы международной конференции академических наук.- Россия, 15 мая 2024 года. – С.82-83

18. Маматкулов О.Х. Системный подход к лечению одностороннего диспластического коксартроза тяжелой степени \ \ World online conference «Innovative research in science».- Белоруссия, 15 мая 2024 года. – С.74-76

19. Маматкулов О.Х. Системный подход к лечению одностороннего диспластического коксартроза тяжелой степени \ \ E-global congress «International Congress on Education, Humanities, Natural and Applied Sciences».- Dubai U.A.E., 29 мая 2024 года. – С.12-15

20. Маматкулов О.Х. Системный подход к лечению одностороннего диспластического коксартроза тяжелой степени \ \ Proceedings of International conference on Modern Science and Scientific Studies (E-Conference Series).- Paris, France, 19 октября 2024 года. – С.95-98.

21. Маматкулов О.Х. Способ лечения диспластического коксартроза \ \ International Educators Conference (E-Conference Series) (E-Conference Series).- Rome, Italy, 25 октября 2024 года. – С.5-7

22. Маматкулов О.Х. Комплексное лечение диспластического коксартроза \ \ Сборник материалов II съезда травматологов-ортопедов Центрального Федерального Округа «Современные подходы к оказанию медицинской помощи. Лучшие решения научно-обоснованных практик и технологий».- Смоленск, 7-8 июня 2024 года. – С.41-42

23. Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э. Эффективность комплексного лечения диспластического коксартроза \ \ Методические рекомендации, Самарканд.- 23 с.

24. Маматкулов О.Х., Ирисметов М.Э. Эндопротезлашдан олдин сон суягини пастга тушириш учун курилма \ \ Услубий тавсиянома, Самарканд.- 29 с.