

ЎСМИРЛИК ДАВРИДА КОКСАРТРОЗНИНГ РИВОЖЛАНИШ САБАБЛАРИ, ОЛДИНИ ОЛИШ ВА ДАВОЛАШ ТАМОЙИЛЛАРИ ҲАҚИДА ЗАМОНАВИЙ ТУШУНЧА



Юсупова Интизор Аминбоевна¹, Джураев Ахрорбек Махмудович², Машарипов Полванназир¹

1 - Тошкент давлат тиббиёт университети Урганч филиали, Ўзбекистон Республикаси, Урганч ш.;

2 - Республика ихтисослаштирилган травматология ва ортопедия илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Юсупова Интизор Аминбоевна¹, Джураев Ахрорбек Махмудович², Машарипов Полванназир¹

1 - Ургенчский филиал Ташкентского государственного медицинского университета, Республика Узбекистан, г. Ургенч;

2 - Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Республика Узбекистан, г. Ташкент

MODERN CONCEPT OF THE CAUSES OF DEVELOPMENT, PREVENTION AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF COXARTHROSIS IN ADOLESCENCE

Yusupova Intizor Aminboevna¹, Djuraev Akhrorbek Makhmudovich², Masharipov Polvannazir¹

1 - Urgench Branch of Tashkent State Medical University, Republic of Uzbekistan, Urgench;

2 - Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Traumatology and Orthopedics, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: intizoryusupova1997@mail.ru

Резюме. Тақдим этилган мақола умумий кўриниши эга бўлиб, коксартрозга олиб келувчи тугма ва орттирилган касалликларнинг ҳозирги ҳолатини акс эттиради. Мақолада кўрсатилган касалликларнинг этиологияси ва даволаш тамойиллари бўйича, замонавий қарашларни ҳисобга олган ҳолда гуруҳларга бўлинган. Деярли барча касалликларнинг дастлабки босқичларида профилактика ва ўз вақтида даволаш алоҳида аҳамиятга эга эканлиги таъкидлаб ўтилган. Коксартроз келиб чиқишининг олдини олишда ҳар хил, эрта бажариладиган хирургик операциялар турлари ҳақида ҳам маълумот берилган.

Калит сўзлар: чанок сон бўғими, Legg-Calve-Perthes касаллиги, коксартроз.

Abstract. This review article presents the current concept of congenital and acquired diseases of the musculoskeletal system that ultimately lead to the development of coxarthrosis. The conditions discussed are grouped according to modern perspectives on etiology and treatment principles. The authors emphasize that, for nearly all such diseases, early prevention and timely treatment at initial stages are especially important. This also applies to surgical interventions and their role in preventing the progression of coxarthrosis.

Key words: hip joint, Legg-Calve-Perthes disease, coxarthrosis.

Коксартроз — сурункали характерга эга бўлган чанок-сон бўғимининг дегенератив-дистрофик касаллигидир. Касаллик турли оғирликдаги, кўшилиб келувчи анатомик ва функционал гемостазнинг бузилиши билан тавсифланади [1,2].

Коксартроз касаллигида, айникса, диспластик турида ўзгаришлар нафақат бўғимнинг ўзида кузатилади, балки деярли бўғимнинг барча структураларда ҳам бўлади.

Масалан: куймиш косачаси ва сон бошчасида, боғламларда. Бош-бўйин бурчаги ҳам ўзгаради (бош — бўйин бурчаги одатда 127 даража).

Беморнинг асосий шикоятлари: чанок сон бўғимидаги ҳар хил характерга эга оғриқлар, оксокланиб юриши, оёқнинг калта бўлиши, ҳаракатларнинг чегараланиши. Айрим беморларда оғриқлар куни бўйи давом қилса, баъзи беморларда кечаси кузатилади, баъзи

беморларда ҳаракатдан кейин кузатилиши мумкин. Шунинг билан таъкидлаб ўтиш керакки, касалликнинг бошлангич даврида оғриқлар аста секин бошланиб бемор уларга деярли эътибор бермайди. Ёки оғриқларни бошқа касалика боғлаю юраверади. Кейинчалик тез чарчаш, оёқ калталиги, калталиқ хисобига белда оғриқлар пайдо бўлиши мумкин [2,5,6].

Ушбу касалик оқибатида беморларнинг ҳаёт сифати шубҳасиз ёмонлашади [4,9,11,12]. Аҳоли ўртасида олиб борилаётган профилактик тадбирлар ва тушунтириш ишларига қарамай, ҳар йили ушбу патологияга чалинганлар сони барқарор ўсиб бормоқда. Халқаро статистик маълумотларга кўра, дунё аҳолиси орасида коксартроз билан оғриган беморларнинг сони таянч-ҳаракат системасининг барча касалликларининг 10% дан 12% ташкил қилади [3,4].

Коксартроз аҳоли орасида ногиронликнинг асосий сабабларидан бири ҳисобланади. Коксартроз тарқалиши бўйича, гонартроздан кейин иккинчи ўринда, вақтинчалик ва доимий ногиронлик бўйича биринчи ўринда туради [5,6].

Кўп ҳолларда, ўзларининг амалий фаолиятида ушбу касалликни жарроҳлар, болалар ортопедлари ва педиатрларлар даволашади.

Даволашнинг мақсади ўз вақтида ташхис қўйиш ва бўғимдаги нормал анатомик мутаносибликни максимал даражада сақлаб қолиш ва нормал биомеханикани тиклаш бўлиши зарур, бу касалликнинг кейинги оғир даражага ўтиб кетмасликни олдини олади. Фақат ўз вақтида ташхис қўйиш ва даволаш чораларини кўриш, коксартроз касаллигининг ривожланиб кейинги босқичга ўтишини олдини олиш мумкин [7,8,9].

Коксартрознинг биринчи аломатларидан бири оғриқ ва оқсоқликдир. Кўпинча фақат битта аломат бўлиши мумкин, оёқнинг функционал узунлигининг қисқариши, баъзида эса фақат ҳаракатлар чегараланиши.

Баъзида, касалликдан олдин фақат оғриқ пайдо бўлиши мумкин. Касалликнинг дастлабки босқичларида оғриқ жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлади (юриш, югуриш). Сўнгра оғриқ дам олишда ҳам безовта қила бошлайди, сурункали ҳолга келади ва беморни деярли доимий равишда безовта қилади [9].

Ўсмирлик - 10 ёшдан 19 ёшгача бўлган ёш (эрта ўсмирлик - 10-14 ёш; кеч ўсмирлик - 15-19 ёш).

Ўсмирларда оғриқ қуйидаги касалликларнинг оқибати бўлиши мумкин: шикастланишдан кейин юзага келадиган касалликлар гуруҳи (шикастдан кейинги артрит).

Аутоиммун касалликлар гуруҳи (балогатга етмаган болалар ревматоид артрити, СКВ, полимиозит).

Юқумли касалликлар гуруҳи (септик артрит, реактив артрит, остеомиелит, тбс этиологияли артрит).

Ортопедик касалликларнинг асоратлари сифатида қараладиган артрозлар гуруҳи. Коксартроз кўпинча қуйидаги касалликларнинг оқибати ёки асоратлари ҳисобланади: чанок-сон бўғими дисплазияси, сон бошчаси эпифизеолизи, Легг-Кальве-Пертес касаллиги ёки ўсма касалликлари (ўсмалар, нейробластомалар) билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Посттравматик коксартроз бевосита травма билан боғлиқ.

Кўпинча бу шикастланиш кучи ва зарар етказувчи воситанинг таъсир қилиш вақти билан боғлиқ. Баъзи муаллифлар бириктирувчи тўқималарнинг туғма дисплазияси, тоғай, суяклар, бўғимлар, юмшоқ тўқималарига заифлигига ишора қиладилар. Баъзи олимлар касалик наслий характерга эга эканлигини айтиб келмоқдалар [6,7]. Айрим ҳолларда беморларнинг ҳаёт анамнези суриштирилганда ота -онасининг кариндошлигини аниқлаш мумкин.

Шунингдек, баъзи одамларда бир хил травматик куч турли даражадаги зарарни келтириб чиқариши ҳам мумкин. Баъзи одамларда травма исиз йўқолади, баъзи одамларда эса посттравматик коксартроз шаклида асоратлар ривожланади. Айтайлик битта беморда посттравматик чанок сон чиқиши кузатилади ва у бир неча дақиқалар ичида жойига солинади. Шу беморда вақт ўтиб жарроҳатдан кейинги коксартроз ривожланади. Иккинчи беморда эса айнан шу жароҳат исиз йўқолиб кетади. Баъзи авторлар бу ҳолатни суяк тўқимасида турли хил минерал элементлар етишмаслиги билан боғлайди. Хусусан кальций етишмаслиги билан. Шу сабаб кальций препаратларини қўллаш яъна агарда беморда темир танқислик анемияси кузатилса, анемияни даволашни тавсия қилишган [6].

Шикаст ёки жароҳатдан кейин ҳужайраларда типик реакциялар, яъни асептик жараёнлар бошланади. Бу жараёнда боғламларда минимал ўзгаришлар кузатилади. Кейинчалик деструктив касалликларнинг ривожланишига йўл қўймаслик учун касалликнинг олдини олишга эътибор бериш керак. Масалан, жароҳатлардан кейин дори-дармонларни қўллаш, эрта имобилизациясидан фойдаланиш [10].

Зарур бўлса, жарроҳлик даволаш - ҳар хил турдаги остеотомияларни қўллаш керак. Реконструктив операциялар қилиб соннинг анатомик ўқини тўғирлаши ва бўғимда кузатилиши мумкин бўлган дегенератив дистрофик жараёнларни олдини олиши мумкин.

Бундай ҳолларда консерватив ва жарроҳлик даволашдан сўнг, юзага келиши мумкин бўлган

асоратларни олдини олиш учун юқори сифатли тиббий реабилитация муҳим аҳамиятга эга [11,12].

Аутоиммун ва ўсма касалликларда, Т ва Б лимфоцитларининг аутоиммун реакцияси туфайли касалик, яллиғланиш жараёнлари яққол ифодалангани билан тавсифланади. Бундай реакция таъсирланган тўқималарда, хусусан, бўғимларда ўзига хос сурункали яллиғланишга, бўғим элементлари ва структураларнинг тез ўзгаришига ва лизисига олиб келади. Ушбу жараёнларни бошдан кечиргандан сўнг, бўғимда қайтмас, баъзан деструктив характердаги чуқур ўзгаришлар ривожланади. Беморда кучли оғриқ, ҳаракатлар чегараланиши, субфебрил баъзида, баланд тана ҳарорати кузатилади. Бу ҳолат албатта ҳаёт сифатига таъсир қилмасдан қўймайди. Касалик бирданига яъни ўткир бошланиши мумкин. Бемор ухлаб ётган вақтида ёки эрталаб бўғимларда кучли оғриқ ва ҳаракатлар чегараланишига шикоят қила бошлайди. Кўп ҳолларда бемор ахволини шамолаш ёки жароҳат олиши билан боғлайди. Кўпинча эса касалик наслий характерга эга. Бемордан анамнез йиғилганда яқин қариндошларида касалик борлигини билиб олиш мумкин [3,27].

Аутоиммун ва ўсма касалликларда касалликларнинг сабаблари номаълум, аммо бу касалликларнинг келиб чиқиши ҳақида кўплаб назариялар мавжуд: Б-лимфоцитларнинг поликлонал фаоллашуви назарияси, ирсий мойиллик назарияси (ўзига хос мутациялар) ва иммунитет реакциясини назорат қилишнинг бузилиши [13,14]. Лекин бу касалликларнинг ҳозиргача аниқ келиб чиқиш сабаблари аниқланмаган ва даволаш тамойилари ҳам йўқ. Фақат симптоматик терапия мавжуд бўлиб у ҳам вақтинчалик эффект беради шу сабаб бемор йиллар давомида даволанади. Касалик кечишида рецидив ва ремиссия даврлари бир бири билан алмашиб келишади. Барча назариялардан касаликнинг ирсиятга боғлиқ деган назарияси ҳақиқатга яқинроқ.

Касалликни ташхислаш учун ўзига хос аутоиммун касалликларни аниқлаш билан боғлиқ бўлган турли мезонлар қўлланилади. Аутоиммун касалликларда, чаноқ сон бўғими артрозининг олдини олиш ва даволашда шу гуруҳ касалликларини ўз вақтида даволашга вақт ўтиб кўрсатмага кўра, бўғимларни алмаштириш эндопротез қўйишга қаратилган.

Касалликларнинг кейинги гуруҳи юқумли касалликлардир. Ушбу гуруҳдаги барча турдаги касалликлар организмдаги умумий яллиғланиш жараёнига жавоб сифатида бўғимдаги яллиғланишнинг пайдо бўлиши билан ифодаланади. Бўғимдаги, хусусан, синовиал қатламдаги яллиғланиш - синовит, 6 ой ёки бир

йил давомида бир неча марта такрорланади, шикастланишга жавоб сифатида бўғимда қайтарилмас ўзгаришларга олиб келиши мумкин Уларнинг пайдо бўлиш частотаси 4-12 ёшли болаларда, 100 000 болага 3 дан 80 гача тўғри келади [9].

Бўғимларда қуйидаги ривожланиш бузилишларининг патогенетик механизмлари ажратилади: синовиал хужайраларнинг яллиғланишга қарши реакцияси, макрофаг реакцияси туфайли асептик яллиғланишнинг ривожланиши.

Биологик фаол моддаларнинг (цитокинларнинг) чиқиши бўғимдаги қон-томир ва хужайравий ўзгаришларни қўзғатади.

Тўқималар, қон-томирлар ва суяк тизимидаги дегенератив-дистрофик ўзгаришлар эрта коксартрознинг ривожланишига сабаб бўлади. Касалликни аниқлаш учун қуйидаги мезонларни қўлланилади: иситма бўлиши, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги ортиши, лейкоцитоз, қонда С-реактив оксил борлиги. Бемор шикоятларидан: оксоқлик ва бўғимдаги оғриқлар. Бўғимда суяк ва тўқималарнинг ўзгаришини фарқлаш учун инструментал текшириш усуллари (радиография, ультратовуш, МРТ ва компьютер томографияси) қўлланилади. Юқумли касалликлар оқибатида коксартроз ривожланишининг олдини олиш учун жараёни эрта босқичда ташхислаш ва асосий касаликни ўз вақтида даволашни бошлаш зарур: антибиотикотерапияси, ностероид яллиғланишга қарши воситаларини ва физиотерапия муолажаларини қўллаш. Агар ушбу гуруҳ касалликлари ўз вақтида даволанмаса, такрорий асептик яллиғланиш пайдо бўлиши мумкин, бу эса кейинчалик бўғимнинг гиалин қопламасининг зарарланишига олиб келади [20,26,30,31].

Ортопедик касалликлар асорати сифатида кейинги йилларда коксартроз билан касалланиш ёшлар орасида етакчи ўринлардан бирини эгаллаб келмоқда. Улар кўпинча бўғимда дегенератив-дистрофик жараёнларни кучайтиради ва коксартрознинг ривожланишига олиб келади. Қуйидаги ортопедик касалликларни кўриб чиқамиз: чаноқ сон боғими дисплазияси, Legg-Calve-Perthes касаллиги, балоғатга етмаган болалар эпифизиолизлари, туғма сон чиқишининг консерватив ва оператив даволашдан кейинги ҳолатлари, сон бўйинчасининг туғма ёки ортирилган варусли деформацияси, остеомиелит асорати - соннинг кейинги патологик чиқиши [14,15,16,17,18].

Чаноқ сон бўғими дисплазияси бир ёки икки томонлама бўлиб, бўғим элементларининг чала ривожланиши ёки ривожланмаслиги билан характерланади. Касалланган қизлар сони ўғил болаларга қараганда анча кўп – 8:1. Касалликнинг

диагностикаси – туғруқхонада ортопед томонидан боланинг клиник текшуви, ультратовуш текширув ва 3–4 ойлик бола бўғимларининг рентгенография қилиш орқали қўйилади.

Коксартроз ривожланишининг олдини олиш учун функционал даволаш усуллари қўлланилади: ортопедик шиналар, физиотерапевтик муолажалар (массаж, парафин). Оғир ҳолатларда бўғимнинг анатомик ва биомеханик жihatдан қулай ҳолатини яратиш учун реконструктив экстраартикуляр ва интраартикуляр операциялар қўлланилади [3,4,15].

Legg-Calve-Perthes касаллиги остеохондропатия гуруҳига киради, этиологияси номаълум, асосан ўғил болалар касалланади. Ўғил болаларнинг қизларга нисбати 5:1. Кўп ҳолларда бир томонлама тури қайд этилади [8,9,30]. Ушбу касалликнинг пайдо бўлишининг турли назариялари мавжуд: травматик, иккиламчи бошқа касаликлар асорати гармонал ўзгаришлар назарияси. Баъзида касалликнинг сабаби номаълум. Касаллик ривожланишининг 4 босқичи ажратилади: бошча некрози, парчаланиш даври, тикланиш ва қолдиқ даври. Касалликнинг бутун даври 3–5 йил давом этади.

Беморларнинг асосий шикоятлари – оғриқ, оқсоқлик ва чаноқ сон боғимида ҳаракатнинг чекланиши. Касалликнинг асоратларидан бири кўпинча коксартроз бўлади. Агар бемор ўз вақтида даволанмаса, баъзи ҳолларда даволанганда ҳам касаллик ривожланиши мумкин ва касалик сон бошчасининг кескин деформацияси билан тугайди [10,11,22,23].

Кўп ҳолларда болада ортиқча тана вазни борлиги қайд қилинади. Баъзан касалик қариндошлар орасида нигоҳдан туғилган болаларда кузатилиши мумкин.

Даволаш жараёнида асосий эътибор сон бошчасида қон айланишини яхшилашга қаратилган. Бундан мақсад – бир ёки бир неча ой давомида бўғим ҳаракатини чеклаш ва қон айланишини тиклашдир.

Сон суяги бошчасида қон айланишни тиклаш учун минимал инвазив муолажалар, жарроҳлик туннелизация қилиш операциялари қўлланилади. Айрим ҳолатларда сон бошчасини декомпрессия қилувчи операциялар ёки комбинацияланган хирургик муолажалар амалга оширилади. Балоғатга етмаган болалар эпифизиолизлари (БЕБЭ) ҳам сон бошининг остеонекрозлари билан тавсифланади. Бу асосан ўсмирларда учрайди (12-15 ёш). Этиологияда гипофизар семизлик муҳим аҳамиятга эга [8,9,24,25]. Семизлик фонида гармонал бузилишлар, сон эпифизининг метафизар зонасида некроз ва сон бошчаси юмалоқ шаклини аста-секин йўқотади. Касаллик коксартрознинг

эрта ривожланиши билан характерланади. Дастлабки босқичларда фақат оқсоқлик ва жисмоний фаолиятдан кейин оғриқлар кузатилиши мумкин. [26,27,28,29].

Касалликнинг олдини олиш учун қуйидагилар тавсия этилади: соғлом турмуш тарзи, тўғри овқатланиш ва жисмоний фаоллик, ортиқча вазндан халос бўлиш, оқсил ва витаминларга бой овқатлар истеъмол қилиш тавсия этилади [14,15,20,21].

Оғир ҳолатларда бўғимларни алмаштириш яъни эндопротезлаш операцияси қўлланилади [9]. Буларнинг барчасидан хулоса қилиш керакки, иккиламчи балоғатга етмаган болалар эпифизиолизлари ривожланишининг олдини олиш учун қуйидаги тамойилларга риоя қилиш керак:

Ортиқча тана вазндан халос бўлиш. Дам олиш ва жисмоний фаолиятни тўғри йўлга қўйиш. Витаминлар ва оқсилларни етарли миқдорда истеъмол қилиш. Жисмоний фаоллик билан танани чиниқтиришга катта аҳамият бериш. Қун тартибини тўғри танлаш ва ўз вақтида дам олиш.

Коксартрознинг дастлабки босқичларида, касалликни ўз вақтида аниқлаш, касалликни аниқлаш учун эса эрта диагностика усулларида фойдаланиш. Ота-оналарнинг фарзандлари соғлиги ва жисмоний ҳолатига алоҳида эътибор бериш. Фарзандлар билан доимий мулоқатда бўлиш, соғлигига катта аҳамият бериш.

Кам шикоятларда, ҳатто катта бўғимларда кучсиз хар хил турдаги оғриқлар пайдо бўлганда ҳам ортопед-мутахассисларга ўз вақтида мурожаат қилиш ва керакли текширувлардан ўтиш.

Касалликнинг оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда адекват даволаш йўлини танлаш, зарур бўлганда, касаланган бўғимнинг анатомик ва биомеханик ҳолатини тиклашни таъминлаш учун бўғимдаги реконструктив операциялардан фойдаланиш.

Ўсмирлик даврида кечадиган юқоридаги ортопедик касалликлар кўп ҳолларда коксартрознинг ривожланишига олиб келади.

Бизнинг асосий мақсадимиз – коксартрозни вақтида олдини олиш ва даволаш, зарур ҳолларда, консерватив ёки жарроҳлик даволаш усуллари орқали касалликнинг қисман ёки бутунлай тўхтатишга қаратилган. Яқинда ўтказилган тадқиқотларга кўра, коксартроз касаллигини олдини олишда, бўйинча - диафиз бурчагини тўғрилаш, соннинг анатомик ўқини тиклашларни ўз ичига оладиган, катта кўст остидан ўтказиладиган бўғимдан ташқари остеотомияларга алоҳида эътибор берилмоқда. Чунки бўғимда нормал анатомик ҳолатни тиклаш орқали касаликни қисман ёки бутунлай ривожланишини олдини олиш мумкин. Бунинг

учун ортопедларимиз бўғимда бажариладиган хар хил турдаги тикловчи операцияларни тавсия қилишади. Рубашкин С.А ва бошқа олимлар тунелезация қилиб сон бошчасида қон айланишни яхшилаб касаликни қисман тўхтатиш ёки даволашни тавсия қилишади. [7]. Бошқа авторлар эса чанок сон бўғимини алмаштириш эндопротезлаш операциясини тавсия қилишади [6].

РИТОИАТМ ортопедия бўлимидаги, бу турдаги ортопедик касаликларни даволашдаги кўп йиллик тажрибага асосланиб айтиш мумкинки, чанок сон бўғимида бажариладиган бўғимдан ташқари реконструктив тикловчи операциялар, коксартроз ва унинг асоратларини олдини олишда ахамияти катта. Бу турдаги операцияларни бажариб бўғимда нормал анатомик бутунликни тиклаш, бўйинча - диафизар бурчакни тўғирлаш, сон ўқини тўғирлаш орқали эса анатомик бутунликни ва бўғим физиологик функциясини тиклаш мумкин ва кейинчалик эндопротезлаш операцияларни бажариш муддатини кечиктиришимиз мумкин. Баъзи ҳоларда эса беморлар касаликдан тўла даволаниб кетишлари мумкин.

Адабиётлар:

1. Бахтеева Н. Х., Коршунова Г. А., Зоткин В. В., Норкин И. А. Ортопедические и неврологические аспекты развития раннего коксартроза у детей с дисплазией тазобедренных суставов. Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова 2016; (1): 55–61.
2. Дохов М. М., Барабаш А. П., Куркин С. А., Норкин И. А. Результаты хирургического лечения деформаций проксимального отдела бедренной кости при дисплазии тазобедренных суставов у детей. Фундаментальные исследования 2015; 1 (часть 9): 1810–1814.
3. Дмитриева Л.А. Иммунологические аспекты этиопатогенеза коксартроза. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН, 2005, №6 (44). С.179-183.
4. Крутикова Н. Ю., Виноградова А. В. Болезнь Легга — Кальве — Пертеса. Вопросы современной педиатрии 2015; 14 (5): 548–552).
5. Оллаберганов М.И., Рузibaев Р.Ю. Влияние резекции желудка на возникновение остеопороза // Проблемы биологии и медицины. - 2021. №4. Том. 129. - С. 239-244
6. Петров А. Б., Дохов М. М., Норкин И. А., Пучиньян Д. М. Экспериментальное обоснование применения коррекционного протеза надвертлужной области при хирургической профилактике диспластического коксартроза. Современные проблемы науки и образования 2015; (6-0): 6).
7. Рубашкин С. А., Сертакова А. В., Дохов М. М., Тимаев М. Х. Методы хирургического лечения

болезни Легга — Кальве — Пертеса у детей. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований 2016; 11 (1): 84–88).

8. Сертакова А. В. Патогенетическое обоснование новых принципов диагностики степени тяжести и оценки эффективности лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей: автореф. дис.... канд. мед. наук. Саратов, 2013; 18 с.).
9. Сузук Е. А., Колесникова И. Ю., Запорощенко А. В. и др. Острые артропатии: диагностика, дифференциальная диагностика и неотложная терапия в амбулаторной практике. Лекарственный вестник 2015; 4 (60): С. 29–41
10. Li C., et al. Comprehensive analysis of pathological changes in hip joint capsule of patients with developmental dysplasia of the hip // Bone Joint Res. – 2021. – 10(9). – p.558–570.
11. Longo U.G., et.al. Developmental Hip Dysplasia: An Epidemiological Nationwide Study in Italy from 2001 to 2016 // Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2021. – 18. – 6589. – p.1-9.
12. McMinn G. J. Hip replacement in C.D.H. // J. Bone Jt. Surg., 1996 V.78- B, Suppl. II.-P. 102.
13. Mehdizadeh M., et al. Transgluteal ultrasonography in spica cast in postreduction assessment of developmental dysplasia of the hip // J. Ultrasound. – 2020. – 23. – p.509–514.
14. Merchant R., Singh A., Dala-Ali B., Sanghrajka A.P., Eastwood D.M. Principles of Bracing in the Early Management of Developmental Dysplasia of the Hip // Indian Journal of Orthopaedics. – 2021. – 11. – p.1-11.
15. Paez C., et al. Ligamentum Teres Transfer During Medial Open Reduction in Patients with Developmental Dysplasia of the Hip // J. Iowa Orthop. – 2021. - 41(1). – p.47-53.
16. Park H.S., et al. Diagnostic Performance of a New Convolutional Neural Network Algorithm for Detecting Developmental Dysplasia of the Hip on Anteroposterior Radiographs // Korean J. Radiol. – 2021. – 22(4). – p.612-623.
17. Parker M. G., Radin E. L. The effect of a "Hanging hip" procedure in promoting the generation of functional articulating surfaces // Acta orthop.belg., 1997 Vol. 44 № 1 Pp. 132-139.
18. Pavone V., et al. Dynamic and Static Splinting for Treatment of Developmental Dysplasia of the Hip: A Systematic Review // Children. – 2021. – 8/104. – p.1-12
19. Pillar R. M., Lee J. M., Maniopoulos C. Observations on the effect of movement on bone ingrowths into porous-surfaced implants. // J. Clin. Orthop., 1998, V. 208 P. 108-113.
20. Roposch A., Protopapa E., Malaga-Shaw O., Gelfer Y., Humphries P., Ridout D., Wedge J.H. Predicting developmental dysplasia of the hip in at-risk

newborns // BMC Musculoskeletal Disorders. – 2020. – 21:442. – p.1-8.

21. Sakalkale D. P., Egn K. M. S, Hozack W. J. et al. Minimum 10 year results of a tapered cementless hip replacement. // Clin Orthop Relat Res., 1999 May; (362):138-144.

22. Sari A.S., Karakus O. Is experience alone sufficient to diagnose developmental dysplasia of the hip without the bony roof (alpha angle) and the cartilage roof (beta angle) measurements. A diagnostic accuracy study // Medicine. – 2020. – 99:14. – p.1-5.

23. Scorcelletti M., Reeves N.D., Rittweger J., Ireland A. Femoral anteversion: significance and measurement // Journal of Anatomy. – 2020. – 237. – p.811–826

24. Swarup I., Ge Y., Scher D., Sink E., Widmann R., E. Dodwell. Open and Closed Reduction for Developmental Dysplasia of the Hip in New York State. Incidence of Hip Reduction and Rates of Subsequent Surgery // J. Bone Joint Surg. Open Access. – 2020. – e0028. – p.1-6.

25. Theunissen W., van der Steen M., van Douveren F., Witlox A., Tolk J. Timing of Repeat Ultrasound Examination in Treatment of Stable Developmental Dysplasia of the Hip // J. Pediatr. Orthop. – 2021. – 41. – p.203–208.

26. Uchida S., Kizaki K., Hirano F., Martin H.D., Sakai A. Postoperative Deep Gluteal Syndrome After Hip Arthroscopic Surgery // The Orthopaedic Journal of Sports Medicine. – 2020. – 8(9). – p.1-9.

27. Walter S. G., Endler C.H.J., Remig A.C., Luetkens J.A., Bornemann R., Placzek R. Risk factors for failed closed reduction in dislocated developmental dysplastic hips // International Orthopaedics. – 2020. – 44. – p.2343–2348.

28. Wu H., Wang Y., Tong L., Yan H., Sun Z. The Global Research Trends and Hotspots on Developmental Dysplasia of the Hip: A Bibliometric and Vis-

ualized Study // Frontiers in Surgery. – 2021. – V.8. – Article 671403. – 16 p.

29. Yu R., Gunaseelan L., Malik A., et al. Utility of Clinical and Ultrasonographic Hip Screening in Neonates for Developmental Dysplasia of the Hip // Cureus. – 2021. – 13(10). – 8 p.

30. Yuan Z., Li Y., Hong K., Wu J., Canavese F., Xu H. Poor delineation of labrum and acetabular surface on arthrogram is a predictor of early failure of closed reduction in children aged six to 24 months with developmental dysplasia of the hip // J. Child. Orthop. – 2020. – 14. – p.372-378.

31. Zhang G., Li M., Qu X., Cao Y., Liu X., Luo C., Zhang Y. Efficacy of closed reduction for developmental dysplasia of the hip: midterm outcomes and risk factors associated with treatment failure and avascular necrosis // J. Orthop. Surg. Res. – 2020. – 15:579. – 8 p.

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ, ПРОФИЛАКТИКИ И ПРИНЦИПОВ ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Юсупова И.А., Джураев А.М., Машарипов П.

Резюме. Представленная статья имеет общий характер и отражает современное состояние врождённых и приобретённых заболеваний, приводящих к коксартрозу. В статье заболевания разделены на группы с учётом их этиологии и принципов лечения в соответствии с современными взглядами. Подчёркивается, что на ранних стадиях практически всех заболеваний, профилактика и своевременное лечение имеют особое значение. Также приведены сведения о различных видах ранних хирургических операций, выполняемых с целью профилактики развития коксартроза.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, болезнь Легга–Кальве–Пертеса, коксартроз.