

## ҚУЙМИЧ ПЕШТОҚИНИНГ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ



Ахтамов Аъзам<sup>1</sup>, Рахмонов Умар Уктамович<sup>1</sup>, Ахтамов Азим Аъзамович<sup>1</sup>, Ишкабилов Рустам Джанхуразович<sup>2</sup>

1 - Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

2 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ

Ахтамов Аъзам<sup>1</sup>, Рахмонов Умар Уктамович<sup>1</sup>, Ахтамов Азим Аъзамович<sup>1</sup>, Ишкабилов Рустам Джанхуразович<sup>2</sup>

1 - Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 – Самарқандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

## DIAGNOSIS AND MODERN METHODS OF TREATMENT OF ACETABULUM INJURIES

Akhtamov Azam<sup>1</sup>, Rakhmonov Umar Uktamovich<sup>1</sup>, Akhtamov Azim Azamovich<sup>1</sup>, Ishkabilov Rustam Djanhurazovich<sup>2</sup>

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [azim.ahamov@mail.ru](mailto:azim.ahamov@mail.ru)

**Резюме.** Қуймич пештоқи суякларининг шикастланишларини даволаш охириги йилларда юқориэнергетик йўл-транспорт жароҳатланишларида шикастланган беморлар улушининг кўпаяётганлиги нуқтаи назардан жуда долзарб муаммолардан ҳисобланади. Мураккаб шикастланишлар остеосинтезнинг турли комбинацион усулларини, бирламчи таъмирловчи эндопротезлаш операцияларини қўлланилишини зарур қилиб қўяди. Даволаш усулларини доимий такомиллаштирилишига ва янги технологик усулларни амалиётга жорий этилишига қарамасдан беморларни даволаш ва реабилитацияси мукамал вазифалардан бири ҳисобланади. Материал ва услублар. Турли маълумотлар (Scopus) базасидан илмий манбалар ўрганилиб қуймич пештоқ жароҳатланишлари, қуймич пештоқ жароҳатланишининг оқибатлари, қуймич пештоқ остеосинтези, чаноқ-сон бўғимини эндопротезлаш ибораларидан фойдаланилди.

**Калит сўзлар:** чаноқ-сон бўғими, қуймич пештоқ жароҳатланишларининг оқибатлари, остеосинтез, эндопротезлаш.

**Abstract.** Treatment of acetabular bone injuries is one of the most pressing issues in recent years due to the increasing percentage of patients injured in high-energy road traffic accidents. Complex injuries require the use of various combined osteosynthesis methods, primary restorative endoprosthetic surgeries. Despite the constant improvement of treatment methods and the introduction of new technological methods into practice, treatment and rehabilitation of patients remains one of the unsolved problems. Materials and methods. Scientific sources from various databases (Scopus) were studied and manifestations of hip injuries, consequences of hip injuries, hip osteosynthesis, hip arthroplasty were used.

**Key words:** hip-pelvic joint, consequences of hip injuries, osteosynthesis, arthroplasty.

**Долзарблиги.** Қуймич пештоқ ва чаноқ суякларининг шикастланишлари учта асосий омил – йўл-транспорт травматизмининг кўпайиши, мазкур шикастланишларнинг сон жиҳатдан кўпайиши ва оғирлашуви, жаррохлик усулида даволашдан сўнг қониқарсиз натижалар ва асоратларнинг сакланиб қолиши билан характерланади. Мазкур шикастланишлар юқориэнергетик жароҳатланишлар оқибати бўлиб йўл-транспорт фалокатларида, юқори баландликдан йиқилганда кузатилиб охириги чорак

асрда 2,4 мартага кўпайди. Чаноқ ва қуймич пештоқ суякларининг синишлари кузатилган беморларнинг ёши 19 дан 90 ёшгача бўлиб ўрта ёш – 54,5 ёшни ташкил этган [1].

**Мақсад:** Илмий манбаларга асосланиб қуймич пештоқ шикастланишларини учраши, замонавий даволаш усуллари ва кузатиладиган асоратлар улушини таҳлил қилиш.

**Материал ва усуллар:** Илмий адабиётлар манбаси сифатида маҳаллий ва халқаро эътироф

этилган «SCOPUS» журналларидан фойдаланилди. Мақолада чанок синишлари, куймич пештоқ синишлари, остеосинтез, каминвазив остеосинтез, куймич пештоқ синишларини оператив даволаш, кузатиладиган асоратлар ибораларидан фойдаланилди.

Чанок ва куймич пештоқ суякларининг синишлари барча таянч-ҳаракат аъзоларини синишларининг 5-25% ни ташкил этади [3], қўшма жароҳатланишларда уларнинг улуши 30% дан 58% гача учраб беморларнинг 15-30,7% да қон йўқотиш ва травматик шок кузатилади.

Баъзи муаллифлар йўл-транспорт фалокатларида куймич пештоқ суягининг синишлари 40-76%, йўлдош жароҳатланишлар 60-91% кузатилишини таъкидлайдилар [13]. Травматизмнинг мазкур таркибида куймич пештоқ суягининг шикастланишлари аксарият меҳнатга лаёқатли аҳоли ўртасида кўпроқ кузатилиши мазкур муаммонинг ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан аҳамиятга эга эканлигини кўрсатади [9,13]. Куймич пештоқ суягининг синишлари ва унинг оқибатлари беморларнинг ҳаёт тарзини ёмонлаштириб меҳнатга лаёқатини йўқолишига сабаб бўлади [1]. Куймич пештоқининг ностабил синишлари кузатиладиган беморларнинг ярмидан кўпи (50-70%) ногиронликка учраб, 12-15% ижтимоий ҳимояга муҳтож бўлиб қолмоқда [1,13]. Баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра чанок суякларини шикастланишларини даволашдан сўнг ногиронлик улуши 59,0%, макур жароҳатланишлар туфайли ўлим улуши 10% дан 75% гача кузатилади [7,19]. Шунингдек, куймич пештоқ синишларининг ёшга кўра кузатилишининг қонуниятлари ҳам аниқланган. Жароҳатланишлар ёш кишиларда энг кўп кузатилиб улар юқоризнергетик синишлар оқибатида учрайди. Иккинчи ўринда кекса кишиларда кўпроқ пастэнергетик таъсиротлар натижасида кузатилади [2,19,20].

Охирги йилларда нашр этилган илмий манбаларга кўра кўпгина мутахассислар чанок суякларини ва куймич пештоқ синишларини тўлиқ характерлаш учун Остеосинтез Ассоциацияси (ОА) томонидан тавсия этилган ОА/ASIF классификациядан (2019) фойдаланадилар [1,15]. Турли муаллифларнинг маълумотларига кўра чанок суякларининг ностабил синишларининг А типини 50-70% гача кузатилади. В тип – 15% дан 37,5% гача, С тип 6,3% дан 47,4% ораллигида кузатилади. Бир томонлама шикастланишлар 80-94%, икки томонлама – 6-18% кузатилади [3,10,16,17].

Чанок ва куймич пештоқ суякларининг шикастланишлар классификацияси беморларни рентгенологик ва компьютер томографик текширувлар асосида синиш характери тўғрисида тасаввурга эга бўлиб силжиш даражасини объектив баҳолаш имкониятига эга бўладилар. Мазкур текширув чанок стабиллигини, куймич косача ва суяк-мушаклар ҳолатини ва мутаносиблигини баҳолаш имкониятини беради [1,11,15].

**Натижалар.** Илмий маълумотларга кўра В ва С тип шикастланишлар хирургик усулларда даволашга кўрсатма бўлиши мумкин. Кўрсатмаларга асосан қон йўқотишни ва травматик шокни бартараф этиш учун шошилиш равишда синган чанок суякларини фиксация қилиш зарур бўлади. Чанок ҳалқаси ва

куймич пештоқига хирургик аралашувни қўллаш муддатлари беморнинг умумий аҳолига, жароҳатнинг анатомик ва функционал хусусиятига ва қўлланиладиган реанимацион давр муддатига боғлиқ бўлиб 1-3 суткадан 34 суткагача бўлиши мумкин [6,7].

Куймич пештоқининг кўп йўналишли бўлаканиб силжиб синишлари жарроҳлик усулида даволашга абсолют ва нисбий кўрсатма сифатида фарқ қилинади. Муаллифлар куймич пештоқининг таянч соҳасидан синиб 5 мм силжиши, бўғим номуаносиблиги (ярим чиқиш), бўғимнинг орқа деворини синиб силжиши, бўғим юзасида суяк-тоғайли синиқ бўлакларини кузатиладиган операцияга абсолют кўрсатма деб ҳисоблайдилар [7,13]. Муаллифлар хирургик даволаш усулларини қўллашда куйидаги ҳолатларга эътибор бериб шартли равишда бажарилишини назарда тутадилар: хирургик аралашувни бажаришда травматолог-ортопедлар бригадасининг тайёргарлик даражасига, клиник-рентгенологик, МРТ текширувлар натижасига кўра синиқ тури ва қодини аниқ баҳолаб, ЭОПга, синиқ бўлакларини анатомик тўғрилаб стабил фиксацияни таъминлаш учун замонавий маҳкамловчи фиксаторларни танлаб операцияни қўллаш зарурлигини таъкидлайдилар [9,12,14].

Баъзи муаллифларнинг маълумотларига кўра бугунги кунда куймич пештоқ суяги бўлаканиб синишларида консерватив ёки жарроҳлик усулини қўллаб ёки комбинацион яъни эндопротез қўлланилиб даволаш тўғрисида ягона ёндошувлар мавжуд эмас. Мазкур шикастланишларни даволашда бирламчи эндопротезлаш билан чанок-сон бўғимини комбинациялаштирилган пластик операциясини уйғунлаштирилган ҳолда қўллашиб икки йил муддатдан сўнг яхши натижаларни кузатишиб хирургик усулларни қўллашни афзал кўрадилар [4,19,20]. Kemplang C.Walle ва бошқалар (2017) 243 нафар кекса (50-89) ёшдаги беморларда консерватив ва оператив даволаш усулларини қўллашиб натижалар тахлилига кўра куймич пештоқ синишларини консерватив ёки оператив даволаш ўртасида фарқ кузатилмаганлигини таъкидлайдилар. Муаллифларнинг фикрига кўра мазкур ёшдаги беморлар стационарда узок муддат ётиб қолишларига қарамадан консерватив даволаш усулларини афзалроқ эканлигини қайд этадилар [20].

А.Ф. Лазарев ва ҳаммуаллифлар (2019) ўз вақтида эрта хирургик тактикани қўлланилиши беморлар ўртасидаги ногиронлик улушини 37,5% дан 12% га камайтириш имкониятини беради. Чанок суякларининг оғир шикастланишларидан сўнг ногиронлик улуши жуда юқори бўлиб 30-66,7% ни ташкил этади [7].

Очиқ усулда репозиция қилиб ичкаридан маҳкамлаш усуллари бугунги кунда чанок ва куймич пештоқ суякларининг синишларини даволашнинг стандарт усули ҳисобланади. Беморларнинг умумий аҳоли қоникарли бўлиб жароҳатлангандан сўнг биринчи икки ҳафтада чанок суякларини ички остеосинтез қўлланилиб стабиллаштирилганда яхши натижаларга эришилган [8]. Хирургик амалиётни бажариш муддатлари 6 кундан 34 кунни ташкил этганда ҳам муаллифлар яқин муддатларга яхши натижаларга эришилган. А.Ф. Лазарев ва

хаммуаллифлар маълумотларига кўра (2013) жароҳатланган биринчи уч ҳафтада (егук чандик шаклангунча) яхши ва аъло натижалар 80% кузатилган бўлиб, 3 ҳафтадан сўнг операция қўлланилганда яхши натижалар 65% кузатилган [7]. Лекин M.Hanschen ва хаммуаллифлар (2017) қуймич пештоқи синган кекса ёшдаги беморларнинг 25% га чанок-сон бўғимини эндопротезлаш зарурияти бўлишини таъкидлайдилар [15,18].

Ички остеосинтез қўлланилганда маҳкамлаш учун нейтралловчи пластиналар, винтлар [8], эгилган ва реконструктив пластиналар, LC-DCP пластиналар қўллаш анча оммавийлашган [14]. Бугунги кунда қуймич пештоқ суяклари синишларини канюлалари винтлар ёрдамида киска муддатда кам жароҳат етказиб бажариладиган перкутан (бўғимдан ташқари) остеосинтез операцияларини қўлланилиши ҳам бугунги кунда оммавийлашмоқда [23,44,50]. Мазкур операция чанок ҳалқасининг узлуксизлиги бузилганда, қуймич пештоқ суяклари синиб кам силжиганда ва мураккаб синишларда комбинациялаштирилган остеосинтезда қўлланилади.

Перкутан остеосинтез усули қўлланилганда операцияга 20-40 минут вақт сарфланади. Лекин мазкур операциянинг афзалликлари билан бирга баъзи чекланишлар ҳам мавжуд [11].

Охириги йилларда қуймич пештоқнинг силжиб синишларида бирламчи эндопротезлаш операциясини қўллаш нисбатан оммавийлашмоқда. Кўпгина муаллифлар асосли кўрсатма бўлган тегишли беморлар танлаб олиниб бирламчи эндопротез операцияси қўлланилганда беморларни эрта ҳаракатлантириб тўшақда узоқ ётиш ҳисобига кузатиладиган асоратларни бартараф этиб яхши функционал натижаларга эришилганлигини таъкидлайдилар [10,11,18].

Маълумки, операция услуги ва хирургик кесма ОА/ASIF классификациясига асосан танланади. Қуймич пештоқнинг орқа девори ва орқа устунчаси синганда Кохер-Лангенбек кесмаси, олд устунлари синганда – ёнбош-чов кесмасидан фойдаланилади. Иккала устунчалар шикастланганда очиқ усулда ёнбош-чов кесмасидан фойдаланилиб олд устунлар остеосинтез қилиниб сўнг Кохер-Лангенбек ёки U-симон кесмадан фойдаланилиб орқа устунлар маҳкамланади [8,16,18]. Lucas Negrin ва хаммуаллифлар (2017) чанок-сон бўғимининг орқа устунларига хирургик амалиётни бажариш учун Кохер-Лангенбек кесмаси «олтин стандарт» ҳисобланади [20].

Кўпгина муаллифлар қон йўқотиш операцияда қўлланиладиган хирургик кесмаларга ва етказиладиган операцион жароҳат характериға боғлиқ бўлиб 600 млдан 2000 мл, ҳамда операция давомийлиги 2 соатдан кўп бўлиб 3 соат 50 минутгача давом этган [8,9,17]. Қон йўқотишни тўлдириш учун операциядан олдин, операция жараёнида ва операциядан кейин трансфузион ёки реинфузия усулида қон қуйилади [6,7].

Хирургик даволаш натижаларини динамикада баҳолаш 1-12 ой кузатиб баҳолайдилар. А.В.Леонтев (2016) чанок ва қуймич пештоқ суякларининг синишларини хирургик усулда даволанган сўнг функционал натижаларни Harris-Harris Hip Score

шкаласидан фойдаланиб баҳолаган [8]. Э.И. Солод хаммуаллифлари билан (2014) қуймич пештоқ синишларини канюлалари винтлар ёрдамида каминвазив остеосинтез қўлланилиб 1 йилдан 10 йилгача динамикада кузатиб 45 (70%) беморда аъло, 12 (19%) беморда яхши ва 7 (11%) беморда қониқарли натижаларни кузатишган. Қуймич пештоқ суяклари синишлари даволангандан сўнг узоқ натижалар аксарият ҳолатларда Harris шкаласидан фойдаланиб [11], чанок суяклари синишларида S.A. Majeed scale, ҳаёт тарзини Life quality scales саволномасидан фойдаланилиб баҳоланган [17]. Муаллифлар яхши функционал натижаларга эришиш учун фаол ярим ётиш (тўшақда ўтирган ҳолатда), иккинчи-еттинчи суткада қўлтиқ таёқдар юриш тавсия этилади [7,8,16,18]. Чанок-сон бўғимига операция қилингандан сўнг оёққа тўлиқ босиб юришга муаллифлар 6-8 ойдан сўнг тавсия беришади [15,19].

Муаллифлар функционал яхши натижалар 1-12 ойдан сўнг 22-81,5%, аъло натижалар 12-18 ойдан сўнг 25%, функционал қониқарсиз натижалар 20% дан 67% гача кузатилганлигини таъкидлайдилар [19]. Чанок суякларининг шикастлангандан сўнг тикланиши 2 ойдан 6 ойгача, баъзи муаллифлар чанок суякларининг беморларда рентгенологик тўлиқ суякланиши 21 ҳафтадан сўнг кузатилганлигини ёзадилар [15].

**Асоратлар.** Қониқарсиз функционал натижалар 1 ойдан 12 ой муддатдан сўнг 20-67% кузатилиб қуймич пештоқнинг В ва С тип синишларида семизлик ва остеопороз кузатилган беморларда кузатилган [6,18].

Операция жараёнида кузатиладиган асоратлардан орқа хирургик кесма қўлланилганда ўтиргич нервнинг ва юқори думба артериясининг, ёнбош-сон кесмаси қўлланилганда соннинг ёнбош тери нервини, олд кесмадан фойдаланилганда ёпқич нервнинг жароҳатланиш хавфи кўп бўлади [4,5].

Репаратив жараёнларнинг кечиши бўйича қуймич пештоқнинг нотўғри битаётган ва нотўғри битган синишлар фарқ қилинади. Тўлақонли репозиция қилинмаслик натижасида бўғим мутаносиблигини 1-2 ммдан кўпроқ бузилиши ва қолдиқ ярим чиқишларни сақланиб қолиши даволашда қониқарсиз натижаларнинг кузатилишига сабаб бўлади (20). Нотўғри битган синишлар бўғимнинг биомеханикасини бузилишига ва дегенератив-дистрофик бузилишлар ривожланиб оғриқ аломати ҳамда функционал қониқарсиз натижаларга сабаб бўлади [13]. Жароҳатланган сегментда артериал ва веноз қон таъминотининг бузилиши гипоксияга сабаб бўлиб оқибатда регенератив жараёнларнинг бузилишига сабаб бўлади. Тиббий ёрдамнинг ўз вақтида қўлланилмаганлиги ва репозиция ҳамда фиксация натижасининг қониқарсиз бўлиши сохта бўғимлар ривожланишига сабаб бўлади [13,14]. Скелет – мушак жароҳатланишлари репаратив жараёнларни фаоллаштириб 25,6% беморларда синик зонасида гетеротопик суякланишлар ривожланишига сабаб бўлади. Хирургик амалиётнинг травматик бажарилиши, шикастланганда коксоартрознинг мавжудлиги гетеротопик суякланишларнинг ривожланишига сабаб бўлади [13,18]. Турғун оғриқ аломатлари, бўғимда фаол ҳаракатнинг чекланиши гетеротопик суякланишнинг клиник аломатларидан

хисобланади. Бугунги кунда гетеротопик суякланишларни олдини олиш мақсадида яллиғланишга қарши ностероид дори-дармонлар, рентген нурлари билан даволаш муолажалари қўлланилади [13]. Даволаш муолажалари тўлақонли қўлланилганда ҳам узоқ муддатлардан сўнг 57-88% беморларда клиник аниқ намоён бўлган дегенератив-дистрофик жараёнларнинг жадал ривожланиши кузатилади [13,16]. Шикастланишдан сўнг биринчи ҳафталарда аниқ репозиция ва ишончли фиксация тўлақонли бажарилмаса прогностик жиҳатдан қоникарсиз бўлиб кейинги остеосинтез операцияларини техник жиҳатдан бажарилишини қийинлашуви сабаб бўлади [13]. Шунингдек, шикастланиш муддати операция қўлланилгунча 21 кундан ошса эскирган шикастланишлар деб хисобланади [13,17].

Дегенератив ўзгаришларнинг ривожланишига сабаб бўлувчи бошқа омиллардан бири синиб силжиб қуймич пештоқида нуксон пайдо бўлиши билан боғлиқ. Мазкур нуксонлар сон бошчасини силжиб бўғим номутаносиблигига сабаб бўлади (13).

Қуймич пештоқининг 15% дан 80% да сон бошчасининг травматик чиқиши кузатилади. Жароҳатлангандан сўнг чиқиш 6-12 соат давомида тўғриланмаса сон бошчасини асептик некрозининг ривожланиш хавфи ошади [13]. Патологик жараённинг ривожланиши жароҳатланиш оқибатида қон айланишининг бузилиши ва мўътадил таянч қобилиятининг узоқ муддат бўлмаганлиги туфайли ривожланиб ўртача 15-35% гача кузатилади [5,11]. Чанок-сон бўғимининг анатомик бутунлигини тиклашга қаратилган турли вариантдаги остеотомиялар, қон-томир ва мушакли оёқчали пластик операциялар, декомпрессияловчи операция натижалари турлича. Мазкур операциялар қўлланилиб яхши натижаларга эришилмаганда танлов усули сифатида чанок-сон бўғимини эндопротезлаш операцияси қўлланилади [4,11].

Қуймич пештоқининг шикастланишларининг кечки асоратларидан бири посттравматик коксоартроз бўлиб оғир формалари 20% гача кузатилади [13].

Касаллик жадал кечувчи оғриқ аломати, ҳаракат амплитудасининг камайиши, оёқларда таянч қобилиятининг заифлашуви ва таянч-ҳаракат аъзоларининг функциясини бузилиши билан кузатилади [13].

Агар синикни қонсиз усулда репозиция қилиб ишончли фиксация қилиш билан исталган функционал натижага эришилмаса ва оғриқ аломати жадал ривожланганда мазкур тоифадаги беморларга чанок-сон бўғимини тўлиқ эндопротезлаш мақсадга мувофиқ бўлади. Қуймич пештоқи синиб аввал остеосинтез қўлланилган бўлса сон компонентини имплантация қилиш учун қоникарли имконият бўлади [13]. Лекин металлконструкциялар қўлланилиши натижасида чандикли тўқималарнинг ривожланиши эндопротез ўрнатиш операциясини бажаришни техник жиҳатдан қийинлаштириб қўяди. Кузатиладиган функционал натижалар эса артропластик операциялардан кўра пастроқ бўлади [5]. Қуймич пештоқида кузатиладиган нуксонлар мазкур тоифадаги беморларнинг чанок-сон бўғимини эндопротезлаш операциясини техник жиҳатдан мураккаблаштириб қўяди. Унча катта

бўлмаган нуксонларни диаметри каттароқ бўлган косачадан фойдаланиб ёки уни баландроқ жойлаштириб ва винтлардан фойдаланиб бартираф этиш мумкин. Қуймич пештоқида ишлов берилганда олинган суяк парахалари суяк пластикасида қўлланилади. Қуймич пештоқда каттароқ нуксонлар кузатилганда сон бошчасидан суяк трансплантати олиниб таъмирланади ёки трабекуляр металл имплантатлар қўлланилиб тезда остеointegrацияга эришиш мумкин. Нисбатан катта нуксонлар кузатилганда сон бошчасини косачадан чиқишига тайизик кўрсатувчи (антипротрузион) таянч нуктали қурималар пештоқнинг ташқи соҳасига ўрнатилади. Мазкур операциялар қўлланилганда 7-10 йилдан сўнг 80-90% яхши натижаларга эришиш мумкин [1,6,15]. Шундай қилиб таъмирловчи эндопротезлаш операциялари қўлланилганда оёқларнинг таянч қобилияти ишончли таъминланиб оғриқ аломатини бартираф этиб бўғимда зарур ҳажмдаги функционал ҳаракатни тиклаш мумкин.

**Хулосалар.** Замонавий илмий манбаларнинг таҳлили шуни кўрсатадики қуймич пештоқ суяклари жароҳатланган беморларни даволаш кўпқиррали ва мураккаб муаммолардан хисобланади. Мазкур шикастланишларни рўй беришига, оғирлик даражасига ва оқибатларига қўплаб омиллар таъсир кўрсатади. Бугунги кунда консерватив ва аъзоларни таъмирловчи ҳамда эндопротезлаш операцияларнинг турли вариантларини қўлланилишига қарамадан беморларга режали равишда реабилитация муолажаларини қўллашга ёндошувлар кузатилмади. Мазкур ҳолат қуймич пештоқ жароҳатланишларининг оқибатларини умумлаштирувчи классификациянинг мавжуд эмаслиги билан боғлиқ. Шундай қилиб яратилган илмий манбаларни статистик ишлов бериш ва классификациялаш мазкур муаммога комплекс ҳамда тизимли ёндошувга имконият яратади.

#### Адабиётлар:

1. Азизов М.Ж., Рузбаев Д.Р. Клинико-функциональные результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. 2012. №1. С.81-83.
2. Боровой И.С. Хирургические лечение трансцетабулярных переломов // Практическая медицина Том 19, №3, 2021, с. 92-94.
3. Загородний Н.В., Колесник А.И., Лазарев А.Ф., Солод Э.И., Очкурено и А.А., Бухтин К.М. и др. Современные тенденции в оперативном лечении больных с повреждениями таза и вертлужной впадины (обзор литературы) // Гений Ортопедии, том 26, №2, 2020, с. 266-274.
4. Колесник А.И., Донченко С.В., Солодилов И.М., Иванов Д.А., Суриков В.В., Ярмамедов Д.М. Традиционные и современные подходы к выбору имплантов в лечении свежих переломов вертлужной впадины (обзор литературы) // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова, Т.28. №4. 2021. с.39-46.
5. Колесник А.И., Загородний Н.В., Очкурено А.А., Лазарев А.Ф., Солод Э.И., Донченко С.В., Солодилов И.М. и др. Осложнения хирургического лечения пациентов со свежими переломами вертлужной

ападины: систематический обзор // Травматология и ортопедия России. 2021; 27(2), с.144-155.

6. Лазарев А.Ф., Роскидайло А.С., Лазарев А.А., Какабадзе М.Г., Гудушаури Я.Г., Дан И. Возможности оперативного лечения переломов вертлужной впадины с использованием малоинвазивных технологий // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Пирогова. 2009. №2. с.3-9.

7. Лазарев А.Ф., Солод Э.И., Гудушаури Я.Г., Какабадзе М.Г., Стоюхин С.С., Сахарных И.Н. Проблемы лечения переломов вертлужной впадины // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2013, №4, с.81-85.

8. Леонтьев А.В., Кулыгин В.И., Морозов Н.А., Спиридонова О.В. Хирургия тазобедренного сустава. Официальный журнал Русского общества тазобедренного сустава. 2016. №1. С.70-73.

9. Милоков А.Ю., Конев С.В. Комплексная диагностика повреждений вертлужной впадины у пациентов при политравме // Поитравма. 2012. №3. С.64-67.

10. Петров А.Б., Рузанов, В.И., Машуков Т.С. Отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с переломами вертлужной впадины // Гений Ортопедии, том 26, №3, 2020. С.300-305.

11. Ризаев Ж. А., Рахимова Д. А., Жумаев С. Ю. Особенности поражения тканей пародонта у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 63-65.

12. Ризаев Ж. А., Ахророва М. Ш. COVID-19: взгляды на иммунологические аспекты слизистой оболочки рта // International scientific review of the problems of natural sciences and medicine. – 2022. – С. 4-8.

13. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З. Хроническая усталость при рассеянном склерозе и тактика дальнейшего лечения // Доктор ахборотномаси Вестник врача Doctor's herald. – С. 62.

14. Ризаев Ж. А., Хусанбаева Ф. А. Проверка эффективности предложенной схемы лечения стоматологических заболеваний у пациентов с хронической болезнью почек // Journal of reproductive health and uro-nephrology research. – С. 54.

15. Ризаев Ж. А. и др. Эшерихиоз билан касалланган болаларни даволашда антибиотиклар кўлланилишининг ташкилий-услубий асослари // Экономика и социум. – 2022. – №. 9 (100). – С. 561-576.

16. Солод Э.И., Лазарев А.Ф., Гудушаури Я.Г., Какабадзе М.Г. Сахарных И.Н., Стоюхин С.С. Современные возможности остеосинтеза вертлужной впадины // Вестник травматологии и ортопедии, 2024, №2, с.25-31.

17. Стоюхин С.С., Лазарев А.Ф., Гудушаури Я.Г., Солод Э.И. Экспресс-диагностика переломов вертлужной впадины. Часть 1. Рентгенологическая анатомия. Алгоритм определения “простых” переломов вертлужной впадины (часть 1) // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2019. №3. с.37-48.

18. Чегуров О.К., Меншиков И.Н. Лечение повреждений вертлужной впадины и их последствий (обзор литературы) // Журнал клинической м

экспериментальной ортопедии им. Г.А. Илизарова Том. 24, № 1, 2018, с.95-101.

19. Шлыков И.Л., Кузнецова Н.Л. Лечебно-диагностические алгоритмы у больных с нестабильными переломами таза // Кубанский научный медицинский вестник. 2019. № 9. С.156-158.

20. Butterwick D., Papp S., Gofton W., Liew A., Beale P.E. Acetabular fractures in the elderly evaluation and management // J.Bone Joint Surg. Am. 2015/ Vol.97. P. 758-768.

21. Kubota M., Uchida K., Kokubo Y., Shimada S., Matsuo H., Yayama T., Miyazaki T., Takeura N., Yoshida A., Baba H. Changes in pattern and hip muscle strength after open reduction and internal fixation of acetabular fracture // Arch.Phys.Med. Rehabil. 2012. Vol.93, No11. P. 2015-2021.

22. Lont T., Nieminen J., Reito A., Pakarintm T.K., Pajaki I., Eskelinen A., Laitinen M.K. // Acta Orthop. 2019. Vol.90, No 3. P. 275-280.

23. Rickman M., Young J., Bircher M., Pearce R., Hamilton M. The management of complex acetabular fracture in the elderly with fracture fixation and primary total hip replacement // Eur.J. Trauma Emerg. Surg. 2012. Vol. 38, No5. P.511-516.

24. Sardesai N.R., Miller M.A., Jauregui J.J., Griffith C.K., Henn R.F., Nascone W. Operative management of acetabulum in the obese patient: challenges and solutions // Orthop. Res. Rev. 2017. Vol. 9. P. 75-81.

25. Walley K.C., Appleton P.T., Rodriguez E.K. Comparison of outcomes of operative versus non-operative treatment of acetabular fractures in the elderly and severely comorbid patient // Eur.J. Orthop. Surg. Traumatol. 2017. Vol.27, №5, P.689-694.

### **ДИАГНОСТИКА И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ**

*Ахтамов А., Рахмонов У.У., Ахтамов А.А., Ишкабилов Р.Дж.*

**Резюме.** Лечение повреждений костей вертлужной впадины является одной из наиболее актуальных проблем в последние годы в связи с увеличением процента больных, получивших травмы в результате высокоэнергетических дорожно-транспортных происшествий. Сложные травмы требуют применения различных комбинированных методов остеосинтеза, первичных восстановительных эндопротезирующих операций. Несмотря на постоянное совершенствование методов лечения и внедрение в практику новых технологических методов, лечение и реабилитация больных остается одной из нерешенных задач. *Материалы и методы.* Изучены научные источники из различных баз данных (Scopus) и использованы проявления травм бедра, последствия травм бедра, остеосинтез бедра, эндопротезирование тазобедренного сустава.

**Ключевые слова:** тазово-бедренный сустав, последствия травм тазобедренного сустава, остеосинтез, эндопротезирование.