

**ГОО «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»**

УДК: 616.831-009.11-053.2-089.23

На правах рукописи



ГАНИЕВ ХУСЕЙН ТЕМУРОВИЧ

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОРАЖЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ СО
СПАСТИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО
ПАРАЛИЧА**

**Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
доктора философии (PhD), доктора по специальности
6D110115 – Травматология и ортопедия**

Душанбе – 2026

Диссертация выполнена на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино».

**Научный
руководитель:**

Раззоков Абдували Абдухамидович - доктор медицинских наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

**Официальные
оппоненты:**

Хамроев Фарход Шарафович – доктор медицинских наук, заместитель главного врача Республиканской детской психоневрологической больницы им. У. Курбанова Республика Узбекистан.

Махмудов Давронджон Шодибоевич - кандидат медицинских наук, заведующий отделением травматологии Центральной районной больницы Аштского района.

**Оппонирующая
организация:**

Республиканский центр детской ортопедии Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Защита диссертации состоится «30» сентября 2026 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета 6D КОА-052 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Адрес: 734000, Республика Таджикистан, г. Душанбе, проспект Рудаки 139. www.tajmedun.tj, тел.: (+992) 918686605.

С диссертацией можно знакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «_____» _____ 2026 года.

**Учёный секретарь
диссертационного совета,
к.м.н., доцент**



Саъдулозода Ф.С.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Детский церебральный паралич (ДЦП) остаётся одной из ведущих причин стойких двигательных нарушений и инвалидности в детском возрасте. Его клиническая сущность определяется непрогрессирующим повреждением развивающегося головного мозга, тогда как функциональные и ортопедические последствия могут нарастать по мере роста ребёнка. Е.С. Ткаченко и соавт. подчёркивают: «Для детского церебрального паралича характерно непрогрессирующее течение. Однако по мере роста и развития ребёнка клиническая картина может меняться» [19, с. 4]. Те же авторы отмечают: «Всё это приводит к ограничению жизнедеятельности: трудностям в самообслуживании, передвижении, общении, обучении и последующей трудовой деятельности» [19, с. 5].

Проблема имеет выраженное медико-социальное значение. Б.М. Газдиева и соавт. указывают: «Детский церебральный паралич является актуальной проблемой современного общества» [16, с. 99]. Эпидемиологическое бремя сохраняется во всём мире. S. McIntyre и соавт. сообщают: «Современная общая распространённость церебрального паралича при рождении в странах с высоким уровнем дохода составляет 1,6 на 1000 живорождений» [94, с. 1494]. Особенно значимы различия между регионами. I. Jahan и соавт. отмечают: «В странах с низким и средним уровнем дохода дети с церебральным параличом часто поздно выявляются и имеют ограниченный доступ к реабилитации» [88, с. 1328]

А.Л. Куренков и соавт. установили: «У пациентов с ДЦП уровня GMFCS III наблюдаются возрастные изменения паттернов спастичности нижних и верхних конечностей» [25, с. 36]. Авторы заключают: «Эти изменения необходимо учитывать при планировании реабилитации, ботулинотерапии, выявлении и профилактике ортопедических осложнений» [25, с. 36]. Так возникает последовательная патологическая цепь: нарушение центральной регуляции, спастичность, мышечный дисбаланс, ретракция мягких тканей,

контрактура и костно-суставная деформация. О.А. Клочкова и соавт. подчёркивают: «Формирование контрактур является результатом взаимодействия первичных неврологических нарушений и вторичных структурных изменений мышечно-сухожильного комплекса» [28, с. 60].

Наиболее уязвимы тазобедренные, коленные и голеностопные суставы. Н.К. Graham и соавт. отмечают: «Мышечно-скелетная патология при церебральном параличе развивается в течение роста и может прогрессировать от динамической к фиксированной деформации» [95, с. 3].

Ортопедические осложнения непосредственно ухудшают качество жизни. В.А. Новиков и соавт. указывают: «Контрактуры суставов являются серьёзным ортопедическим осложнением, усиливающим ограничения двигательной активности, выраженность боли и снижающим качество жизни» [9, с. 111]. В исследовании также установлено: «Наличие контрактур тазобедренных и коленных суставов значительно снижает показатели доменов “Боль” и “Утомляемость”. Выявленные корреляции подчёркивают необходимость комплексного подхода, включающего контроль боли, улучшение двигательных функций и учёт психосоциальных аспектов» [9, с. 111].

Раннее вмешательство имеет принципиальное значение. I. Novak и соавт. отмечают: «Ранняя точная диагностика позволяет своевременно начать специфическое вмешательство в период высокой нейропластичности» [82, с. 898]. С. Morgan и соавт. дополняют: «Ранние вмешательства должны быть интенсивными, ориентированными на задачи и выполняться ребёнком в естественной среде» [80, с. 849]. Э.И. Джомардлы и А.А. Кольцов подчёркивают: «Несмотря на экспоненциальный рост числа исследований за последние двадцать лет, отсутствует этиотропное лечение детского церебрального паралича» [20, с. 17].

При планировании операции требуется оценивать всю нижнюю конечность как единую кинематическую цепь. R.P. Lamberts и соавт.

отмечают: «Одноэтапная многоуровневая хирургия направлена на одновременную коррекцию всех существенных мышечно-скелетных деформаций» [67, с. 2].

В Республике Таджикистан проблема имеет дополнительную актуальность. Ограниченное число специализированных ортопедических исследований, позднее обращение части пациентов, неоднородность ранее выполненного лечения и недостаточная унификация хирургических подходов затрудняют выбор оптимальной тактики. Х.Т. Ганиев и А.А. Раззоков отмечают: «Оперативное лечение детей со спастическими формами церебрального паралича должно быть дифференцированным и учитывать уровень и сочетание деформаций» [13, с. 228].

Таким образом, актуальность исследования определяется высокой распространённостью и инвалидизирующим характером ДЦП, возрастным формированием вторичных ортопедических нарушений, недостаточной стандартизацией хирургической тактики и необходимостью объективной оценки результатов. Требуется система лечения, объединяющая раннее выявление, функциональную классификацию, комплексную диагностику, дифференцированный выбор оперативного вмешательства и последовательную послеоперационную реабилитацию.

Степень разработанности научной темы. В литературе в проблеме изучения различных аспектов ДЦП уделено серьезное внимание. В частности, в последние годы опубликованы ряд фундаментальных работ, посвященных различным аспектам этиологии, патогенеза и диагностики рассматриваемой патологии. В литературе также серьезное внимание уделено вопросам консервативного и оперативного лечения обсуждаемых заболеваний. Однако, в целом большинства этих исследований основаны на анализе небольшого количества наблюдений. Многие аспекты консервативного и оперативного лечения больных с ДЦП в литературе освещены без их взаимосвязи, а порой носят дискуссионный характер. В этих публикациях отсутствует

комплексный подход к изучению различных аспектов рассматриваемой проблемы в контексте их причинно-следственной взаимозависимости. Несмотря на пристальное внимание этой проблеме в зарубежной литературе, в отечественной литературе обобщающих исследований по этой проблеме, тем более диссертационных исследований, не проводились. Кроме того, описанные многие аспекты этой проблемы, в частности факторы риска, существенно отличаются от таковых в нашей стране.

Связь исследования с научно-исследовательскими проектами.

Диссертационное исследование выполнено в рамках реализации Национальной программы «Перспективы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Республике Таджикистан на 2013-2023 годы», утверждённой Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2 ноября 2012 года, № 676, а также «Программа инновационного развития Республики Таджикистан в период 2011-2020 годы».

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного ортопедического лечения спастических форм детских церебральных параличей с повреждением нижних конечностей.

Задачи исследования:

1. Определить структуру, факторы риска развития и особенности клинического течения спастических форм ДЦП с поражениями нижних конечностей по данным обращаемости.
2. Дать оценку стандартным подходам при оказании медицинской помощи при спастической форме ДЦП с поражениями нижних конечностей (контрольная группа).
3. Уточнить сроки, усовершенствование показаний, тактики комплексного консервативного и оперативного лечения детей со

спастическими формами ДЦП с поражениями нижних конечностей (основная группа).

4. Провести сравнительный анализ результатов лечения спастических форм ДЦП с поражениями нижних конечностей в группах сравнения.

Объект исследования. 208 детей со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей, которым проводилось комплексное консервативное и оперативное лечение. Критериями включения больных в настоящую работу, исходя из ее целей и задач, являлись: возраст от 3 до 14 лет; наличие спастической формы заболевания с наличием показаний к операции только в нижних конечностях.

Предмет исследования. Предметом исследования при рассматриваемой патологии явились: особенности клинического течения, совершенствование методов диагностики и лечения, разработка новых подходов при оценке клинических проявлений и результатов лечения, совершенствование тактики и методов оперативного лечения.

Научная новизна. Установлена более высокая частота сочетания перинатальных и интранатальных факторов риска при обсуждаемой патологии. В структуре анализируемого клинического материала установлены высокий удельный вес тяжелых форм, рождения детей с рассматриваемыми заболеваниями в многодетных семьях, недоношенности и отягощенного течения беременности и родов. Установлено влияние раннего, полноценного и систематического консервативного лечения в более позитивном течении клинических проявлений и рациональной предоперационной подготовки больных со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей. Предложены две шкалы для объективного определения тяжести ДЦП и оценки результатов ее лечения. С учетом задач операций и способов их реализации систематизированы методы и показания для оперативного лечения спастических форм ДЦП с поражениями нижних конечностей. Совершенствованы показания, техники выполнения отдельных операций,

сроки и этапность оперативного лечения рассматриваемой патологии. Предложены усовершенствованные методы лечения некоторых контрактур при обсуждаемых заболеваниях. Доказано статистически значимая зависимость результатов лечения как до и после операции, так и в зависимости от избранной тактики лечения.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что на основании комплексного исследования и анализа большого репрезентативного клинического материала изучены факторы риска развития, структура, особенности течения, диагностики, тактики консервативного и оперативного лечения при спастических формах ДЦП с поражением нижних конечностей. Полученные в результате исследования имеют важное теоретическое значение. В частности, проведение превентивных мероприятий, направленных на профилактику выявленных антенатальных и интранатальных факторов риска развития обсуждаемых патологий, позволяют значительно улучшить результаты их профилактики и лечения. Установленная структура обсуждаемой патологии позволяет на более высоком уровне планировать объем и содержания медицинской помощи этим больным. По итогам проведенного исследования установлено позитивное влияние предложенных комплексных подходов на динамику интегральных клинических проявлений при обсуждаемых патологиях. В частности, установлено значение раннего и систематического консервативного лечения и оптимизированной тактики оперативного лечения на динамику снижения спастичности мышц, улучшения ходьбы и в целом на позитивные исходы рассматриваемых заболеваний. Внедрение результатов проведенной работы в клиническую практику позволяют значительно улучшить результаты лечения обсуждаемой патологии в масштабе всей страны. Предложенные стандартизированные шкалы для оценки тяжести обсуждаемой патологии имеют важное методологическое значение, т.к. могут применяться и в других научных

исследованиях, так и в плане объективного сравнения результатов исследования различных авторов.

Положения, выносимые на защиту

1. Установлено, что у детей со спастическими формами детского церебрального паралича с поражением нижних конечностей клиническое течение заболевания определяется сочетанным влиянием анте-, пери- и интранатальных факторов риска, позднего начала специализированного лечения и недостаточной полноты предоперационной консервативной терапии, что сопровождается высокой частотой тяжёлых контрактур, вторичных деформаций и нарушений локомоторной функции.

2. Разработана и внедрена система комплексного ортопедического лечения, включающая раннюю полноценную консервативную подготовку, оптимизированные показания к хирургическому лечению, усовершенствованную тактику выбора оперативных вмешательств и их этапности, обеспечивает статистически значимое улучшение ближайших и отдалённых функциональных результатов по сравнению с традиционными подходами.

3. Стандартизированы объективные балльные шкалы оценки тяжести спастических форм детского церебрального паралича и результатов лечения позволяют стандартизировать определение тяжести заболевания, объективизировать выбор лечебной тактики и повысить достоверность оценки эффективности ортопедического лечения в ближайшем и отдалённом периодах.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов диссертационного исследования, основных положений выносимых на защиту, заключения и практические их применения определяется достаточным количеством клинического материала, использованием современных и информативных методов исследования, делением больных на группы сравнения, критическим анализом полученных данных и статистической их

обработкой. Основные научные результаты диссертации в виде оригинальных научных статей прошли анонимное рецензирование и опубликованы в рецензируемые научные издания, что также свидетельствует об их достоверности, научной новизны и практической значимости.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности.

Диссертация выполнена в соответствии с Паспортом ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 6D110115 – Травматология и ортопедия, что соответствует разделу III, следующим пунктам: 1. изучение этиологии, патогенеза и распространенности заболеваний опорно-двигательной системы; 3. разработка и усовершенствование методов диагностики и профилактики заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы; 4. клиническая разработка методов лечения заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы и внедрение их в клиническую практику.

Личный вклад соискателя ученой степени и исследования. Автором проведен критический анализ современной литературы по теме диссертации, определены цели и задачи научного исследования, совместно с научным руководителем разработан план комплексного исследования пациентов и написаны все разделы диссертации. Диссертант лично собрал клинический материал и провел ее комплексный анализ. Он также принимал непосредственное активное участие в обследовании пациентов и выполнении оперативных вмешательств, а также в процессе оценки эффективности предложенных и внедренных методов лечения пациентов. Им также проведены анализ и статистическая обработка полученных результатов, на основании которых им сформулированы основные научные положения, заключения и практические рекомендации диссертационного исследования.

Апробация работы и информация о результатах их применения.

Результаты диссертации доложены на: годовых конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (2019, 2020); конференции

молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием (2019, 2020); заседании Республиканского научно-практического общества травматологов-ортопедов Таджикистана (Душанбе, 2023); заседании межкафедральной комиссии ТГМУ им. Абуали ибни Сино по травматологии и ортопедии, анестезиологии и урологии (02.05.2025 год, протокол №29). Результаты исследования внедрены в работу детского травматолого-ортопедических отделений Национального медицинского центра Республики Таджикистан «Шифобахш», медицинского центра «Истиклол», клиники «Мадади Акбар». Основные положения диссертации используются в учебном процессе на кафедрах травматологии, ортопедии и ВПХ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и Таджикского института последипломного образования в сфере здравоохранения.

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликованы 12 работ, в том числе 5 работ в изданиях, рекомендованных журналах ВАК Республики Таджикистан.

Структура и объем диссертации. Материал диссертации изложен на 167 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. В списке литературы содержится 134 источника, в том числе 62 на русском и 72 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 31 таблицами и 16 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Работа выполнена на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Таджикского государственного медицинского университета на клинической базе кафедры в отделении детской травматологии Национального медицинского центра «Шифобахш» в 2012-2022 годы. Она основана на комплексном анализе

данных о 208 детей со спастическими формами детских церебральных параличей (ДЦП) с поражением нижних конечностей (таблица 1).

Таблица 1. -Распределение больных по полу и возрасту

Возрастная группа	Мальчики		Девочки		Р	Итого:	
	Абс.:	%	Абс.:	%		Абс.:	%
Ранний (1-3 лет)	59	41,8	28	41,8	>0,05	87	41,8
Дошкольная (3-7 лет)	47	33,4	21	31,3	>0,05	68	32,7
Младшая школьная (7-10 лет)	27	19,1	14	20,9	>0,05	41	19,7
Подростковый (11-14 лет)	8	5,7	4	6,0	>0,05*	12	5,8
Итого:	141	100,0	67	100,0		208	100,0

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *по точному критерию Фишера)

В исследование были включены только больные в возрасте от 3 до 14 лет, с спастичностью мышц по шкале Эшворта - 0, 1, 1+, 2 балла, ходьбы по шкале GMFCS – 1, 2, 3 виды, с спастической формой заболевания, а также с легкими и средними видами контрактуры суставов, форм заболевания и нарушения интеллекта. Критерии исключения: спастичность мышц по шкале Эшворта 3-4 балла, ходьба по шкале GMFCS – 4 и 5 виды, другие формы заболевания, а также тяжелые виды контрактуры суставов, форм заболевания и нарушения интеллекта.

В зависимости от тактики лечения больные распределялись на две группы. В основную группу вошли 105 (50,5%) больных, которым в предоперационном периоде проводилось консервативное лечение и оптимизированная тактика оперативного лечения. В контрольную группу включены 103 (49,5%) детей, которым в предоперационном не проводилось полноценное консервативное лечение, а также предпринималась общепринятая тактика оперативного лечения. Статистически значимой разницы по ключевым параметрам между группами сравнения не выявлены.

Комплексное обследование больных включало клиники-неврологическое, рентгенологическое (n=208; 100,0%), МРТ (n=11; 5,3%) и статистическое исследования. В программу клинко-неврологического обследования, помимо оценки отдельных симптомов, включали шкалу для оценки спастичности мышц

по Эшворту, оценка ходьбы классификации больших моторных функций GMFCS, шкала оценки силы мышц. С целью сравнительного анализа результатов лечения нами предложены две универсальные балльные шкалы, которые также использовались в качестве методов исследования. Первая шкала предназначена для оценки клинических проявлений обсуждаемой патологии и объективного определения формы заболевания. Вторая шкала предназначена для сравнительного анализа результатов лечения. Статистическая обработка клинического материала проводилась с помощью пакета программ «Statistica 10.0» (Statsoft, США). Различия считались достоверными, если $P < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В зависимости от этиологии ДЦП преобладали интранатальные (29,7%) и смешанные (52,4%) причины. В последнем случае имело место сочетание перинатальных и интранатальных причин, которые в Таджикистане, эти факторы имеют между собой причинно-следственную взаимосвязь. Установлена следующая структура факторов риска: отягощённый акушерский анамнез - 51,0%; рождение от первых родов - 20,0%; рождение многоплодной матери - 59,3%; нарушение оптимальных сроков деторождения - 44,1%; алиментарный фактор - 32,4%; хронические экстрагенитальные заболевания у матери - 30,3%; недоношенность - 49,0%; патология беременности - 24,1%; приём лекарств в период беременности - 28,3%; инфекционные заболевания матери в период беременности - 14,5%; рождение в домашних условиях - 6,2%; наследственный фактор - 2,1%; родовая травма - 66,2%; асфиксия при рождении - 59,3%; применение акушерских щипцов - 4,1%; кесарево сечения при родах - 3,4%; резус-несовместимость матери и ребёнка - 1,4%; ранние менингоэнцефалиты - 5,5%; ранняя черепно-мозговая травма - 2,1%; желтуха новорожденных - 3,4%. В целом в нашем материале по сравнению описанных в литературе данных наблюдается более высокий удельный вес факторов риска. В целом среднее

значение вышеуказанных факторов риска ($n=735$) составило 5,1 фактора риска на одного больного. В 74 (51,0%) наблюдениях матери детей с ДЦП имели различные проблемы при предыдущих родах. Эти случаи приходятся при рождении детей с ДЦП многорожавшей матерью, удельный вес которых в нашем материале составил 86 (59,3%).

Консервативное лечение нами рассматривается в контексте подготовки больных к оперативному лечению. Оно начиналось со времени формирования стойкого патологического двигательного стереотипа с нарушением дисбаланса мышц антагонистов, приводящих к нарушению произвольных движений, а также развитию характерных множественных сгибательных контрактур в суставах (рисунок 1).

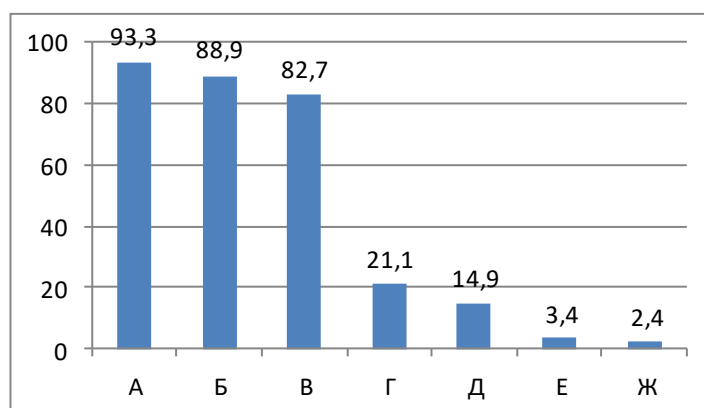


Рисунок 1. Частота деформаций и контрактур. Обозначения: А – контрактура коленного сустава, Б - контрактура тазобедренного сустава, В - эквинусная деформация стопы, Г – косолапость, Д - вывих головки бедра, Е - вальгусная деформация стопы, Ж - варусная деформация стопы.

Для устранения вышеуказанных деформаций и контрактур применяли широкий арсенал медикаментозных, физиотерапевтических, ортопедических, бальнеологических и других методов консервативного лечения. Для оценки эффективности консервативного лечения с помощью разработанной балльной объективной шкалы для оценки клинических проявлений ДЦП определены тяжесть рассматриваемой патологии. В общей выборке лёгкие формы заболевания установлены у 20 (9,6%) больных, средняя форма встречалась у 133 (63,9%) больных, тяжёлая – у 55 (26,5%) пациентов. Под влиянием

консервативного лечения в основной группе наблюдается статистически значимое увеличение удельного веса лёгких форм (13,3%) по сравнению с контрольной группой (5,8%), ($P<0,01$). средних форм - соответственно 70,5% и 57,3% ($P<0,05$). Напротив, в контрольной группе статистически значимо преобладали тяжелые формы заболевания по сравнению с основной группой (36,9% и 16,2%, $P<0,05$). В основной группе также под влиянием консервативного лечения установлены статистически значимое преобладание легких форм нарушений ходьбы по методике GMFCS, улучшения спастичности мышц по шкале Эшворта, снижения частоты контрактур и деформаций, а также снижение удельного веса сочетания этих контрактур с вторичными деформациями (косолапость, вывих тазобедренного сустава, вальгусная и варусная деформация стопы) по сравнению с контрольной группой.

В структуре материала типичные двухсторонние варианты встречались в 100 (48,1%) наблюдениях, типичные односторонние – в 21 (10,1%), атипичные двухсторонние – в 31 (14,9%) и атипичные односторонние – в 56 (26,9%) наблюдениях. К моменту выполнения оперативного лечения в целом суммарный удельный вес атипичных вариантов в контрольной группе был статистически значимо выше, чем в основной группе (соответственно 50,4% и 33,3%, $P<0,05$). Это различие объясняется профилактикой вторичных деформаций на фоне комплексного консервативного лечения. При сравнительном анализе клинических проявлений с помощью предложенной шкалы в основной группе сумма баллов была статистически значимо выше, чем в, в контрольной группе (соответственно $42,8\pm0,5$ и $32,1\pm0,3$ балла, $P<0,05$).

В ходе выполнения настоящей работы нами в основном приоритет отдаётся дифференцированному выполнению операций на мягких тканях, которые в редких случаях сочетаются с другими хирургическими вмешательствами. В основной группе реализована тактика раннего

проведения оперативного лечения. При оптимизации показаний и противопоказаний к операции впервые были использованы результаты стандартных и предложенных нами объективных критериев балльной оценки интегральных параметров рассматриваемой патологии (таблица 2).

Таблица 2. – Показания и противопоказания к операции

Показатель	Показания	Противопоказания
Шкала Эшворта	0, 1, 1+, 2	3, 4
Шкала GMFCS	1, 2, 3	4, 5
Формы заболевания	спастическая	другие
Тяжесть контрактур	легкие и средние	тяжелые
Тяжесть заболевания	легкие и средние	тяжелые
Нарушение интеллекта	легкие и средние	тяжелые

Применение этого подхода позволило минимизировать негативное влияние субъективного фактора на принятие решений. Мы придерживались тактики раннего выполнения оперативного лечения. При реализации этой тактики имеются широкие возможности для оперативной коррекции путем выполнения операций на мягкотканых элементах. Выполнение мягкотканых операций на нескольких сегментах создает более благоприятные условия для одноэтапного выполнения оперативных вмешательств. Также создаются благоприятные условия для профилактики развития более тяжелых оперативных вмешательств, для коррекции которых требуются выполнение сложных реконструктивных вмешательств на костях и мягких тканях. Реализация тактики ранней оперативной коррекции в сочетании с перманентным консервативным лечением потенцируют позитивное их влияние в плане развития более тяжелых деформаций и контрактур.

В нашем материале в 8 (3,8%) наблюдениях операции выполнялись по настаиванию родителей при отклонении вышеописанных параметров в негативную сторону. Этим пациентам выполнялись только мягкотканые паллиативные операции, которые были направлены на облегчение ухода.

При совершенствовании тактики оперативного лечения показания к тем или иным оперативным лечением должны ставиться с учетом их тяжести и

влияния на биомеханику в оперированном сегменте после операции. На основании результатов анализа большого клинического материала, с учетом целей операции и способов их реализации, нами усовершенствована классификация оперативных вмешательств (таблица 3).

Таблица 3. - Усовершенствованная классификация основных оперативных вмешательств при спастических формах ДЦП с поражением нижних конечностей

Цель операции	Способы достижения	Пример
Расслабление мышц	удлинение сухожилий и мышц	ахиллопластика
	относительное удлинение мышц	укорачивающие остеотомии
	превращение двусуставных мышц в односуставные	пересадка сгибателей голени из мышечков голени в мышечки бедра
	миотомии и тенотомии	миотомия приводящих мышц бедра
	операции на спинном мозгу	перерезка корешков спин-ного мозга, миелотомии
Коррекция равновесия мышечной силы	пересадка сухожилий	операция Эггерса
Устранение неправильного положения и увеличение объема движений в суставах	остеотомии	метаплазия по Вредену
	Артропластика	артропластика
Устранение неправильного положения и ограничение объема движений в суставах	тенодезы	тенодезы
	артродезы	трехсуставной артродез голеностопного сустава
Реконструктивные операции	коррекция вторичных деформаций	открытое вправление вывиха головки бедра, операция Зацепина-Штурма

С учетом результатов усовершенствованной классификация основных оперативных вмешательств при спастических формах ДЦП с поражением нижних конечностей выполняли широкий спектр оперативных вмешательств (таблица 4). В основной группе операция Эггерса выполнялась в малоинвазивном варианте (удостоверение на рационализаторское предложение «Усовершенствованный вариант операции Эггерса при

хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе», выданное Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино за №3671/R11659 от 11.03.2025 года. -Душанбе. – 2025 года).

Таблица 4. - Характер оперативных вмешательств в группах

Оперативные вмешательства	Сторона поражения	Основная		Контрольная		Р	Итого:	
		Абс.:	%	Абс.:	%		Абс.	%
Миотомия аддукторов	одност.	11	10,5	14	14,0	>0,05	25	12,0
	двухст.	83	79,0	86	83,5	>0,05	169	81,3
Субспиналь-ная миотомия	одност.	3	2,9	6	5,8	>0,05**	9	4,3
	двухст.	19	18,1	22	21,4	>0,05	41	19,7
Штоффеля-1	одност.	11	10,5	14	14,0	>0,05	25	12,0
	двухст.	83	79,0	86	83,5	>0,05	169	81,3
Штоффеля-2	одност.	7	6,7	10	9,7	>0,05*	17	8,2
	двухст.	76	72,4	79	76,7	>0,05	155	74,5
Ахилопластика	одност.	7	6,7	10	9,7	>0,05*	17	8,2
	двухст.	76	72,4	79	76,7	>0,05	155	74,5
Зацепина-Штурма	одност.	11	10,5	12	11,7	>0,05	23	11,1
	двухст.	5	4,8	7	6,8	>0,05**	12	5,8
Пересадка мышц	одност.	5	4,5	7	6,8	>0,05**	12	5,8
	двухст.	-	-	-	-		-	-
Тенотомии	одност.	5	4,8	6	5,8	>0,05**	11	5,3
	двухст.	2	1,9	2	1,9	>0,05**	4	1,9
Операция Эггерса	одност.	4	3,8	1	1,0	>0,05**	5	2,4
	двухст.	2	1,9	1	1,0	>0,05**	3	1,4
Удлинение сухожилий или мышц	одност.	4	3,8	5	4,9	>0,05**	9	4,3
	двухст.	1	1,0	2	1,9	>0,05**	3	1,4
Открытое вправление вывиха головки бедра	одност.	11	10,5	12	11,7	>0,05	23	11,1
	двухст.	2	1,0	1	1,0	>0,05**	3	1,4
Ацетабуло-пласика	одност.	4	3,8	6	5,8	>0,05**	10	4,8
	двухст.	1	-	-	-		1	0,5
Укорачиваю-щие остеотомии	одност.	-	-	2	1,9		2	1,0
	двухст.	-	-	-	-		-	-
Метаплазия по Вредену	одност.	2	1,0	3	2,9	>0,05**	5	2,4
	двухст.	-	-	-	-		-	-
Артродез	одност.	-	-	2	1,9		2	1,0
	двухст.	-	-	-	-		-	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

В плане совершенствования методов хирургического лечения также предложена методика выбора оптимального способа хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе (удостоверение на рационализаторское предложение, выданное БРИЗ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино за №3672/R1160 от 11.03.2025 года. -Душанбе. – 2025). Суть данной методики состоит в том, что на первом этапе выполняли операцию Штоффеля-1. Если в результате этой операции контрактура коленного сустава исправлялась, то воздержались от применения других операций. Если она не исправлялась, то на втором этапе с прибегали к тенотомии сгибателей голени с обеих мышечков большеберцовой кости. Если после тенотомии сгибательная контрактура не исправлялась, то на третьем этапе то прибегали к операции на костях, т.е. метаплазии по Вредену или укорачивающей остеотомии бедренной кости.

Наконец, предложена совершенствованная методика миотомии аддукторов при хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе (удостоверение на рационализаторское предложение, выданное БРИЗ Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино за №3673/R1161 от 10.12.2025 года. . -Душанбе. – 2025 года), отличающаяся отсечением поверхностных и глубоких аддукторов в сочетании с операцией Штоффеля-1.

Оптимизация тактики лечения обсуждаемых патологий проводилась с учетом сочетанного характера контрактур и деформаций. Так, при типичном одностороннем варианте применили миотомию аддукторов, операции типа Штоффеля-1 и Штоффеля-2, а также ахилопластику с одной стороны. При типичном двухстороннем варианте эти операции применялись с обеих сторон. При атипичном одностороннем варианте применялись вышеописанная комбинация операций в сочетании с реконструктивными вмешательствами

по поводу косолапости или вывиха головки бедра со стороны поражения, при атипичном двухстороннем варианте - с двух сторон. Все эти тактические подходы по показаниям сочетались с хирургическими вмешательствами типа пересадки мышц, а также с корригирующими или укорачивающими остеотомиями. Типичные двухсторонние операции выполнены 100 (48,1%) больным, типичные односторонние – 21 (10,1%), атипичные двухсторонние – 31 (14,9%) и атипичные односторонние – 56 (26,9%) пациентам. При сравнительном анализе в основной группе отмечается статистически значимое преобладание частоты типичных двухсторонних и типичных односторонних вариантов оперативных вмешательств по сравнению с контрольной группой. Напротив, в контрольной группе по сравнению с основной группой установлено статистически значимое преобладание частоты применения атипичных двухсторонних и односторонних оперативных вмешательств.

С учётом двухстороннего характера поражений и выполнения операций в составе атипичных многоуровневых операций с одинаковой частотой в группах сравнения на 132 сегментах были выполнены дополнительные операции на мягких тканях и на 46 сегментах - на костях.

В нашем материале у 9 (4,3%) больных встречались переломы костей, в том числе у 4 (3,8%) пациентов из основной и у 5 (4,8%) больных из контрольной группы. В этих наблюдениях выявлялись тяжёлые формы заболевания с спастичностью мышц по шкале Эшворта 3 баллов, контрактуры суставов носили выраженный характер во всех суставах. Медикаментозное лечение судорожного синдрома и репозиции переломов были неэффективными. Поэтому, оптимальной тактикой их лечения является оперативное лечение.

В основной группе наблюдается статистически значимое увеличение частоты выполнения одноэтапных операций по сравнению с контрольной группой (соответственно 69,5% и 37,9%, $P < 0,001$). В общей выборке, в том числе и в группах сравнения, типичные многокомпонентные оперативные

вмешательства на мягких тканях выполнялись в один этап, атипичные варианты – в два и более этапа. В основной группе удельный вес одноэтапных операций статистически значимо больше, чем к контрольной группе (соответственно 69,5% и 37,9%, $P < 0,001$). Удельный вес многоэтапных операций при атипичных вариантах сочетания оперативных вмешательств в контрольной группе составил 27 (25,7%), в контрольной – 46 (44,7%), $P < 0,05$. Это также косвенно свидетельствует о значении непрерывного консервативного лечения в предоперационном периоде.

Результаты заживления послеоперационных ран в группах сравнения статистически значимо не отличались. Различные послеоперационные осложнения, связанные с заживлением раны, в общей выборке встречались у 15 (7,2%) больных, в том числе в основной группе – у 7 (6,7%) и в контрольной группе – у 8 (7,8%) пациентов. В результате консервативного лечения они только в 4 (1,9%) случаях они являлись причиной развития глубоких ран или свищей, по поводу которых были проведены saniрующие операции с положительными исходами.

Ближайшие результаты оценивались у всех обследуемых спустя 6 месяцев после оперативного лечения с помощью предложенной нами шкалы оценки результатов лечения. Они в основной группе оказались статистически значимо лучше, чем в контрольной группе (соответственно $66,5 \pm 0,6$ и $58,2 \pm 0,4$ баллов, $P < 0,001$). Это объясняется тем, что к этому времени, хотя контрактуры в суставах были устранены хирургическими методами, больным ещё проводились реабилитационные мероприятия. Поэтому у них к этому сроку ещё окончательно не вырабатывались новые адаптационные и компенсаторные механизмы нарушения ходьбы и статических функций.

Отдалённые результаты оценивались в сроки после года у 194 (93,3%) больных, в том числе у 101 (96,2%) пациентов из основной и у 93 (90,3%) больных контрольной группы. Летальных исходов и других общих осложнений не наблюдались. При сравнительном анализе отдаленных

результатов лечения до и после оперативного лечения в основной группе по сравнению с контрольной группой наблюдается статистически значимое улучшение основных показателей (динамика ходьбы по классификации больших моторных функций GMFCS; спастичность мышц по шкале Эшворта; частота контрактур в тазобедренных и коленных суставах, а также эквинусной деформации стоп). Следовательно, на основании этих данных, реализуемые подходы можно отнести к эффективным путям улучшения результатов лечения обсуждаемых больных. Несмотря на применение широкого диапазона операция на мягких тканях и костях, в отдаленном периоде в основной группе в 28,3% и в контрольной группе у 34,4% наблюдений сохранились лёгкие контрактуры коленного сустава, которые, с нашей точки зрения, связаны с влиянием нервного компонента в их формировании и регрессе. Также косвенно можно судить о низкой эффективности операции Штоффеля-1 при рассматриваемых заболеваниях. Наиболее лучшие отдаленные результаты при рассматриваемой патологии установлены после хирургической коррекции эквинусной деформации стопы.

Отдаленные результаты также оценивались с помощью предложенной нами шкалы оценки отдаленных результатов лечения спастических форм ДЦП с поражением нижних конечностей. При сравнительном анализе отдаленных результатов после операции отмечается статистически значимое улучшение отдаленных результатов обсуждаемых патологий в основной группе по сравнению с контрольной группой (соответственно $72,5 \pm 0,7$ и $64,2 \pm 0,6$ баллов; $P < 0,001$). С целью адаптации результатов применения этой объективной шкалы с результатами из литературы, носящей субъективный характер, нами предложены следующие объективные критерии оценки отдаленных результатов: «хороший» - при сумме результатов лечения свыше 70 баллов; «удовлетворительный» - при сумме результатов лечения от 61 до 70 баллов; «неудовлетворительный» при сумме результатов лечения до 60 баллов (таблица 5). Частота хороших результатов в основной группе статистически

значимо больше, чем в контрольной группе (соответственно 64,4% и 11,8%, $P<0,05$). Напротив, в контрольной группе наблюдается преобладание удовлетворительных результатов по сравнению с основной группой (соответственно 65,6% и 27,7%, $P<0,05$). Частота неудовлетворительных результатов в группах сравнения в основной группе составила 7,9%, в контрольной – 22,6%, $P<0,05$ (таблица 5).

Таблица 5. - Отдаленные результаты лечения

Отдаленный результат	Основная группа (n=101)		Контрольная группа (n=93)		p	Итого (n=104)	
	Абс	%	Абс	%		Абс	%
Хороший	65	64,4	11	11,8	df=2 $\chi^2=56,19$ p<0,001	76	73,1
Удовлетворительный	28	27,7	61	65,6		89	85,6
Неудовлетворительный	8	7,9	21	22,6		29	27,9

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

Таким образом, подводя итог анализу отдаленных результатов лечения детей со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей, необходимо отметить, что реализация в настоящей работы концепции комплексного анализа клинических проявлений обсуждаемой патологии с объективизацией критериев для ее оценки, разработка оптимизированных критериев при оптимизации тактики лечения, сочетание консервативных и оперативных методов, совершенствование оперативных методов и других реализованных новшеств в конечном итоге способствовали улучшению результатов лечения по сравнению с контрольной группой. По результатам проведенной работы в контексте объективизации подходов при оценке отдаленных результатов предложена оригинальная методика, которая имеет определенный интерес, как для практического здравоохранения, так и в плане проведения дальнейших научных исследований по этому разделу клинической ортопедии.

ВЫВОДЫ

1. В структуре больных со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей по данным обращаемости преобладают высокий удельный вес интранатальных (29,7%) и смешанных (сочетания перинатальных и интранатальных) факторов риска (52,4%), позднее обращение за оперативным лечением (25,5%) и лица мужского пола (67,8%). В целом на одного больного приходится 5,1 фактора риска, которые в сочетании с недостатками консервативного лечения в предоперационном периоде способствуют развитию средних (57,3%) и тяжелых (36,9%) форм заболевания. [1-А, 3-А, 4-А, 7-А, 11-А].

2. Недостатки предоперационного консервативного лечения в контрольной группе способствуют развитию более высокого удельного веса нарушений ходьбы (73,7%), тяжелых форм повышения спастичности мышц (80,6%), контрактур тазобедренного (53,4%), коленного (98,1%) и голеностопного (86,2% суставов, а также косолапости (21,3%), вывиха головки бедра (16,5%), варусной (2,9%) и вальгусной (3,9%) деформации стопы. Рано начатое полноценное и систематически проведенное консервативное лечение способствует статистически достоверному улучшению общей тяжести заболевания по разработанной шкале (в основной группе – $42,8 \pm 0,5$ балла, в контрольной $32,1 \pm 0,3$ балла, $P < 0,05$), частоты контрактур и деформаций, спастичности мышц, улучшению ходьбы и снижению удельного веса тяжелых форм ДЦП с 36,9% до 16,2%, а также создает более благоприятные условия для проведения оперативного лечения. [3-А, 4-А].

3. Анализ тактики оперативного лечения в контрольной группе выявил статистически значимое увеличение удельного веса больных с поздним обращением (61,2%), что является одной из причин развития более тяжелых деформаций и контрактур суставов. В совокупности с выполнением оперативных вмешательств по общепринятым подходам являются причиной

развития неудовлетворительных исходов заболевания. [5-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А].

4. Реализованная в основной группе оптимизированная система консервативного и оперативного лечения относятся к эффективным путям улучшения результатов лечения больных со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей. [3-А, 5-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А, 12-А].

5. При сравнительном анализе результатов реализованных тактических подходов лечения с помощью предложенной объективной балльной шкалы оценки результатов оперативного установлено статистически значимое улучшение отдаленных результатов лечения рассматриваемой патологии по сравнению с контрольной группой (соответственно $72,5 \pm 0,7$ и $64,2 \pm 0,6$ баллов, $P < 0,001$). [2-А, 5-А, 6-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. При появлении у детей первых признаков нарушения дисбаланса мышц антагонистов, приводящее к нарушению произвольных движений, в сочетании с перинатальными и антенатальными факторами риска в анамнезе следует начать комплексное консервативное лечение.

2. Обследование и лечение детей со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей должно проводиться комплексно с участием ортопеда и невропатолога с применением общепринятых и современных методов исследования.

3. Консервативное лечение должно проводиться с дифференцированным применением широкого арсенала методов ее реализации, а также в непрерывном режиме до и после оперативного лечения.

4. Показания для выполнения отдельных оперативных вмешательств должны ставиться с учетом усовершенствованной систематизации целей и

методов достижения оперативных вмешательств, тяжести контрактур, деформаций и сочетанного их характера.

5. При планировании оперативных вмешательств необходимо прибегнуть к предложенной систематизации контрактур и подходов при их коррекции, которые в зависимости от их выраженности могут проводиться в одноэтапном и многоэтапном варианте.

6. При хирургическом лечении детей со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей предпочтение следует отдавать выполнению типичных многокомпонентных операций на мягких тканях.

7. Показанием для дополнительного выполнения миотомии, тенотомии и операций на костях должны ставиться в исключительных случаях при неэффективности типичных мягкотканых операций.

8. При неэффективности устранения сгибательной контрактуры после резекции запирательного нерва необходимо прибегнуть к выполнению предложенной нами малоинвазивной операции Эггерса.

9. наблюдаемое после выполнения операции Штоффеля-2 устранение эквинусной установки стопы не может служить противопоказанием для выполнения ахилопластики.

10. Операция миотомии аддукторов при неэффективности резекции поверхностных приводящих мышц должна выполняться в виде предложенной нами расширенной миотомии аддукторов.

11. В комплексном обследовании, диагностики и лечения больных со спастическими формами ДЦП с поражением нижних конечностей, наряду с клиническими данными, необходимо использовать описанные в литературе шкалы GMFCS и Эшворта, а также предложенные в ходе выполнения настоящей работы шкалы для определения тяжести рассматриваемой патологии и оценки её отдалённых результатов.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Ганиев Х.Т. Клинико-восстановительная реабилитация больных со спастической формой детского церебрального паралича [текст] / Асилова Н.Г. Ганиева М.Т. Исаева М.Б. // СИМУРГ. - 2021.- № 9(1).- С. 84-87

[2-А]. Ганиев Х.Т. Клиника, диагностика и лечение детского церебрального паралича [текст] / М.Т. Ганиева, Н.Г. Асилова, И. Фируза // Симург. -2021. - №9 (1). С. 58-62.

[3-А]. Ганиев Х.Т. Значение консервативного лечения в предоперационной подготовке больных со спастическими формами детских церебральных параличей с преимущественным поражением нижних конечностей [текст] / Х.Т. Ганиев // Медицинский вестник национальной академии наук Таджикистана – 2023. - Том XIII. - №2 (46). - С. 17-24.

[4-А]. Ганиев Х.Т. Влияние факторов риска спастических форм детских церебральных параличей с поражениями нижних конечностей на тактику их комплексного лечения. [текст] / А.А.Раззоков // Симург. - 2023. 18(2). – С. 83-92.

[5-А]. Ганиев Х.Т. Оперативное лечение детских церебральных параличей [текст] /А.А. Раззоков // Вестник Авиценны. - 2024. - № 2. - С. 214-232.

Статьи и тезисы в сборниках конференций

[6-А]. Ганиев Х.Т. Эффективность динамической проприоцептивной коррекции при детских церебральных параличах. [текст] / Н.Г.Асилова, М.Бозорова // Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений».30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 377.

[7-А]. Ганиев Х.Т. Эффективность методов физической реабилитации у детей со спастической формой детского церебрального паралича. [текст] / Н.Г.Асилова, А.Н.Абдуллоев // Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» 30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 442.

[8-А]. Ганиев Х. Т. Хирургическое лечение эквинусной деформации стопы у детей с детским церебральным параличом [текст] /А. А.Маджидов // Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремесел». 17 ноября. -Душанбе. – 2021. – С. 58.

[9-А]. Ганиев Х.Т. Ортопедическая коррекция детей со спастическими формами детского церебрального паралича [текст] / М.А.Хабибуллоева, М.Сабурзода. Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений».30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 392.

[10-А]. Ганиев Х.Т. Ортопедическое лечение поражений нижних конечностей у детей со спастическими формами детского церебрального паралича [текст] /А.А.Мажидов, Ш.К.Иброхимов // Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений».30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 43.

[11-А]. Ганиев Х.Т. Изучение течения и частоты спастической формы детского церебрального паралича по данным обращаемости [текст] /О. Ш. Рахимзода, Х.Т. Ганиев // Материалы XVIII Научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» «Наука и инновация в медицине». -Душанбе. – 2023. -Том 1. – С. – 209.

[12-А]. Ганиев Х.Т. Хирургическое лечение эквинусной деформации стопы у детей с детским церебральным параличом [текст] /О. Ш.Рахимзода // Материалы XVIII Научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» «Наука и инновация в медицине». -Душанбе. – 2023. -Том 1. – С. – 209. -Душанбе. – 2023. -Том 1. – С. 217-218.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Ганиев Х.Т. Усовершенствованный вариант операции Эггера при хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе / Х.Т.Ганиев, А.А.Раззоков //Рационализаторское предложение за №3671/R11659 от 11.03.2025 года. - Душанбе. – 2025.

2. Ганиев Х.Т. Методика выбора оптимального способа хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе / Х.Т.Ганиев, А.А.Раззоков //Рационализаторское предложение за №3672/R1160 от 11.03.2025 года. -Душанбе. – 2025.

3. Ганиев Х.Т. Совершенствование техники миотомии аддукторов при хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе / Х.Т.Ганиев, А.А.Раззоков //Рационализаторское предложение за №3673/R1161 от 10.12.2025 года. - Душанбе. – 2025.

Перечень сокращений и условных обозначений

ДЦП – детский церебральный паралич

КТ – компьютерная томография

МРТ – магнитно-резонансная томография

ОДА – опорно-двигательный аппарат

ЭОП – электронно-оптический преобразователь

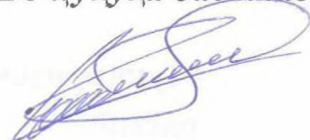
ТГМУ – Таджикский государственный медицинский университет

GMFCS – Gross motor function Classification system

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ «ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ
ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

ВБД: 616.831-009.11-053.2-089.23

Бо ҳуқуқи дастнавис



ҒАНИЕВ ҲУСЕЙН ТЕМУРОВИЧ

**ТАКМИЛИ ТАБОБАТИ ОРТОПЕДИИ ОСЕБҲОИ АНДОМҲОИ ПОЁНӢ
ДАР КӢДАКОНИ ДОРОИ ШАКЛҲОИ СПАСТИКИИ ФАЛАҶИ
МАЙНАИ САРИ КӢДАКОН**

**Автореферати
диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмӣ
доктори фалсафа (PhD), доктор аз рӯи ихтисоси
6D110115 – Травматология ва ортопедия**

Душанбе – 2026

Диссертатсия дар кафедраи травматология, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбии саҳроии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Раззоқов Абдувалӣ Абдуҳамидович** - доктори илмҳои тиббӣ, профессори кафедраи травматология, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбии саҳроии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино».

Муқарризонии расмӣ: **Хамроев Фарҳод Шарафович** – доктори илмҳои тиббӣ, муовини сардухтури Беморхонаи ҷумҳуриявии равония-неврологии кӯдакони ба номи У. Қурбонов-и Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Маҳмудов Давронҷон Шодибоевич – номзоди илмҳои тиббӣ, мудири шуъбаи травматологияи Беморхонаи марказии ноҳиявии ноҳияи Ашт.

Муассисаи пешбар: Маркази ҷумҳуриявии ортопедия кӯдакони Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон.

Ҳимояи диссертатсия «30» сентябри соли 2026 соати 13⁰⁰ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D КОА-052 МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» баргузор мегардад.

Нишонӣ: 734000, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ 139, www.tajmedun.tj, тел.: (+992) 918686605.

Бо диссертатсия дар китобхонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «_____» _____ соли 2026 ирсол гардид.

Котиби илмӣ шурои

диссертатсионӣ

номзоди илмҳои тиб, дотсент



Саъдуллозода Ф.С.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзуи диссертатсия. Фалаҷи майнаи сари кӯдакон (ФМК) яке аз сабабҳои асосии ихтилолҳои устувори ҳаракат ва маъюбшавӣ дар синни кӯдакӣ боқӣ мемонад. Моҳияти клиникии онро осебҳои пешнаравандаи майнаи сари инкишофёбанда муайян мекунанд, дар ҳоле ки оқибатҳои функционаливу ортопедӣ метавонанд бо инкишоф ёфтани кӯдак афзоиш меёбанд. Е.С. Ткаченко ва ҳаммуаллифон таъкид мекунанд: «Барои фалаҷи майнаи сари кӯдакон чараёни пешнараванда хос аст. Аммо бо қад кашидан ва инкишоф ёфтани кӯдак манзараи клиникӣ мумкин аст тағйир ёбад» [19, с. 4]. Ҳамчунин муаллифон қайд мекунанд, ки: «Ҳамаи ин ба маҳдуд шудани фаъолияти ҳаётӣ оварда мерасонад: мушкilotи худхизматрасонӣ, ҳаракат кардан, муошират, таҳсил ва баъдан дар фаъолияти корӣ » [19, с. 5].

Мушкilotи мазкур дорои аҳамияти муҳимми тиббиву иҷтимоӣ мебошад Б.М. Газдиева ишора мекуанд, ки: «Фалаҷи майнаи сари кӯдакон проблемаи мубрами ҷомеаи муосир маҳсуб мешавад» [16, с. 99]. Бори вазнини эпидемиологӣ дар тамоми ҷаҳон боқӣ мемонад. S. McIntyre ва ҳаммуаллифон иттилоъ медиҳанд, ки: «Паҳншавии муосиру умумии фалаҷи майнаи сари кӯдакон дар замони таваллуд шудан дар кишварҳои сатҳи даромадашон баланд то 1,6 ба 1000 зиндатаваллудшуда рост меояд» [94, с. 1494]. Фарқиятҳои муҳим дар минтақаҳо ба ҷашм мерасанд. I. Jahan ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд, ки: «Дар кишварҳои сатҳи даромадашон паст ва миёна кӯдакони дорои фалаҷи майнаи сар аксар вақт дер муайян карда мешаванд ва ба тавонбахшӣ (реабилитатсия) дастарасии маҳдуд доранд» [88, с. 1328]

А.Л. Куренков ва ҳаммуаллифон муайян карданд, ки: «Дар беморони дорои ФМК сатҳи GMFCS III тағйироти вобаста аз синну сол дар шаклҳои спастикии (кашишхурии мушакҳо) андомҳои болоӣ ва поёӣ ба мушоҳида мерасад» [25, с. 36]. Муаллифон ба хулосае меоянд, ки: «Ин тағйиротро аснои банақшагирии тавонбахшӣ, ботулинотерапия, ошкорсозӣ ва пешгирии

оризаҳои ортопедӣ ба эътибор гирифтани лозим аст» [25, с. 36]. Ҳамин тавр, занҷири пай дар пайи патологӣ пайдо мешавад: ихтилоли танзими марказӣ, спастикӣ, номутаносибии мушакҳо, ретраксияи бофтаҳои нарм, контрактура ва деформатсияи устухону буғумҳо. О.А. Клочкова ва ҳаммуаллифон таъкид мекунанд, ки: «Ташаккул ёфтани контрактураҳо натиҷаи ҳамкориҳои мутақобилаи ихтилолҳои аввалияи неврологӣ ва тағйироти дувумии сохтории маҷмуи мушакҳову пайҳо мебошад» [28, с. 60].

Нисбатан буғумҳои косу рон, зону ва соқу попанча осебпазир мебошанд. Тавре ки Н.К. Graham ва ҳаммуаллифон ишора мекунанд: «Бемории мушакҳову скелет дар вақти фалаҷи майнаи сар дар давоми инкишоф пайдо мешавад ва метавонад, ки аз деформатсияи динамикӣ то фиксатсионӣ пеш равад» [95, с. 3].

Оризаҳои ортопедӣ бевосита сифати ҳаётро паст месозанд. В.А. Новиков ва ҳаммуаллифон ишора мекунанд, ки: «Контрактураҳои буғумҳо оризаҳои чиддии ортопедӣ мебошанд, ки маҳдудшавии фаъолнокии ҳаракат ва возеҳии дардро пурзӯр, сифати ҳаётро паст месозанд» [9, с. 111]. Дар таҳқиқот, инчунин муайян карда шудааст, ки: «Мавҷуд будани контрактураҳои буғумҳои косу рон ва зону нишондиҳандаҳои доменро хеле коҳиш медиҳанд “Дард” ва “Мондашавӣ”. Ҳамбастагӣҳои муайянкардашуда зарурати равиши комплексӣ, аз ҷумла назорати дард, беҳтар кардани функсияи ҳаракат ва ба ҳисоб гирифтани ҷанбаҳои равоии иҷтимоиро таъкид мекунанд» [9, с. 111].

Дахолати барвақт аҳамияти принсипалӣ дорад. I. Novak ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд: «Ташҳиси барвақту дақиқ имконият медиҳад, ки дар давраи нейропластикӣ амалиёти махсус сари вақт сар карда шавад» [82, с. 898]. С. Morgan ва ҳаммуаллифон илова мекунанд: «Амалиёти ҷарроҳии барвақт бояд интенсивӣ бошад ва ба вазифаҳо нигаронида шуда, аз тарафи кӯдак дар муҳити табиӣ иҷро карда мешавад» [80, с. 849]. Э.И. Джомардли ва А.А. Колтсов таъкид мекунанд, ки: «Сарфи назар аз рушди экспонентсиалӣ

миқдори таҳқиқотҳо дар бист соли охир, табобати этиотропии фалачи майнаи сари кӯдакон мавҷуд нест» [20, с. 17].

Ҳангоми ба нақша гирифтани амалиёти ҷарроҳӣ талаб карда мешавад, ки ҳамаи андоми поёни ҳамчун занҷири ягонаи кинематикӣ арзёбӣ карда шавад. R.P. Lamberts ва ҳаммуаллифон қайд мекунанд, ки: «Ҷарроҳии якмарҳилавии бисёрсатҳӣ ба ислоҳи ҳамзамони ҳамаи деформатсияҳои мавҷудаи мушакҳову скелет равона шудааст» [67, с. 2].

Дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ин мушкилот мубрамияти идовагӣ касб мекунад. Миқдори маҳдуди таҳқиқотҳои махсуси ортопедӣ, дер мурочиат кардани як қисми беморон, гуногун будани табобатҳои қаблан иҷро кардашуда ва ҳамгунсозии нокифояи равишҳои ҷарроҳӣ интиҳоби тактикаи табобатро мушкил месозанд. Х.Т. Ғаниев ва А.А. Раззоқов қайд кардаанд, ки: «Табобати ҷарроҳии кӯдакони дорои шаклҳои спастикӣ фалачи майнаи сар бояд тафриқавӣ бошад ва сатҳи якҷояшавии деформатсияҳоро ба инобат гирад» [13, с. 228].

Ҳамин тавр, мубрамии таҳқиқотро паҳншавии зиёд ва хусусияти маъюбкунӣ доштани фалачи майнаи сари кӯдакон (ФМК), ташаккули синнусолии ихтилолҳои дувумии ортопедӣ, стандартизатсияи нокифояи тактикаи ҷарроҳӣ ва зарурати арзёбии ҳолисонаи (объективӣ) натиҷаҳо муайян мекунанд. Системаи табобате талаб карда мешавад, ки барвақт ошкор кардан, таснифи функционалӣ, ташҳиси комплексӣ, интиҳоби тафриқавии амалиёти ҷарроҳӣ ва реабилитатсияи пайдарпайи пасазҷарроҳиро муттаҳид созад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омузиш. Дар адабиёти илмӣ ба проблемаи омузиши ҷанбаҳои гуногуни ФМК диққати махсус дода шудааст. Аз ҷумла, дар солҳои охир бахшида ба ҷанбаҳои гуногуни этиология, патогенез ва ташҳиси бемории мавриди таҳқиқ як қатор пажӯҳишҳои фундаменталӣ нашр шудаанд. Дар адабиёти илмӣ, инчунин диққати махсус ба масъалаҳои табобати консервативӣ ва ҷарроҳии бемории баррасишаванда

нигаронида шудааст. Аммо дар маҷмӯъ, бештари ин таҳқиқотҳо дар заминаи миқдори ками муоинаҳо асоснок карда шудаанд. Бисёр ҷанбаҳои таъбаоти консервативӣ ва ҷарроҳии беморони дорои ФМК дар адабиёти илмӣ бидуни иртиботи мутақобила тавсиф шуда, ҳатто гоҳо хусусияти баҳсангездоранд. Дар ин маводи нашршуда нисбат ба омузиши ҷанбаҳои гуногуни проблемаи баррасишаванда дар робита бо вобастагии байниҳамдигарии сабабиву натиҷавии онҳо равиши комплексӣ дида намешавад. Сарфи назар аз таваҷҷуҳи нисбатан ҷиддӣ ба ин проблема дар адабиётҳои илмӣ хориҷӣ, дар адабиёти ватанӣ нисбат ба ин проблема пажӯҳиши ҷамъбаस्तкунанда ва гузашта аз ин, таҳқиқотҳои диссертатсионӣ гузаронида нашудааст. Ғайр аз ин, бисёр ҷанбаҳои тавсифшудаи проблемаи мазкур, аз ҷумла омилҳои хатар, аз ҳамин гуна омилҳо дар кишвари мо хеле фарқ мекунанд.

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоиҳаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Таҳқиқоти диссертатсионӣ дар доираи татбиқи Барномаи миллии «Дурнамои пешгирӣ ва назорати бемориҳои ғайрисироятӣ ва травматизм дар Ҷумҳурии Тоҷикистон барои солҳои 2013-2023», ки бо Қарори Ҳукумати Ҷумҳурии Тоҷикистон аз 2-юми ноябри соли 2012, № 676 тасдиқ шудааст, ҳамчунин «Барномаи рушди инноватсионии Ҷумҳурии Тоҷикистон дар давраи солҳои 2011-2020» иҷро карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар сохтани натиҷаҳои таъбаоти комплекси ортопедии шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон бо осеб дидани андомҳои поёӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

1. Муайян кардани сохтор, омилҳои хатари инкишоф ва хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон (ФМК) бо осеб дидани андомҳои поёӣ мувофиқи маълумотҳои мурочиатҳо.

2. Арзёбӣ намудани равишҳои стандартӣ ҳангоми расонидани ёрии тиббӣ дар шаклҳои спастикии ФМК бо осеб дидани андомҳои поёӣ (гурӯҳи назоратӣ).

3. Муайян кардани муҳлат, такмил додани нишондиҳандаҳо, тактикаи табобати консервативӣ ва ҷарроҳии кӯдакони гирифтори шаклҳои спастикии ФМК бо осеб дидани андомҳои поёӣ (гурӯҳи асосӣ).

4. Гузаронидани таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобати шаклҳои спастикии ФМК бо осеб дидани андомҳои поёӣ дар гурӯҳи назоратӣ.

Объекти таҳқиқот. Объекти таҳқиқот маълумотҳо дар бораи 208 кӯдакони гирифтори шаклҳои спастикии ФМК бо осеб дидани андомҳои поёӣ буд, ки дар онҳо табобати комплекси консервативӣ ва ҷарроҳӣ гузаронида шудааст. Критерияҳо барои дохил кардани беморон ба таҳқиқоти мазкур вобаста ба мақсад ва вазифаҳои он, инҳо буданд: синну соли аз 3 то 14-сола; мавҷуд будани шакли спастикии беморӣ бо будани нишондодҳо барои ҷарроҳии танҳо андомҳои поёӣ.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот ҳангоми баррасӣ намудани бемории мазкур инҳо буданд: хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, такмил додани усулҳои ташҳис ва табобат, коркарди равишҳои нав ҳангоми арзёбӣ намудани зухуроти клиникӣ ва натиҷаҳои табобат, такмил додани тактика ва усулҳои табобати ҷарроҳӣ.

Навгони илмӣ таҳқиқот. Басомади нисбатан баланди якҷояшудаи омилҳои хатари перинаталӣ ва интранаталӣ ҳангоми бемории баррасишаванда. Дар сохтори маводи клиникии таҳлилшаванда вазни ҳолиси баланди шаклҳои вазнин, таваллуд шудани кӯдакон бо бемориҳои баррасишаванда дар оилаҳои серфарзанд, кӯдакони норасид, ҷараёни вазнини ҳомилагӣ ва валодат муқаррар карда шуд. Таъсири табобати барвақт, мукамал ва системавии консервативӣ бар ҷараёни нисбатан мусбати зухуроти клиникӣ ва омодагии пешазҷарроҳии ратсионалии беморони

гирифтори шаклҳои спастикии ФМК бо осеб дидани андомҳои поёни муайян карда шудааст. Барои ба таври объективӣ муайян кардани вазнинии ФМК ва арзёбӣ намудани натиҷаҳои табобати он ду шкала пешниҳод карда шудааст. Бо назардошти вазифаҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои татбиқ намудани онҳо усулҳо ва нишондодҳо барои табобати ҷарроҳии шаклҳои ФМК бо осеб дидани андомҳои поёни ба низом дароварда шудаанд. Нишондодҳо, техникаи иҷро кардани ҷарроҳиҳои ҷудогона, муҳлат ва марҳилавӣ будани табобати ҷарроҳии бемории баррасишаванда такмил дода шудаанд. Усулҳои такмилёфтаи табобати баъзе контрактураҳо ҳангоми бемории баррасишаванда пешниҳод карда шудаанд. Вобастагии муҳимми омории натиҷаҳои табобат то ҷарроҳӣ ва ҳам пас аз он, ҳамчунин вобаста аз тактикаи интиҳобшудаи табобат собит карда шудааст.

Аҳаммияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот. Аҳаммияти назариявии таҳқиқот аз он иборат аст, ки дар асоси таҳқиқот ва таҳлили комплекси маводи зиёди репрезентативию клиникӣ омилҳои хатари инкишоф, сохтор, хусусиятҳои ҷараён, ташхис, тактикаи табобати консервативӣ ва ҷарроҳӣ дар шаклҳои спастикии ФМК бо осеби андомҳои поёни омукта шудаанд. Натиҷаҳои дар ҷараёни таҳқиқот ба даст овардашуда дорои аҳамияти бузурги назариявӣ мебошанд. Аз ҷумла, баргузориҳои ҷорабиниҳои пешгирикунанда, ки ба профилактикаи омилҳои хатари антенаталӣ ва интранаталӣ муайянкардашудаи бемории баррасишаванда нигаронида шудаанд, имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои профилактика ва табобати онҳо хеле беҳтар карда шавад. Сохтори муқарраркардашудаи бемории баррасишаванда имконият медиҳад, ки ҳаҷм ва муҳтавои ёрии тиббӣ барои ин беморон дар сатҳи нисбатан баландтар ба нақша гирифта шавад. Мувофиқи натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда таъсири мусбати равишҳои комплекси пешниҳодкардашуда ба динамикаи зухуроти интегралӣ клиникӣ ҳангоми бемориҳои баррасишаванда муқаррар карда шуд. Аз ҷумла, аҳаммияти табобати барвақту систематикӣ консервативӣ ва тактикаи

оптимизатсияшудаи табобати ҷарроҳӣ ба динамикаи паст шудани ташаннуҷи мушакҳо, беҳтар гаштани роҳгардӣ ва дар маҷмӯъ, ба натиҷаҳои мусбати бемориҳои баррасишаванда муқаррар карда шуд.

Татбиқ намудани натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидашуда дар амалияи клиникӣ имконият медиҳад, ки дар миқёси тамоми кишвар натиҷаҳои табобати бемориҳои баррасишаванда беҳтар карда шавад. Шкалаҳои стандартишуда барои арзёбӣ кардани вазнинии бемориҳои баррасишаванда аҳамияти муҳимми методологӣ доранд, чунки метавонанд дар дигар таҳқиқотҳои илмӣ ва ҳам ба сифати муқоисаи объективӣ кардани натиҷаҳои таҳқиқоти муаллифони гуногун истифода карда шаванд.

Нуқтаҳои ба ҳимоя пешниҳодшаванда:

1. Муқаррар карда шудааст, ки дар кӯдакони дорои шакалҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон бо осеб дидани андомҳои поёнӣ ҷараёни клиникӣ беморию якҷоя шудани таъсири омилҳои хатари анте-, пери- ва интранаталӣ, дер шуруъ кардани табобати махсус ва ба қадри кофӣ мукамал набудани табобати консервативии пешазҷарроҳӣ муайян мекунанд, ки онҳоро басомади баланди контрактураҳои вазнин, деформатсияҳои дувумӣ ва ихтилоли функсияҳои локомоторӣ ҳамроҳӣ мекунанд.

2. Системаи коркардшуда ва татбиқшудаи табобати комплекси ортопедӣ, ки омодагии мукаммали консервативии пеш аз ҷарроҳӣ, нишондодҳои мутобиқгардонӣ барои табобати ҷарроҳӣ, такмил додани равиши интиҳоби ҷарроҳӣ ва марҳилавӣ будани онро дар бар мегирад, дар муқоиса аз равишҳои анъанавӣ беҳтаршавӣ аз ҷиҳати омӯрӣ натиҷаҳои муҳимми наздик ва дури функционалиро таъмин мекунад.

3. Шкалаҳои коркардшудаи объективӣ баҳодихӣ барои арзёбӣ кардани вазнинии намудҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон ва натиҷаҳои табобат имкон медиҳанд, ки муайян кардани вазнинии беморӣ мутобиқ ба стандартҳо карда, интиҳоби равиши табобат муътамад ва эътимоднокии

арзёбии самаранокии табобати ортопедӣ дар давраҳои наздик ва дур баланд бардошта шавад.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои ҳосилшуда. Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсия, нуктаҳои асосии барои ҳимоя пешниҳодшаванда, ҳулосаҳо ва истифодаи амалии онҳоро миқдори кофии маводи клиникӣ, истифодаи усулҳои муосир ва иттилоотноки таҳқиқот, ба гурӯҳҳои муқоисавӣ ҷудо кардани беморон, таҳлили интиқодии маълумотҳои ба даст овардашуда ва коркарди омории онҳо муайян мекунад. Натиҷаҳои асосии илмӣ диссертатсия дар шакли мақолаҳои оригиналии илмӣ тақриз ва дар маҷаллаҳои илмӣ тақризшаванда нашр шудаанд, ки аз эътимоднокӣ, навгонӣ ва аҳаммияти амалии онҳо гувоҳӣ медиҳанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо тавсиф ва соҳаи таҳқиқ). Таҳқиқоти диссертатсионӣ мувофиқи шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳури Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 6D110115 – Травматология ва ортопедия иҷро карда шудааст, ки ба фасли III ва бандҳои зерин мувофиқат мекунад: 1. омӯзиши этиология, патогенез ва паҳншави системаи такаву ҳаракат; 3. коркард ва тақмил додани усулҳои таҳҳис ва пешгирии бемориҳо ва осебҳои системаи такаву ҳаракат; 4. коркарди клиникӣ усулҳои табобати бемориҳо ва осебҳои системаи такаву ҳаракат ва татбиқи онҳо дар амалияи клиникӣ.

Саҳми шахсии унвонҷӯи дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот. Муаллиф таҳлили интиқодии адабиёти илмӣ муосири марбут ба мавзӯи диссертатсияро анҷом дода, мақсад ва вазифаҳои таҳқиқоти илмиро муайян кардааст, якҷоя бо роҳбари илмӣ нақшаи таҳқиқоти комплекси беморон ва таълифи ҳама бобҳои диссертатсияро тарҳрезӣ намудааст. Диссертант шахсан маводи клиникиро ҷамъоварӣ намуда, таҳлили комплекси онро гузаронидааст. Вай ҳамчунин дар муоина кардани беморон ва иҷро намудани амалиётҳои ҷарроҳӣ, инчунин дар раванди арзёбии самаранокии усулҳои пешниҳодшуда ва татбиқшудаи табобати беморон иштироки бевосита ва

фаълоне кардааст. Диссертант ҳамчунин таҳлил ва коркарди оморин натиҷаҳои ба даст овардашударо анҷом додааст ва дар асоси онҳо нуқтаҳои асосии илмӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои амалии таҳқиқоти диссертатсияро мурағтаб сохтааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои илмии диссертатсия дар мавридҳои зерин гузориш шудаанд: дар конференсияҳои солоне илмии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (солҳои 2019, 2020); конференсияи олимони ҷавони МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» бо иштироки намояндагони байналмилалӣ (солҳои 2019, 2020); ҷаласаҳои Ҷамъияти ҷумҳуриявии илмӣ-амалии травматолог-ортопедҳои Тоҷикистон (Душанбе, 2023); ҷаласаи байникафедравии МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» оид ба травматология ва ортопедия, анестезиология ва урология (02.05.соли 2025, протоколи №29). Натиҷаҳои таҳқиқот дар фаъолияти амалии шӯбаи травматология ва ортопедияи кӯдкон Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш», Маркази тиббии «Истиклол», клиникаи «Мадади Акбар» татбиқ шудаанд. Нуқтаҳои асосии диссертатсия дар раванди таълимии кафедраҳои травматология, ортопедия ва ҶХС МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» ва Донишқадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Тоҷикистон мавриди корбарӣ қарор дода шудаанд.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия. Аз рӯйи мавзӯи таҳқиқоти диссертатсия 12 таълифоти илмӣ, аз ҷумла 5 мақолаи илмӣ дар маҷаллаҳои тақризшавандаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр шудааст.

Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия. Маводи диссертатсия дар ҳаҷми 167 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, шарҳи адабиёт, 3 таҳқиқоти натиҷагирҳои худӣ муаллиф, хулосаҳо, тавсияҳои амалии таҳқиқот ва феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Феҳристи адабиёт 134 сарчашмаи илмиро дар бар гирифтааст, ки аз онҳо 62 сарчашма

бо забони русӣ ва 72 сарчашма бо дигар забонҳои хориҷӣ мебошанд. Дар диссертатсия 31 ҷадвал ва 16 расм оварда шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Таҳқиқоти диссертатсия дар кафедраи травматология, ортопедия ва ҷарроҳии ҳарбии саҳроии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» дар пойгоҳи клиникии кафедра дар шӯбаи травматологияи кӯдаконаи Маркази миллии тиббии Ҷумҳурии Тоҷикистон «Шифобахш» дар давраи солҳои 2012-2022 иҷро карда шудааст. Вай дар заминаи таҳлили комплекси маълумоти 208 кӯдаки дорои шакли спастикии фалачи майнаи сари кӯдакон (ФМК) бо осебҳои андомҳои поёни асос ёфтааст (ҷадвали 1).

Ҷадвали 1. –Гурӯҳбандӣ кардани беморон аз рӯйи ҷинс ва синну сол.

Гурӯҳи синнусолӣ	Писарҳо		Духтарҳо		Р	Ҳамагӣ:	
	Мутл:	%	Мутл:	%		Мутл:	%
Барвақт (1-3 -сола)	59	41,8	28	41,8	>0,05	87	41,8
Томактабӣ (3-7 -сола)	47	33,4	21	31,3	>0,05	68	32,7
Синни хурди мактабӣ (7-10 -сола)	27	19,1	14	20,9	>0,05	41	19,7
Наврасӣ (11-14 -сола)	8	5,7	4	6,0	>0,05*	12	5,8
Ҳамагӣ:	141	100,0	67	100,0		208	100,0

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқияти нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2 , *тибқи критерияи дақиқи Фишер)

Ба таҳқиқот беморони синну соли аз 3 то 14-солаи дорои спазмаи мушакҳо мувофиқи шкалаи Эшворт - 0, 1, 1+, 2 балл, роҳгардӣ тибқи шкалаи GMFCS – 1, 2, 3 намудҳо, бо шакли спастикии беморӣ, инчунин намудҳои сабук ва миёнаи контрактураи буғумҳо, шаклҳои бемориҳо ва ихтилоли интеллект дохил карда шуда буданд.

Вобаста аз тактикаи табобат беморон ба ду гурӯҳ ҷудо карда шуда буданд. Ба гурӯҳи асосӣ 105 (50,5%) бемор дохил карда шуд, ки дар онҳо дар давраи пешазҷарроҳӣ табobati консервативӣ ва тактикаи оптимизатсияшудаи табobati ҷарроҳӣ иҷро карда шуда буд. Ба гурӯҳи назоратӣ 103 (49,5%) кӯдак

дохил карда шуд, ки дар онҳо дар давраи пешазчарроҳӣ табобати мукаммали консервативӣ иҷро карда нашуда буд, ҳамчунин тактикаи аз тарафи умум қабулшудаи амалиёти чарроҳӣ истифода карда шуд. Фарқияти аз ҷиҳати оморӣ муҳим дар параметрҳои калидии байни гурӯҳҳои муқоисавӣ муайян карда нашуд.

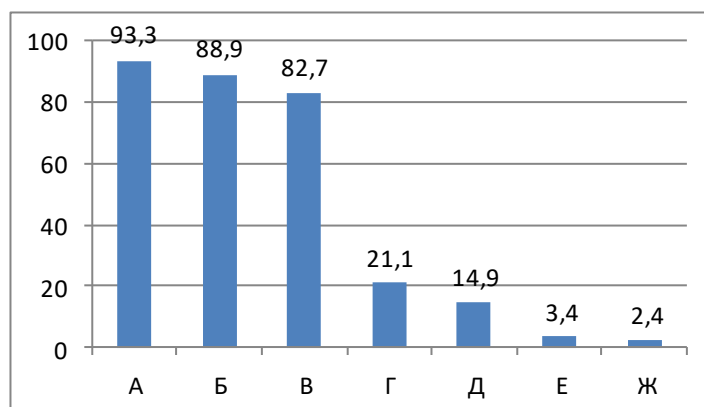
Таҳқиқоти комплекси беморон, таҳқиқоти клиникӣ-неврологӣ, рентгенологӣ ($n=208$; 100,0%), ТМР ($n=11$; 5,3%) ва омори дар бар гирифт. Дар барномаи таҳқиқоти клиникӣ-неврологӣ, бар иловаи арзёбии симптомҳои ҷудогона, шкала барои арзёбии спазми мушакҳоро тибқи Эшворт, арзёбии роҳгардӣ, таснифи функсияҳои бузурги мотории GMFCS, шкалаи арзёбии кувваи мушакҳоро низ дохил карданд. Бо мақсади баргузори таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобат, мо ду шкалаи умумии баллиро пешниҳод намудем, ки онҳо низ ба сифати усулҳои таҳқиқот ба қор бурда шуданд. Шкалаи яқум барои арзёбӣ кардани зухуроти клиникии бемории баррасишаванда ва ба таври объективӣ муайян кардани шакли беморӣ таъйин карда шудааст. Шкалаи дуюм барои таҳлили муқоисавии натиҷаҳои табобат пешбинӣ шудааст. Коркарди оморӣ маводи клиникӣ бо ёрии бастаи барномаи «Statistica 10.0» (Statsoft, ИМА) иҷро карда шудааст. Фарқият дар сурати $P<0,05$ будан эътимодноқ ҳисобида шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Вобаста аз этиологияи ФМК сабабҳои интранаталӣ (29,7%) ва омехта (52,4%) бартарӣ доштанд. Дар ҳолати охири якҷоя шудани сабабҳои перинаталӣ ва интранаталӣ ба мушоҳида расиданд, ки дар Тоҷикистон, ин омилҳо дар байни худ иртиботи мутақобилаи сабабиву натиҷавӣ доранд. Чунин сохтори омилҳои хатар муқаррар карда шуд: анамнези вазнини акушерӣ - 51,0%; таваллуд шудан аз валодати аввалин - 20,0%; валодати занҳои бисёрзоянда - 59,3%; вайрон шудани муҳлати оптималии кӯдактаваллудкунӣ - 44,1%; омили алиментарӣ - 32,4%; бемориҳои музминӣ

экстрагениталӣ дар модарон - 30,3%; кӯдаки норасида - 49,0%; бемориҳои ҳомилагӣ - 24,1%; истеъмоли доруҳо дар давраи ҳомилагӣ - 28,3%; бемориҳои сироятии модарон дар давраи ҳомилагӣ - 14,5%; таваллуд кардан дар шароити хона - 6,2%; омили ирсӣ - 2,1%; травма ҳангоми таваллуд шудан - 66,2%; асфиксия ҳангоми таваллуд шудан - 59,3%; истифода аз анбурҳои акушерӣ - 4,1%; амалиёти кайсарӣ ҳангоми валодат - 3,4%; резус-номувуфיקатии модару кӯдак - 1,4%; менингоэнсефалитҳои қаблӣ - 5,5%; садамаи косахонаи сару майнаи қаблӣ - 2,1%; зардпарвини наврозҳо - 3,4%. Дар маҷмӯъ дар таҳқиқоти мо дар муқоиса аз маълумоти дар адабиётҳои илмӣ овардашуда вазни ҳолиси нисбатан баландтари омилҳои хатар ба мушоҳида мерасад. Дар маҷмӯъ нишондиҳандаи миёнаи омилҳои хатари зикршуда ($n=735$) 5,1 омили хатар ба як беморро ташкил дод. Дар 74 (51,0%) муоинаи модарони кӯдакҳои дорои ФМК ҳангоми таваллудкуниҳои қаблӣ мушкилоти гунгун мавҷуд будааст. Ин ҳолатҳо ҳангоми таваллуд кардани кӯдакони дорои ФМС аз тарафи занҳои бисёрзоянда дида мешавад, ки вазни ҳолиси он дар маводи мо 86 (59,3%)-ро ташкил дод.

Таъбаботи консервативиро мо дар мавриди омодагии бемор ба амалиёти ҷарроҳӣ баррасӣ мекунем. Вай аз замони ташаккул ёфтани стереотипи устувори ҳаракати патологӣ бо ихтилоли номуносибии мушакҳои антагонистӣ сар шудааст, ки боиси аз байн рафтани ҳаракатҳои ихтиёрӣ (иродавӣ), инчунин пайдо шудани контрактураҳои сершумори ҳамкунандаҳо дар бугумҳо мегардад (расми 1).



Расми 1. Басомади деформатсияҳо ва контрактураҳо. Ифодаҳо: А – контрактураи буғуми зону, Б – контрактураи буғуми косу рон, В - деформатсияи эквинусии попанча, Г – качпой, Д – баромадагии сараки рон, Е - деформатсияи валгусии попанча, Ж - деформатсияи варусии попанча.

Бо мақсади бартараф намудани деформатсия ва контрактураҳои зикршуда доираи васеи усулҳои медикаментозӣ, физиотерапевтӣ, ортопедӣ, балнеологӣ ва дигар усулҳои табобати консервативиро истифода кардаанд. Бо мақсади арзёбӣ намудани самаранокии табобати консервативӣ бо ёрии шкалаҳои таҳияшудаи балливу объективӣ барои арзёбии зухуроти клиникии ФМК вазнинии бемории баррасишаванда муайян карда шуд. Дар намунаи умумӣ шаклҳои сабуки беморӣ дар 20 (9,6%) бемор, шакли миёна дар 133 (63,9%) бемор, вазнин – дар 55 (26,5%) бемор ба мушоҳида расид. Таҳти таъсири табобати консервативӣ дар гурӯҳи асосӣ зиёдшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми вазни ҳолиси шаклҳои сабук (13,3%) дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ (5,8%), ($P < 0,01$), шаклҳои миёна - мутаносибан 70,5% ва 57,3% ($P < 0,05$) дида мешавад. Баракс, дар гурӯҳи назоратӣ аз ҷиҳати оморӣ муҳим шаклҳои вазнинии беморӣ ба ҷашм расиданд, дар муқоиса аз гурӯҳи асосӣ (36,9% ва 16,2%, $P < 0,05$). Дар гурӯҳи асосӣ низ таҳти таъсири табобати консервативӣ бартариӣ аз ҷиҳати оморӣ муҳимми шаклҳои сабуки ихтилоли роҳгардӣ тибқи методикаи GMFCS, беҳтаршавии спастикии мушакҳо мувофиқи шкалаи Эшворт, паст шудани басомади контрактура ва деформатсия, инчунин паст шудани вазни ҳолиси якҷоя шудани ин контрактураҳо бо деформатсияҳои дувумӣ (качпой, баромадагии буғуми косу рон, деформатсияи валгусӣ ва варусии попанча) дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ муқаррар карда шуд.

Дар сохтори мавод вариантҳои типии дутарафа дар 100 (48,1%) муоинаҳо, типии яктарафа – дар 21 (10,1%), дутарафаи атипӣ – дар 31 (14,9%) ва атипии яктарафа – дар 56 (26,9%) муоинаҳо мушоҳида шуданд. Дап замони иҷро намудани амалиёти ҷарроҳӣ дар маҷмӯъ вазни ҳолиси умумии вариантҳои атипӣ дар гурӯҳи назоратӣ назар ба гурӯҳи асосӣ аз ҷиҳати оморӣ хеле баланд буд (мутаносибан 50,4% ва 33,3%, $P < 0,05$). Ин фарқият бо

профилактикаи деформатсияҳои дувумӣ дар заминаи табобати консервативӣ шарҳ дода мешавад. Дар вақти анҷом додани таҳлили муқоисавии зухуроти клиникӣ бо ёрии шкалаҳои пешниҳодшуда дар гурӯҳи асосӣ маҷмуи баллҳо назар ба гурӯҳи муқоисавӣ аз ҷиҳати омӯӣ хеле баланд (мутаносибан $42,8 \pm 0,5$ ва $32,1 \pm 0,3$ балл, $P < 0,05$) буд.

Дар қараёни иҷро намудани таҳқиқоти мазкур асосан бартарӣ ба иҷрои тафриқавии ҷарроҳӣҳо дар бофтаҳои нарм дода мешавад, ки дар ҳолатҳои нодир бо дигар амалиётҳои ҷарроҳӣ якҷоя карда мешавад. Дар гурӯҳи асосӣ тактикаи барвақт гузаронидани амалиёти ҷарроҳӣ амалӣ карда шуд. Дар ҳолати оптимизатсияи нишондодҳо ва зиддинишондодҳо барои ҷарроҳӣ бори нахуст критерияҳои стандартӣ ва объективии пешниҳоднамудаи мо барои арзёбии баллии параметрҳои интегралӣ бемории баррасишаванда истифода карда шуданд (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2. – нишондодҳо ва зиддинишондодҳо барои ҷарроҳӣ

Нишондиҳанда	Нишондод	Зиддинишондод
Шкалаи Эшворт	0, 1, 1+, 2	3, 4
Шкалаи GMFCS	1, 2, 3	4, 5
Шакли беморӣ	спастикаӣ	дигар
Вазнинии контрактураҳо	сабук ва миёна	вазнин
Вазнинии бемориҳо	сабук ва миёна	вазнин
Ихтилоли интеллект	сабук ва миёна	вазнин

Истифодаи ин равиш имконият дод, ки таъсири манфии омилҳои субъективӣ дар қабул кардани қарор ба ҳадди камарин расонида шавад. Мо тактикаи барвақт иҷро кардани табобати ҷарроҳиро мавриди қарор додем. Ҳангоми амалӣ кардани ин тактика имкониятҳои васеъ барои ислоҳи ҷарроҳӣ тавассути дар унсурҳои бофтаҳои нарм иҷро кардани амалиёти ҷарроҳӣ мавҷуд аст. Иҷро кардани амалиёти ҷарроҳии бофтаҳои нарм дар якҷанд сегмент барои иҷрои якмарҳилагии амалиёти ҷарроҳӣ шароити мусоид фароҳам месозад. Ҳамчунин барои профилактикаи инкишофи амалиётҳои нисбатан вазнинтар шароити хуб ба вуҷуд меорад, ки барои ислоҳ кардани онҳо амалиётҳои мураккаби реконструктивӣ дар устухонҳо ва бофтаҳои нарм

талаб карда мешавад. амалӣ сохтани ислоҳи ҷарроҳии барвакт дар якҷоягӣ бо истифодаи табобати консервативӣ таъсири мусбати онҳоро нисбат ба инкишофи деформатсияҳо ва контрактураҳои нисбатан вазнинтар тақвият мебахшад. потенцируют.

Дар маводи мо дар 8 (3,8%) муоина ҷарроҳиҳо бо исрори волидайн иҷро карда шуданд, дар замоне, ки параметрҳои ғавқуззикр ба самти манфӣ тағйир меёбанд. Дар ин беморон танҳо ҷарроҳиҳои паллиативии бофтаҳои нарм иҷро карда шуд, ки барои сабук кардани нигоҳубин нигаронида шуда буданд.

Дар сурати такмил додани тактикаи табобати ҷарроҳӣ нишондод барои ин ё он табобати ҷарроҳӣ бояд бо назардошти вазнинии онҳо ва таъсиррасонӣ ба биомеханика дар сегменти ҷарроҳишуда пас аз ҷарроҳӣ гузошта шаванд. Дар асоси натиҷаҳои таҳлили миқдори зиёди маводи клиникӣ, бо назардошти мақсадҳои ҷарроҳӣ ва усулҳои татбиқи онҳо, мо таснифи амалиётҳои ҷарроҳиро такмил додем (ҷадвали 3).

Ҷадвали 3. – Такмил додани таснифи амалиётҳои ҷарроҳии асосӣ дар шаклҳои спастикии ФМК бо осеб дидани андомҳои поёни

Мақсади ҷарроҳӣ	Усулҳои ба даст овардан	Мисол
Расслабление мышц	Дароз кардани пайҳо ва мушакҳо	Ахиллопластика
	Дарозкунии нисбии мушакҳо	Остеотомияи кӯтоҳкунунда
	Табдил додани мушакҳои дубуғумӣ ба якбуғумӣ	Трансплантатсияи мушакҳои хамкунандаи зону аз кондилуси соқ ба кондилуси рон.
	Миотомия ва тенотомия	Миотомияи мушакҳои оварандаи рон
	Ҷарроҳӣ дар ҳароммағз	Буридани решаҳои ҳароммағз, миелотомия
Коррекция равновесия мышечной силы	пересадка сухожилий	Ҷарроҳии Эггерс
Баргараф кардани мавқеи нодуруст ва калон кардани ҳаҷми ҳаракатҳо дар буғумҳо	остеотомии	метаплазия тибқи Вреден
	Артропластика	артропластика
	Тенодез	тенодезы

Бартараф кардани мавқеи нодуруст ва маҳдуд кардани ҳаҷми ҳаракатҳо дар буғумҳо	Артродез	трехсуставной артродез голеностопного сустава
Ҷарроҳии реконструктивӣ	Ислоҳи деформатсияҳои дувумӣ	Ҷобачокунии кушодаи баромадагии сараки рон, ҷарроҳии Затсепин-Штурм

Бо назардлшти натиҷаҳои таснифи тақмилёфтаи амалиётҳои ҷарроҳии асосӣ дар шаклҳои спастикӣ ФМК бо осеб дидани андомҳои поёни доираи васеи амалиётҳои ҷарроҳӣ иҷро карда шуданд (ҷадвали 4). Дар гурӯҳи асосӣ ҷарроҳии Эггерс дар варианти каминвазивӣ иҷро карда шуд (шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ «Варианти тақмилёфтаи ҷарроҳии Эггерс ҳангоми ислоҳи ҷарроҳии контрактураи ҳамкунандаи буғуми зону ҳангоми фалачи майнаи сари кӯдакон», аз тарафи БРИЗ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» таҳти №3671/R11659 аз 11.03.соли 2025 - Душанбе. – соли 2025) дода шудааст (ҷадвали 4).

Ҷадвали 4. - Хусусиятҳои амалиёти ҷарроҳӣ дар гурӯҳҳо

Амалиёти ҷарроҳӣ	Тарафи осебдида	Асосӣ		Назоратӣ		P	Иамағӣ:	
		мутл	%	мутл	%		мутл	%
Миотомия аддукторов	яктарафа	11	10,5	14	14,0	>0,05	25	12,0
	дугарафа	83	79,0	86	83,5	>0,05	169	81,3
Миотомияи субспиналӣ	яктарафа	3	2,9	6	5,8	>0,05**	9	4,3
	дугарафа	19	18,1	22	21,4	>0,05	41	19,7
Штоффеля-1	яктарафа	11	10,5	14	14,0	>0,05	25	12,0
	дугарафа	83	79,0	86	83,5	>0,05	169	81,3
Штоффеля-2	яктарафа	7	6,7	10	9,7	>0,05*	17	8,2
	дугарафа	76	72,4	79	76,7	>0,05	155	74,5
Ахилопластика	яктарафа	7	6,7	10	9,7	>0,05*	17	8,2
	дугарафа	76	72,4	79	76,7	>0,05	155	74,5
Затсепина-Штурма	яктарафа	11	10,5	12	11,7	>0,05	23	11,1
	дугарафа	5	4,8	7	6,8	>0,05**	12	5,8
Трансплантатсияи мушакҳо	яктарафа	5	4,5	7	6,8	>0,05**	12	5,8
	дугарафа	-	-	-	-		-	-
Тенотомия	яктарафа	5	4,8	6	5,8	>0,05**	11	5,3
	дугарафа	2	1,9	2	1,9	>0,05**	4	1,9
Ҷарроҳии Эггерс	яктарафа	4	3,8	1	1,0	>0,05**	5	2,4
	дугарафа	2	1,9	1	1,0	>0,05**	3	1,4
Дароз кардани пайҳо ё мушакҳо	яктарафа	4	3,8	5	4,9	>0,05**	9	4,3
	дугарафа	1	1,0	2	1,9	>0,05**	3	1,4
Ҷобачокунии кушодаи	яктарафа	11	10,5	12	11,7	>0,05	23	11,1
	дугарафа	2	1,0	1	1,0	>0,05**	3	1,4

баромадагии сараки рон								
Атсетабуло-пластика	яктарафа	4	3,8	6	5,8	>0,05**	10	4,8
	дугарафа	1	-	-	-		1	0,5
Остеотомияи кӯтоҳкунанда	яктарафа	-	-	2	1,9		2	1,0
	дугарафа	-	-	-	-		-	-
Метаплазия тибқи Вреден	яктарафа	2	1,0	3	2,9	>0,05**	5	2,4
	дугарафа	-	-	-	-		-	-
Артродез	яктарафа	-	-	2	1,9		2	1,0
	дугарафа	-	-	-	-		-	-

Эзоҳ: р – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳои байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2 , *бо ислоҳи Йетс, **тибқи критерияи дақиқи Фишер)

Дар заминаи беҳбуд бахшидани усулҳои табобати ҷарроҳӣ ҳамчунин методикаи интихоби усули оптималии ислоҳи ҷарроҳии контрактураи хамкунандаи буғуми зону дар фалаҷи майнаи сари кӯдакон пешниҳод карда шуд (шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, аз тарафи БРИЗ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» таҳти №3672/R1160 аз 11.03. соли 2025 - Душанбе. – 2025 дода шудааст). Моҳияти ин методика аз он иборат аст, ки дар марҳалаи якум ҷарроҳии Штоффеля-1-чро карда шуд. Багар дар натиҷаи ин ҷарроҳӣ контрактураи буғуми зону ҷобачо шуда бошад, аз анҷом додани дигар ҷарроҳиҳо худдорӣ карда мешавад. Агар вай ҷобчо нашуда бошад, дар марҳалаи дуюм ба тенотомияи хамкунандаҳои соқ аз ҳарду кондилуси устухони калони соқ мурочиат мекунад. Агар пас аз тенотомия контрактураи хамкунанда ҷобачо нашуда бошад, дар марҳалаи сеюм ба ҷарроҳии устухон, яъне ба метаплазия тибқи Вреден ё остеотомияи кӯтоҳкунандаи устухони рон рӯ меоранд,

Ниҳоят, методикаи такмилёфтаи миотомияи аддукторҳо ҳангоми ислоҳи ҷарроҳии контрактураи хамкунандаи буғуми зону дар вақти фалаҷи майнаи сари кӯдакон пешниҳод карда шуд шуд (шаҳодатнома барои пешниҳоди ратсионализаторӣ, аз тарафи БРИЗ МДТ «ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино» таҳти №3673/R1161 аз 10.12.соли 2025. -Душанбе. – соли 2025), ки бо бурида ҷудо кардани аддукторҳои амиқ ва сатҳӣ дар якҷоягӣ бо ҷарроҳии Штоффеля-1 фарқ мекунад.

Оптимизатсияи тактикаи табобати бемориҳои баррасишаванда бо назардошти хусусиятҳои муштаракӣ контрактураҳо ва деформатсияҳо гузаронида шуд. Ҳамин тавр, дар варианти типии яктарафа миотомияи аддукторхоро, ҷарроҳии типии Штоффеля-1 ва Штоффеля-2, ҳамчунин ахилопластика аз як тарафро истифода карданд. Дар варианти типии дутарафа ин ҷарроҳиҳо дар ҳарду тараф иҷро карда шуданд. Дар варианти атипии яктарафа комбинатсияҳои зикршуда дар якҷоягӣ бо амалиётҳои ҷарроҳии реконструктивӣ аз хусуси қачпоя ё баромадагии сараки рон дар тарафи осебдида, дар варианти атипии дутарафа - аз ҳарду тараф иҷро карда шуд.

Ҳамаи ин равишҳои тактикӣ мувофиқи нишондод бо амалиётҳои ҷарроҳии типии трансплантатсияи мушакҳо, инчунин бо остеотомияҳои ислоҳкунанда ва ё кӯтоҳкунанда якҷоя кардашуданд. Ҷарроҳиҳои типии дутарафа - дар 100 (48,1%) бемор, типии яктарафа – дар 21 (10,1%), атипии дутарафа – дар 31 (14,9%) ва атипии яктарафа – дар 56 (26,9%) бемор иҷро карда шуд. Дар таҳлили муқоисавӣ дар гурӯҳи асосӣ бартариҳои аз ҷихати оморӣ муҳимми басомади вариантҳои типии дутарафа ва типии яктарафаи амалиёти ҷарроҳӣ дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида мерасад. Баръакс, дар гурӯҳи назоратӣ дар муқоиса аз гурӯҳи асосӣ бартариҳои аз ҷихати оморӣ муҳимми истифодаи вариантҳои атипии дутарафа ва яктарафаи амалиётҳои ҷарроҳӣ муайян карда шуд.

Бо назардошти хусусияти дутарафа доштани осебҳо ва иҷро кардани ҷарроҳиҳо ба таркиби ҷарроҳиҳои бисёрсатҳӣ бо миқдори якхела дар гурӯҳи муқоисавӣ дар 132 сегмент ҷарроҳиҳои иловагӣ дар бофтаҳои нарм ва дар 46 сегмент -дар устухонҳо гузаронида шуд.

Дар маводи мо дар 9 (4,3%) бемор шикастагии устухонҳо дида шуд, аз ҷумла дар 4 (3,8%) бемор аз гурӯҳи асосӣ ва дар 5 (4,8%) бемор аз гурӯҳи назоратӣ. Дар ин муоинаҳо шаклҳои вазнини беморӣ бо спазми мушакҳо мувофиқи шкалаи Эшворта 3 балл буд, контрактураи буғумҳо дар ҳамаи буғумҳо возеҳ ба назар мерасид. Табобати медикаментозии синдроми

ихтилоҷӣ ва репозитсияи шикастагиҳо самаранок набуд. Аз ҳамин сабаб, тактикаи оптималии табобати онҳо табобати ҷарроҳӣ ба шумор меравад.

Дар гурӯҳи асосӣ дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ афзоиши аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми басомади иҷро кардани ҷарроҳиҳои якмарҳилавӣ (мутаносибан 69,5% ва 37,9%, $P<0,001$) мушоҳида мешавад. Дар намунаи умумӣ, аз ҷумла ҳам дар гурӯҳи муқоисавӣ амалиётҳои ҷарроҳии бисёрҷузъӣ дар бофтаҳои нарм дар як мараҳала, вариантҳои атипӣ- дар ду ё зиёда марҳила иҷро карда шуданд. Дар гурӯҳи асосӣ вазни ҳолиси ҷарроҳиҳои якмарҳилавӣ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим бештар буданд назар ба гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан 69,5% ва 37,9%, $P<0,001$). Вазни ҳолиси ҷарроҳиҳои бисёрмарҳилавӣ дар вариантҳои атипӣ якҷоя шудани амалиётҳои ҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ 27 (25,7%) ададро, дар гурӯҳи назоратӣ – 46 (44,7%) ададро ташкил дод $P<0,05$. Ин низ ба таври ғайримустақим аз аҳаммияти табобати бефосилаи консервативӣ дар давраи пешазҷарроҳӣ дарак медиҳад.

Натиҷаҳои шифоёбии ҷароҳатҳои пасазҷарроҳӣ дар гурӯҳи муқоисавӣ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим фарқ намекарданд. Оризаҳои гуногуни пас аз ҷарроҳӣ, ки бо шифоёбии ҷароҳат алоқаманд ҳастанд, дар намунаи умумӣ дар 15 (7,2%) бемор дида шуданд, аз ҷумла, дар гурӯҳи асосӣ– дар 7 (6,7%) ва дар гурӯҳи назоратӣ – дар 8 (7,8%) бемор. Дар натиҷаи табобати консервативӣ онҳо танҳо дар 4 (1,9%) ҳолат сабаби инкишофи ҷароҳатҳои амиқ ё носур шудаанд, ки вобаста ба онҳо ҷарроҳиҳои зиддисироятӣ бо натиҷаҳои мусбат гузаронида шуданд.

Натиҷаҳои наздиктарин дар ҳамаи таҳқиқшудагон баъди 6 моҳи табобати ҷарроҳӣ бо ёрии шкалаи пешниҳоднамудаи мо барои арзёбии натиҷаҳои табобат баҳогузорӣ карда шуд. Онҳо дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи назоратӣ аз ҷиҳати омӯрӣ хеле беҳтар буданд (мутаносибан $66,5\pm0,6$ ва $58,2\pm0,4$ балл, $P<0,001$). Ин чунин шарҳ дода мешавад, ки дар ин вақт, гарчанде контрактура бо усулҳои ҷарроҳӣ бартараф карда шуда бошад ҳам, дар беморон ҳануз ҳам чорабиниҳои реабилитатсионӣ гузаронида мешуданд. Аз ҳамин

сабаб дар ин муҳлат ҳануз механизмҳои мутобиқшавӣ ва компенсатории ихтилолҳои роҳгардӣ ва функцияҳои статикӣ ҳосил карда нашудаанд.

Натиҷаҳои дур дар муҳлати пас аз як сол дар 194 (93,3%) бемор, аз ҷумла дар 101 (96,2%) аз гурӯҳи асосӣ ва 93 (90,3%) бемор аз гурӯҳи назоратӣ арзёбӣ карда шуданд.

Натиҷаҳои ғайривар ва дигар оризаҳои умумӣ мушоҳида нашуданд. Дар таҳлили муқоисавии натиҷаҳои дури табобат то ва пас аз табobati ҷарроҳӣ дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ беҳбудии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми нишондиҳандаҳои асосӣ ба қайд гирифта мешавад (динамикаи роҳгардӣ мувофиқи таснифи функцияҳои бузурги моторӣ GMFCS; спастикияти мушакҳо мувофиқи шкалаи Эшворт; басомади контрактураҳо дар буғумҳои косурон ва зонҳо, инчунин деформатсияи эквинусии попанча). Аз ин рӯ, дар асоси ин маълумотҳо равишҳои татбиқшавандаро ба роҳҳои самараноки беҳтарсозии натиҷаҳои табobati беморони баррасишаванда дохил намудан мумкин аст. Сарфи назар аз доираи васеи ҷарроҳӣҳо дар бофтаҳо ва устухонҳо, дар давраи дур дар гурӯҳи асосӣ дар 28,3% ва дар гурӯҳи назоратӣ дар 34,4% -и муоинаҳо контрактураҳои сабуки буғуми зону ҳифз шудааст, ки аз нуқтаи назари мо, ба таъсири ҷузъи асабӣ дар ташаккул ва регресси онҳо вобастаанд.

Ҳамчунин ба таври ғайримустақим дар бораи самаранокии пасти ҷарроҳии Штоффеля-1 ҳангоми баррасӣ кардани бемориҳои баррасишаванда ҳулоса баровардан мумкин аст. Натиҷаҳои дури нисбатан беҳтар ҳангоми бемориҳои баррасишаванда пас аз ислоҳи ҷарроҳии деформатсияи эквинусии попанча муқаррар карда шуд.

Натиҷаҳои дур низ бо ёрии шкалаи пншниходнамудаи мо барои арзёбии натиҷаҳои дури табobati шаклҳои спастикии ФМК бо осебҳои андомҳои поёни баҳогузори карда шуданд. Дар таҳлили муқоисавии натиҷаҳои дур пас аз ҷарроҳӣ беҳтаршавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми натиҷаҳои дури бемориҳои баррасишаванда дар гурӯҳи асосӣ нисбат ба гурӯҳи назоратӣ ба мушоҳида мерасад (мутаносибан $72,5 \pm 0,7$ ва $64,2 \pm 0,6$ балл; $P < 0,001$). Бо мақсади

мутобиқсозии натиҷаҳо истифодаи ин шкалаи оғбъективӣ бо натиҷаҳои адабиётҳои илмӣ, ки хусусияти субъективӣ доранд, мо чунин критерияҳои объективии арзёбии натиҷаҳои дурро пешниҳод кардем: «хуб» - дар сурати мачмуи баллҳои таъобат болотар аз 70 балл; «қаноатбахш» - дар сурати мачмуи баллҳои таъобат аз 61 то 70 балл будан; «ғайриқаноатбахш» дар сурати мачмуи баллҳои таъобат то 60 балл будан (ҷадвали 5). Басомади натиҷаҳои хуб дар гурӯҳи асосӣ назар ба гурӯҳи налратӣ аз ҷиҳати омӯрӣ муҳим зиёд буд (мутаносибан 64,4% ва 11,8%, $P < 0,05$). Баръакс, дар гурӯҳи назоратӣ бартарӣ доштани натиҷаҳои қаноатбахш назар ба гурӯҳи асосӣ дида мешавад (мутаносибан 65,6% ва 27,7%, $P < 0,05$). Басомади натиҷаҳои ғайриқаноатбахш дар гурӯҳҳои муқоисавӣ дар гурӯҳи асосӣ 7,9%, дар гурӯҳи назоратӣ – 22,6%, $P < 0,05$)-ро тақил дод (ҷадвали 5).

Ҷадвали 5. –Натиҷаҳои дури таъобат

Натиҷаҳои дур	Гурӯҳи асосӣ (n=101)		Гурӯҳи назоратӣ (n=93)		p	Ҳамагӣ (n=104)	
	мутл	%	мутл	%		мутл	%
Хуб	65	64,4	11	11,8	df=2 $\chi^2=56,19$ p<0,001	76	73,1
Қаноатбахш	28	27,7	61	65,6		89	85,6
Ғайриқаноатбахш	8	7,9	21	22,6		29	27,9

Эзоҳ: p – фарқияти аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми нишондиҳандаҳо дар айни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2)

Ҳамин тавр, таҳлили натиҷаҳои дури таъобати кӯдакони дорои шаклҳои спастикии фалаҷи майнаи сар бо осеб дидани андомҳои поёниро ҷамъбаст намуда, қайд кардан зарур аст, ки дар таҳқиқоти мазкур татбиқ намудани концепсияи таҳлили комплекси зухуроти клиникии бемории баррасишаванда бообъективӣ сохтани критерияҳо барои арзёбии он, коркарди критерияҳои оптимизатсияшуда дар оптимизатсияи тактикаи таъобат, омезиш додани усулҳои консервативӣ ва ҷарроҳӣ, тақми додани усулҳои ҷарроҳӣ ва дигар налгонҳои татбиқшуда дар ниҳояти кор барои беҳтар гаштани натиҷаҳои таъобат дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ мусоидат кардаанд. Аз рӯйи натиҷаҳои таҳқиқоти гузаронидшуда дар мавриди объективӣ сохтани равишҳо

хангоми арзёбии натиҷаҳои дур методикаи аслии пешниҳод карда шуд, ки ҳам барои нигохдории тандурустии амалӣ ва ҳам барои гузаронидани пажуҳишҳои минбаъдаи илмӣ оид ба ин бахши ортопедияи клиникӣ муҳимм мебошад.

ХУЛОСАҲО

1. Дар сохтори беморони дорои шаклҳои спастикии фалаҷи майнаи сар бо осеб дидани андомҳои поёни мувофиқи маълумоти мурочиаткунӣ вазни ҳолиси баланди омилҳои хатари интранаталӣ (29,7%) ва омехта (якҷоя шудани омилҳои перинаталӣ ва интранаталӣ) (52,4%), дер мурочиат кардан барои табобати ҷарроҳӣ (25,5%) ва шахсони ҷинси мард (67,8%) бартарӣ доранд. Дар маҷмӯъ ба як бемор 5,1 омил хатар рост меояд, ки дар якҷоягӣ бо камбудии табобати консервативӣ дар давраи пеш аз ҷарроҳӣ барои пайдо шудани шаклҳои миёна (57,3%) ва вазнини беморӣ (36,9%) мусоидат мекунад [1-М, 3-М, 4-М, 7-М, 11-М].

2. Камбудии табобати пешазҷарроҳии консервативӣ дар гурӯҳи назоратӣ барои пайдо шудани вазни ҳолиси нисбатан баландтари ихтилолҳои роҳгардӣ (73,7%), шаклҳои вазнини баланд шудани спастикияти мушакҳо (80,6%), контрактури буғуми косу рон (53,4%), буғуми зону (98,1%) ва буғуми соқу попанча (86,2% -и буғумҳо, инчунин қачпӯй (21,3%), баромадагии сараки рон (16,5%), деформатсияҳои варусӣ (2,9%) ва валгусии (3,9%) попанча мусоидат мекунад. Барвақт сар кардани табобати консервативии мукамал ва ба таври системавӣ гузаронидашуда барои саҳеҳан беҳтар гаштани вазнинии умумии беморӣ мувофиқи шкалаи таҳиякардашуда (дар гурӯҳи асосӣ – $42,8 \pm 0,5$ балл, дар гурӯҳи назоратӣ $32,1 \pm 0,3$ балл, $P < 0,05$), басомади контрактураҳо ва деформатсияҳо, спастикияти мушакҳо, беҳтар гаштани роҳгардӣ ва кам шудани вазни ҳолиси шаклҳои вазнини ФМК аз 36,9% то 16,2% мусоидат мекунад ва барои гузаронидани табобати ҷарроҳӣ шароити нисбатан мусоид фароҳам месозад [3-М, 4-М].

3. Таҳлили тактикаи табобати чарроҳӣ дар гурӯҳи назоратӣ зиёдшавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми вазни ҳолиси беморони дер мурочиат кардаро (61,2%) муайян кард, ки яке аз сабабҳои пайдо шудани деформатсияҳо ва контрактураҳои буғумҳо ба ҳисоб меравад. Дар маҷмӯъ мувофиқи равишҳои маъмулӣ иҷро кардани амалиётҳои чарроҳӣ сабаби пайдо шудани натиҷаҳои ғайриқаноатбахши беморӣ мегарданд [5-М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М].

4. Системаи оптимизатсияшудаи табобати консервативӣ ва чарроҳӣ, ки дар гурӯҳи асосӣ татбиқ шудааст, ба роҳҳои самараноки беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати беморони дорои шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сар бо осеб دیدани андомҳои поёни ба ҳисоб меравад [3-М, 5-М, 8-М, 9-М, 10-М, 11-М, 12-М].

5. Дар таҳлили муқоисавии натиҷаҳои равишҳои татбиқшудаи тактикий табобат бо ёрии шкалаи пешниҳоднамудаи объективӣ баллии арзёбӣ кардани натиҷаҳои чарроҳӣ беҳтаршавии аз ҷиҳати оморӣ муҳимми натиҷаҳои дури табобати бемории баррасишаванда дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ (мутаносибан $72,5 \pm 0,7$ ва $64,2 \pm 0,6$ балл, $P < 0,001$) муқаррар карда шуд [2-М, 5-М, 6-М].

ТАВСИЯҲО БАРОИ ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Ҳангоми дар кӯдакон пайдо шудани аввалин аломатҳои ихтилоли номутаносибии мушакҳои антагонистӣ, ки ба ихтилоли ҳаракатҳои ихтиёрӣ оварда мерасонанд, дар якҷоягӣ бо омилҳои хатари перинаталӣ ва антенаталӣ дар анамнез табобати комплексии консервативӣ бояд сар карда шавад.

2. Таҳқиқ ва табобати кӯдакони дорои шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сар бо осеббинӣ андомҳои поёни бояд ба таври комплексӣ ва бо иштироки ортопед ва и невропатолог бо истифода аз усулҳои маъмулӣ ва муосири таҳқиқот гузаронида шавад.

3. Табобати консервативӣ бояд бо истифодаи тафриқавии доираи васеи усулҳо ва татбиқи он, инчунин дар речаи бифосила то ва пас аз табобати ҷарроҳӣ гузаронида шавад.

4. Нишондод барои иҷро кардани амалиётҳои ҷарроҳии ҷудогона бояд бо назардошти систематизатсияи такмилёфтаи мақсад ва усулҳои дастовардҳои амалиёти ҷарроҳӣ, вазнинии контрактура, деформатсияҳо ва хусусияти якҷояшавии онҳо гузошта шавад.

5. Ҳангоми ба нақша гирифтани амалиётҳои ҷарроҳӣ ба систематизатсияи пешниҳоднамудаи контрактураҳо ва равишҳо дар вақти ислоҳ кардани онҳо рӯ овардан зарур аст, ки вобаста аз возеҳии онҳо мумкин аст, ки вариантҳои якмарҳилавӣ ё бисёрмарҳилавӣ гузаронида шавад.

6. Ҳангоми табобати ҷарроҳии кӯдакони дорои шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сар бо осеббинии андомҳои поёни бартарӣ бояд ба иҷро кардани ҷарроҳии типии бисёркомпонентӣ дар бофтаҳои нарм додашавад.

7. Нишондод барои иловатан иҷро кардани миотомия, тенотомия ва ҷарроҳӣ дар устухонҳо бояд дар ҳолатҳои истисноӣ, дар сурати самаранок набудани ҷарроҳии типии бофтаҳои нарм гузошта шавад.

8. Ҳангоми самаранок набудани бартарафсозии контрактураҳои ҳамкунанда пас аз резексияи асаби сидодӣ ба иҷро намудани ҷарроҳии каминвазивии Эггерс рӯ овардан лоим аст, ки аз тарафи мо пешниҳод шудааст.

9. Дар муоинашаванда пас аз иҷро кардани ҷарроҳии Штоффеля-2 нест кардани дастгоҳи эквинусии попанча барои иҷро намудани ахилопластика зиддинишондод шуда наметавонад.

10. Ҷарроҳии миотомияи аддукторҳо дар сурати самаранок набудани резексияи мушакҳои сатҳии оваранда бояд дар шакли миотомияи васеи аддукторҳо иҷро карда шавад, ки аз тарафи мо пешниҳод шудааст.

11. Дар таҳкикоти комплексӣ, ташҳис ва табобати беморони дорои шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сар бо осеббинии андомҳои поёни, дар баробари маълумотҳои клиникӣ, аз шкалаҳои дар адабиётҳои илмӣ

тавсифшудаи GMFCS ва Эшворт, инчунин шкалаи дар рафти иҷро кардани таҳқиқоти мазкур пешниҳодшуда барои муайян кардани вазнинии бемории баррасишаванда ва арзёбии натиҷаҳои дури он истифода карда шавад.

РҶҶХАТИ АДАБИЁТ

1. Газдиева Б.М. Детский церебральный паралич - актуальная проблема современного общества [Текст] / Б.М. Газдиева, О.А. Милованова, С.В. Витковская, С.С. Пузин, Х.А. Арапханова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. - 2022. - № 3. - С. 99–116.
2. Ганиева М.Т. Мисолҳои клиникии таъхиси парализаҳои спастикӣ, ки зерини нуқоби фалаҷи кӯдакони мағзи сар пинҳон мешаванд [Текст] / М.Т. Ганиева, Н.Г. Асилова // Авҷи Зӯҳал. - 2022. - № 3. - С. 75–79.
3. Детский церебральный паралич (ДЦП): клинические рекомендации [Текст] // Вестник восстановительной медицины. - 2017. - № 3 (79). - С. 91–114.
4. Кенис В.М. Ортопедическое лечение деформаций стоп у детей с церебральным параличом [Текст] : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.15 / В.М. Кенис. — Санкт-Петербург, 2014. — 42 с.
5. Ткаченко Е.С. Детский церебральный паралич: состояние изученности проблемы: обзор [Текст] / Е.С. Ткаченко, О.П. Голева, Д.В. Щербаков, А.Р. Халикова // Мать и дитя. - 2019. - № 2 (77). - С. 4–9.
6. Dean E. Cerebral palsy [Text] / E. Dean // Nursing Children and Young People. - 2017. - Vol. 29, № 3. - DOI: 10.7748/ncyp.29.3.11.s11.
7. Jahan I. Epidemiology of cerebral palsy in low- and middle-income countries: preliminary findings from an international multicentre cerebral palsy register [Text] / I. Jahan, M. Muhit, D. Hardianto [et al.] // Developmental Medicine & Child Neurology. - 2021. - Vol. 63, № 11. - P. 1327–1336.

8. Jahan I. Epidemiology of cerebral palsy in Sumba Island, Indonesia [Text] / I. Jahan, M.H. Al Imam, T. Karim [et al.] // Developmental Medicine & Child Neurology. - 2020. - Vol. 62, № 12. - P. 1414–1422.

ИНТИШОРОТ АЗ РҶҶИИ МАВОДИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Ганиев Х.Т. Клинико-восстановительная реабилитация больных со спастической формой детского церебрального паралича [текст] / Асилова Н.Г. Ганиева М.Т. Исаева М.Б. // СИМУРГ. - 2021.- № 9(1). - С. 84-87

[2-М]. Ганиев Х.Т. Клиника, диагностика и лечение детского церебрального паралича [текст]/ М.Т. Ганиева, Н.Г. Асилова, И. Фируза // Симург. -2021. - №9 (1). С. 58-62.

[3-М]. Ганиев Х.Т. Значение консервативного лечения в предоперационной подготовке больных со спастическими формами детских церебральных параличей с преимущественным поражением нижних конечностей [текст]/ Х.Т. Ганиев // Медицинский вестник национальной академии наук Таджикистана – 2023. - Том XIII. - №2 (46). - С. 17-24.

[4-М]. Ганиев Х.Т. Влияние факторов риска спастических форм детских церебральных параличей с поражениями нижних конечностей на тактику их комплексного лечения. [текст] / А.А. Раззоков // Симург. - 2023. 18(2). – С. 83-92.

[5-М]. Ганиев Х.Т. Оперативное лечение детских церебральных параличей [текст] /А.А. Раззоков // Вестник Авиценны. - 2024. - № 2. - С. 214-232.

Мақола ва фишурдаҳо дар маҷмуаи маводи конференсияҳо

[6-М]. Ганиев Х.Т. Эффективность динамической проприоцептивной коррекции при детских церебральных параличах. [текст] / Н.Г. Асилова, М. Бозорова // Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики

Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений».30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 377.

[7-М]. Ганиев Х.Т. Эффективность методов физической реабилитации у детей со спастической формой детского церебрального паралича. [текст] / Н.Г. Асилова, А.Н. Абдуллоев // Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений» 30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 442.

[8-М]. Ганиев Х.Т. Хирургическое лечение эквинусной деформации стопы у детей с детским церебральным параличом [текст] /А.А. Маджидов // Материалы научно-практической конференции (69-й годичной) с международным участием, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и «Годам развития села, туризма и народных ремесел». 17 ноября. -Душанбе. – 2021. – С. 58.

[9-А]. Ганиев Х.Т. Ортопедическая коррекция детей со спастическими формами детского церебрального паралича [текст] / М.А. Хабибуллоева, М. Сабурзода. Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений».30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 392.

[10-М]. Ганиев Х.Т. Ортопедическое лечение поражений нижних конечностей у детей со спастическими формами детского церебрального паралича [текст] /А.А. Мажидов, Ш.К. Иброхимов // Материалы с научно-практической конференции ТГМУ, посвященная 30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021), с международным участием «Новые проблемы

медицинской науки и перспективы их решений».30 апреля. -Душанбе. – 2021. – С. 43.

[11-М]. Ганиев Х.Т. Изучение течения и частоты спастической формы детского церебрального паралича по данным обращаемости [текст] /О. Ш. Рахимзода, Х.Т. Ганиев // Материалы XVIII Научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» «Наука и инновация в медицине». -Душанбе. – 2023. -Том 1. – С. – 209.

[12-М]. Ганиев Х.Т. Хирургическое лечение эквинусной деформации стопы у детей с детский церебральным параличом [текст] /О.Ш. Рахимзода // Материалы XVIII Научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием ГОУ «ТГМУ им Абуали ибни Сино» «Наука и инновация в медицине». -Душанбе. – 2023. -Том 1. – С. – 209.
-Душанбе. – 2023. -Том 1. – С. 217-218.

ПЕШНИҲОДҲОИ РАТСИОНАЛИЗАТОРӢ

1. Ганиев Х.Т. Усовершенствованный вариант операции Эггерса при хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе / Х.Т. Ганиев, А.А. Раззоков //Рационализаторское предложение за №3671/R11659 от 11.03.2025 года. - Душанбе. – 2025.

2. Ганиев Х.Т. Методика выбора оптимального способа хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе / Х.Т. Ганиев, А.А. Раззоков //Рационализаторское предложение за №3672/R1160 от 11.03.2025 года. -Душанбе. – 2025.

3. Ганиев Х.Т. Совершенствование техники миотомии аддукторов при хирургической коррекции сгибательной контрактуры коленного сустава при детском церебральном параличе / Х.Т. Ганиев, А.А. Раззоков

//Рационализаторское предложение за №3673/R1161 от 10.12.2025 года. -
Душанбе. – 2025.

Феҳристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ФМК – фалачи майнаи сари кӯдакон

ТК –томографияи компютерӣ

ТМР – томографияи магнитӣ-резонансӣ

ДТХ– дастгоҳи таъяву ҳаракат

ТЭО – табдилдиҳандаи электронӣ-оптикӣ

ДДТТ – Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон

GMFCS – Gross motor function Classification system

АННОТАЦИЯ

Ганиева Хусейна Тимуровича

«Совершенствование ортопедического лечения поражений нижних конечностей у детей с спастическими формами детского церебрального паралича»

Ключевые слова: детский церебральный паралич, спастическая форма, факторы риска, шкалы для диагностики, оперативное лечение, результаты лечения.

Цель исследования. Улучшение результатов комплексного ортопедического лечения спастических форм детских церебральных параличей с повреждением нижних конечностей.

Методы исследования. Предметом исследования являлось диагностика и лечения спастической формы детского церебрального паралича у детей: особенности клинического течения, совершенствование методов диагностики и лечения, разработка новых подходов при оценке клинических проявлений и результатов лечения, совершенствование тактики и методов оперативного лечения.

Полученные результаты и их новизна. Установлена более высокая частота сочетания перинатальных и интранатальных факторов риска при обсуждаемой патологии. В структуре анализируемого клинического материала установлены высокий удельный вес тяжелых форм, рождения детей с рассматриваемыми заболеваниями в многодетных семьях, недоношенности и отягощенного течения беременности и родов. Установлено влияние раннего консервативного лечения в более позитивном течении клинических проявлений и рациональной предоперационной подготовки пациентов. Совершенствованы показания, техники выполнения отдельных операций, сроки и этапность оперативного лечения. Предложены усовершенствованные методы лечения некоторых контрактур при обсуждаемых заболеваниях. Доказано статистически значимая зависимость результатов лечения как до и после операции.

Рекомендации по использованию. Теоретическая значимость работы заключается в том, что проведение превентивных мероприятий, направленных на профилактику выявленных антенатальных и интранатальных факторов риска развития обсуждаемых патологий. Установленная структура обсуждаемой патологии позволяет на более высоком уровне планировать объем и содержания медицинской помощи этим больным. Внедрение результатов проведенной работы в клиническую практику позволяют значительно улучшить результаты лечения обсуждаемой патологии в масштабе всей страны. Предложенные стандартизированные шкалы для оценки тяжести обсуждаемой патологии имеют важное методологическое значение, т.к. могут применяться и в других научных исследованиях, так и в плане объективного сравнения результатов исследования различных авторов.

Область применения: Травматология и ортопедия.

АННОТАТСИЯИ

Ғаниев Ҳусейн Тимурович

«Такмили табобати ортопедии осебҳои андомҳои поёни дар кӯдакони дорои шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон»

Калимаҳои калидӣ: фалаҷи майнаи сари кӯдакон, шакли спастикӣ, омилҳои хатар, шкала барои таъхис, табобати ҷарроҳӣ, натиҷаҳои табобат.

Мақсади таҳқиқот – беҳтар сохтани натиҷаҳои табобати комплекси ортопедии шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон бо осеб дидани андомҳои поёни.

Усулҳои таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омузиши масъалаҳои зерини марбут ба таъхис ва табобати шаклҳои спастикӣ фалаҷи майнаи сари кӯдакон буд: хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ, тақмил додани усулҳои таъхис ва табобат, коркарди равишҳои нав ҳангоми арзёбии зӯҳуроти клиникӣ ва натиҷаҳои табобат, тақмил додани тактика ва усулҳои амалиёти ҷарроҳӣ.

Натиҷаҳои таҳқиқот ва нағзони онҳо. Басомади нисбатан баландтари якҷоя шудани омилҳои хатари перинаталӣ ва интранаталӣ ҳангоми бемории баррасишаванда муқаррар карда шуд. Таъсири табобати барвақти консервативӣ ба табобати мусбати зӯҳуроти клиникӣ ва омодагии ратсионалии пешазҷарроҳии беморон муайян карда шудааст. Ду шкала барои муайянкунии объективӣ вазнинии ФМК ва арзёбии натиҷаҳои табобати он пешниҳод карда шудааст. Усулҳо ва нишондодҳо барои ҷарроҳии бемории баррасишаванда ба танзим дароварда шуд. Нишондодҳо, техникаи иҷро кардани ҷарроҳиҳои ҷудогона, муҳлат ва марҳилаи табобати ҷарроҳӣ тақмил дода шуд. Усулҳои тақмилёфтаи табобати баъзе контрактураҳо дар бемориҳои баррасишаванда пешниҳод гардид. Вобастагии аз ҷиҳати омӯрӣ муҳимми натиҷаҳои табобат ҳам то ва пас аз ҷарроҳӣ ва ҳам аз тактикаи интиҳобшудаи табобат исбот карда шуд.

Тағсияҳо барои истифода. Аҳамияти назариявии таҳқиқот аз он иборат аст, ки баргузориҳои ҷорабиниҳои профилактикӣ, ки ба пешгирӣ намудани омилҳои хатари антенаталӣ ва интранаталӣ инкишофи бемориҳои баррасишаванда нигаронида шудаанд, имконият медиҳанд, ки натиҷаҳои профилактика ва табобат беҳтар карда шаванд. Сохтори муайянкардашудаи бемории баррасишаванда имконият медиҳад, ки ҳаҷм ва муҳтавои ёрии тиббӣ барои ин беморон дар сатҳи баланд ба нақша гирифта шаванд. Аз рӯи натиҷаи таҳқиқоти гузаронидашуда таъсири мусбати равишҳои комплекси пешниҳодшуда ба динамикаи зӯҳуроти интегралӣ клиникӣ дар бемориҳои баррасишаванда муайян карда шудааст. Шкалаҳои стандартӣ пешниҳодкардашуда барои арзёбӣ намудани вазнинии бемориҳои баррасишаванда дорои аҳамияти муҳимми методӣ мебошанд, чунки метавонанд дар дигар таҳқиқотҳои илмӣ ва ҳам дар муқоисаи объективӣ натиҷаҳои таҳқиқоти муаллифони гуногун мавриди истифода қарор дода шаванд.

Соҳаи истифода: Травматология ва ортопедия.

ANNOTATION

Ganiev Hussein Timurovich

«Improving orthopedic treatment of lower limb lesions in children with spastic forms of infantile cerebral paralysis»

Keywords: infantile cerebral paralysis, spastic form, risk factors, diagnostic scales, surgical treatment, treatment outcomes.

Purpose of the study: To improve the outcomes of comprehensive orthopedic treatment for spastic forms of cerebral palsy in children with lower limb impairment.

Research Methods. The purpose of this study was to examine the following issues related to the diagnosis and treatment of the spastic form of cerebral palsy in children: features of the clinical course; improvement of diagnostic and treatment methods; development of new approaches for assessing clinical manifestations and treatment outcomes; as well as refinement of surgical tactics and techniques.

Results obtained and their novelty: A higher incidence of combined perinatal and intranatal risk factors in the studied pathology was established. Within the structure of the analyzed clinical data, a high proportion of severe forms, births in large families, prematurity, and a history of complicated pregnancy and labor were revealed. The positive impact of early conservative treatment on the clinical course and the importance of rational preoperative preparation were demonstrated. Two objective scales were developed for evaluating the severity of infantile cerebral paralysis and assessing treatment outcomes. Methods and indications for surgical intervention in this pathology were systematized. Indications, techniques of specific operations, as well as the timing and staging of surgical treatment were refined. Improved methods for treating certain contractures in the studied condition were proposed. A statistically significant correlation was proven regarding treatment outcomes both pre- and postoperatively, as well as in relation to the chosen treatment strategy.

Recommendations for implementation: The theoretical significance of the work lies in the fact that preventive measures aimed at controlling identified antenatal and intranatal risk factors significantly improve prevention and treatment outcomes. The established structural characteristics of this pathology allow for better planning of the volume and scope of medical care provided to these patients. Based on the study results, the positive impact of the proposed comprehensive approaches on the dynamics of overall clinical manifestations was confirmed. Implementing these findings into clinical practice will substantially improve treatment outcomes at the national level. The proposed standardized scales for assessing pathology severity carry important methodological value, as they can be utilized in future research and for objective comparison of results across different studies.

Field of Application: Traumatology and orthopedics.