

13. Muhammad W. Darawad, Hani Nawafleh, Mahmoud Maharmeh, Ayman M. Hamdan-Mansour, Saleh N. Azzeghaiby (2015). The Relationship between Time Pressure and Burnout Syndrome: A Cross-Sectional Survey among Jordanian Nurses Health Vol.7 No.1, [in English]. <https://doi.org/10.4236/health.2015.71003>

УДК: 616.728.2-77:626.718.41-002.4 -003.9

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ ГОЛОВКЕ
БЕДРЕННОЙ КОСТИ**

Асилова С.У¹., Акрамов В.Р².

Ташкентская медицинская академия¹

Бухарский государственный медицинский институт
кафедра травматологии и ортопедии ВПХ с нейрохирургией².

АННОТАЦИЯ

Нами проведена реабилитация всех 64 больных тотальным эндопротезированием с 2015 по 2021 год оперирование по поводу асептического некроза головки бедренной кости. После ЭП ТБС делили на две стадии: Из них с момента операции до 3 недель – это ранняя стадия. С 3 недель до 10 недель – поздняя стадия. В это время необходимо продуктивно выполнять задания и упражнения для реабилитации после ЭП ТБС хирургом и реабилитологом. На санаторно-курортном этапе больные каждый год получали ЛФК и физиотерапии в течение 3 лет в санаторно-курортных условиях. До и после операции оценивалась разница в количестве движений за 10 сек. при выполнении теста оперированной и не оперированной ногой, при этом в наибольшей степени повысился, после операции, показатель отведения бедра. Данные координационного теста показали, что на 14-е сутки этот В это время необходимо продуктивно выполнять задания и упражнения для реабилитации после ЭП показатель на оперированной ноге у основной группы были равны 12,2 м а в контрольной – 11,2 м движения, что на 25,3 % лучше чем в контрольной .

Ключевые слова: Реабилитации, после эндопротезирования, координационный тест, тазобедренный сустав, стадия, АНГБК(асептический некроз головки бедренной кости), ЛФК , физиотерапия.

**SON SUYAGI BOSHCHASI ASEPTIK NEKROZIDA CHANOQ SON BO'G'IMI
ENDOPROSIDAN KEYINGI BESORLAR REABILITATASIYA.**

Asilova S.U¹., Akramov V.R².

Toshkent tibbiyot akademiyasi ¹

Buxoro davlat tibbiyot instituti

Neyroxirurgiya bilan HDX Travmatologiya va ortopediya kafedrasi ².

ANNOTATSIYA

2015-2021 yillar oralig'ida son boshchasi aseptic nekrozi tashxisi qo'yilgan 64 nafar bemorning son chanoq bo'g'imi total endoprotezlash operatsiyasidan keyingi reobilitatsiyani olib bordik. Son chanoq bo'g'imi total endoprotezlash operatsiyasidan keyingi bemorlar 2 guruhga bo'lindi: bulardan operatsiya kunidan boshlab 3 haftagacha – erta guruh; 3 – haftadan 10 – haftagacha kechki guruh. Bu vaqt oralig'ida jarroh va rehabilitolog tomonidan son chanoq bo'g'imi total endoprotezlash operatsiyasidan keyin reobilitatsiya bo'yicha vazifalar va mashqlar samarali bajarildi. Sanator kurort bosqichida bemorlar har yili 3 yil davomida sanator kurort sharoitida jismoniy mashqlar va fizioterapiya kurslarini o'tashdi. Operatsiyadan oldin va keyin 10 soniya ichida harakatlar sonidagi farq baholandi. Operatsiya qilingan va qilinmagan oyog'I bilan test

o'tkazilganda, operatsiyadan keyin sonni uzoqlashtirish ko'rsatkichlari sezilarli darajada oshdi. Quyidagi olib borilgan test shuni ko'rsatdiki, operatsiyadan birinchi 14 kunlikda reabilitatsiya bo'yicha vazifalar va mashqlarni samarali bajarish kerak. Natijalar shuni ko'rsatdiki asosiy guruhdagi bemorlar harakat ko'rsatgichi - 12.2 m ga va nazoratdagi guruh ko'rsatgichi – 11.2 m ga teng bo'ldi. Bu esa nazoratdagi guruhdan 25.3% yaxshi.

REHABILITATION OF PATIENTS AFTER ENDOPROTHETICS OF THE HIP JOINT IN ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD

Asilova S.U¹, Akramov V.R².

Tashkent Medical Academy¹

Bukhara State Medical Institute

Department of Traumatology and Orthopedics of MFS with Neurosurgery ².

ABSTRACT

We have carried out the rehabilitation of all 64 patients with total arthroplasty from 2015 to 2021, surgery for aseptic necrosis of the femoral head. After EP, the hip joint was divided into two stages: Of these, from the moment of surgery to 3 weeks, this is the early stage. From 3 weeks to 10 weeks - late stage. It is necessary to efficiently perform tasks and exercises for rehabilitation after EPHT by a surgeon and a rehabilitation therapist. At the sanatorium-resort stage, every year patients get physical therapy and physiotherapy for 3 years in a sanatorium-resort environment.

Before and after the operation, the difference in the number of movements in 10 seconds was assessed. When performing the test with the operated and unoperated leg, the index of hip abduction increased the most after the operation. The data of the coordination test showed that on the 14th day, it is necessary to productively perform tasks and exercises for rehabilitation after EP while the indicator on the operated leg in the main group was equal to 12.2 m, and in the control group - 11.2 m of movement, which is 25.3% better than the control.

Введение: Реабилитация больных после эндопротезирования при асептическим некрозом головке бедра (АНГБК) предусматривает следующие основных моментов: Один из них возвращение больных к труду. Второй создание оптимальных условий для активного участия его в жизни общества, а также улучшить качества жизни больных. Медицинская реабилитация больных с АНГБ включала следующие этапы: стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторно-курортный. На этапе стационарной реабилитации входили предоперационную реабилитации и проведение оперативного лечения.

Материалы и методы исследования: Нами проведена реабилитация всех 64 больных тотальным эндопротезированием с 2015 по 2021 год оперирование по поводу асептического некроза головки бедренной кости. После ЭП ТБС делили на две стадии: Из них с момента операции до 3 недель – это ранняя стадия. С 3 недель до 10 недель – поздняя стадия. В это время необходимо продуктивно выполнять задания и упражнения для реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава хирургом и реабилитологом. На санаторно-курортном этапе больные каждый год получали ЛФК и физиотерапии в течение 3 лет в санаторно-курортных условиях.

Особенно важно проводить предоперационную оценку состояния больных движения тазобедренного сустава, укорочения, сопутствующие заболевания так как они является исходным пунктом для сравнения и учета результатов хирургического лечения. До операции следует ознакомить больных с проведения операции и их возможных осложнение . как провести ЛФК тазобедренного сустава после операции. Предоперационный период длится 3-4 дня. Период выполнения операции. После операции больной в течение 24 часов находится в реанимационным отделении и получает: антибактериальных медикаментов ([антибиотиков](#)), с целью профилактики развития инфекции; от [венозного тромбобразования](#) антикоагуляционных препаратов.

А также против боли профилактики воспалений нестероидных противовоспалительных средств; для ускорения регенерации костных и мышечных структур белковых и кальциевых добавок.

После оперативного вмешательства начинался лечебно-восстановительный период для обеих групп больных, который длится в течение 2-3 недели. В основной группе, применяли специальную Лечебная гимнастику для реабилитации больных разработанный нами и проводилась в щадящем режиме. В контрольной группе Занятия ЛФК проводились в группе или больным самостоятельно выполнялись упражнения рекомендованные врачом ЛФК.

Ранний этап - после эндопротезирования тазобедренного сустава больные находятся в реанимационном отделении в течение 24 часа. В отделение проводят контроль над основными функционально значимыми показателями состояния организма: артериальным давлением сердечным ритмом, дыханием, и пр. При необходимости проводят переливание крови и кровезаменителей. С целью профилактики застойных явлений в легких проводят дыхательную гимнастику.

Сразу после операции использует компрессионные манжеты. Проведение реабилитационные мероприятий укрепляет исход оперативного вмешательства. Ортопеды и все авторы не рекомендует во время выполнения физических упражнений приведения конечности с внутренней ротации бедра, с целью профилактики вывиха головке эндопротеза. Обе группе основная и контрольная группа после операции.

Перечень специальных упражнений ЛФК после оперативного вмешательства при АНГБ (исходное положение – лежа на спине).

Таблица 1

Содержание упражнения	Дозировка	Дни	Темп	Условия выполнения
Сгибание и разгибание в пальцах стоп и голеностопных суставах с напряжением мышц голени	5-10 раз	1-2 день	Медленный	Дыхание свободное
Сгибание и разгибание в пальцах стоп и голеностопных суставах с напряжением мышц голени. Сгибание и разгибание, отведение и приведение для пальцев кисти. Тонизирующий массаж ладонных поверхностей кистей по 1 минуте. Упражнения Ниши «смыкание ладоней»	10 – 15 раз	3-4 день	Медленный	Дыхание свободное
Поочередное поднимание прямых ног, носок на себя. Облегченные сгибания в коленном суставе оперированной конечности. Отведение прямой ноги. Гимнастика для пальцев кисти. Упражнения Ниши «смыкание ладоней»	10 -15 раз	5-6 день	Средний	Поднимая – выдох, опуская - вдох
Одновременное поднимание прямых ног, носок на себя отведение прямой ноги, сгибания и разгибание в коленном суставе оперированной конечности. Гимнастика для пальцев кисти.	12 -15 раз	8-9 день	Медленный	Дыхание свободное

Упражнения Ниши «смыкание ладоней» с визуальным контролем, трёх опорная ходьба.				
Поднимание оперированной прямой ноги, носок на себя. Активное сгибание, разгибание в коленном суставе и удержание оперированной конечности. Поднимание прямой ноги в положении лежа. Ходьба с высоким подниманием колена оперированной конечности. Гимнастика для пальцев кисти. Упражнения Ниши «смыкание ладоней».	10 – 15 раз	10-12 день	Средний	Дыхание свободное
Поднимание оперированной прямой ноги, носок на себя. Отведение прямой ноги, сгибания и разгибание в коленном суставе оперированной конечности. Гимнастика для пальцев кисти. Упражнения Ниши «смыкание ладоней» Упражнения Ниши «смыкание ладоней»	12 – 15 раз	14-15 день	Средний	Дыхание свободное

После операции оперированной конечности дали отведение на 20° при помощи валика между ног. С целью профилактики тромбоза сосудов нижней конечности после операции сразу обе ноги забинтованы эластичным бинтом.

На 2-е сутки учитывая степень выраженности сопутствующей патологии, объемом интраоперационной кровопотери, разрешили больным пересаживание с постели максимально поднятым кроватным головным концом 1-2 раза по 10 – 15 минут положения определяется самочувствием больного. Основное положение больного лежа на спине с отведением оперированной конечности на 20°. Разрешили больному лечь на здоровом боку с подушкой или валиком между ног. На 3-4 день после постоянное эластичное бинтование ног, разрешили присаживаться в кровати при посторонней помощи. повороты на бок с валиком между ног.

А также разрешили вставать с опорной рамой или костылями у постели с ограничением опоры или без опоры на оперированную конечность. На 4-5 день больные начали передвижение с помощью инструктора ЛФК на костылях или опорной рамы по палате с ограничением опоры или без опоры на оперированную конечность.

На 6-7 день разрешили самостоятельное передвижение при помощи костылей или опорной рамы без нагрузки или с ограничением нагрузки на оперированную конечность. На 8-9 день больные начали ходить с опорной рамой или костылями по коридору до 150м с 50% незначительной нагрузкой. На 8-13 день разрешили подъем на один пролет лестницы. На 14-15 день снимали швы после операционной раны. Больные были обучены ходьбе с опорным приспособлением, навыкам самообслуживания.

С целью эффективности разработанный нами методики реабилитации проверяли по тесту Координационно-скоростной, который служит для определения координационно-скоростных возможностей больных определения выраженности асимметрий между оперированной и не оперированной конечностям.

Методика проведения: координационно-скоростной тест, проводился до операции, на 3-5 сутки и перед выпиской (13-14 день послеоперационного периода). При этом необходимо выполнить как можно большее количество движений за фиксированное время

– 10 с (отведение ноги, шаг вперед и назад). Тест позволяет судить о степени готовности различных групп мышц к передвижению, что является наиболее существенным в послеоперационном периоде.

Результаты теста. Дистанция, пройденная больными за 10 сек. до операции.

Таблица 2.

Основная группа 15 чел	Контрольная группа 16 чел
2,1 м	2,8 м
2,5, м	3,5 м
4,8 м	3,30 м
4,0 м	3,83 м
3,5, м	3,2 м
3,2, м	4,5 м
2,7 м	3,6 м
3,5 м	2,5 м
2,80 м	3,35 м
3,70 м	3,1 м
2,75 м	3,2 м
3,1. М
Среднее М =3,02 м±0,05	Среднее М =3,55 м±0,01

Результаты теста. Дистанция, пройденная больными за 10 сек. после операции.

Таблица 3.

Основная группа 15 чел	Контрольная группа 16 чел
5,01 м	4,85 м
5,0 м	3,5 м
5,2 м	4,36 м
4,9 м	4,83 м
4,2 м	4,2 м
5,1 м	3,5 м
4,7 м	4,6 м
4,95 м	4,5 м
4,83 м	4,35 м
5,75 м	3,8 м
4,76 м	4,9 м
4,9 м	
Среднее М =4,95 м±0,05	Среднее М =4,15 м±0,01

Это тест показывает состояние мышечной системы. А также позволяет судить работоспособности околоуставных мышц, дает возможности контролировать определения выраженности асимметрий между оперированной и не оперированной конечностям и безопасен.

Данные координационно-скоростного теста (кол-во движений за 10 сек).

Таблица 4.

Группа	Этапы исследования	Не оперированная нога			Оперированная нога		
		Отведение	шаг вперед	шаг назад	Отведение	шаг вперед	шаг назад

Контр.	До операции	9.3	9.5	9.5	9.9	9.8	9.7
		9.53			9.8		
	3-5 сутки	10,5	10	9,1	8.5	8.0	8.1
		9.8			8,2		
	14 сутки	10.5	10.1	10,8	9.5	9,2	9.8
10.5			9.5				
Основ.	До операции	10.5	10.6	10.3	10.2	10,5	10,6
		10.5			10.3		
	3-5 сутки	11,9	11.0	11,5	8,6	8,8	9,1
		11.5			8,9		
	14 сутки	11,2	11,6	11,0	12, 2	13,,1	12,0
11.8			12.5				

Из таблицы видно, что до операции после операции оценивалась разница в количестве движений за 10 сек. при выполнении теста оперированной и не оперированной ногой, при этом в наибольшей степени повысился, после операции, показатель отведения бедра. Данные координационного теста показали, что на 14-е сутки этот показатель на оперированной ноге у основной группы были равны 12,2 м а в контрольной – 11,2 м движения, что на 25,3 % хуже чем в основной. Это показатель указывает положительные сдвиги со стороны оперированного сустава, показывает работоспособность ягодичных мышц, как наиболее имеет значение в плане профилактики вывихов эндопротезов. . Полученные данные показывает, что результат по всем параметром лучше у основной группы, по сравнению контрольной группе, причём чётко видна разница в динамике показателей.

Заключения: Таким образом, Реабилитация больных после эндопротезирования при асептическом некрозом головки бедра (АНГБК) предусматривает следующие основных моментов: Один из них возвращение больных к труду. Второй создание оптимальных условий для активного участия его в жизни общества, а также улучшить качества жизни больных. Медицинская реабилитация больных с АНГБК включала следующие этапы: стационарный, амбулаторно-поликлинический, санаторно- курортный. На этапе стационарной реабилитации входили предоперационную реабилитации и проведение оперативного лечения. Упражнения для реабилитации после ЭП ТБС хирургом и реабилитологом. На санаторно-курортном этапе больные каждый год получали ЛФК и физиотерапии в течение 3 лет в санаторно- курортных условиях. До операции после операции оценивалась разница в количестве движений за 10 сек. при выполнении теста оперированной и не оперированной ногой, при этом в наибольшей степени повысился, после операции, показатель отведения бедра. Данные координационного теста показали, что на 14-е сутки этот показатель на оперированной ноге у основной группы были равны 12,2 м а в контрольной – 11,2 м движения, что на 25,3 % хуже чем в основной. Это показатель указывает положительные сдвиги со стороны оперированного сустава, показывает работоспособность ягодичных мышц, как наиболее имеет значение в плане профилактики вывихов эндопротезов.

Выводы:

1. Реабилитация больных после эндопротезирования при асептическим некрозом головке бедра (АНГБК) предусматривает возвращение больных к труду и создание оптимальных условий для активного участия его в жизни общества, а также улучшить качества жизни больных.
2. Показатели координационного теста показали, что на 14-е сутки этот показатель на оперированной ноге у основной группы были равны 12,2 м а в контрольной – 11,2 м движения, что на 25,3 % лучше чем в контрольной.
3. После операционный реабилитация больных с положительным сдвигом со стороны оперированного сустава, показывает работоспособность ягодичных мышц, как наиболее имеет важное значение в плане профилактики вывихов эндопротезов. .

Литература/References

1. Беленький В.Е. Что такое ходьба / В.Е. Беленький, Г.В. Куропаткин // Вестник травматологии и ортопедии. – 1994. – № 4. Обзорная информация. – М. : ЦБНТИ, 1995. – Вып.
2. – 28 с. 2. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей / В.П. Москалев [и др.]. – СПб. : МОРСАР АВ, 2001. – 160 с.
3. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава / А.А. Надеев [и др.]. – М. : БИНОМ, 2004. – 239 с.
4. Травматология и ортопедия : рук. для врачей в 4 т. Т.3. Травмы и заболевания нижней конечности / Ред. Н.В. Корнилов, Ред. Э.Г. Грязнухин. – СПб. : Гиппократ, 2006. – 485 с.
5. Загородний Н.В., Елкин Д.В., Банецкий М.В. и др. Среднесрочные результаты применения в клинической практике бедренных компонентов эндопротезов «Имплант-Элит» производства МАТИ-Медтех бесцементной фиксации // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — Иркутск, 2006. — № 4 (50). — С. 104—110.
6. Султанов Э.М. Эндопротезирование тазобедренного сустава бесцементными эндопротезами с керамики-керамической парой трения у молодых активных пациентов // Дисс. ... канд. мед. наук. — М., 2004.
7. Кисель И.Ю. Клинико-рентгенологические аспекты врачебно-трудовой экспертизы лиц, перенесших реконструктивно-восстановительные операции на тазобедренном суставе в детском возрасте. Дис. ... канд. мед. наук (14.00.22). — М., 1991.
8. Доэрти М., Доэрти Д. Клиническая диагностика болезней суставов. — Изд. «Тивали», 1992.
9. Варшавский Ю.В., Ставицкий Р.В. Визуализация заболеваний тазобедренного сустава и контроль эндопротезирования. — М., 2005.
10. Белова А.Н., Щепотова О.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. — М.: Антидор, 2002. — С. 371—373.
11. Черанева С.В. Эффективность разных методов лечебной физкультуры в комплексной терапии больных коксартрозом / С.В. Черанева, П.А. Чижов // Вестник восстановительной медицины. — 2012. — № 3. — С. 33-35.
12. V.R.Akramov, B. A.SH.Khamraev, SH.SH.Akhmedov, B.U.Khamraev, (The Arthroplasty Of The Hip At Fracture Of A Neck Of A Femur) European Journal of Business & Social Sciences., ISSN: 2235-767X., Volume 07 Issue 05., May 2019.
13. V.R.Akramov, B. A.SH.Khamraev, SH.SH.Akhmedov, B.U.Khamraev, (Prevention Of Possible Complications Before And After Total Endoprotesization Of The Combin) European Journal of Business & Social Sciences., ISSN: 2235-767X., Volume 07 Issue 05., May 2019.
14. Nurullaev S.O; Akhmedov Sh.Sh; Akramov V.R; Khamraev A.Sh; Khamraev B.U; Mirzamurodov Kh.Kh Our experience in the treatment of grade i-ii gonarthroa with hyaluronic acid preparations academica An International Multidisciplinary Research Journal (Double Blind Ref ereed & Peer Reviewed Journal), Vol. 10 Issue 12, December 2020.

15. Асилова Саодат Убайевна., Акрамов Вохид Рустамович., Ахмедов Шамшод Шавкатович., Мирзамуродов Хабибжон Халимович (Ташкент, Узбекистан).// оценка результатов лечения применения обогащенной тромбоцитами плазмы при асептическом некрозе головки бедренной кости. Polish science journal., ISSUE 12(33) Part 2. WARSAW, POLAND Wydawnictwo Naukowe "iScience" 2020.
16. Mirzamurodov Habibjon Halimovich, Nurulloev Sukhrob Ozodovich. Improvement of surgical treatment of patients with combined degenerative-dystrophic pathology of the hip joint and spine with prevalence of manifestations of coxarthrosis// British Medical Journal Volume-1, No 2., 2021. P.180-187
17. Акрамов В.Р. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при анатомических нарушениях вертлужной впадины. "БЮЛЛЕТЕНЬ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ УЗБЕКИСТАНА" Узбекистан г.Ташкент № 3 – 2011 , Стр.94-97
18. Nurulloev S.O., Mirzamuradov Kh.Kh. Our experience in the treatment of degree i-ii gonarthrosis with drugs hyalouranic acid // Innovation in the modern education system. 2021. Part 5, Issue 1. P. 546-548. (in Russian).

УДК: 616.5+611.018.25]-002.828-07:616.98:579.828

**ГРИБКОВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК У ВИЧ
ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ**

**У.Б. Нурматов, Б.С. Азизов, О.Д. Ибрагимов, С.С. Агзамходжаева, А.Х.Турдыев,
Ш.Т.Аюпова**

Ташкентский государственный стоматологический институт

РЕЗЮМЕ В статье представлена обзорная информация о частоте встречаемости грибковых инфекций как оппортунистических заболеваний при ВИЧ/СПИДе. Одним из важных факторов роста грибковой инфекции и усугубления течения вызываемых ею заболеваний является вторичный иммунодефицит, вызванный ВИЧ, сопротивление кожного слоя и влияние грибковой инфекции на иммунную систему. Поэтому изучение грибковых инфекций у пациентов с ВИЧ/СПИД, в частности определение видов грибов, вызывающих грибковые инфекции и определение их чувствительности к противогрибковым препаратам, может значительно снизить смертность этих пациентов от генерализованной грибковой инфекции.

Ключевые слова: слизистая оболочка полости рта, ВИЧ/СПИД, грибковые заболевания.

**ОИВ/ОТИС билан касалланган беморларда шиллик қаватлар ва терининг
замбуруғ касаллигини кечиши**

**У.Б. Нурматов, Б.С. Азизов, О.Д. Ибрагимов, С.С. Агзамходжаева, А.Х. Турдыев,
Ш.Т.Аюпова**

Тошкент давлат стоматология институти

Хулоса. Ушбу мақолада ОИВ/ОИТС да замбуруғ инфекциясининг оппортунистик касалликлар сифатида учраш даражаси хақида маълумот берилган. Замбуруғ инфекциясининг кўпайиши ва у чақирган касалликлар кечишини оғирлашувининг муҳим факторларидан бири бу ОИВ томонидан вужудга келган иккиламчи иммун танқислиги, тери қатламининг резистентлиги ва замбуруғ