



RESULTS OF THE STUDY OF HIP JOINT PATHOLOGY

Ganiev Abdukamol Kayumovich

candidate of Medical Sciences, Associate Professor of
the Department of Traumatology, Orthopedics and Neurosurgery,
Tashkent State Medical University, Uzbekistan, Tashkent

Gulyamov Saidalo Saidkamalovich

assistant of the Department of Traumatology,
Orthopedics and Neurosurgery, Tashkent State Medical
University, Uzbekistan, Tashkent

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17358338>

ARTICLE INFO

Received: 05th October 2025

Accepted: 10th October 2025

Online: 15th October 2025

KEYWORDS

*congenital disease, hip joint,
congenital hip dislocation,
adduction contracture,
dysplastic process.*

ABSTRACT

Congenital diseases of the hip joint, which include hip joint dysplasia and congenital hip dislocation, rank first in frequency not only among the segments of the lower limb, but also in relation to diseases of other localizations of the musculoskeletal system. The main diagnostic methods for hip joint pathologies are ultrasound and radiological examination. However, in cases of hip joint pathology, there are several generally accepted standards of treatment — both conservative and surgical. Yet, it is not always possible to successfully apply one or another treatment method as desired in practice. After conservative treatment, adduction contracture of the hip joint often develops. In this regard, an individualized approach that takes into account the condition of the surrounding tissues acquires particular importance in treatment. The use of minimally invasive treatment methods, considering the surrounding tissues, is aimed at reducing complications.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Ганиев Абдукамол Каюмович

канд. мед. наук, доцент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии
Ташкентского государственного медицинского университета, Узбекистан, г.
Ташкент

Гулямов Саидаъло Саидкамалович

ассистент кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии Ташкентского
государственного медицинского университета, Узбекистан, г. Ташкент

<https://doi.org/10.5281/zenodo.17358338>

ARTICLE INFO

ABSTRACT



Received: 05th October 2025

Accepted: 10th October 2025

Online: 15th October 2025

KEYWORDS

врожденный заболевание, тазобедренный сустав, врожденный вывих бедра, приводящая контрактура, диспластический процесс.

Врожденный заболевание тазобедренного сустава, включавший в себе дисплазию тазобедренного сустава, врожденный вывих бедра, по частоте занимают первое место не только среди сегментов нижней конечности, но и по отношению к заболеваниям других локализаций опорно-двигательного аппарата. Основным методом диагностики патологий тазобедренного сустава является УЗИ и рентгенологический. Однако при патологии тазобедренного сустава существует ряд общепринятых стандартов лечения, как консервативных, так оперативных. Однако не во всех случаях удаётся успешно осуществить тот или иной метод лечения как бы этого хотелось на самом деле. После консервативного лечения нередко развивается приводящая контрактура тазобедренного сустава. В связи с этим особое значение в лечении приобретает индивидуальный подход, учитывающий состояние окружающих тканей. Применение малоинвазивных методов лечения с учетом окружающих тканей направлено на снижение осложнений.

На сегодняшний день в детской ортопедии существует ряд нерешённых проблем патологии тазобедренного сустава. Наиболее часто встречающиеся в практике врачей это врождённый вывих бедра и врождённый подвывих бедра, диспластическая Соха vara, болезнь Легг-Кальве-Пертеса и др. По перечисленным выше нозологиям существует ряд общепринятых стандартов лечения, как консервативных, так оперативных. Однако не во всех случаях удаётся успешно осуществить тот или иной метод лечения как бы этого хотелось на самом деле. В ряде случаев после положительной динамики лечения и клинико-рентгенологического подтверждения проведенного лечения патологии тазобедренного сустава, приходится сталкиваться с рецидивами. Порой даже не удаётся достичь минимального эффекта при консервативном лечении врождённого вывиха бедра. Кроме вышеизложенного по истечении определённого периода времени после проведенных лечебно-профилактических мероприятий мы сталкиваемся с приводящей контрактурой тазобедренного сустава обусловленной натяжением приводящих мышц бедра. В результате, контрагирования приводящей группы мышц тазобедренного сустава формируется приводящая контрактура тазобедренного сустава (ПКТБС). Необходимо отметить приводящая контрактура тазобедренного сустава напрямую связана с диспластическими



процессами в тазобедренном суставе. Кроме того сроки возникновения приводящей контрактуры тазобедренного сустава различны и в среднем составляют 1,5-3 года после проведённой консервативной терапии.

Причинный фактор, обуславливающий это положение весьма многогранен и вариабелен. Такими гранями могут быть: степень тяжести врождённой патологии тазобедренного сустава, неврологические сдвиги, возраст, психоэмоциональная сфера и другие. Стоит подчеркнуть, диспластические процессы в тазобедренном суставе не в последнюю очередь касаются мышц данной области. Не всегда ортопеды уделяют достойное внимание состоянию приводящих мышц бедра, которые не в последнюю очередь обуславливают степень тяжести заболевания и подвергаются структурным изменениям в мышцах. Кроме того, динамика изменений состояния в данной группе мышц бедра до, в момент и после лечения может быть одним из критериев выздоровления. Достигнуть расслабления приводящих мышц бедра при лечении врождённого вывиха бедра, помимо основного лечения с применением физиотерапевтических процедур удаётся не всегда. На наш взгляд такое положение вещей наталкивает на мысль, что присутствующее натяжение связано с наличием сверх нагрузки или же не адекватной нагрузкой на приводящие мышцы. Как следствие мы имеем структурно изменённую мышечную ткань неспособную к росту и нормальному функционированию. Из указанного можно придти к выводу, что здесь по истечении времени, с ростом ребёнка имеется в наличии несоответствие длины мышц относительно образований тазобедренного сустава, т.е. «синдром коротких аддукторов бедра» чем и обусловлена контрактура.

Цель исследования. Определить взаимосвязь диспластических процессов в тазобедренном суставе с развитием приводящей контрактуры в тазобедренном суставе по истечении времени после проведённого лечения патологии тазобедренного сустава.

Материалы и методы исследования. Проведён анализ 67-ти больных с приводящей контрактурой тазобедренного сустава. Определена взаимосвязь патологических процессов в тазобедренном суставе с последующим развитием приводящей контрактуры тазобедренного сустава. Разработана классификация для определения степени тяжести приводящей контрактуры тазобедренного сустава. Сформулированы предрасполагающие факторы развития контрактуры.

Результаты исследования. Мы наблюдали 67 детей с приводящей контрактурой тазобедренного сустава в возрасте до 10 лет. Контрактура характеризовалась наличием боли по внутренней стороне бедра при ходьбе, ограничения отведения в тазобедренных суставах, напряжением в приводящей группе мышц бедра. Необходимо отметить, что на пике отведения отмечается боль. По степени выраженности ограничения отведения в тазобедренных суставах мы выделили 3 группы степени тяжести: I-степень, II-степень, III-степень.

Таблица 1. Классификация степени тяжести ограничения отведения в тазобедренных суставах



Степень тяжести	Ограничение отведения в градусах
I-степень	60 ⁰ - 70 ⁰
II-степень	50 ⁰ - 60 ⁰
III-степень менее	45 ⁰ - 50 ⁰

Таким образом, была определена степень тяжести, которую проводили при согнутых коленных, тазобедренных суставах и отводили ножки от 0⁰ до 90⁰ по отношению к срединной линии. В ходе наблюдения выяснилось, в большинстве случаев контрактура двусторонняя 54 пациентов (108 суставов), в 13 случае односторонний процесс из них 8 приходится на левую сторону. У наблюдавшихся больных 43 случая в анамнезе имело место дисплазия тазобедренных суставов и врождённый вывих бедра, в 9-ти случаях наблюдали болезнь Легг-Кальве Пертеса, 7 случаев с нарушением формирования проксимального конца бедренной кости. В 8 случаях родители болезнь не связывали с чем-либо, а на вопрос о перенесенной дисплазии отвечали отрицательно, которая выявлялась, как остаточное состояние при рентгенологическом обследовании тазобедренных суставов.

Таблица 2. Классификация патологии тазобедренного сустава по степени тяжести:

ПАТОЛОГИЯ	СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ (n)			ВСЕГО
	Iст	IIст	IIIст	
ВВБ	8	33	2	43
Соха vara	-	5	2	7
Болезнь Легг-Кальве-Пертеса	-	8	1	9
Остаточная дисплазия	1	5	2	8
ИТОГО:	9	51	7	67

В большинстве случаев, а это 59% сроки возникновения ПКТБС составляло 3 и более года, 26% 2 года, 15% в течении года после лечения. При рентгенологическом обследовании тазобедренных суставов у пациентов с ПКТБС взаимоотношение суставных поверхностей вертлужной впадины и головки бедренной кости не изменялось. Контуры и формы суставных поверхностей имели обычную конфигурацию. В некоторых случаях определялось изменение ШДУ проявляющийся как варизацией при Соха vara, так и вальгизацией. У детей, которые проходили, лечение по поводу врождённого вывиха бедра ограничение отведения в тазобедренных суставах имел двусторонний характер. Для данного контингента детей характерным является патологическая посадка в определённой позе: на коленях ягодицы касаются горизонтальной поверхности, бедра сведены вместе и ротированы внутрь, стопы отведены их медиальный край также соприкасался с горизонтальной поверхностью. Такая посадка обусловлена тем, что дети не могут полноценно сесть с отведёнными бёдрами, и при этом нет боли по медиальной поверхности бедра, как это бывает при посадке с



отведёнными бёдрами у пациентов с ПКТБС. Указанная патологическая посадка провоцирует развитие патологической антеторсии.

Таким образом, подводя итоги можно сказать, что при лечении патологии тазобедренного сустава не зависимо от вида лечения (консервативный оперативный), нельзя ограничиваться только костными составляющими тазобедренного сустава. Если сустав принимать, как орган, то в его состав входят и окружающие ткани: связки, капсула, мышцы. В том числе приводящая группа, состояние которой нельзя упускать из виду. Раннее определение состояния приводящей группы мышц бедра и проведение мероприятий по адекватному лечению может стать важным звеном лечения патологии тазобедренного сустава. Данному контингенту пациентов помимо рентгенологической диагностики необходимо проводить электрофизиологическое исследование медиальной группы мышц бедра. В результате появится ясная картина возникших изменений, а также решится вопрос о выборе алгоритма диагностики и лечения детей с ПКТБС. Кроме того с учётом вариабельности сроков динамики и возникновения тех или иных исходов, контингент пациентов с диспластической патологией тазобедренного сустава требует диспансерный учёт у лечащего врача ортопеда и/или у ортопеда по месту жительства не без взаимодействия обоих специалистов.

Результаты исследования. Подводя итоги необходимо отметить, приводящая контрактура тазобедренного сустава на прямую имеет связь с диспластическими процессами в тазобедренном суставе. Кроме того, сроки проявления приводящей контрактуры тазобедренного сустава различны и в среднем составляют 1,5-3 года после проведённой терапии. Так же данная контрактура является одним из ведущих и значимых диагностических симптомов.

Выводы. 1. Приводящая контрактура тазобедренного сустава имеет непосредственную связь с перечисленными диспластическими процессами в тазобедренном суставе и может сопровождаться до определенного времени после лечебных процедур.

2. В результате тех или иных отклонений после лечения, рост мышц медиальной группы бедра отстаёт от роста костей и формируется «Синдром коротких аддукторов бедра», который требует хирургического лечения.

3. Метод лейкопластырный вытяжения по Мао в таких заболеваниях можно использовать, но необходимо учитывать возраст и анатомию кровообращения в тазобедренном суставе.

Список литературы:

1. Раззоков А.А., Кариева М.З. Лечение врождённого вывиха бедра динамическими шинами у детей до одного года. — Душанбе, Таджикистан, 2024г.
2. Гулямов С.С., Ганиев А.К., Усманханов О.А. Морфологические изменения приводящих мышц при врожденном вывихе бедра у детей грудного возраста. Ежегодная научно-практическая конференция по актуальным вопросам травматологии и ортопедии детского возраста «Турнеровские чтения». Сборник статей. Санкт-петербург 2019г. Стр 98-104



3. Ганиев А.К., Азимов Р.Х. Консервативное лечение дисплазии тазобедренных суставов. Международный научно-образовательный электронный журнал "ОБРАЗОВАНИЕ И НАУКА В XXI ВЕКЕ". Россия. Выпуск №21 (том 4). 2021г. 31 декабрь.
4. Clinical and sonographic improvement of developmental dysplasia of the hip: analysis of 948 patients- Bakti, K.; Lankinen, V.; Helminen, M. et al. — Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 2022
5. Hip arthrogram parameters predict radiographic outcomes of patients with developmental dysplasia of the hip treated by closed reduction - Tan Y., Zhao W., Wei M. et al. — Frontiers in Pediatrics, опубликована 2024