

10. Healthcare data breach statistics <https://www.hipaajournal.com/healthcare-data-breach-statistics/>
11. 2016 Breaches of healthcare data <https://blog.caspio.com/healthcare-data-breaches/>
12. COVID-19: пандемия спровоцировала утечку 3.5 млн записей персданных в мире // <https://www.infowatch.ru/company/presscenter/news/28596> [COVID-19: pandemiya sprovocirovala utechku 3.5 mln zapisej persdannyh v mire <https://www.infowatch.ru/company/presscenter/news/28596> (InRuss)]
13. Пациент, у которого был диагностирован коронавирус, прибыл из Парижа в Ташкент 11 марта // <https://kun.uz/ru/47409546> Pacient, u ktorogo byl diagnostirovan koronavirus, pribyl iz Parizha v Tashkent 11 marta // <https://kun.uz/ru/47409546> (InRuss)]
14. Совместное заявление о защите данных и неприкосновенности частной жизни в условиях борьбы с COVID-19// <https://www.un.org/ru/coronavirus/joint-statement-data-protection-and-privacy-covid-19-response> [Sovmestnoe zayavlenie o zashchite dannyh i neprikosnovennosti chastnoj zhizni v usloviyah bor'by s COVID-19 // <https://www.un.org/ru/coronavirus/joint-statement-data-protection-and-privacy-covid-19-response> (InRuss)]
15. Закон Республики Узбекистан «О персональных данных» // <https://lex.uz/docs/4396428> [Zakon Respubliki Uzbekistan «O personal'nyh dannyh» // <https://lex.uz/docs/4396428> (InRuss)]

УДК: 617.571-007-089-053.2

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ВОЗВЫШЕНИЯ ЛОПАТКИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Джураев А.М., Усманов Ш.У., Рахматуллаев Х.Р. Халимов Р.Дж.

ГУ.Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии, Ташкент

Врожденная высокая деформация лопатки, широко известная как деформация Шпренгеля, редкая врожденная деформация неизвестной этиологии возникает из-за прерывания каудальной миграции лопатки в раннее развитие плода, приводящее к приподнятой и гипоплазированной лопатке. Оставленная без лечения деформация Шпренгеля часто приводит к функциональным и косметическим нарушениям, таким как ограничение движений плеча и выраженная ипсилатеральная перепонка шеи.

В данной работе мы представляем несколько клинических случаев лечения детей с деформацией Шпренгеля, где рекомендовано при планировании хирургической коррекции врожденного высокого стояния лопаточной кости необходимо учитывать высоту расположения лопатки, сопутствующие изменения в костях грудной клетки, позвоночника, патологические изменения формы и размеров лопаточной кости. А при наличии деформации формы лопаточной кости после полной мобилизации лопатки целесообразно полная коррекция патологической формы для достижения равномерного прилегания ее к поверхности грудной клетки и равномерного скольжения при движениях верхней конечности.

Ключевые слова: Болезнь Шпренгеля, дети, деформация лопатки, хирургическое лечение,

Врожденное возвышение лопатки, которое возникает в результате ненормального прекращения каудальной миграции лопатки в эмбриональном периоде, названо деформацией Шпренгеля по имени Отто Герхарда Карла Шпренгеля. Шпренгель первым предположил, что аномалия имеет врожденное происхождение, и описал связанную с ней патологию [5,6].

На сегодняшний день известно, что это состояние, при котором происходит нарушение формирования и последующее опускание лопатки, что приводит к диспластической и неправильной ротации лопатки. Лопатка повернута кпереди/вперед, выпуклая сторона смещена медиально, которая сочленяется с нижней и латеральной стороной омовертебральной кости. Поверхность гленоида ориентирована вперед-снизу. Передне-задние рентгенологические снимки показывают, что нормальная лопатка имеет треугольную форму, тогда как при деформации Шпренгеля форма ромбовидная. Его причина остается в значительной степени неизвестной, но было высказано предположение о нарушении кровоснабжения эмбриона из-за сосудистых поражений, возникающих из подключичной артерии [2,6,9]. Кроме того, хорошо описана его связь с синдромом Клиппеля-Фейля, сколиозом, сердечно-легочными пороками (встречаемость от 4% до 14%) и мочеполовой деформацией (встречаемость 35%) [7,8].

Наличие омовертебральной кости у 20-50% пациентов с деформацией Шпренгеля, которая соединяет лопатку с позвоночником и ограничивает в дальнейшем движение лопатки, следствием которой является нарушения функции плеча - характерное изменение, на которое ссылаются многие авторы [1,3,4].

Легкие степени болезни Шпренгеля встречаются редко и в практике наших наблюдений они составили всего 8 случаев. У большинства детей при болезни Шпренгеля косметический дефект и деформации сопровождаются значительными функциональными расстройствами верхних конечностей. Затрудняется захват предметов, их поднятие, одевание, обслуживание себя.

Наличие сопутствующих патологий существенно осложняет течение заболевания. У данных детей более выражены функциональные расстройства, в частности, движения в плечевом суставе, в области плеча, шеи и головы, а также функции дыхания и кровообращения. Как показывают наблюдения, количество сопутствующих заболеваний увеличивается с возрастом ребенка. Это связано с тем, что по мере роста детей у больных развиваются вторичные деформации, в частности, сколиоз, кривошея и слабость мышц. Дети бывают ослабленными, наблюдается гипотрофия, анемия и гипермобильный синдром. Поэтому ранняя диагностика и раннее радикальное лечение болезни Шпренгеля у детей является профилактикой развития вторичных деформаций и прогрессирования патологического процесса.

В нашей практике лечения больных с деформацией Шпренгеля преобладали дети с вогнутой и смешанной деформацией лопаточной кости. Поэтому эти дети в процессе оперативного лечения нуждались в коррекции формы лопаточной кости. Детей с болезнью Шпренгеля без деформации лопаточной кости мы наблюдали только у детей младших возрастных групп и с мягкотканной и легкой формами деформации.

Так же мы считаем показанием к хирургическому лечению все случаи болезни Шпренгеля при отсутствии видимого положительного эффекта от консервативного лечения у детей старше 3 лет. Консервативное лечение можно проводить у детей до 3 лет и, в основном, оно служит подготовительным этапом перед основным хирургическим лечением.

Так как у 70% детей наблюдается сочетание врожденного высокого стояния лопатки с другими врожденными заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА), то первым этапом мы считаем необходимым устранение сопутствующего заболевания.

Если болезнь Шпренгеля сочетается со сколиозом или с врожденными аномалиями ребер (синдром Поланда) первым этапом производили операции по коррекции состояния лопатки и далее операции для лечения сколиоза и синдрома Поланда.

В наших наблюдениях бывали случаи сочетания болезни Шпренгеля с аномалией развития шейных позвонков с укорочением шеи и кривошеей (синдром Клиппель Фейля) мы одновременно производили операцию низведения лопатки и рассечение укороченной грудно-ключично-сосцевидной мышцы.

В случаях сочетания болезни Шпренгеля с аномалиями и деформациями конечностей мы до 3-4 летнего возраста устраняли деформации конечностей и затем приступали к оперативному лечению основного заболевания. При этом возможно проведение операции по низведению лопатки с одновременным консервативным лечением других деформаций ОДА.

При низведении лопаточной кости в обязательном порядке проверяли форму лопаточной кости. Без коррекции формы лопаточная кость не будет равномерно прилегать к поверхности грудной клетки, что препятствует скольжению лопатки во время движений верхней конечности. Ниже мы приводим несколько клинических случаев лечения детей с деформацией Шпренгеля.

Клинический пример 1

Больная Ботирова М., 10 лет, ист. болезни № 6937, поступила в клинику 2.11.2019 года с жалобами на деформацию грудной клетки, позвоночника и ограничение движений в правой верхней конечности (рис. 1 а, б). Больная в клинике обследована и установлен диагноз: Болезнь Шпренгеля справа, мягкотканная, тяжелая форма, s-образный сколиоз второй степени, аномалия позвонков и ребер, синостоз шейного и верхне-грудного отдела позвоночника, spina bifida VL3-4, L4-5. (рис. 2 в, г) Больной произведена операция низведение лопатки с фиксацией в широчайшую мышцу спины. Пациентка была осмотрена через год. Результат лечения нами отмечен хороший (рис. 3 д, е).



а



б



в

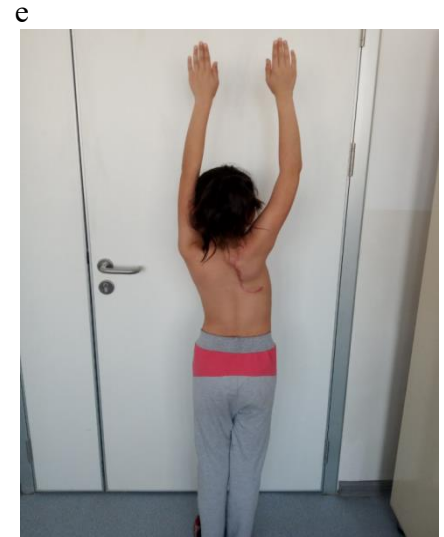
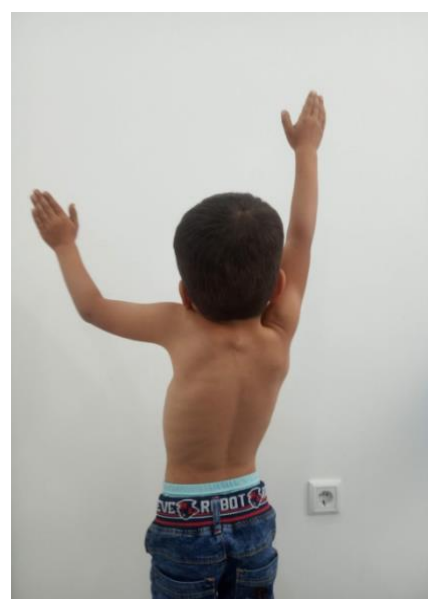


Рис. 1. Больная Ботирова М., 10 лет, ист. Болезни № 6937.

Клинический случай 2

Больной Алохонов А., 6 лет, ист. Болезни №7081, поступил в клинику 7.11.2019 г. с жалобами на деформацию грудной клетки, позвоночника и ограничение движений в правой верхней конечности (рис. 2 а, б). Больной в клинике обследован и установлен диагноз: Болезнь Шпренгеля слева, костная, тяжелая форма, правосторонний сколиоз второй степени, аномалия позвонков и ребер, синостоз шейного и верхне-грудного отдела позвоночника, spina bifida VL3-4, L4-5. (рис. 2 в, г, д). Больному произведена операция низведения лопатки с коррекцией крючкообразной деформации проксимальной надостной части лопаточной кости с фиксацией П-образными лавсановыми нитками, удалением добавочной омовертебральной кости закреплением в широчайшую мышцу спины. Пациент осмотрен через 2 года. Результат лечения нами отмечен хороший (рис. 2, е, ж).



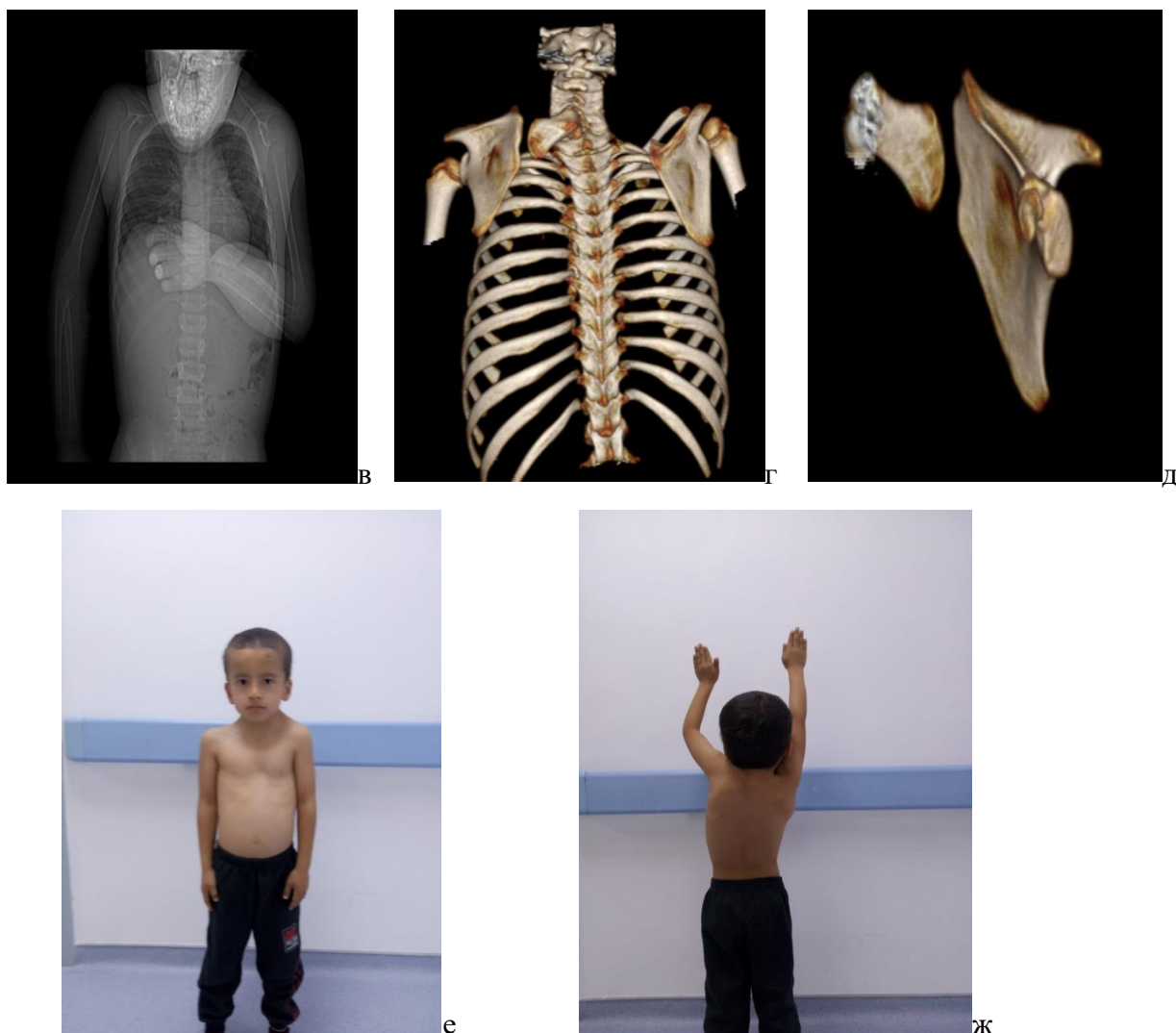


Рис. 2. Больной Алохонов А., 6 лет, ист. Болезни №7081.

Клинический случай 3

Больная Абдусаматова Ё., 7 лет, ист. Болезни №185, поступила в клинику 7.01.2021 года с жалобами на деформацию грудной клетки, позвоночника и ограничение движений в правой верхней конечности (рис 3, а, б). Больная в клинике обследована и установлен диагноз: Болезнь Шпренгеля справа, мягкотканная форма, средней тяжести, сколиоз второй степени, аномалия позвонков и ребер, синостоз шейного и верхнегрудного отдела позвонков, spina bifida VL3-4, L4-5 (рис. 3, в, г, д). Больной произведена операция низведение лопатки с коррекцией вогнутой деформации проксимальной надостной части и тела лопаточной кости с фиксацией двумя спицами, удалением добавочной омовертебральной кости закреплением в широчайшую мышцу спины. Осмотрена через 2 года. Результат лечения нами отмечен хороший (рис. 3, д, е).



Рис. 3. Больная Абдусаматова Ё., 7 лет, ист. Болезни №185.

Клинический случай 4

Больная Мухторжонова Г., 5 лет, ист. Болезни №4187, поступила в клинику 7.09.2020 г. с жалобами на деформацию грудной клетки, позвоночника и ограничение движений в левой верхней конечности (рис. 4, а, б, в). Больная в клинике обследована и установлен диагноз: Болезнь Шпренгеля слева, костная, тяжелая форма, (болезнь Клиппеля-Фейля) левосторонний сколиоз шейно-грудного отдела позвоночника второй степени, аномалия позвонков и ребер, синостоз шейного и грудного VC1-6, VTh1-2, незаращение дужек VC4, C5, C6 позвончиков (рис. 4, г - рентген, д - МСКТ, е - вид спереди, ж - вид сзади, з, и - вид спереди). Результат через 1 год нами отмечен как хороший.



а



б



в



г



д



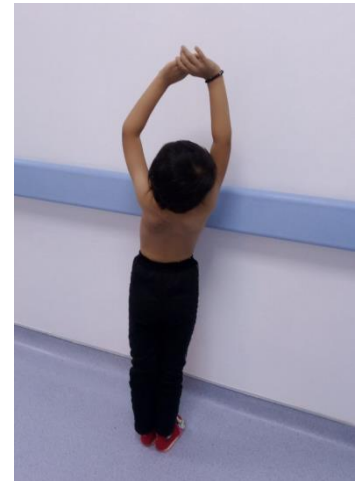
е



ж



з



и

Рис. 4. Больная Мухторжонова Г., 5 лет, ист. Болезни № 4187.

Исходя из наших клинических примеров, мы можем сделать вывод, что при планировании хирургической коррекции врожденного высокого стояния лопаточной кости необходимо учитывать высоту расположения лопатки, сопутствующие изменения в костях грудной клетки, позвоночника, патологические изменения формы и размеров лопаточной кости. А при наличии деформации формы лопаточной кости после полной мобилизации лопатки целесообразно полная коррекция патологической формы для достижения равномерного

прилегания ее к поверхности грудной клетки и равномерного скольжения при движениях верхней конечности.

Таким образом, для достижения хороших результатов до оперативного лечения необходимо тщательно обследовать ребенка, определить форму лопаточной кости. Обязательным условием является полная коррекция и адаптация к поверхности грудной клетки проксимального отдела и тела лопаточной кости, которое предотвращает развитие деформации лопаточной кости в отдаленном периоде после лечения и рецидива заболевания.

Литература/References:

1. Комолкин И.А., Агранович О.Е., Клинические варианты деформации грудной клетки (Обзор литературы). Гений ортопедии. 2017; 23 (2): 241-247.
2. Поздеев А.А. Оперативное лечение тяжелых форм врожденного высокого стояния лопатки у детей. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2006; 165 (1): 56-61.
3. Cho T.J., Choi I.H., Chung C.Y., Hwang J.K. The Sprengel deformity: morphometric analysis using 3D-CT and its clinical relevance. J. Bone Joint Surg. 2000; 82: 711-718.
4. Dilli A., Ayaz U.Y., Damar C., Ersan O., Hekimoglu B. Sprengel deformity: magnetic resonance imaging findings in two pediatric cases. J. Clin. Imag. Science. 2011; 1: 17-20.
5. Elzohairy M.M., Salama A.M. Sprengel's deformity of the shoulder joint treated by woodward operation. Eur. J. Orthop. Surg. Traumatol. 2019; 29: 37-45.
6. Fontecha C.G., Navarro Cano E.N., Soldado F., Barber I. Severe Sprengel's deformity associated with Klippel-Feil syndrome and a complex vascular abnormality that determined the corrective surgery technique. J. Pediatr. Orthop. B. 2014; 23: 589-593.
7. Satis S., Alparslan N., Tuna M., Dere O., Yetisgin A. Bilateral multilevel cervical rib and bilateral omovertebra in Klippel-Feil syndrome. World Neurosurg. 2020; 136: 62-65.
8. Stelzer J.W., Flores M.A., Mohammad W., Esplin N., Mayl J.J., Wasyliw C. Klippel-Feil syndrome with Sprengel's deformity and extensive upper extremity deformity: A case report and literature review. Case Rep. Orthop. 2018; 2018: 5796730.
9. Weinstein S.L., Buckwalter J.A. Ortopedia de Turek: princípios e sua aplicação. 5a ed. Manole; São Paulo: 2000; 400-401.

УДК:617.713-007.681-073.756.8

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ АНГИОГРАФИИ ПРИ ПЕРВИЧНОЙ ОТКРЫТОУГОЛЬНОЙ ГЛАУКОМЫ

Туйчибаева Д.М.^{1,a}, Дусмухамедова А.М.^{2,b}

¹ *PhD, доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт*

² *ассистент, Ташкентский государственный стоматологический институт*

^a *dilya.tuychibaeva@gmail.com*, ^b *dr.adolat1666@gmail.com*

Аннотация

В обзоре представлены данные зарубежной литературы о диагностической ценности оптической когерентной томографии ангиографии (ОКТ-А), как о методе исследования микроциркуляторного русла глаза в ранней диагностике и мониторинге глаукомы. Многочисленными зарубежными исследователями изучены показатели ОКТ-А, дающие сведения об анатомии и физиологии микроциркуляции сетчатки и диска зрительного нерва. ОКТ-А может обеспечить оценку сосудистой сети в пределах