



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)

Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 617.581-089

НАШ ОПЫТ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ

Ахмедов Шамшод Шавкатович <https://orcid.org/0000-0002-0674-4444>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан,
г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Поражение тазобедренного сустава причина выраженного болевого синдрома, значительного снижения качества жизни, существенного ограничения возможности передвижения, самообслуживания, утраты трудоспособности больных. Даже самые современные консервативные методы лечения, в том числе с применением генно-инженерных биологических препаратов, не всегда могут прервать или затормозить прогрессирование изменений тазобедренного сустава, особенно на поздних стадиях их развития.

Ключевые слова. тотальное эндопротезирование, дегенеративно-дистрофические заболевания.

ЧАНОҚ-СОН БЎҒИМИНИ ДЕГЕНЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИДА БИЗНИНГ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ ТАЖРИБАМИЗ

Ахмедов Шамшод Шавкатович <https://orcid.org/0000-0002-0674-4444>

Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш.,
А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Сон-чаноқ бугими шикастланиши кучли озғиқ синдроми, яшаи сифатининг сезиларли даражада пасайиши, ҳаракатланиш ва ўз-ўзини парвариш қилиш имкониятининг чекланиши, беморнинг меҳнатга лаёқатсиз ҳолатга келишининг энг катта сабабчисидир. Ҳатто энг замонавий консерватив даволаш усуллари ҳам, жумладан ген муҳандислиги асосида тайёрланган биологик препаратлар қўлланилганда ҳам, сон бугимидаги ўзгаришларнинг ривожланишини тўхтатиш ёки секинлаштиришга кодир эмас, айниқса уларнинг касалликнинг кечги босқичларида.

Калит сўзлар: тотал эндопротезлаш, дегенератив-дистрофик касалликлар.

OUR EXPERIENCE WITH HIP JOINT REPLACEMENT IN DEGENERATIVE LESIONS

Akhmedov Shamshod Shavkatovich <https://orcid.org/0000-0002-0674-4444>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,
st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Damage to the hip joint is the cause of severe pain syndrome, significant reduction in quality of life, significant limitation of mobility, self-care, and loss of ability to work in patients. Even the most modern conservative treatment methods, including the use of genetically engineered biological drugs, cannot always interrupt or slow down the progression of changes in the hip joint, especially in the later stages of their development.

Keywords: total arthroplasty, degenerate-dystrophic diseases.

Актуальность

Поражение тазобедренного сустава причина выраженного болевого синдрома, значительного снижения качества жизни, существенного ограничения возможности передвижения, самообслуживания, утраты трудоспособности больных ревматическими заболеваниями [4]. Даже самые современные консервативные методы лечения, в том числе с применением генно-инженерных биологических препаратов, не всегда могут прервать или затормозить прогрессирование изменений тазобедренного сустава, особенно на поздних стадиях их развития. Общепринятым эффективным методом лечения для такой категории больных является эндопротезирование тазобедренного сустава, интенсивное развитие которого в Узбекистане наблюдалось в последние десятилетия [1.5.10].

Процесс характеризуется прогрессирующим течением, вызывает тяжелые статико-динамические расстройства и приводит к высокому проценту инвалидности [2.6]. Начавшись вследствие многочисленных этиологических причин, поражение сустава прогрессирует на фоне патологической биомеханики сустава. Различные сочетания факторов биологической и механической природы определяют индивидуальные особенности патогенеза процесса, изменения анатомии сустава, клинических проявлений заболевания и прогноз восстановления опорно-двигательной функции конечности. Формирование патологической биомеханики сустава снижает эффективность консервативных методик лечения дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава. Ведущим методом лечения является хирургический [1.8.9]. К радикальным методикам относятся операции артродеза, замещения пораженной части сустава биологическими и не биологическими материалами (в последнее время преимущественно тотальное эндопротезирование), а также окколосуставные остеотомии.

Цель нашего исследования. Оценка эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

Материал и методы

Нами с 2022 по 2025 гг. произведено 159 операций по замене тазобедренного сустава искусственными имплантатами. Мужчин было 65 (41 %), женщин 94 (59%). При распределении больных по возрасту оказалось: с 26-40 лет 18 человека, в возрасте от 41 до 60 лет 124 больных, 61-80 лет 17 больных. Как видно основной контингент больных соответствовал наиболее трудоспособному возрасту.

В качестве имплантатов для эндопротезирования использовались тотальные эндопротезы конструкции Permedica (91), Chun Li (12), Zimmer (52), и гибридных сборок (3), где, часто имплантированным тотальным эндопротезом был эндопротез конструкции Permedica.

Тотальное замещение тазобедренного сустава выполнено больным при диспластическом коксартрозе в 101 случаях, с идиопатическим в 27 и с посттравматическим коксартрозом в 25 случаях, в 6 случаях больные оперированы с ревматоидным артритом.

Большая часть имплантаций эндопротезов оказалась осуществлена больным с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями.

В зависимости от возраста, конструкции эндопротеза, характера патологии и выраженности остеопороза производился выбор метода фиксации компонентов эндопротеза. В 21 случаях использована цементная фиксация, в 5 случаях цементная фиксация вертлужного компонента с механической фиксацией ножки. Без цементная фиксация компонентов суставов применена при 133 операциях.

Для оценки степени дисплазии тазобедренного сустава использовалась классификация Grove [9], согласно которой проксимальное смещение головки бедренной кости на расстояние менее 10% высоты таза (менее 50% высоты головки) соответствует I степени дисплазии, на расстояние 10-15% высоты таза (50-75% высоты головки) – II степени, на расстояние 15 - 20% высоты таза (75-100% высоты головки) – III степени, на расстояние более 20% высоты таза (более 100% высоты головки) – IV степени. (табл.2.)

На рентгенограммах с диспластическим коксартрозом наблюдались: краевой склероз, пологость крыши вертлужной впадины (уменьшение угла вертикального наклона вертлужной впадины и угла Веберга), грибовидная деформация головки бедренной кости с кистозными очагами и асептическим некрозом. У больных, долгое время пользовавшихся костылями, на фоне дегенеративно-дистрофических изменений наблюдался остеопороз бедренной кости и атрофия мышц пораженной нижней конечности. Доминирующая часть больных состояла на учете у ортопедов с детства, регулярно получали курсы консервативного лечения, 11 из которых ранее были подвержены оперативному вмешательству (открытые вправления, опорные остеотомии Шанца, межвертельные остеотомии, формирование крыш вертлужной впадины). Вследствие недоразвития вертлужной впадины у этих пациентов наблюдался подвывих или вывих головки бедренной кости. Сопутствующая приводяще-сгибательная контрактура и ограничение движений в тазобедренном суставе затрудняло у них передвижение, походка была <<утиной>>.

Табл.1. Распределение больных по классификации Growe.

Степень число больных	
I степень	2
II степень	31
III степень	89
IV степень	37
Итого	159

Для изучения отдаленных результатов использовали клинический, рентгенографический, физиологический, биомеханический и статистический методы. При клиническом обследовании изучались: жалобы больного, объем движений в протезированном суставе, укорочение оперированной конечности, необходимость использования дополнительной опоры при ходьбе. При рентгенологическом обследовании оценивали состояние и позицию бедренного и вертлужного компонентов эндопротеза, степень износа пары трения, состояние костного ложа. Обследование проводилось в двух плоскостях, сагиттальной и фронтальной, при этом во фронтальной плоскости для уточнения стабильности ножки эндопротеза дополнительно использовали компьютерную томографию. Биомеханические исследования конкретизировали степень опорности и возможности функции передвижения пациента с диспластическим коксартрозом до и после операции. Все полученные данные были обработаны статистически.

Результат и обсуждение

При предоперационном планировании эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с коксартрозом нами по рентгенограммам была проанализирована форма костномозгового канала бедренной кости при различных степенях выраженности дисплазии. Так, у пациентов с собственно дисплазией тазобедренного сустава форма костномозгового канала была нейтральной конической или с углом наклона конуса 1° . При подвывихе в тазобедренном суставе 1 и 2 степени угол наклона составлял от 3 до 5° , при этом в 6 случаях угол наклона конуса был 1° . При полном вывихе в тазобедренном суставе угол наклона конуса был более 7° . Таким образом, при подборе формы и дизайна ножки необходимо тщательно учитывать изложенные выше параметры, чтобы, во-первых, при обработке проксимального отдела бедренной кости рашпилами удалять минимально необходимый объем костной ткани, во-вторых, не уменьшать прочность фиксации ножки в ее дистальном отделе из-за несоответствия объема костномозгового канала и объема ножки эндопротеза. При рентгенографии в боковой проекции определяли угол изгиба бедренной кости во фронтальной плоскости, и, если он оказывался более 7° , с целью профилактики перфорации бедренной кости рашпилем заказывалась конструкция с изогнутой или укороченной ножкой. В ходе исследования нами было отмечено 2 (4 %) подобных случая у больных с полным вывихом головки бедренной кости. С целью изучения внутренней формы и стенок проксимального отдела костномозгового канала бедренной кости в сагиттальной плоскости в 32 (64 %) случаях дополнительно проводили компьютерную томографию. При этом выявлено, что при дисплазии 2 стадии и полном вывихе головки бедренной кости форма канала своеобразна – она сужается в медиальном направлении и расширяется в латеральную сторону. Следовательно, при данных формах диспластического коксартроза целесообразно использовать ножку эндопротеза типа «триклин» с подобранным в прямой проекции углом наклона конуса, что позволит достичь максимальной прочности ее фиксации в костномозговом канале бедра на всем протяжении ее имплантации и минимального удаления неизменной костной ткани. Для получения объективных данных о результатах хирургического лечения больных с использованием предложенной схемы предоперационного планирования нами было произведено биомеханическое обследование 26 пациентов до оперативного лечения и 18 больных через 3 года после операции.

Обследование показало положительную динамику функции опороспособности оперированной конечности и функции передвижения. Полученные данные доказали, что полного восстановления показателей до нормальных не наступило, и чем тяжелее стадия диспластического коксартроза (учитывая наличие предшествующих оперативных вмешательств), тем хуже результат оперативного вмешательства. У всех больных отмечались боли в пораженных суставах, резкое ограничение движений, выраженная комбинированная контрактура смешанного генеза, хромота; 39 (78 %) пациентов пользовались при ходьбе дополнительной опорой – из них 9 (23 %) мужчин и 30 (77 %) женщин. Лабораторно обследована в послеоперационном периоде вся группа больных из 50 человек.

По выполненному общему анализу крови и обследованию титра стафилококкового анатоксина ни в одном случае не удалось получить убедительных данных о наличии позднего глубокого нагноения, т. е. они находились в пределах физиологической нормы. Отдаленные результаты лечения исследовались

нами через 3 года после операции и изучались по общепринятой схеме (хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный) с использованием шкалы Харриса. Хорошим результатом у 114 (72 %) пациентов признавался исход операции, когда больной избавлялся от болей в оперированном суставе, функция тазобедренного сустава достигала 80–90 % от нормативных величин амплитуды движений, конечность становилась опор способной. Удовлетворительный результат отмечался у 32 (20 %) пациентов – при этом после проведенного лечения больные предъявляли жалобы на умеренные боли в оперированном суставе во время ходьбы, функция сустава была несколько ограниченной (амплитуда движений восстанавливалась на 50–70 % от нормативных величин), больные использовали дополнительную опору при ходьбе. Неудовлетворительный результат лечения отмечен у 13 (8 %) пациентов, когда больной испытывал постоянные боли во время ходьбы, функция в оперированном суставе не восстанавливалась, состояние больного не улучшалось или даже ухудшалось.

В случаях, когда были поражены оба тазобедренных сустава, а эндопротезирование сделано, с одной стороны, использование дополнительной опоры при ходьбе на оценку результатов операции не влияло. Предварительная оценка результатов тотального эндопротезирования проводилась в срок от 6 до 8 месяцев, в это время больной полностью нагружал оперированную конечность. Следует отметить, что опороспособность конечности у всех больных практически полностью восстановилась. На рентгенограммах имеет место следующая картина: положение эндопротеза в основном остается первоначальным, линия резорбции костной ткани по контуру конструкции в 13 (26 %) случаях превышает 2 мм. Наличие параартикулярных оссификатов выявлено у 8 (16 %) больных, однако они не повлияли на функцию оперированного сустава.

Заключение

1. Индивидуальный подбор бедренного компонента эндопротеза обеспечивает стабильную фиксацию имплантата и удовлетворительные клинические результаты эндопротезирования тазобедренного сустава в средне-отдаленные сроки.

2. Проведенное клинко-рентгенологическое, биомеханическое, физиологическое и лабораторное обследование результатов операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава разборными конструкциями эндопротезов с различным дизайном и формой ножки позволило в 84 % случаев установить хорошие и удовлетворительные исходы операции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Филиппенко В.А., Танькут В.А., Жигун А.И., Петренко Д.Е., Конарева Н.Н. Система подбора оптимальной конструкции эндопротеза тазобедренного сустава // Материалы 7 съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. Минск, 2004. С. 363-364.
2. Тихилов Р.М., Сивков В.С., Артюх В.А., Шубняков И.И., Цемко Т.Д. Опыт применения конического бедренного компонента (Wagner) в эндопротезировании тазобедренного сустава // Травматология и ортопедия России. 2008. № 1. С. 5-11.
3. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / под ред. Р.М. Тихилова, В.М. Шаповалова. СПб., 2008. 324 с.
4. Малютин А.П., Логунов А.Л., Загородний Н.В. // Актуальные вопросы практической медицины: сборник научных трудов к 60-летию ГКБ № 13. М.: РГМУ, 2005. С. 388-392.
5. Плющев А.Л. Диспластический коксартроз. Теория и практика. М.: Лето-принт, 2007. 495 с.
6. Абельцев В.П. Хирургическое лечение диспластического коксартроза. М.: Медицина, 2008. 224 с.
7. Среднесрочные результаты первичного эндопротезирования тазобедренного сустава имплантатами фирмы «Zimmer» цементной и бесцементной фиксации/Слободской А.Б. [и др.] // Травматология и ортопедия России. 2011. № 2. С. 44-49.
8. Makela K.T., Eskelinen A., Pulkkinen P. et al. Cemented versus cementless total hip replacement in patients fifty-five years of age or older with rheumatoid arthritis. J Bone Joint Surg Am 2011;93(2):178–86. 18.
9. Hekmart K., Jacobsson L., Nilsson J.A. et al. Decrease in the incidence of total hip arthroplasties in patients with rheumatoid arthritis– results from a well defined population in south Sweden. Arthr Res Ther 2011;13:67.
10. Kitsoulis P.B., Siamopolou A., Beris A.E., Xenakis T.A. Total hip and knee arthroplasty for juvenile rheumatoid arthritis. Folia Med (Plovdiv) 2006;48(3–4):42–9.

Поступила 20.04.2025