



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 (91) 2026

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**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
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОИВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
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. ИСКАНДАРОВА
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. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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 (91)

2026
Май

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.72-006-089.844

РАЗНОВИДНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ

Маматкулов Ойбек Халикович <https://orcid.org/0009-0003-5839-9405>

Холиков Ферузбек Ойбекович <https://orcid.org/0009-0003-5904-7209>

Жўраев Илхом Гуломович <https://orcid.org/0000-0003-1173-8572>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

В данной научной статье подробно рассматриваются методы эндопротезирования при диспластическом коксартрозе (ДКА), типы эндопротезов, применяемые материалы, способы фиксации и особенности клинического применения. Диспластический коксартроз составляет 25-77% всех дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов и представляет серьезную медико-социальную проблему, приводя к инвалидизации трудоспособного населения и значительному снижению качества жизни пациентов.

На основе отечественной и зарубежной литературы анализируются различные типы эндопротезирования: однополюсное, тотальное, цементное, бесцементное и комбинированное протезирование. Детально рассматриваются материалы эндопротезов (металлические сплавы, керамика, полимеры) и их влияние на долговечность и функциональные результаты. Выбор оптимального типа протеза должен учитывать возраст пациента, качество костной ткани, способность к остеоинтеграции и возможность сохранения функции тазобедренного сустава.

Авторами сформулированы рекомендации по выбору оптимальных методов эндопротезирования и компонентов при диспластическом коксартрозе, учитывая индивидуальные особенности течения заболевания, возрастные характеристики и прогноз функционального восстановления. Особое внимание уделено предотвращению осложнений и обеспечению долгосрочных благоприятных результатов лечения.

Статья представляет собой практическое руководство для травматологов-ортопедов, решающих вопросы адекватного выбора конструкции и метода фиксации эндопротеза при диспластическом коксартрозе.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, диспластический коксартроз, эндопротезирование, цементная фиксация, бесцементная фиксация, однополюсный протез, тотальный протез, материалы, керамика, титан, остеоинтеграция, реабилитация.

ДИСПЛАСТИК КОКСАРТРОЗДА ЭНДОПРОТЕЗЛАРНИНГ ТУРЛАРИ

Маматкулов Ойбек Халикович <https://orcid.org/0009-0003-5839-9405>

Холиқов Ферузбек Ойбекович <https://orcid.org/0009-0003-5904-7209>

Жўраев Илхом Гуломович <https://orcid.org/0000-0003-1173-8572>

Самарқанд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарқанд, Амир Темура 18,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ Резюме

Мазкур мақолада диспластик коксартрозда (ДКА) эндопротезлаш усуллари, эндопротез типлари, уларнинг материаллари, фиксация усуллари ва клиник амалиётдаги қўлланиш хусусиятлари батафсил ёритилган. Диспластик коксартроз дегенеративлар хорха соҳасидан ҳамма касалликларнинг 25-77% уни ташкил этади ва ҳар йили миллион аҳолига минг сўм хирургик даволашни талаб қилади. Бу муаммо ўзбекистондаги жиддий ижтимоий

ва тиббий масала бўлиб қолмоқда, айниқса иш фаолликалиги юқори ёшларда ногиронлик каби оқибатларга олиб келади.

Мақолада турли остеопротез типлари - монополюсли, тотал, цементли, бесцементли ва комбинирланган фиксация усуллари таҳлил қилинган. Эндопротезларнинг материал тизими (металл сплавлари, керамика, полимер) ва уларнинг биомеханик хусусиятлари қўлланилиши жараёнида хизмат даврини аниқлаб турган асосий омил сифатида қаралган. Ниқайчали ва шифокор ортопедлар учун масъул-бўйича танланган протез тури болалар амалиётида даволаниш натижаларини таъминлаши керак.

Автор томонидан диспластик коксартрозда ҳар қандай хоразмда эндопротезлаш усулини қўллаш ва тўғри конструкция танлашнинг устувори қўллаш мезонлари қайд этилган. Муҳим томон - беморнинг ёш гуруҳи, суяк тўқимасининг сифати, мослашув қобилияти, тирсак соҳасида функцияларнинг сақланиши ҳам ҳисобга олиниши керак.

Мақола ортопедия ва травматология мутахассислари учун муҳим амалий қўлланма бўлиб ҳисобланади.

Калит сўзлар: сон-чаноқ бўғими, диспластик коксартроз, эндопротезлаш, цементли фиксация, бесцементли фиксация, монополюсли протез, тотал протез, материалар, керамика, титан, остеоинтеграция, реабилитация.

TYPES OF ENDOPROSTHESES IN DYSPLASTIC COXARTHROSIS

Mamatkulov O.H. <https://orcid.org/0009-0003-5839-9405>

Kholiqov F.O. <https://orcid.org/0009-0003-5904-7209>

Juraev I.G. <https://orcid.org/0000-0003-1173-8572>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,

Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammu@sammu.uz

✓ *Resume*

This scientific article provides a comprehensive overview of endoprosthetic techniques in dysplastic coxarthrosis (DCH), including types of endoprostheses, materials used, fixation methods, and specific applications in clinical practice. Dysplastic coxarthrosis accounts for 25-77% of all degenerative joint diseases and represents a significant medical and social problem, particularly in working-age populations where it leads to disability and reduced quality of life.

The article discusses various types of arthroplasty — monopolar, total, cemented, cementless, and hybrid fixation methods—analyzing their biomechanical advantages and disadvantages. Material science of endoprostheses, including metal alloys, ceramics, and polymers, is examined as a critical factor determining implant longevity and functional outcomes. The proper selection of prosthesis type ensures optimal functional preservation and reduced complication rates.

The authors emphasize important criteria for choosing appropriate endoprosthetic techniques and components in dysplastic coxarthrosis, considering patient age, bone quality, integration capacity, and functional preservation of the hip joint. Clinical recommendations are provided for both orthopedic surgeons and trauma specialists.

This article serves as a practical guide for specialists in orthopedics and traumatology, addressing current challenges in hip arthroplasty management.

Keywords: hip joint, dysplastic coxarthrosis, arthroplasty, cemented fixation, cementless fixation, monopolar prosthesis, total prosthesis, materials, ceramics, titanium, osseointegration, rehabilitation.

Актуальность

По данным отечественной и зарубежной литературы, диспластический коксартроз (ДКА) занимает в структуре дегенеративно-дистрофических заболеваний тазобедренного сустава от 25% до 77% [1, 2, 3]. Распространённость данного заболевания среди взрослого населения в Европе колеблется от 7% до 25% [1, 4]. В среднем диспластическое поражение тазобедренного сустава составляет 16,5% всей патологии органов опоры и движения [5, 6, 4, 7].

Прогрессирующий характер деструкции тазобедренного сустава в 60% случаев ведёт к снижению трудоспособности и в 11,5% – к инвалидности [8, 9, 10, 1, 2, 7]. Это определяет высокую социальную и экономическую значимость проблемы. Своевременное выполнение тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭПС) позволяет восстановить качество жизни пациентов, вернуть их в трудовую деятельность и предотвратить развитие множественных осложнений, связанных с хронической гиподинамией и социальной дезадаптацией.

Цель исследования: целью работы является анализ разновидностей эндопротезов, применяемых при диспластическом коксартрозе, и формирование клинических рекомендаций по индивидуальному выбору оптимальных компонентов тотального эндопротеза для каждого пациента с ДКА, учитывая анатомические особенности, качество костной ткани и ожидаемый функциональный результат.

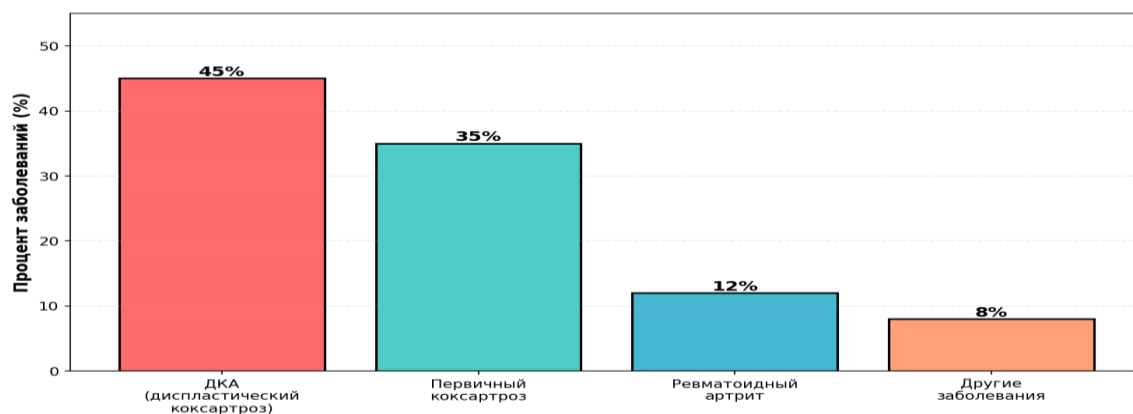
Материал и методы

При необходимости замены сустава врач-ортопед должен провести комплексную оценку клинического состояния пациента, включающую детальное анатомическое исследование, оценку качества костной ткани, выявление сопутствующих заболеваний и функциональных ограничений. На основании полученной информации специалист выбирает оптимальную конструкцию эндопротеза, учитывая следующие критерии:

- степень и характер разрушения суставных поверхностей;
- индивидуальные анатомические особенности строения сустава пациента;
- качество и плотность костной ткани вертлужной впадины и проксимального отдела бедренной кости;
- возраст и общее состояние здоровья пациента;
- уровень физической активности и функциональные ожидания;
- наличие противопоказаний к определённым материалам или способам фиксации.

Оперативное вмешательство может проводиться только после детального анализа всех особенностей течения болезни, выбора подходящего имплантата и соответствующих консультаций со специалистами.

Рисунок 1. Распространённость диспластического коксартроза



Классификация эндопротезов при диспластическом коксартрозе. Классификация эндопротезов тазобедренного сустава выполняется по следующим основным категориям:

1. По способу фиксации компонентов:

- Цементные (с костным цементом)
- Бесцементные (press-fit с пористым покрытием)
- Комбинированные (гибридные)

2. По применяемым материалам:

- Полимеры (высокомолекулярный полиэтилен)
- Титан и титановые сплавы

- Нержавеющая сталь
 - Керамика
3. По типу конструкции:
- Однополюсной (гемиартропластика)
 - Тотальный (полная замена сустава)
4. По назначению:
- Первичный (при первичном протезировании)
 - Ревизионный (при замене отработавшей срок конструкции)

Рисунок 2. Цементная и бесцементная фиксация эндопротеза тазобедренного сустава.



(А)

(Б)

представлена цементная фиксация. бесцементная фиксация с пористым покрытием.

Способы фиксации эндопротезов. Эндопротезы при диспластическом коксартрозе подразделяются на цементные и бесцементные конструкции.

Таблица 1. Сравнительная характеристика способов фиксации эндопротезов

Характеристика	Цементная фиксация	Бесцементная фиксация	Гибридная фиксация	Press-fit
Немедленная стабильность	Отличная	Требуется времени	Хорошая	Хорошая
Срок интеграции	0-2 недели	3-6 месяцев	3-6 месяцев	3-6 месяцев
Требуется качества кости	Низкие требования	Высокие требования	Среднее	Высокие требования
Стоимость	Умеренная	Выше	Выше	Выше
Долговечность	10-15 лет	15-20+ лет	15-20 лет	15-20+ лет
Ревизионность	Сложнее	Проще	Среднее	Проще

Цементное протезирование. Цементную фиксацию применяют при высокой пористости или низкой плотности костной структуры. В суставную впадину и канал бедренной кости вводят

специальный костный цемент (полиметилметакрилат). Цемент создаёт механическое сцепление протеза с костью, перераспределяет нагрузку и обеспечивает немедленную стабильность конструкции. Основные преимущества: надёжная фиксация в случае плохого качества кости, возможность отложенной нагрузки. Недостатки: потенциальная цементная эмболия, воспалительная реакция организма, выделение тепла при полимеризации, необходимость ревизии при расшатывании.

Бесцементное протезирование. Молодым пациентам с хорошим качеством костной ткани рекомендуется бесцементное эндопротезирование. Эндопротезы для бесцементной фиксации (press-fit) имеют специальное пористое покрытие из титана или других материалов. Со временем в поры покрытия прорастает костная ткань, обеспечивая биологическую фиксацию. Основные преимущества: биологическая остеоинтеграция, сохранение кости, возможность ревизии, лучший долгосрочный результат у молодых пациентов. Недостатки: требует хорошего качества кости, большой период консолидации, выше стоимость.

Таблица 2. Характеристики различных пар трения в эндопротезах

Пара трения	Износостойкость	Стоимость	Долговечность	Примечания
Металл-полиэтилен	Средняя	Низкая	10-15 лет	Наиболее распространённая
Керамика-керамика	Высокая	Высокая	15-20+ лет	Лучшие результаты
Керамика-полиэтилен	Хорошая	Средняя	12-18 лет	Оптимальное соотношение
Металл-металл	Очень высокая	Средняя	12-15 лет	Риск выделения ионов
Керамика-металл	Хорошая	Средняя	12-18 лет	Редко используется

Комбинированное (гибридное) протезирование. Представляет собой компромисс между цементным и бесцементным методами - ацетабулярный компонент фиксируется бесцементно, а бедренный компонент цементируется или наоборот. Эта тактика позволяет использовать преимущества обоих методов в зависимости от анатомических условий.

Таблица 3. Классификация конструкций тотальных эндопротезов

Тип конструкции	Показания	Преимущества	Недостатки
Стандартная цементная	Пожилой возраст, остеопороз	Проверена, доступна	Выше риск цементной эмболии
Бесцементная (press-fit)	Молодые пациенты, хорошая кость	Остеоинтеграция, ревизионность	Требует времени, выше стоимость
Гибридная	Средний возраст, среднее качество кости	Компромисс обоих методов	Более сложная техника
Индивидуальная	Выраженная диспластическая деформация	Адаптирована к пациенту	Высокая стоимость, время изготовления
Ревизионная	Замена отработавшего протеза	Восстановление функции	Требует большего объёма кости
Колпачковая	Сохранённые элементы сустава	Малоинвазивная	Редко используется

Типы эндопротезов тазобедренного сустава. Однополюсные конструкции (гемиартропластика). Состоят из одного компонента и используются преимущественно при травмах (переломах шейки бедренной кости) у пациентов пожилого возраста или в ослабленном состоянии. Они применяются, если у пациента нет существенных изменений вертлужной впадины. Преимущества: низкая инвазивность, короткое время операции, меньшая потеря крови. Недостатки: более короткий срок службы (2-5 лет), более высокий процент ревизионных операций, преждевременный износ хряща вертлужной впадины.

Тотальное эндопротезирование. Подразумевает полную замену сустава искусственной конструкцией, состоящей из вертлужного компонента и бедренного компонента с головкой. Такие устройства служат существенно дольше, чем однополюсные эндопротезы. Применяются при первичном коксартрозе, диспластическом коксартрозе и ревизионных вмешательствах. Современные тотальные протезы могут служить 15-20 и более лет при правильном выборе компонентов и соблюдении рекомендаций.

Компоненты тотального эндопротеза включают:

1. Вертлужный компонент (ацетабулярная чашка) – может быть цельнометаллической, керамической или комбинированной.
2. Вкладыш (ацетабулярный вкладыш) – используется как прокладка между чашкой и головкой, изготавливается из полиэтилена, керамики или других материалов.
3. Головка бедра – соответствует по размеру вкладышу, может быть металлической (диаметр 22-40 мм), керамической или полимерной.
4. Бедренная ножка (ножка бедра) – служит опорой и креплением в бедренной кости, изготавливается из пористого металла для бесцементной фиксации или гладкого металла для цементной.



Рисунок 3. Используемые материалы тотальных эндопротезов:

А) Б) В) Г) Д)

- А) Керамика+метал, Б) Керамика+керамика, В) Керамика+ полимер, Г) Метал + металл, Д) Метал + полимер.**

Виды конструкций искусственных тазобедренных суставов. Выбор конструкции зависит от анатомических условий и характера поражения:

1. Колпачковая конструкция (поверхностное протезирование) – используется, если имеются хорошо сохранившиеся элементы естественного сустава. Применяется редко, в основном у молодых активных пациентов.
2. Стандартная конструкция – фиксируется при помощи костного цемента. Чаще всего применяются стандартные размеры (малочисленные размерные ряды). Это объясняется хорошей

адаптацией к условиям организма, высокой износостойкостью, доступной ценой и длительным сроком службы.

3. Бесцементная конструкция – изготавливается, как правило, из титановых сплавов, имеет шероховатую или пористую поверхность для обеспечения прорастания костной ткани и надежной фиксации. Требуется хорошего качества кости.

4. Комплексная (гибридная) конструкция – представляет собой смешанную конструкцию, сочетающую элементы бесцементного и цементного типов.

5. Индивидуальная конструкция – изготавливается по специальным меркам с учетом индивидуальных особенностей анатомии сустава пациента. Применяется в случае невозможности применения стандартной конструкции из-за обширных разрушений или анатомических аномалий.

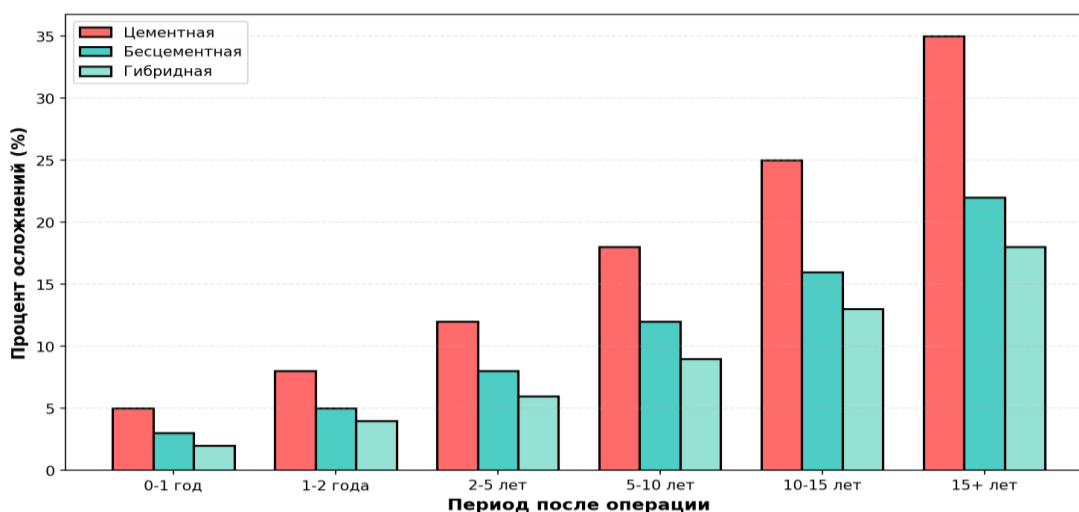
Рисунок 4. Виды эндопротезов тазобедренного сустава, применяемых при тотальном эндопротезировании.



Однополюсной эндопротез тазобедренного сустава. Тотальный эндопротез тазобедренного сустава.

Материалы эндопротезов. Долговечность эндопротеза напрямую зависит от выбранных материалов и типа узла трения. Выбор материалов определяется прежде всего биосовместимостью, механической прочностью, износостойкостью и долгосрочной переносимостью организмом.

Рисунок 5. Динамика осложнений по методам фиксации



Металлические материалы для бедренной ножки:

• Титан и титановые сплавы (Ti-6Al-4V) – наиболее предпочтительны, обладают отличной биосовместимостью, низким модулем упругости, высокой коррозионной стойкостью. Часто используются для бесцементных протезов.

• Кобальт-хромовый сплав (CoCr) – высокая прочность и устойчивость к коррозии, но выше модуль упругости.

• Нержавеющая сталь (316L) – достаточно прочная, но имеет риск коррозии и выделения ионов.

Материалы для вертлужного компонента и вкладыша:

• Полиэтилен высокой плотности (ПММА) – достаточно прочный, но подвержен износу, выделению полиэтиленовой крошки, что может вызывать остеолиз.

• Керамика (оксид алюминия, оксид циркония) – отличная биосовместимость, минимальный износ, но хрупкость и высокая стоимость.

• Металлические материалы – используются в некоторых конструкциях для головки.

Пары трения и их характеристики:

• Металл-полиэтилен – наиболее распространённая комбинация. Преимущества: низкая стоимость, достаточная износостойкость. Недостатки: постепенный износ полиэтилена, образование обломков, вызывающих остеолиз.

• Керамика-керамика – относится к наиболее дорогостоящим вариантам. Преимущества: минимальный износ, отличная биосовместимость, лучшие долгосрочные результаты. Недостатки: высокая стоимость, редкие случаи скола керамики, звуковые явления при движении.

• Керамика-полиэтилен – оптимальный вариант по соотношению цены и качества. Преимущества: умеренная стоимость, хорошие результаты.

Недостатки: потенциальный износ полиэтилена.

• Металл-металл – постепенно снижает популярность из-за выделения ионов металлов, способных вызывать местные и системные реакции. Может быть риск гиперсенсibilизации к металлам.

Рисунок 6. Сравнение различных пар трения эндопротезов



Выбор пары трения зависит от возраста пациента, уровня активности, функциональных требований и наличия аллергии на определённые материалы.

Таблица 4. Материалы, используемые в эндопротезах тазобедренного сустава

Материал	Применение	Прочность	Биосовместимость	Стоимость
Титан (Ti-6Al-4V)	Бедренные ножки	Высокая	Отличная	Средняя-высокая
CoCr сплав	Головки, ножки	Очень высокая	Хорошая	Средняя
Керамика (Al ₂ O ₃)	Головки, вкладыши	Высокая	Отличная	Высокая
Полиэтилен (UHMWPE)	Вкладыши	Средняя	Хорошая	Низкая
Нержавеющая сталь	Ножки, компоненты	Высокая	Удовлетворительная	Низкая

Клинические рекомендации по выбору эндопротеза при диспластическом коксартрозе.

При выборе эндопротеза следует руководствоваться следующими принципами:

1. У молодых пациентов (до 60 лет) с хорошим качеством костной ткани предпочтительнее бесцементные конструкции с парой керамика-керамика или керамика-полиэтилен для обеспечения максимальной долговечности.
2. У пожилых пациентов (старше 70 лет) с остеопоротической костью рекомендуется цементная фиксация стандартными проверенными конструкциями.
3. При выраженной диспластической деформации требуется индивидуальный подбор компонентов, иногда с использованием специальных удлинённых или смещённых ножек.
4. В ревизионных случаях следует использовать более стабильные системы с модульными компонентами, позволяющими адаптировать протез к имеющимся дефектам костной ткани.
5. Необходимо учитывать наличие аллергических реакций на металлы при выборе материалов.
6. Функциональное состояние пациента и его ожидания от результатов операции должны определять выбор между цементным и бесцементным методом.

Рисунок 3. Выбор метода фиксации по возрастным группам

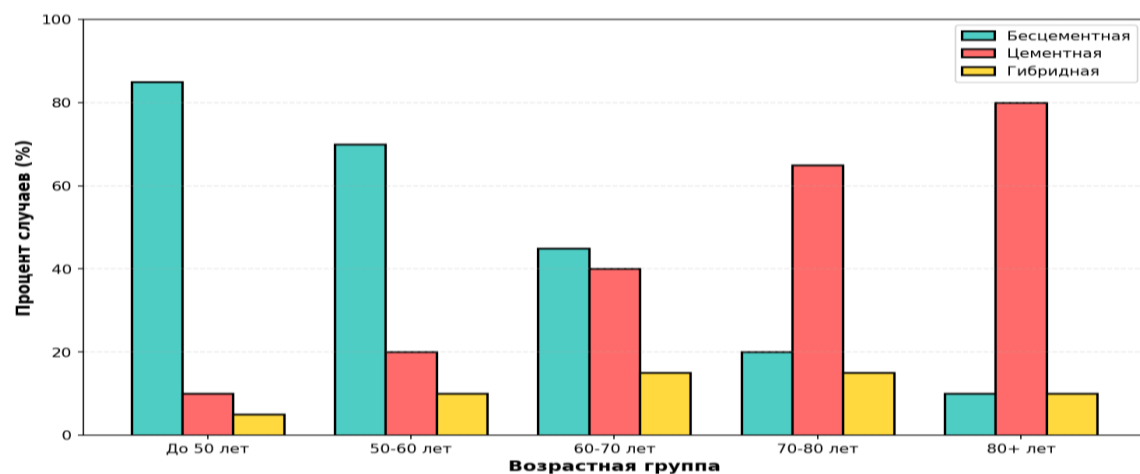
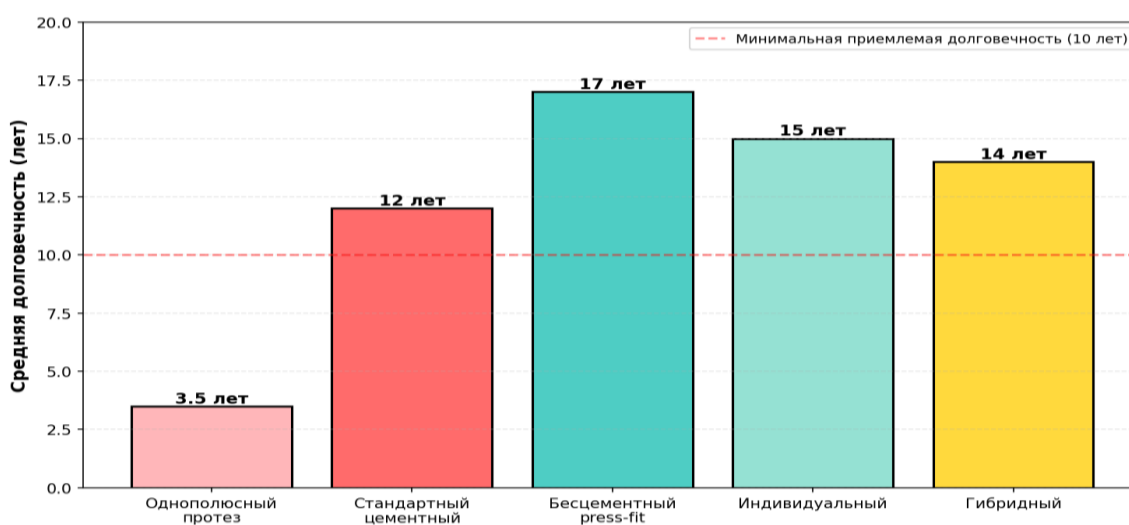


Рисунок 4. Долговечность различных типов эндопротезов



Заключение

Выбор подходящего варианта эндопротеза при диспластическом коксартрозе – это комплексная задача, требующая участия опытного хирурга-ортопеда. Врач должен детально

изучить все анатомические и клинические особенности, провести необходимые диагностические исследования (рентгенографию, КТ, МРТ), оценить качество костной ткани и функциональные возможности пациента.

Современные возможности эндопротезирования позволяют добиться отличных функциональных результатов и улучшения качества жизни пациентов. Правильный выбор типа конструкции, способа фиксации и материалов обеспечивает длительный срок службы протеза и предотвращает развитие осложнений. Адекватная послеоперационная реабилитация является залогом успеха оперативного вмешательства.

Данная статья представляет собой практическое руководство для травматологов-ортопедов и служит целям повышения качества оказываемой медицинской помощи пациентам с диспластическим коксартрозом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сергеев СВ, Жмотова ЕА, Мельфельд ИМ, и др. Эволюция коксартроза в свете экспертизы трудоспособности. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 1996;(2):3–10.
2. Угнивенко ВИ. Диагностика и лечение диспластического коксартроза в амбулаторных условиях. Русский медицинский сервер. Ортопедия. 2001:1–5.
3. Eskelinen A. Total hip arthroplasty in young patients: with special references to patients under 55 years of age and to patients with developmental dysplasia of the hip. Helsinki: University of Helsinki; 2006. 128 p.
4. Murray RO. The etiology of primary osteoarthritis of the hip. Br J Radiol. 1965;38:810–24. DOI: 10.1259/0007-1285-38-455-810.
5. Hartofilakidis G, Karachalios T. Total hip arthroplasty for congenital hip disease. J Bone Joint Surg Am. 2004;86(2):242–50. DOI: 10.2106/00004623-200402000-00007.
6. Hartofilakidis G, Stamos K, Ioannidis TT. Low friction arthroplasty for old untreated congenital dislocation of the hip. J Bone Joint Surg Br. 1988;70(2):182–6. DOI: 10.1302/0301-620X.70B2.3346298.
7. Smith RW, Egger P, Coggon D, Cawley MID, Cooper C. Osteoarthritis of the hip joint and acetabular dysplasia in women. Ann Rheum Dis. 1995;54(3):179–81. DOI: 10.1136/ard.54.3.179.
8. Гурьев ВН. Коксартроз и его оперативное лечение. Таллин: Валгус; 1984.
9. Корж АА, Тихоненков ЕС, Андрианов ВА, и др. Диспластический коксартроз (хирургическая профилактика и лечение). Москва: Медицина; 1986. 108 с.
10. Корнилов НВ, Войтович АВ, Машков ВМ, и др. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава. Санкт-Петербург: ЛИТО Синтез; 1997.
11. Маматкулов ОХ, Тиляков АБ, Умаров АА, Холиков АБ. Диспластик коксартрозни комплекс даволашнинг самарадорлиги. Eur J Mol Clin Med. 2021;8(2):408–15.
12. Маматкулов ОХ, Тиляков АБ, Умаров АБ, Холиков АБ, Холиков ФО. Диспластик коксартрозни комплекс даволаш самарадорлиги. Биология ва медицина муаммолари. 2021;(5):96–103.
13. Маматкулов ОХ, Ирисметов МЕ. Диспластик коксартрозни комплекс даволаш самарадорлиги: методические рекомендации. Самарканд: Самаркандский государственный медицинский университет; 2022.

Поступила 20.04.2026