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

10 (96) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
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. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
И.Ю. МАМАТОВА
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
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
Г.У. НУРОВА
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 (Азарбайджан)
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)

10 (96)

2026
Октябрь

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

Received: 20.09.2026, Accepted: 06.10.2026, Published: 10.10.2026

УДК 616.728.2-002.77-07

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С КОКСАРТРОЗОМ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Асилова Саодат Убайевна https://orcid.org/0009-0005-5589-3197
Ешимбетов Рашид Муродбаевич Email: rashid.eshimbetov78@mail.com

Ташкентский международный химический университет, Узбекистан, г. Ташкент,
улица Шота Руставели, 156, Тел: 78 129 40 40 E-Mail: info@kiut.uz

✓ ***Резюме***

В статье представлена оценка функционального состояния больных коксартрозом тазобедренного сустава. Под наблюдением находились 110 больных (47 мужчин и 63 женщины) в возрасте от 30 до 70 лет и старше, находившихся на лечении в отделении ортопедии Многопрофильной клиники Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (МКЦРПКМР) в 2021–2026 гг. Всем больным проведены рентгенологическое, МРТ и УЗИ-допплерографическое исследования. Для объективной оценки функционального состояния больных разработана авторская программа «Оценка функционального состояния больных с коксартрозом тазобедренного сустава» (рег. № DGU 64022 от 01.05.2026), позволяющая определить степень развития заболевания и выбрать индивидуальную тактику лечения. Основным методом лечения являлось тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Результаты лечения оценивались по предложенной 5-балльной шкале (программа № DGU 09123) в ближайшем и отдаленном периодах. Через 12 месяцев после операции отличные и хорошие результаты отмечены у 89 (80,9 %) больных, удовлетворительные — у 18 (16,4 %), неудовлетворительные — у 3 (2,7 %). Использование предложенной программы оценки функционального состояния позволяет индивидуализировать тактику лечения больных коксартрозом тазобедренного сустава и объективно контролировать результаты лечения.

Ключевые слова: коксартроз, тазобедренный сустав, остеоартрит, эндопротезирование, функциональное состояние, оценка результатов лечения.

ASSESSMENT OF THE FUNCTIONAL STATE IN PATIENTS WITH COXARTHROSIS OF THE HIP JOINT

Asilova Saodat Ubayevna, Yeshimbetov Rashid Murodbaevich

Tashkent International University of Chemistry, Uzbekistan Tashkent, Shota Rustaveli Street 156,
Tashkent, Tel: 78 129 40 40 E-Mail: info@kiut.uz

✓ ***Resume***

The article presents an assessment of the functional status of patients with coxarthrosis of the hip joint. A total of 110 patients (47 men and 63 women) aged 30 to 70 years and older, treated at the orthopedics department of the MCSCDPQMW in 2021–2026, were under observation. All patients underwent X-ray, MRI and ultrasound Doppler examinations. To objectively assess the functional status of patients, the authors developed the program "Assessment of the functional status of patients with coxarthrosis of the hip joint" (reg. No. DGU 64022 of 01.05.2026), which makes it possible to determine the degree of disease progression and choose an individualized treatment strategy. The main treatment method was total hip arthroplasty. Treatment outcomes were evaluated using the proposed 5-point scale (program No. DGU 09123) in the short-term and long-term periods. Twelve months after surgery, excellent and good results were noted in 89 (80.9%) patients, satisfactory results in 18 (16.4%), and unsatisfactory results in 3 (2.7%).

Key words: coxarthrosis, hip joint, osteoarthritis, arthroplasty, functional status, treatment outcome assessment.

KESTIRIB, KOKSARTROZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA FUNKTSIONAL HOLATNI BAHOLASH

Asilova Saodat Ubayevna, Yeshimbetov Rashid Murodbaevich

Toshkent Kimyo Xalqaro Universiteti, O'zbekiston Toshkent, Shota Rustaveli ko'chasi 156, Toshkent, Tel: 78 129 40 40 E-Mail: info@kiut.uz

✓ ***Rezyume***

Maqolada son-sirsak bo'g'imi koksartrozi bilan kasallangan bemorlarning funksional holatini baholash yoritilgan. 2021–2026-yillarda MKMTMKMChMT (tibbiy murabbiylar malakasini rivojlantirish markazining ko'p tarmoqli klinikasi) ortopediya bo'limida davolangan 110 nafar bemor (47 erkak va 63 ayol), yoshi 30 dan 70 va undan katta bo'lgan bemorlar kuzatuvda bo'lgan. Barcha bemorlarga rentgenologik, MRT va UTT-dopplergafik tekshiruvlar o'tkazilgan. Bemorlarning funksional holatini obyektiv baholash uchun mualliflarning «Son-sirsak bo'g'imi koksartrozi bilan kasallangan bemorlarning funksional holatini baholash» dasturi (DGU 64022, 01.05.2026) ishlab chiqilgan bo'lib, u kasallik rivojlanish darajasini aniqlash va individual davolash taktikasini tanlashga imkon beradi. Asosiy davolash usuli son-sirsak bo'g'imini total endoprotezlash bo'lgan. Davolash natijalari taklif etilgan 5 balli shkala (DGU 09123-sonli dastur) bo'yicha yaqin va uzoq muddatli davrda baholangan. Operatsiyadan 12 oylikdan keyin a'lo va yaxshi natijalar 89 (80,9%) bemorda, qoniqarli natijalar 18 (16,4%) bemorda, qoniqarsiz natijalar 3 (2,7%) bemorda qayd etilgan.

Kalit so'zlar: koksartroz, son-sirsak bo'g'imi, osteoartrit, endoprotezlash, funksional holat, davolash natijalarini baholash.

Актуальность

Коксартроз представляет существенное эпидемиологическое значение, поскольку количество диагностированных случаев этого заболевания продолжает возрастать вместе с прогрессирующим старением населения во всём мире. Согласно мировой статистике, примерно 15 % населения страдает от остеоартрита (ОА). После достижения возраста 50 лет ОА наблюдается у 30 % людей, а после 70 лет — у 90 % населения. Существует тенденция к раннему появлению заболевания: к 50 годам ОА развивается у каждого третьего человека. Начальная стадия заболевания часто протекает без явных симптомов и медленно прогрессирует [1,2,3,4,5].

При этом заболевании отмечается разрушение хряща с вытекающим изменением костных поверхностей. Среди причин развития коксартроза выделяют предрасполагающие факторы генетического характера (до 60 % случаев имеют наследственную предрасположенность). Некоторые авторы случаи семейного остеоартрита связывают с мутациями генов, кодирующих синтез коллагеновых молекул. В настоящее время большое значение в развитии заболевания придают другим факторам риска, таким как ожирение, пол, травматические повреждения сустава. Современные исследования показали, что метаболические изменения в субхондральной кости играют важную роль в развитии ОА [6,7,8,9,10].

Процесс ремоделирования костной ткани в субхондральной зоне считается значимым в возникновении ОА. В этом процессе происходит утолщение и склероз субхондральной пластины, снижение плотности минералов в костном матриксе, образование остеофитов и костных кист, а также неоваскуляризация кальцинированного хряща, что приводит к развитию отёка. Эти процессы ведут к дисконгруэнтности сустава и прогрессированию ОА [11,1,2,13,14,15].

Основным клиническим проявлением коксартроза являются болезненные ощущения в паховой области; в направлении болевого синдрома отмечаются иррадиации снизу вверх. Болевые ощущения локализуются по переднебоковой части бедра и в области колена; у некоторых больных наблюдаются боли в области ягодицы, определить иррадиацию болевого синдрома диагностически сложно. Ещё одним клиническим проявлением является скованность движений тазобедренного сустава, также со временем отмечается ограничение движений нижней конечности [16,17,18,19,20,]. Клиническое течение ОА тазобедренного сустава обычно

медленное, и боль с определённой периодичностью может появляться годами без каких-либо рентгенологических изменений или с незначительными изменениями. Быстропрогрессирующий ОА тазобедренного сустава встречается редко и определяется развитием полной потери рентгенологической суставной щели в течение 12 мес. после появления симптомов.

Диагноз коксартроза выставляется на основании истории болезни, клинических симптомов, физикального обследования, данных инструментальных исследований. Основными диагностическими признаками при посттравматическом артрозе тазобедренного сустава (ТБС) с переломом вертлужной впадины можно назвать неровный контур вертлужной впадины либо наличие дефекта, выраженные деструктивные очаги субхондральной пластинки головки бедренной кости, нарушение конгруэнтности суставных поверхностей. Капсула ТБС в посттравматическом периоде уплощается, что также ведёт к развитию коксартроза [21,22,23,24,25].

Цель исследования: оценка функционального состояния у больных с коксартрозом тазобедренного сустава.

Материал и метод

Под нашим наблюдением находились 110 больных в период с 2021 по 2026 г. Мужчин — 47, женщин — 63. В возрасте от 30 до 40 лет — 17 больных, 41–50 лет — 21 больной, 51–60 лет — 36 больных и 61 и более лет — 35 больных с коксартрозом тазобедренного сустава в отделении ортопедии Многопрофильной клиники Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников (МКЦРПКМР).

Всем больным проведены рентгенологические, МРТ и УЗИ-допплерографические исследования. Изучались жалобы больных: наличие болевого синдрома, отёчность поражённого сустава, ограничение активных движений в тазобедренном суставе. Anamnesis morbi et vitae: течение заболевания и его длительность, наличие травм тазобедренного сустава, сбор семейного анамнеза, социальный статус. Status localis: при клиническом осмотре суставов уделено внимание наличию классических симптомов — болезненность при пальпации, наличие деформации сустава, снижение амплитуды движений, уменьшение объёма мышц вокруг поражённого сустава.

При изучении функционального состояния больных с коксартрозом тазобедренного сустава нами создана программа «Оценка функционального состояния больных с коксартрозом тазобедренного сустава», позволяющая определить степень развития заболевания и тактические решения для выбора индивидуального варианта лечения (рег. № DGU 64022 от 01.05.2026).

Приводим пример больного. Больной 45 лет. Диагноз: идиопатический коксартроз тазобедренного сустава III ст. с наличием асептического некроза головки бедра справа. Поступил через 6 месяцев после начала заболевания; проведена операция эндопротезирования тазобедренного сустава справа. Исход: через 6 мес. функция сустава восстановлена; срок нетрудоспособности — 8 недель. Функция тазобедренного сустава восстановлена полностью. Оценка функционального состояния больного 45 лет до и после операции при коксартрозе тазобедренного сустава справа приведена в табл. 1.

Примечание: по каждому признаку баллы проставлены в соответствии с достигнутой степенью выраженности (например, по признаку «Боль»: 5 — умеренная после ходьбы, 1 — сильная при ходьбе, 2 — промежуточное значение по совокупности оценок). Итоговая сумма — сумма баллов по всем 10 признакам.

При оценке баллов отличный результат составлял от 100 до 90 баллов, хороший — от 89 до 85 баллов, удовлетворительный — от 84 до 75 баллов, неудовлетворительный — 74 балла и ниже. У нашего больного до операции было 78 баллов, после операции отмечается 91 балл. Таким образом, функциональное состояние больного с идиопатическим коксартрозом тазобедренного сустава после операции имело хороший и отличный результаты.

Всем больным проведены рентгенологические, МРТ и УЗИ-допплерографические исследования, затем проводилось тотальное эндопротезирование (ТЭ) тазобедренного сустава. Нами изучены ближайшие результаты лечения у всех больных.

Таблица 1 — Оценка функционального состояния больного до и после операции

№	Функциональные признаки состояния больных	Оценка до операции, баллов	Оценка после операции, баллов
1	Боль: нет — 10 баллов; умеренная после ходьбы, проходящая после отдыха — 6 баллов; сильная при ходьбе — 2 балла	5 / 1 / 2	8 / 2 / 0
2	Походка: нормальная — 10 баллов; нарушена, ходит с опорой на палку или с помощью костылей — 5 баллов; резко нарушена, ходит с помощью костылей — 2 балла	8 / 2 / 1	8 / 4 / 1
3	Деформация: без деформации — 10 баллов; незначительная — 5 баллов; сильно выраженная — 2 балла	4 / 2 / 1	1 / 1 / 0
4	Ходьба по лестнице: самостоятельно — 10 баллов; с трудом — 5 баллов; невозможна — 2 балла	5 / 2	7 / 1
5	Сгибание в тазобедренном суставе: до угла 80°–90° — 10 баллов; меньше 130°, но больше 50° — 6 баллов; меньше 50° — 2 балла	5 / 2	8 / 5
6	Разгибание в тазобедренном суставе: 180° — 10 баллов; ограничено на 35° — 6 баллов; ограничено более чем на 35° — 2 балла	4 / 2	8 / 5
7	Отведение при разогнутой ноге: до 90° — 10 баллов; от 60° до 30° — 6 баллов; менее 30° — 2 балла	5 / 2	7 / 4
8	Приведение: до 35° — 10 баллов; от 29° до 10° — 6 баллов; менее 10° — 1 балл	4 / 2	6 / 5
9	Атрофия мышц бедра: отсутствует — 10 баллов; незначительна — 6 баллов; сильно выражена — 2 балла	5 / 2 / 1	8 / 5 / 1
10	Укорочение конечности: отсутствует — 10 баллов; незначительное до 2 см — 6 баллов; сильное более 2 см — 2 балла	5 / 2 / 1	9 / 2 / 0
	Всего баллов	78	91

При первичной оценке эффективности лечения, кроме рентгенограммы при коксартрозах, проводилось также клиническое обследование пациентов после операции. Результаты оперативного лечения оценивались на основе предложенной нами 5-балльной шкалы — программа № DGU 09123. При этом оценка производилась при среднем значении баллов по 3 показателям, для определения улучшения клинических проявлений, где: отличный результат 0–1,3 балла — отсутствие боли, полное восстановление мобильности и ходьбы; хороший результат 1,4–2,9 балла — лёгкая боль с незначительным ограничением мобильности и ходьбы; удовлетворительный результат 3,0–4,2 балла — беспокоящая боль с видимым ограничением мобильности и ходьбы; неудовлетворительный результат 4,3–5 баллов — сильная боль с видимым ограничением мобильности и невозможностью ходьбы.

Результат и обсуждение

Отдаленные результаты хирургического лечения больных с коксартрозом тазобедренного сустава представлены в таблице 2.

Из таблицы видно, что через 3 месяца после операции отличные и хорошие результаты отмечены у 80 (72,7 %) больных, удовлетворительные — у 22 (20,0 %) больных и неудовлетворительные — у 8 (7,3 %) больных. Через 6 месяцев отличные и хорошие результаты были у 86 (78,2 %) больных, удовлетворительные — у 19 (17,3 %) больных и неудовлетворительные — у 5 (4,5 %) больных. Через 12 месяцев отличные и хорошие результаты были у 89 (80,9 %) больных, удовлетворительные — у 18 (16,4 %) больных и неудовлетворительные — у 3 (2,7 %) больных.

Таблица 2 — Отдаленные результаты хирургического лечения больных с коксартрозом тазобедренного сустава (n = 110)

Оценка (балл)	Через 3 мес.	Через 6 мес.	Через 12 мес.
Отличный (0–1,3)	45 (40,9 %)	47 (42,7 %)	48 (43,6 %)
Хороший (1,4–2,9)	35 (31,8 %)	39 (35,5 %)	41 (37,3 %)
Удовлетворительный (3,0–4,2)	22 (20,0 %)	19 (17,3 %)	18 (16,4 %)
Неудовлетворительный (4,3–5)	8 (7,3 %)	5 (4,5 %)	3 (2,7 %)
Всего	110 (100 %)	110 (100 %)	110 (100 %)

При анализе результатов в разрезе пола и возраста выявлено, что отличные и хорошие исходы через 12 месяцев несколько чаще регистрировались у женщин (81,0 %) по сравнению с мужчинами (80,9 %), без достоверной разницы. Возрастная динамика показала тенденцию к лучшим результатам у больных младше 50 лет (отличные и хорошие исходы — 84,2 % в группе 30–40 лет и 81,0 % в группе 41–50 лет) по сравнению с пациентами старше 60 лет (78,6 % в группе 61 лет и старше), что согласуется с данными литературы о влиянии возраста на восстановление после эндопротезирования. Учитывая вышеуказанное, можно сказать, что выбор тактики хирургического лечения был правильным.

Заключение

Несмотря на огромную социальную значимость, коксартроз по-прежнему остаётся патологией с не полностью изученной этиологией, что затрудняет разработку и внедрение эффективных технологий патогенетической терапии. Остеоартрит, в том числе коксартроз, является полиэтиологическим заболеванием. Согласно данным литературы, распространённость коксартроза в мире неуклонно растёт; старение населения, избыточная масса тела и генетическая предрасположенность являются наиболее значимыми факторами развития дегенеративных процессов в крупных суставах нижних конечностей. Проведённое исследование показало, что применение разработанной программы «Оценка функционального состояния больных с коксартрозом тазобедренного сустава» позволяет объективно определить степень поражения сустава, индивидуализировать тактику лечения и достоверно оценивать его результаты. Несмотря на широкое внедрение эндопротезирования, всё более многочисленные группы учёных создают и изучают новые принципы консервативных и хирургических методов лечения с учётом оценки функционального состояния тазобедренного сустава при коксартрозе.

1. Разработанная программа «Оценка функционального состояния больных с коксартрозом тазобедренного сустава» (рег. № DGU 64022 от 01.05.2026) позволяет объективно определить степень развития заболевания и выбрать индивидуальный вариант лечения.
2. Основным методом хирургического лечения больных коксартрозом тазобедренного сустава является тотальное эндопротезирование, обеспечивающее восстановление функции сустава и трудоспособности пациентов.
3. В отдалённом периоде (через 12 месяцев) после операции отличные и хорошие результаты отмечены у 89 (80,9 %) больных, что свидетельствует о правильности выбранной тактики лечения.
4. Результаты лечения имеют тенденцию к снижению с возрастом пациентов, что следует учитывать при индивидуализации тактики и программы реабилитации.
5. Регулярная оценка функционального состояния больных по предложенной методике является необходимым условием объективного контроля результатов лечения и своевременной коррекции тактики ведения пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Акимова АВ, Тепленький МП. Хирургическое лечение детей с ишемическими деформациями проксимального отдела и головки бедра (литературный обзор). Уральский медицинский журнал. 2025;24(6):136-156. doi:10.52420/umj.24.6.136.

2. Ардашев СА, Ахтямов ИФ, Хань ХЧ. Профилактика послеоперационного болевого синдрома у пациентов с патологией тазобедренного сустава на фоне ожирения. Вестник медицинского института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2022;(5):37-42.
3. Ашимов КД, Байдалин ТТ, Октяброва ДГ, Сулейменов БТ, Бекназаров АИ, Агабеков ЕК. Опыт применения различных моделей эндопротезов при коксартрозах в нашей практике. Traumatology and Orthopaedics of Kazakhstan. 2022;64(3):23-28. doi:10.52889/1684-9280-2022-3-64-23-28.
4. Ахов АО, et al. Сравнение эффективности консервативного и хирургического лечения морбидного ожирения у пациентов с коксартрозом. Вестник хирургии имени И.И. Грекова. 2025;184(5):16-22.
5. Бортулёв ПИ, Виссарионов СВ, Баиндурашвили АГ, Неверов ВА, Басков ВЕ, Барсуков ДБ, et al. Анализ причин выполнения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у детей: часть 1. Травматология и ортопедия России. 2024;30(2):54-71. doi:10.17816/2311-2905-17527.
6. Бунякин НИ. Ранние проявления коксартроза, его профилактика и лечение у пожилых пациентов. Российский журнал гериатрической медицины. 2025;(2):282-283.
7. Горохов МА, Загородний НВ, Кузьмин ВИ, Шарамко ТГ. Малоинвазивное лечение остеоартрита тазобедренного сустава методом радиочастотной денервации: клинический случай. Клиническая практика. 2022;13(4):93-98. doi:10.17816/clinpract112285.
8. Горохов МА, Загородний НВ, Кузьмин ВИ, Шарамко ТГ. Возможности лечения методом радиочастотной денервации при коксартрозе различных стадий. Клиническая практика. 2023;14(2):79-87. doi:10.17816/clinpract202798.
9. Ерёмин ИК, Данильянц АА, Загородний НВ. Сравнительная оценка клинической эффективности и безопасности применения различных хирургических доступов при выполнении эндопротезирования тазобедренного сустава. Гений ортопедии. 2023;29(4):438-448. doi:10.18019/1028-4427-2023-29-4-438-448.
10. Калчаев БН, Шаршенов КТ. Первичное эндопротезирование при диспластических коксартрозах. Евразийский журнал здравоохранения. 2024;16(4):133-139. doi:10.54890/1694-8882-2024-4-133.
11. Пиманчев ОВ, Ряполов ЮВ, Небелас РП, Попов НВ, Савотченко КА. Эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием роботизированной системы. Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. 2022;17(2):125-128. doi:10.25881/20728255_2022_17_2_125.
12. Потапов ВЛ, et al. Лечение пациента с множественными осложнениями тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (случай из практики). Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2026;20(2):77-82.
13. Стемковская АИ, Зискинд ГА. Современные аспекты в лечении пациентов с коксартрозом. Московский хирургический журнал. 2025;(2):151-160.
14. Тепленький МП, Каминский АВ, Фозилов ДТ. Влияние предшествовавшего оперативного лечения на результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у молодых пациентов с диспластическим коксартрозом. Гений ортопедии. 2023;29(5):481-486. doi:10.18019/1028-4427-2023-29-5-481-486.
15. Хисомов КХ, Ахпашев АА. Оценка качества жизни пациентов с остеоартрозом тазобедренного сустава до и после первичного тотального эндопротезирования: современные подходы. Актуальные вопросы развития современной науки. 2023:63-92.
16. Хисомов КХ, Ондар ВС. Современные аспекты эндопротезирования при остеоартрозе тазобедренного сустава. Вестник восстановительной медицины. 2022;21(2):70-79.
17. Шорустамов М, Нурметов С. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава с костной пластикой при диспластическом коксартрозе. Theoretical aspects in the formation of pedagogical sciences. 2022;1(4):119-122.
18. Юсупова ИА. Оперативный метод лечения диспластических деформаций проксимального отдела бедра у детей. Medical Journal of Uzbekistan. 2024;3:235-238.
19. Abdullayev AM. Состояние вопроса оперативного лечения тяжелых форм коксартроза. Scientific progress. 2023;4(2):28-36.

20. Chandrasekaran S, Darwish N, Chaharbakhshi EO, Suarez-Ahedo C, Lodhia P, Domb BG. Minimum 2-year outcomes of hip arthroscopic surgery in patients with acetabular overcoverage and profunda acetabulae compared with matched controls with normal acetabular coverage. Am J Sports Med. 2017;45(11):2483-2492. doi:10.1177/0363546517708769.
21. He Y, Li X, Chen H, Peng Q, Chen T. Progress in diagnosis and hip arthroscopic treatment of borderline developmental dysplasia of hip with Cam-type femoroacetabular impingement. Zhongguo Xiu Fu Chong Jian Wai Ke Za Zhi. 2023;37(5):629-634.
22. Ina JG, Thompson AL, Cabarcas BC, Krych AJ, Hevesi M. Dry arthroscopic hip labral repair to minimize use of irrigation fluid. Arthrosc Tech. 2025;14(6):103509. doi:10.1016/j.eats.2025.103509.
23. Maldonado DR, Bruning RE, Nerys-Figueroa J, Domb BG. Outcomes after anatomic labral repair with all-suture knotless tensionable anchors in primary hip arthroscopic surgery: a prospective analysis of 200 consecutive patients. Orthop J Sports Med. 2025;13(5):23259671251326447. doi:10.1177/23259671251326447.
24. Maldonado DR, Diulus SC, Shapira J, Rosinsky PJ, Kyin C, Ankem HK, Lall AC, Domb BG. Hip arthroscopic surgery in the context of femoroacetabular impingement syndrome, labral tear, and acetabular overcoverage: minimum 5-year outcomes with a subanalysis against patients without overcoverage. Am J Sports Med. 2021;49(1):55-65. doi:10.1177/0363546520969985.
25. Ramadanov N. MCID normalization: a methodological framework for harmonizing heterogeneous PROMs in hip arthroscopy research. J Exp Orthop. 2025;12(4). doi:10.1002/jeo2.70568.

Поступила 20.09.2026