

Евсеев Г. М.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ПРИ
ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ КОКСАРТРОЗЕ**

Научные руководители канд. мед. наук, доц. Волошенюк А. Н.,

канд. мед. наук, доц. Мартинович А.В.

Кафедра травматологии и ортопедии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Согласно литературных данных, на долю стандартных эндопротезирований тазобедренного сустава приходится около половины всех случаев. В другой половине ортопед сталкивается с нестандартными ситуациями. Среди артрозов тазобедренного сустава на долю диспластического коксартроза приходится от 60 до 77 процентов случаев. Особенностью диспластического коксартроза является недоразвитие как вертлужного, так и бедренного компонента сустава, а также нарушение их взаимоотношений и укорочение нижней конечности.

Цель: изучить методику эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе в зависимости от степени дисплазии.

Материалы и методы. Материалом для исследования служили научные статьи и учебные издания по ортопедии.

Результаты и их обсуждение. Для выражения степени дисплазии в настоящее время наиболее часто применяется методика Grove (1979). В зависимости от выраженности дисплазии, применяются следующие подходы:

- при I ст. по Grove применяют эндопротезы маленьких размеров или производят медиализацию дна вертлужной впадины.

- при II ст. по Grove у молодых пациентов ацетабулярный компонент необходимо установить в истинную вертлужную впадину. У пожилых допустима установка чашки эндопротеза в уже сформированную вертлужную впадину (смещение кверху не должно превышать 1,5 см).

- при III ст. по Grove после установки чашки в истинную вертлужную впадину, необходимо, в случаях дефекта покрытия, выполнять костную пластику по Harris.

- при IV ст. по Grove применяют одно- или двухэтапное лечение с низведением или укорочением проксимального отдела бедра.

- при выраженном недоразвитии проксимального отдела бедра применяются диспластические “ножки” эндопротеза или “ножки”, подбираемые индивидуально.

Выводы. На современном этапе развития ортопедии задачей оперативного вмешательства помимо эндопротезирования сустава, является восстановление анатомического центра вращения и выравнивания длины конечности, что обеспечивает длительное и безболезненное функционирование имплантированного эндопротеза.