



Ассоциация
Спортивных
Травматологов,
Артроскопических и
Ортопедических хирургов,
Реабилитологов



Association of
Sports
Traumatology,
Arthroscopy,
Orthopaedic surgery and
Rehabilitation

**Первый Международный Конгресс АСТАОР
Москва, 12–13 мая 2011
Конгресс-центр Swissotel
«КРАСНЫЕ ХОЛМЫ»**

**First International Congress ASTAOR
Moscow, May 12–13, 2011
Congress-center Swissotel
«KRASNYE HOLMY»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

www.astaor.ru





Ассоциация
Спортивных
Травматологов,
Артроскопических и
Ортопедических хирургов,
Реабилитологов



Association of
Sports
Traumatology,
Arthroscopy,
Orthopaedic surgery and
Rehabilitation

Приглашаем Вас вступить в АСТАОР – современную и динамичную ассоциацию профессионалов - www.astaor.ru.

АСТАОР – ассоциация спортивных травматологов, артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов задумывалась как сообщество единомышленников: врачей, занимающихся проблемами патологии опорно-двигательного аппарата у спортсменов, а также у людей, занимающихся регулярно спортом или ведущих спортивный образ жизни. Мы планируем проводить ежегодные конгрессы, которые позволят членам ассоциации не только быть в курсе последних мировых достижений медицины и технологий в данной области, но и предоставят площадку для свободного обсуждения самых актуальных тем современной спортивной медицины, в том числе хирургии и реабилитации - в виде докладов, семинаров, симпозиумов и практических курсов. **АСТАОР** – это динамично развивающаяся научная ассоциация врачей самого современного мирового уровня.

Член АСТАОР получает право на:

1. Скидку на все мероприятия АСТАОР за оплаченный финансовый год;
2. Участие в голосовании по вопросам выбора президента и исполкома АСТАОР;
3. Сертификат члена АСТАОР;
4. Первоочередную регистрацию на мероприятия, организуемые ассоциацией.

Дополнительную информацию Вы можете узнать на сайте www.astaor.ru

**С уважением,
Президент АСТАОР проф. КОРОЛЕВ Андрей Вадимович**

Ассоциация спортивных травматологов,
артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Первый Международный Конгресс АСТАОР
Конгресс-центр Swissotel "Красные холмы"
12-13 мая 2011 г., Москва.

Москва
2011

УДК 617
ББК 54.18
С 23

С 23 Сборник тезисов: Первый Международный Конгресс АСТАОР, 12-13 мая 2011 г. – Москва: Издательство «Перо» 2011. – 40 с.

ISBN 978-5-91940-201-5

Сборник тезисов составлен по материалам, представленным организационному комитету к Первому Международному Конгрессу АСТАОР - Ассоциации спортивных травматологов, артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов (Москва, 12-13 мая 2011 г.).

Содержание тезисов воспроизведено в полном соответствии с представленными материалами с незначительной редакторской правкой. Авторы тезисов несут полную ответственность за актуальность, правильность и достоверность изложенного материала, точность изложенных фактов (данных).

Сборник подготовил: Хасаншин М.М., Королев А.В.

УДК 617
ББК 54.18

ISBN 978-5-91940-201-5

© Ассоциация спортивных травматологов, артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов, 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Итоги Первого Международного Конгресса АСТАОР | 6 |
| АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГОФФА | 7 |
| САВИЦКИЙ П.П., ЛАЗКО Ф.Л., ЗАХРА М., ТКАЛИН А.Н., ПТИЦЫН К.А. | |
| АРТРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ | 8 |
| МУСТАФАЕВ Н.Р., ЛЮБАРСКИЙ М.С., ШУМКОВ О.А. | |
| ВЛИЯНИЕ АУТОЛОГИЧЕСКИХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА РЕГЕНЕРАЦИЮ СУСТАВНОГО ХРЯЩА (экспериментальное исследование) | 9 |
| КОСТРУБ А.А., ГРИЩЕНКО В.И., ЗАСАДНЮК И.А., БРУСКО А.Т., ГОНЧАРУК Е.И. | |
| ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В АЛГОРИТМЕ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ | 10 |
| ЛОМТАТИДЗЕ Е.Ш., СЕМЕНИСТЫЙ А.Ю., ГЕРАСИМОВ Д.О. | |
| ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МРТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА | 11 |
| ИЛЬИН Д.О., КОРОЛЕВ А.В., МОРОЗОВ С.П., АФАНАСЬЕВ А.П., ХАСАНШИН М.М. | |
| ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА | 12 |
| МУРАШИНА И.В., ХАСАНШИН М.М., ЕГОРОВА Е.А., КОРОЛЕВ А.В. | |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННЫХ ПОВЯЗОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ | 13 |
| СЫЧЕВ Д.В., ОБОЛЕНСКИЙ В.Н., СЕМЕНИСТЫЙ А.Ю., ГЕРАСИМОВ Д.О. | |
| ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОЛОГИЧЕСКИХ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ | 14 |
| КОСТРУБ А.А., БЛОНСКИЙ Р.И., ЗАЕЦ В.Б., ГОНЧАРУК Е.И., ВОЛКОВА Н.А. | |
| КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ | 15 |
| АЛИ-ЗАДЕ Ч.А. | |
| ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА | 16 |
| ЗАХРА М., САВИЦКИЙ П.П., ЛАЗКО Ф.Л., ЛОМТАТИДЗЕ Е.Ш., КУБАШЕВ А.А. | |
| МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ | 17 |
| СИМАГАЕВ Р.О., БОЯРИНОВ А.Г., ШМУЛЕВИЧ М.В., ИВАНОВ А.В. | |
| НАРУШЕНИЯ ГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ И ЛИМФОТОКА В РЕГИОНЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ АРТРОЗЕ | 19 |
| МУСТАФАЕВ Н.Р., ЛЮБАРСКИЙ М.С., ШУМКОВ О.А. | |

| | |
|---|-----------|
| ОПЫТ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА В СВЕЖИХ СЛУЧАЯХ ГЕМАРТРОЗА | 21 |
| САВИЦКИЙ П.П., КУБАШЕВ А.А., ЗАХРА М., ЛАЗКО Ф.Л., БОНДАРЕНКО П.В. | |
| ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛОКАЦИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА | 22 |
| ГЛУХОВ А.В. | |
| ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИН С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ | 23 |
| ГЕРАСИМОВ А.А., ЛОМТАТИДЗЕ Е.Ш., ТКАЛИН А.Н., ДЕДЮРИН А.А., БОНДАРЕНКО П.В. | |
| ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МИНИИНВАЗИВНЫМ ДОСТУПОМ (MIDVASTUS) | 24 |
| ПРИЗОВ А.П., КАНАЕВ А.С., ЛАЗКО Ф.Л., КУБАШЕВ А.А., ТКАЛИН А.Н. | |
| ПОВРЕЖДЕНИЕ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА, АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ | 25 |
| ЗАХРА М., САВИЦКИЙ П.П., ЛАЗКО Ф.Л., ЛОМТАТИДЗЕ Е.Ш., КУБАШЕВ А.А. | |
| ПОВРЕЖДЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАНСПОРТНЫХ ТРАВМ | 26 |
| ЕРОФЕЕВА И.В. | |
| ПРИМЕНЕНИЕ КОБЛАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КИСТЕВОГО СУСТАВА | 27 |
| ЕЗЕЕВ А.Р., ЕГИАЗАРЯН К.А. | |
| РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЕТОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА | 28 |
| ГЛУХОВ А.В. | |
| РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОРТСМЕНОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ | 29 |
| КРИВЕНКО С.Н. | |
| СРАВНЕНИЕ ДЛИН БЕДРЕННЫХ КАНАЛОВ ДВУХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ПОСТАНОВКИ БЕДРЕННОГО КАНАЛА ПРИ ОПЕРАЦИИ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ | 30 |
| АКСЕНОВ С.Ю., ХАСАНШИН М.М., МАЙСИГОВ М.Н., ИЛЬИН Д.О., КОРОЛЕВ А.В. | |
| СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТОЧЕК ВХОДА ПРИ АНТЕГРАДНОМ ШТИФТОВАНИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ | 31 |
| СЕМЕНИСТЫЙ А.Ю., ГЕРАСИМОВ Д.О., ОМЕЛЬЧЕНКО К.А. | |
| СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АРТРОСКОПИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ | 32 |
| МУСТАФАЕВ Н.Р., НЕНАРОЧНОВ С.В. | |
| СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАССАСЫВАЮЩИХСЯ И НЕРАССАСЫВАЮЩИХСЯ АНКЕРНЫХ ФИКСАТОРОВ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА | 33 |
| ХАСАНШИН М.М., АКСЕНОВ С.Ю., ИЛЬИН Д.О., САУТИН М.Е., КОРОЛЕВ А.В. | |

| | |
|---|-----------|
| ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МИНИИНВАЗИВНЫМ ДОСТУПОМ (MIDVASTUS) У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА | 34 |
| ПРИЗОВ А.П., КАНАЕВ А.С., ЛАЗКО Ф.Л., ЛОМТАТИДЗЕ Е.Ш., МАКОЕВ Б.Б. | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА | 35 |
| КОСТРУБ А.А., ЗАСАДНЮК И.А., ЗАЕЦ В.Б., БЛОНСКИЙ Р.И. | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА | 36 |
| СИМАГАЕВ Р.О., БОЯРИНОВ А.Г., ШМУЛЕВИЧ М.В., ИВАНОВ А.В. | |
| ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПИНДЖМЕНТ СИНДРОМА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА | 37 |
| ШМУЛЕВИЧ М.В., АРДАШЕВ И.П., БОЯРИНОВ А.Г., СИМАГАЕВ Р.О. | |
| ЦИТОАКТИВНЫЙ БИОПОЛИМЕР-СОЛЕВОЙ КОМПОЗИТ «ЛИТАР»: ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В СПОРТИВНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ | 38 |
| ЛИТВИНОВ С.Д., КРАСНОВ А.Ф., МАРКОВ И.И., ЦЕЙТЛИН М.Д., СЕРДОБИНЦЕВ А.И. | |
| ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИНИДОСТУПОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ ГОНАРТРОЗОМ | 39 |
| ПРИЗОВ А.П., КАНАЕВ А.С., ЗАХРА М., ЛАЗКО Ф.Л., ПТИЦЫН К.А. | |

Итоги Первого Международного Конгресса АСТАОР

12-13 мая 2011 года в Конгресс-центре Swissotel «Красные холмы», г. Москва, состоялся Первый Международный Конгресс Ассоциации Спортивных Травматологов, Артроскопических и Ортопедических хирургов и Реабилитологов.

Конгресс организован при поддержке Ассоциации Спортивных Травматологов, Артроскопических и Ортопедических хирургов и Реабилитологов (АСТАОР), Европейского Медицинского Центра (ЕМЦ), Европейской Клиники Спортивной Травматологии и Ортопедии (ECSTO), Европейского общества Спортивной травматологии, хирургии коленного сустава и артроскопии – ESSKA (European Society of Sports Traumatology, Knee Surgery and Arthroscopy) и кафедры травматологии и ортопедии РУДН.

В Первом Международном Конгрессе приняли участие более 400 специалистов в области спортивной медицины из России, Франции, Германии, Нидерландов, Греции, Словении, Португалии, Польши, Италии и других стран.

Открыли Конгресс с приветственной речью профессор Андрей Вадимович Королев, профессор Иосиф Моисеевич Митбрейт, генеральный директор ЕМЦ Артем Борисович Гапеев и Президент ULS-ESSKA Паскаль Глейзе. Спикеры поблагодарили собравшихся участников и выразили надежду на развитие деятельности АСТАОР в будущем. «Нам предстоит большая работа, будут проведены многочисленные форумы, прозвучат доклады в области спортивной медицины. Все участники по завершению Конгресса обогатят свои знания и опыт», - заметил профессор Митбрейт.

Конгресс проходил сразу в трех залах Конгресс-центра и сопровождался обширной выставкой медицинского оборудования, технологий и инструментов, в которой участвовало около 50 компаний из России и зарубежья.

12 мая состоялось первое ежегодное заседание АСТАОР. На первом заседании Президентом ассоциации единогласно был выбран профессор Андрей Королев, секретарем – доктор Муса Майсигов. Участники заседания утвердили исполнительный комитет, в который вошли профессор Федор Лазко, профессор Евгений Ломтатидзе, профессор Гурам Лазишвили и доктор Муса Майсигов. Первым предложением Президента АСТАОР Андрея Королева стало принятие профессора Иосифа Митбрейта и профессора Виталия Епифанова в Почетные члены АСТАОР, которое также было единогласно поддержано. 12 мая также прошли лекции и семинары по артроскопической хирургии, общей травматологии, хирургии спинальной секции, хирургии стопы, детской ортопедии, ревматологии, лучевой диагностике и реабилитации.

Во второй день, в рамках Первого Международного Конгресса АСТАОР прошли уникальные для России учебные курсы:

- Учебный курс ассоциации ESSKA по хирургии плечевого сустава секции верхней конечности (под председательством профессора Андрея Королева и Президента ULS-ESSKA Паскаля Глейзе), в котором приняли около 30 лекторов, в том числе около 20 лекторов из Европы.

- При поддержке компании ETHICON Johnson&Johnson, проведен Российско-Французский Учебный Курс для операционных сестер (Scrub Nurse Course), включающий лекции от высококлассных французских специалистов, а также практические занятия по работе в современном операционном блоке одной из лучших частных клиник России - Европейского медицинского центра. После теоретической части курс продолжился практическими занятиями в новейших, полностью оснащенных операционных клиниках Европейского медицинского центра на Орловском переулке. Практическая часть включала занятия по эндопротезированию и артроскопической хирургии.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ ГОФФА

САВИЦКИЙ Павел Павлович

ЛАЗКО Федор Леонидович

ЗАХРА Мажди

ТКАЛИН Артем Николаевич

ПТИЦЫН Кирилл Андреевич

**Кафедра травматологии и ортопедии. Российский Университет Дружбы Народов, Москва
Городская клиническая больница №12, Москва**

Липоартрит или хроническое воспаление жировой клетчатки с ее гиперплазией в области крыловидных складок - Болезнь Гоффа (Hoffa) нередко сопровождающееся ущемлением ее между суставными поверхностями костей, болями и блокированием коленного сустава. Это «малая» патология причиняет большое неудобство, а ее консервативное лечение зачастую малоэффективно.

За 2006-08гг. (в ГКБ№12) наблюдалось 150 пациентов с болезнью Гоффа. Из них 86 мужчин, 64 женщины. В 71% случаев имелось сочетание болезни Гоффа с повреждением передней крестообразной связки (ПКС), а в 29% с повреждением менисков.

Ранние этим пациентам в течение длительного времени проводилось консервативное лечения, в том числе внутрисуставные инъекции кортикостероидов и гиалуроната натрия.

Во время операции проводили пластику ПКС, резекцию поврежденных участков внутреннего и наружного менисков. При выявлении гипертрофированной жировой подушки выполнялась резекция последней шейверной фрезой или вапоризатором ArthroCare® Atlas™System.

У подавляющего большинства больных (91%) с гипертрофией жирового тела Гоффа имелись явления остеоартроза (хондромалация 1- 4ст.) пателло-фemorального сочленения и опорных поверхностей бедра и большеберцовой кости.

После оперативного лечения (удаления гипертрофированной жировой клетчатки) рецидивов болезни Гоффа мы не выявляем (наблюдения 1- 3 года).

Таким образом, хроническое воспаление жировой клетчатки с ее гипертрофией в области крыловидных складок (Болезнь Гоффа) встречаются как отдельно, так и сочетании с повреждением менисков, передней крестообразной связки и остеоартрозом. Это необходимо учитывать при планировании артроскопия коленного сустава.

АРТРОСКОПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ

МУСТАФАЕВ Назим Расимович
ЛЮБАРСКИЙ Михаил Семенович
ШУМКОВ Олег Анатольевич

НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН, Новосибирск

Деформирующий артроз является одним из наиболее распространенных и тяжелых деструктивно-дистрофических заболеваний опорно-двигательной системы и составляет 80% всей суставной патологии. До 30% пациентов, вышедших на инвалидность с заболеваниями суставов, составляют больные деформирующим артрозом. В структуре этого заболевания значительное место занимает поражение коленных суставов.

Известные методы лечения больных с заболеваниями деструктивно-дистрофического характера недостаточно результативны. Многим оперативным вмешательствам присущи травматичность, сложность технического исполнения. Продолжение поиска новых методов хирургического лечения свидетельствует о неудовлетворенности хирургов имеющимися способами операций при гонартрозе.

При лечении пациентов с гонартрозом применялся артроскопический лаваж коленного сустава, сглаживание и резекция разволокненного, фрагментированного суставного хряща, удаление разрастаний синовиальной оболочки, травмирующих сустав остеофитов, туннелизация (перфорация субхондральной кости), обработка шейвером кости в зоне дефектов хряща, удаление свободнолежащих внутрисуставных тел.

После проведенной артроскопии коленного сустава, у всех пациентов отмечается снижение или полное купирование болевого синдрома, увеличение объема движений в коленном суставе, что значительно повышает качество жизни больных с гонартрозом. Эффективность артроскопии связана с тем, что во время операции происходит растяжение капсулы сустава, из полости сустава вымываются свободнолежащие внутрисуставные тела и хрящевой детрит, содержащий цитокины поддерживающие асептическое воспаление в суставе.

Для оценки эффективности проведенного лечения использовали индекс тяжести гонартроза Лекена. Оценка проводилась через 3 месяца, через 6 месяцев и через 1 год после артроскопии. У всех пациентов выявлены положительные изменения клинических проявлений гонартроза на фоне снижения индекса Лекена, что свидетельствует об улучшении качества жизни больных.

ВЛИЯНИЕ АУТОЛОГИЧЕСКИХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК НА РЕГЕНЕРАЦИЮ СУСТАВНОГО ХРЯЩА (экспериментальное исследование)

КОСТРУБ Александр Алексеевич

ГРИЦЕНКО Валентин Иванович

ЗАСАДНЮК Иван Андреевич

БРУСКО Антон Тимофеевич

ГОНЧАРУК Елена Ивановна

ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМНУ»

Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков

Цель работы. Обосновать возможность применения аутологических МСК костного мозга для оптимизации репаративных процессов суставного хряща после его механического травматического повреждения.

Материалы и методы. Работа выполнена на 30 взрослых кроликах-самцах, массой $3,0 \pm 0,25$ кг. Во фронтальной плоскости по надколенниковой поверхности бедренной кости повреждали суставной хрящ размером 6×3 мм до субхондральной костной пластинки. Животным 1-й серии (контроль) на 5 день после операции, в полость коленного сустава вводили по 0,25 мл физ. раствора (плацебо). Животным 2-й и 3-й серии на 5 день в полость коленного сустава вводили по 106 недифференцированных аутологичных МСК костного мозга и МСК с направленным хондрогенным дифференцированием соответственно. Для изучения участия в формировании регенерата МСК, культивированных *in vitro* и имплантированных в полость травмированного коленного сустава, их перед введением в сустав метили красным флюорисцентным зондом РКН-26 (Sigma, США). Проводили клиническое наблюдение. Из опыта кроликов выводили путем применения летальных доз эфира для наркоза через 45 суток после травмы. Животных, которым вводили меченые МСК, выводили из эксперимента через 7, 14 и 21 сутки после введения МСК. Качество репаративных процессов в месте дефекта оценивали, учитывая поверхностное строение регенерата, морфологию новообразованной ткани, структуру ее матрикса, характер и жизнеспособность хондроцитов, состояние кальцифицированной зоны хряща и субхондральной костной пластинки, наличие зон вторичной оссификации кровеносных сосудов. Для оценки использовали альтернативную OS шкалу; качество регенерата считали неудовлетворительным при балле – 0 и оптимальным при балле – 10. Источником аутологичных МСК была спонгиозная костная ткань, которая забиралась из крыла подвздошной кости кролика. Культивирование и хондрогенное дифференцирование аутологичных МСК костного мозга осуществляли по общепринятой методике.

Результаты и их обсуждение. При анализе данных альтернативной OS шкалой выявлен достоверно лучший результат при применении недифференцированных культур МСК ($8,6 \pm 0,24$) в модели механического повреждения суставного хряща по сравнению с культурой МСК с направленным хондрогенным дифференцированием ($7,6 \pm 0,24$, ($p < 0,05$)). У животных, которым были трансплантированы меченые аутологические МСК, во всех случаях на криостатных срезах выявляли клетки с меткой донорских МСК. На 7 день клетки были расположены диффузно, без заметных скоплений. На 14 день - меченые клетки, флюоресцировавшие в красной зоне спектра, создавали компактные конгломераты преимущественно возле зоны дефекта. На 21 день меченые клетки удалось выявить лишь в зоне регенерата.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о непосредственном участии аутологичных МСК в процессах хондрорепаации при их экзогенном введении в полость сустава. Выявлен достоверно лучший результат при применении недифференцированных культур МСК для лечения повреждений суставного хряща.

ВНЕОЧАГОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ В АЛГОРИТМЕ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ

ЛОМТАТИДЗЕ Евгений Шалвович
СЕМЕНИСТЫЙ Алексей Юрьевич
ГЕРАСИМОВ Денис Олегович

Кафедра травматологии и ортопедии. Российский Университет Дружбы Народов, Москва
Городская клиническая больница №13, Москва

Цель работы. Оценка эффективности применения аппаратов наружной фиксации (АНФ) при лечении ранений мягких тканей, как первого этапа лечения открытых переломов средней трети голени.

Материалы и методы. 21 пациент в возрасте от 19 до 57 лет, средний возраст 32 года, 8 женщин и 13 мужчин. В 14 случаях, раны относились к типу II по классификации Гастилло-Андерсена; в 7 случаях, к типу III.

По классификации переломов AO/ASIF:

4.2.A – 10 пациентов, (A.1 – 6; A.2 – 1; A.3 – 3)

4.2.B – 6 пациентов, (B.2 – 4; B.3 – 2)

4.2.C – 5 пациентов, (C.2 – 5)

Использованы методы традиционного клинического и рентгенологического обследования.

Этапы лечения:

Первый этап:

А) Первичная хирургическая обработка раны:

обильное промывание раны растворами антисептиков;

удаление инородных тел и резекция в пределах нежизнеспособных тканей;

фасциотомия (для предотвращения компартмент-синдрома);

повторное промывание раны растворами антисептиков.

Б) Наложение модульного аппарата наружной фиксации и репозиция перелома под контролем электронно-оптического преобразователя.

Второй этап – перевязки и ВХО раны. Оценка состояния раны производилась по следующим критериям: цвет; запах; наличие или отсутствие отделяемого; кровоточивость раневой поверхности и сократимость мышечной ткани. Производился бактериальный посев раневого отделяемого.

Раны делились на 3 группы:

хорошее состояние раны – показан остеосинтез

удовлетворительное состояние – показано динамическое наблюдение и контроль

неудовлетворительное состояние - показана ВХО

В зависимости от размеров раны применялись:

вторичные швы (одновременно с третьим этапом)

пластика местными тканями (четвертый этап)

пластика расщепленным лоскутом (четвертый этап)

Третий этап – внутренняя фиксация.

Четвертый этап – пластика мягкотканного дефекта, при невозможности наложения вторичных швов во время третьего этапа.

Результаты. Средняя продолжительность первого этапа - 7 дней. Средняя продолжительность лечения в стационаре - 20 дней. Состояние всех пациентов при выписке удовлетворительное.

Выводы. Применение аппаратов наружной фиксации в качестве первого этапа лечения ранений мягких тканей при открытых переломах средней трети голени целесообразно, эффективно и позволяет добиться хороших результатов.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МРТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

ИЛЬИН Дмитрий Олегович
КОРОЛЕВ Андрей Вадимович
МОРОЗОВ Сергей Павлович
АФАНАСЬЕВ Алексей Павлович
ХАСАНШИН Мансур Минасхатович

**Кафедра травматологии и ортопедии, Российский Университет Дружбы Народов, Москва
Европейская Клиника Спортивной Травматологии и Ортопедии, Москва**

Цель: оценить диагностическую эффективность МРТ при повреждениях коленного сустава, относительное влияние субъективных и объективных факторов на точность исследования

Материалы и методы: проспективное исследование 111 коленных суставов, МРТ выполнена в различных диагностических центрах, разделенных на две группы: группа 1: функционирующие в составе клиник, выполняющих артроскопические операции на коленных суставах или имеющие обратную связь с ортопедами; группа 2 - не имеющие обратной связи с ортопедами. Также различали МРТ исследования, выполненные на низко- и среднепольных томографах и на высокопольных томографах (мощностью более 1,5 Тл) Изучали влияние толщины среза, примененных импульсных последовательностей и плоскостей исследования на точность результатов. Применяли бинарную систему оценки данных МРТ, вычисляли показатели чувствительности, специфичности, прогностической ценности положительного и отрицательного ответов, точности МРТ, выполненной в разных условиях. Статистическую проверку достоверности различий проводили с использованием критерия хи-квадрат. Также изучали степень соответствия заключений рентгенологов и предоперационных диагнозов, выставляемых ортопедом с применением каппа-анализа

Результаты: получены достоверно более высокие показатели диагностической эффективности МРТ ($p=0,048$), выполненной в диагностических центрах группы 1 (Ч 62,20%, С 96,10%, ПЦПО 85%, ПЦОО 87,74%Т87,22%), большее соответствие операционному диагнозу (каппа = 0,76 для ПКС), реже встречались ошибки интерпретации.

Обсуждение и выводы: МРТ является обязательной частью обследования пациентов, должна быть выполнена на высокопольном томографе, толщиной среза не более 3 мм, в минимум 4 последовательностях и 3 плоскостях сканирования, у рентгенолога должна быть обратная связь с ортопедом.

ЗНАЧЕНИЕ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

МУРАШИНА Ирина Викторовна

ХАСАНШИН Мансур Минасхатович

ЕГОРОВА Елена Алексеевна

КОРОЛЕВ Андрей Вадимович

**Кафедра лучевой диагностики, ГОУ ВПО «МГМСУ Минздравсоцразвития России», Москва
Кафедра травматологии и ортопедии. Российский Университет Дружбы Народов, Москва
Европейская Клиника Спортивной Травматологии и Ортопедии, Москва**

Цель: оценить диагностические возможности магнитно-резонансной томографии (МРТ) в выявлении повреждений плечевого сустава.

Материалы и методы.

В исследование было включено 56 пациентов. Всем пациентам проводилась МРТ и артроскопия заинтересованного плечевого сустава. Результаты артроскопии сравнивались с данными МРТ, после чего рассчитывалась чувствительность (Se), специфичность (Sp) и точность (Ac) МР-исследования.

Результаты.

У 62,5% обследованных - спортивные травмы, 37,5% - повреждения в быту. При проведении МРТ плечевого сустава в 58,9% были выявлены повреждения вращательной манжеты, в 55,4% - импинджмент синдром, в 48,2% - повреждения суставной губы, в 41,1% - повреждения по типу Bankart, в 33,9% - дефект Hill-Sachs, в 30,4% - бурсит. Наличие хондромалиций и внутрисуставных тел диагностированы в 16,1% и 1,8% случаев.

Анализ точности МРТ показал, что возможности метода различаются в выявлении различных повреждений плечевого сустава:

Se = 84,4%; Sp = 100%; Ac = 90% в выявлении повреждений суставной губы;

Se = 93,9%; Sp = 91,3%; Ac = 90% в выявлении повреждений вращательной манжеты;

Se = 68,2%; Sp = 88,2%; Ac = 78,2% в выявлении повреждений по типу Hill-Sachs;

Se = 88,0%; Sp = 96,4%; Ac = 90% в выявлении повреждений по типу Bankart;

Se = 71,4%; Sp = 100%; Ac = 90% в выявлении повреждений по типу SLAP;

Se = 88,2%; Sp = 94,9%; Ac = 90% в выявлении бурсита плечевого сустава.

МРТ обладала более низкой чувствительностью, специфичностью и точностью в диагностике хондромалиции суставных поверхностей плечевого сустава и диагностике свободных внутрисуставных тел.

Заключение: МРТ исследование является высокоинформативным и универсальным методом исследования в диагностике повреждений структур плечевого сустава в предоперационном планировании.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННЫХ ПОВЯЗОК ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТКРЫТЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ КОНЕЧНОСТЕЙ

СЫЧЕВ Дмитрий Владимирович
ОБОЛЕНСКИЙ Владимир Николаевич
СЕМЕНИСТЫЙ Алексей Юрьевич
ГЕРАСИМОВ Денис Олегович

Городская клиническая больница №13, Москва

Материалы и методы. 38 больных с открытыми переломами конечностей различной локализации, которые были доставлены в отделение реанимации. Средний возраст - 39 лет, 27 мужчин, 11 женщин. Группа сравнения - 32 больных, средний возраст – 40 лет, мужчин – 21, женщин – 11.

Пациентам на фоне терапии проводилось комплексное обследование; накладывалась транспортная шина или гипсовая повязка. Назначались цефалоспорины 2-3 поколения. На раны накладывались асептические повязки.

По завершении предоперационного этапа лечения производился туалет раны мощными растворами и определялся тип повреждения и тактика оперативного лечения.

Первый этап - первичная хирургическая обработка (ПХО):

- 1) ревизия раны; 2) фасциотомия (при компартмент-синдроме); 3) промывание раны.

Второй этап:

- 1) наложение аппарата наружной фиксации; 2) репозиция под контролем ЭОП.

В группе сравнения ПХО завершали наложением асептической повязки с мазями на водорастворимой основе с последующими ежедневными перевязками; ушивание раны проводилось при отсутствии клинических и лабораторных признаков гнойно-воспалительного процесса после снижения уровня контаминации раны ниже критического; при наличии большого диастаза краев раны применялась дозированная этапная дермотензия.

В исследуемой группе последним этапом ПХО являлось закрытие раны вакуум-ассистированной повязкой, (стерильная гидрофильная полиуретановая губка, прозрачное адгезивное покрытие, не спадающаяся дренажная силиконовая трубка и источник вакуума с емкостью для сбора жидкости). Первая перевязка раны проводилась на 3-4 день, рана ушивалась; при наличии большого диастаза краев раны повторно накладывалась вакуум-ассистированная повязка (24 пациента) и ушивание проводилось через 3-4 дня.

У всех больных после закрытия раневого дефекта и при отсутствии признаков гнойно-воспалительного процесса выполнялся окончательный остеосинтез.

| Результаты. | Исследуемая группа | Группа сравнения |
|-------------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Закрытие раневого дефекта | 5 сутки | 12 сутки |
| Окончательный остеосинтез | 10 сутки | 19 сутки |
| Нагноение | Нет | 7 случаев |
| Несостоятельность швов | Нет | 1 случай |
| Остеомиелит | Нет | 1 случай |
| Средняя длительность госпитализации | 20 дней | 45 дней |

Заключение. Вакуум-ассистированные повязки позволяют добиться более раннего закрытия раневых дефектов, предотвращения развития раневой инфекции, инфицирования кости и сокращения сроков нахождения больного в стационаре. Данная тактика является перспективной для лечения больных с открытыми переломами конечности различной локализации.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АУТОЛОГИЧЕСКИХ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР С ЦЕЛЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ СУХОЖИЛИЙ

КОСТРУБ Александр Алексеевич

БЛОНСКИЙ Роман Иванович

ЗАЕЦ Владимир Борисович

ГОНЧАРУК Елена Ивановна

ВОЛКОВА Наталия Александровна

ГУ «Институт травматологи и ортопедии АМН Украины»

«Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины» Отдел криобиологии репродуктивных систем, Харьков, Украина

Материалы и методы. Исследования выполнены на 361 половозрелых крысах самцах массой 300 ± 12 г. со смоделированным дегенеративным повреждением Ахиллового сухожилия.

При исследовании руководствовались «Европейской конвенцией относительно защиты позвоночных животных, которые используются с экспериментальными и другими научными целями» (Страсбург, в 18.03.86 г.).

Опытные животные были разделены на 5-ть групп. В первую группу вошли животные, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились однократно аутологичные МСК. Во вторую группу вошли животные, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились одноразово аутологичные фибробласты. В третью группу вошли животные, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились однократно аутологическая плазма обогащенная факторами роста. В четвертую группу вошли животные, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились однократно физ. раствора. В пятую группу вошли животные с интактным ахилловым сухожилием

Опытных животных выводили из эксперимента на 7-ые, 21-ые и 45-е сутки. Мы проводили патоморфологическое исследование сухожилий опытных животных на разных сроках лечения, определяли и сравнивали их прочностные характеристики, а также проводили инфракрасное спектроскопическое исследование опытных сухожилий.

Исследуя сыворотку крови, опытных животных на разных сроках лечения мы определяли содержание коллагеназы, гиалуронидазы, гликозаминогликанов (ГАГ), свободной и белково-связанной фракции гидроксипролина, что характеризует репаративный тендогенез в процессе лечения экспериментальных животных.

Результаты исследования. Анализируя результаты полученных данных, а также проводя их сравнительную характеристику – наилучшие результаты мы получили в опытной группы животных, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились аутологические МСК, следующей группой за эффективностью лечение была группа животных, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились аутологические фибробласты, наихудшие результаты по сравнению с 1-й и 2-й опытными группами были у животных 3-й опытной группы, которым с целью лечения дегенеративного повреждения сухожилий вводились аутологическая плазма обогащенная факторами роста. Благодаря использованию аутологичных МСК, а также аутологичных фибробластов, ожидаем достичь оптимизации тендорепарации сухожилий при их дегенеративном повреждении.

КОМПРЕССИОННО-ДИСТРАКЦИОННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

АЛИ-ЗАДЕ Чингиз Алиевич

НИИ травматологии и ортопедии, Баку, Азербайджан

Хирургическая реабилитация больных с различными формами остеомиелита включает в себя наряду с ликвидацией гнойно-воспалительного процесса, ортопедическую реабилитацию. Нами проведено лечение 720 больных с различными формами остеомиелита. У 102 (14.2%) из них при хирургическом лечении использовался компрессионно-дистракционный остеосинтез аппаратами Илизарова. Возраст больных от 2 до 55 лет. Из них у 20 (19.6%) больных с гематогенным остеомиелитом, 19 (18.6%) больных с посттравматическим остеомиелитом, 28(27.5%) больных с постогнестрельным остеомиелитом, 35 (34.3%) больных с постоперационным остеомиелитом. У 21 больных для восстановления дефектов костной ткани и длины костей использовался билокальный (16 больных с резекцией концов фрагментов и у 5 без резекции) остеосинтез по Илизарову, у 6 больных применялся монолокальный (у 3х больных с резекцией концов фрагментов) остеосинтез, у 2х больных - полилокальный остеосинтез по Илизарову. У 2х больных применялся билокальный остеосинтез с дополнительной остеотомией низводимого фрагмента. Разработан новый способ большеберцово-пяточного артродеза после астрагалэктомии с использованием аппарата Илизарова для фиксации. Новый способ артродеза позволяет уменьшить укорочение конечности и ее деформацию.

В 73 случаях аппарат Илизарова использовался для стабилизации фрагментов.

В результате лечения гнойно-воспалительный процесс удалось купировать у всех больных, у 2х больных произведена ампутация конечности, у 3х больных при субтотальном дефекте больше берцовой кости удалось полностью восстановить целостность кости. Укорочение от 1до 5 см осталось у 4 больных, свыше 5 см - у 2 больных. У всех больных восстановлена опороспособность конечности.

ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

ЗАХРА Мажди

САВИЦКИЙ Павел Павлович

ЛАЗКО Федор Леонидович

ЛОМТАТИДЗЕ Евгений Шалвович

КУБАШЕВ Александр Андреевич

**Кафедра травматологии и ортопедии, Российский университет дружбы народов, Москва
Городская клиническая больница №12. Москва, Россия**

В отделении ортопедии ГКБ№12 за последние три года находились на лечении 65 пациентов, которым проведено хирургическое лечение по поводу посттравматической патологии плечевого сустава.

Вне зависимости от основного заболевания клинические проявления были идентичными: контрактуры плечевого сустава различной степени выраженности и боли, усиливающиеся после физической нагрузки, а также ночные боли.

При выраженных контрактурах плечевого сустава всем пациентам проводилась редрессация плечевого сустава и артроскопия с целью уточнения характера повреждения. При impingement-синдроме удаляли рубцовые изменения субакромиальной бursы и резецировали нижний край акромиона являвшийся анатомической причиной impingement-синдрома.

Хирургические вмешательства по восстановлению целостности вращательной манжеты проводились открыто. Повреждение вращательной манжеты выявлено у 45 больных. Все повреждения фиксированы скользящими швами. После шва вращательной манжеты пациентам проводили иммобилизацию верхней конечности на отводящей подушке в течение 4-6 недель. После операции проводили физиолечение и лечебную физкультуру. Объем движений в плечевом суставе у пациентов после субакромиальной декомпрессии восстанавливался в течение 1-4 недель, а после скользящих швов вращательной манжеты – в течение 2 месяцев.

Таким образом, артроскопическое лечение является высокоэффективным методом диагностики и лечения внутрисуставных повреждений мягких тканей и костно-хрящевых структур плечевого сустава.

МАЛОТРАВМАТИЧНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ

СИМАГАЕВ Роман Олегович
БОЯРИНОВ Андрей Геннадьевич
ШМУЛЕВИЧ Михаил Валерьевич
ИВАНОВ Андрей Викторович

МУЗ городская клиническая больница №3 им. Подгорбунского М.А., Кемерово, Россия

Цель. Оценка возможности применения артроскопических методов в сочетании с остеосинтезом канюлированными винтами для повышения эффективности лечения пациентов с внутрисуставными переломами мышцелков большеберцовой кости с повреждением менисков и связок коленного сустава.

Материал и методы. За период с 2005 по 2010 гг. в нашей клинике артроскопия, как лечебно-диагностический метод, в сочетании с остеосинтезом канюлированными 6,5 мм АО винтами применялась у 24 пациентов в возрасте от 24 до 62 лет с внутрисуставными переломами мышцелков большеберцовой кости. Из них женщин 19 мужчин 5. У 11 пациентов травма была получена во время занятий спортом, автодорожная травма у 6 пациентов, сочетанная травма была в 8 случаях, в остальных - переломы мышцелков большеберцовой кости были изолированным повреждением. Показанием для данного оперативного вмешательства мы считали переломы типов I, II, III, IV по классификации Schatzker или типа B1, B2, B3 (классификация АО). Диагностика основывалась на данных анамнеза, клинического обследования, стандартной рентгенографии, магнитно-резонансной томографии, компьютерной томографии коленного сустава. Операция проводилась в сроки от 7 до 14 суток с момента травмы. Применение артроскопии у пациентов с внутрисуставными переломами коленного сустава включало артроскопический лаваж, удаление свободных тел и флорпирующего хряща, частичную синовэктомию, а также контроль за процессом репозиции. Во всех случаях при выполнении артроскопической диагностики, мы находили повреждение менисков, связок, внутрисуставного хряща, разной степени тяжести, чаще в виде сочетанных повреждений реже в виде изолированных повреждений одной из внутрисуставных структур. Среди дополнительных повреждений встречались повреждения одного или обоих менисков – 21 пациент, разрывы коллатеральных связок – 13, разрывы передней крестообразной связки – 10. У всех больных с повреждением мениска выполнялся шов мениска системой «Rapid Loc», при невозможности – субтотальная, либо парциальная резекция мениска. При повреждении внутренней коллатеральной связки под артроскопическим контролем выполнялся подкожный П-образный шов, либо шов с использованием якорных фиксаторов «Fastin». У пациентов с повреждением передней крестообразной связки проводилась артроскопическая пластика передней крестообразной связки аутооттрансплантатом из сухожилий изящной и полусухожильной мышц (ST) с фиксацией «Rigid Fix», «Bio Intrafix». Хирургическое лечение внутрисуставных переломов плато большеберцовой кости осуществлялось с использованием канюлированных 6,5 мм АО винтов под контролем электронно-оптического преобразователя. При этом в 16 случаях для замещения дефекта мышцелка большеберцовой кости, образующегося после анатомичной репозиции, в качестве заменителя костной ткани нами использовался материал «ChronOs». В послеоперационном периоде проводили занятия лечебной физкультуры направленные на восстановление объема движений в коленном суставе и мышечного тонуса оперированной конечности. Программа реабилитации включала ранние пассивные и активные движения в коленном суставе, физиотерапию, нестероидные противовоспалительные средства, курсы внутрисуставного введения протезов синовиальной жидкости. Полную осевую нагрузку

разрешали через 8-12 недель после операции. Полное восстановление функции конечности наблюдалось через 4 месяца с момента операции.

Результаты и обсуждение. Разрушение коленного сустава, возникающее при внутрисуставных переломах многообразно, а диагностика чрезвычайно сложна. Результаты компьютерно-томографических обследований и анализ операционного материала в сравнении со стандартной рентгенографией, показали, что рентгенологическое обследование недостаточно информативно, не обеспечивает полноценной картины внутрисуставного разрушения, не позволяет определить характеристику перелома и смещения отломков. Клиническая диагностика повреждений сумочно-связочного аппарата также затруднена из-за острого болевого синдрома. При консервативной тактике разрушение мениско-связочного аппарата не берется во внимание. В результате такого лечения формируется хроническая нестабильность, контрактуры, блокады сустава, что вызывает необходимость сложных реконструктивных операций, зачастую не дающих эффекта. Применение артроскопической техники позволяет не только установить точный диагноз, но и контролировать репозицию перелома, произвести реконструкцию связок и менисков, а в сочетании с использованием АО имплантатов под ЭОП – контролем выполнить малотравматичный, стабильный, функциональный остеосинтез внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости. По нашему мнению предлагаемая методика позволяет в кратчайшие сроки пациентам полностью восстановиться после травмы и избавляет от необходимости повторных операций. Выводы. Наш опыт применения артроскопической техники в сочетании с использованием АО имплантатов в комплексе диагностики и лечения, больных с закрытыми внутрисуставными переломами мыщелков большеберцовой кости свидетельствует о явных преимуществах используемых методик. К этим преимуществам следует отнести: возможность своевременной диагностики, лечение сопутствующих повреждений, возможность визуального контроля качества репозиции перелома и стабильность остеосинтеза, сведение к минимуму тяжести операционной травмы и риска инфекционных осложнений; возможность ранней функциональной реабилитации; сокращение сроков пребывания больных в стационаре и реабилитационного периода; минимальный кожный косметический дефект и отсутствие нарушения кожной чувствительности.

НАРУШЕНИЯ ГЕМОЦИРКУЛЯЦИИ И ЛИМФОТОКА В РЕГИОНЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ АРТРОЗЕ

МУСТАФАЕВ Назим Расимович
ЛЮБАРСКИЙ Михаил Семенович
ШУМКОВ Олег Анатольевич

НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН

В развитии патологического процесса в суставах важное значение имеют изменения микроциркуляции, что приводит к нарушениям транссудации и резорбции синовиальной жидкости, следовательно, к расстройству метаболизма суставного хряща. Поэтому изучение различных аспектов микроциркуляции в регионе суставов, и в частности коленного сустава, в норме и патологии представляет собой актуальную проблему артрологии.

Все составляющие сустава, как единой структурной единицы, за исключением самого суставного хряща, содержат микроциркуляторную сеть, и их гомеостаз оказывает непосредственное влияние на его состояние. Поэтому изменения микроциркуляции могут рассматриваться как показатели степени тяжести и прогнозирования течения заболевания. В связи с этим представляется важным комплексное исследование звеньев микроциркуляции, уточнение механизма и степени выраженности ее нарушений при различных клинических проявлениях остеоартроза.

Под нашим наблюдением находились пациенты с остеоартрозом коленных суставов первой, второй и третьей стадий, также была сформирована группа сравнения, в которую вошли люди без суставной патологии.

Пациентам с гонартрозом и людям из группы сравнения проводились лазерная доплеровская флоуметрия, реолимфовазография, импедансометрия на уровне верхней трети голени в проекции собственной связки надколенника и на уровне нижней трети бедра в проекции верхнего заворота коленного сустава.

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 1 стадии и людей из группы сравнения на уровне верхней трети голени было выявлено снижение скорости лимфатического оттока, на 14,7 % (0,05 Ом/сек) и объема лимфатического оттока, на 16,2 % (0,06 Ом). В нижней трети бедра было выявлено снижение скорости лимфатического оттока, на 15,1 % (0,05 Ом/сек), и снижение объема лимфатического оттока, на 14,3 % (0,05 Ом).

Проведение импедансометрии у людей из группы сравнения и пациентов с гонартрозом 1 стадии выявлено снижение величины активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей у больных с гонартрозом на уровне верхней трети голени на 13,9 % (5,21 Ом), на уровне нижней трети бедра на 12,9 % (5,41 Ом).

Лазерная доплеровская флоуметрия у пациентов с гонартрозом 1 стадии и людей из группы сравнения выявила на уровне верхней трети голени снижение индекса эффективности микроциркуляции на 12,7 % (0,18), увеличение показателя сосудистого тонуса на 19,2 % (9,1). На уровне нижней трети бедра индекс эффективности микроциркуляции у пациентов с гонартрозом 1 стадии снизился на 15,4 % (0,21), при этом показатель сосудистого тонуса увеличился на 18,9 % (8,16).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 2 стадии и людей из группы сравнения на уровне верхней трети голени выявлено снижение скорости лимфатического оттока на 18,2 % (0,06 Ом/сек), снижение объема лимфатического оттока, на 25,7 % (0,09 Ом). В нижней трети бедра было выявлено снижение скорости лимфатического оттока, на 18,7 % (0,06 Ом/сек), и снижение объема лимфатического оттока, на 20,6 % (0,07 Ом).

Проведение импедансометрии у людей из группы сравнения и пациентов с гонартрозом

2 стадии выявило у людей с суставной патологией снижение величины активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей на уровне верхней трети голени на 17,2 % (6,29 Ом), на уровне нижней трети бедра на 14,1 % (5,61 Ом).

Лазерная доплеровская флоуметрия у пациентов с гонартрозом 2 стадии и людей из группы сравнения выявила на уровне верхней трети голени снижение индекса эффективности микроциркуляции на 18,2 % (0,26), и увеличение показатель сосудистого тонуса на 28 % (12,86). При этом на уровне нижней трети бедра индекс эффективности микроциркуляции у пациентов с гонартрозом 2 стадии снизился на 17 % (0,23), показатель сосудистого тонуса увеличился на 21 % (9,45).

При проведении реолимфовазографии у пациентов с гонартрозом 3 стадии и людей из группы сравнения на уровне верхней трети голени было выявлено снижение скорости лимфатического оттока на 26,5 % (0,09 Ом/сек) и объема лимфатического оттока на 35,1 % (0,13 Ом). В нижней трети бедра определено снижение скорости лимфатического оттока, на 27,3 % (0,09 Ом/сек) и снижение объема лимфатического оттока на 30,5 % (0,11 Ом).

Проведение импедансометрии у людей из группы сравнения и пациентов с гонартрозом 3 стадии выявлено снижение величины активной составляющей удельного сопротивления мягких тканей у больных с гонартрозом на уровне верхней трети голени на 22,2 % (8,28 Ом), на уровне нижней трети бедра на 21 % (8,51 Ом).

При проведении лазерной доплеровской флоуметрии у пациентов с гонартрозом 3 стадии и людей из группы сравнения выявила на уровне верхней трети голени снижение индекса эффективности микроциркуляции на 19,8 % (0,28), при этом показатель сосудистого тонуса увеличился на 37,6 % (16,39). На уровне нижней трети бедра у пациентов с гонартрозом 3 стадии индекс эффективности микроциркуляции снизился на 21 % (0,29), а показатель сосудистого тонуса увеличился на 31 % (13,5).

При проведении обследования пациентов с деформирующим остеоартрозом коленных суставов выявлены выраженные нарушения гемоциркуляции и лимфатического оттока, усугубляющиеся в зависимости от прогрессирования артроза. Снижаются скоростные и объемные характеристика лимфатического оттока, что подтверждается данными реолимфовазографии и импедансометрии, усиливается отечность тканей в области коленного сустава. Отечные ткани дополнительно сжимают микроциркуляторное русло, что приводит к значительному снижению трофики тканей, подтверждением являются данные лазерной доплеровской флоуметрии и тепловизионного исследования. При проведении лечения пациентов с гонартрозом необходимо учитывать имеющиеся нарушения лимфатического оттока и гемоциркуляции на всех стадиях заболевания.

ОПЫТ АРТРОСКОПИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА В СВЕЖИХ СЛУЧАЯХ ГЕМАРТРОЗА

САВИЦКИЙ Павел Павлович

КУБАШЕВ Александр Андреевич

ЗАХРА Мажди

ЛАЗКО Федор Леонидович

БОНДАРЕНКО Петр Владимирович

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия

ГКБ №12, Москва, Россия

Анализ пациентов с хроническими синовитами и артрозными явлениями коленного сустава показывает, что в анамнезе у таких пациентов имеются указания на травмы коленного сустава, сопровождавшиеся гемартрозом.

При использовании традиционной методики лечения гемартрозов путем пункции сустава и эвакуации крови, у этих пациентов возникала необходимость проведения повторных пункции поврежденного сустава. В связи с этим длительность лечения увеличивалась.

Пациентов с гемартрозом коленного сустава мы госпитализировали и в течении первых дней после минимальных лабораторных исследований проводили им артроскопию коленного сустава. При этом выявили следующее: кровь в суставе в объеме 60-150мл, повреждение суставного хряща (2 случая), менисков (4 случая), связочного аппарата (7 случаев), наличие небольших размеров хондромных тел (2 случая). После промывания сустава раствором NaCl 0,9% - 3 л, добивались полной санации сустава. После артроскопии коленный сустав фиксировали тутором без дренирования. Фиксация коленного сустава в туторе продолжалась от 2-7 дней до 6 недель в зависимости от имеющегося повреждения. Ходьба на костылях на следующий день после артроскопии, если не было выявлено повреждения суставного хряща. В случае наличия такого повреждения разрешалась ходьба с нагрузкой через 7 дней, а ходьба с палочкой через 3-4 недели.

Ни у одного больного мы не наблюдали рецидивов гемартрозов и посттравматических синовитов в ближайшее время. Пациенты довольны своим лечением и своевременным восстановлением трудоспособности.

Таким образом, артроскопия коленного сустава при гемартрозе является высокоэффективным методом выбора для диагностики и лечения внутрисуставных повреждений.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АРТРОСКОПИИ В ЛЕЧЕНИИ ДИСЛОКАЦИЙ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

ГЛУХОВ Алексей Вячеславович

ГУЗ Ростовская областная клиническая больница, Ростов, Россия

Лечение передних дислокаций плечевого сустава является сложной задачей. Показаниями к артроскопическому лечению являлось более 2 рецидивов вывиха плеча, признаки повреждения Банкарта 2-3 ст., верифицируемые при выполнении УЗИ, СКТ или МРТ плечевого сустава, молодой возраст пациентов.

В РОКБ с октября 2003 г. выполнено 27 артроскопических капсулопластик плечевого сустава 24 пациентам мужского пола в возрасте от 19 до 47 лет, имевшим от 2 до 7 рецидивов вывиха плеча. У 18 пациентов спортивные травмы. У 9 пациентов травма получена при выполнении физической работы. У 1 пациента отмечался двухсторонний привычный вывих плеча. 2 были ранее оперированы открыто с последующим рецидивом вывиха плеча. У всех имела место передняя дислокация плеча.

3 больным произведено 4 операции передней артроскопической капсулопластики с применением анкерных биodeградируемых фиксаторов фирмы «Storz». 18 больным капсулопластика выполнена титановыми анкерами «TwinFix» «Smith & nephew». 5 больным выполнялась капсулопластика по Каспару. 1 пациенту после вывиха плеча спустя 3 недели после первой травмы выполнена стабилизация капсулы по Черулли спицами с упорными площадками. Артроскоп вводился через стандартный задний порт. В качестве рабочего использовали передне-верхний или передне-центральный порты.

Иммобилизация до 5-6 недель. Затем – комплекс реабилитации. У всех больных в течении 2-3 недель восстановлен удовлетворительный объем движений без рецидивов вывихов. При выполнении функциональных проб сустав у всех больных стабилен.

Малая травматичность артроскопических вмешательств, хорошие функциональные результаты позволяют рекомендовать в дальнейшем более широкое применение артроскопии в лечении дислокаций плечевого сустава.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЧЕРЕЗ 3 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАСТИН С УГЛОВОЙ СТАБИЛЬНОСТЬЮ

ГЕРАСИМОВ Алексей Алексеевич

ЛОМТАТИДЗЕ Евгений Шалвович

ТКАЛИН Артем Николаевич

ДЕДЮРИН Андрей Анатольевич

БОНДАРЕНКО Петр Владимирович

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия

ГКБ №12, Москва, Россия

Актуальность. Переломы проксимального отдела плечевой кости являются частым повреждением у лиц пожилого возраста и характерны для женщин старше 60 лет. В связи явной тенденцией к увеличению продолжительности жизни, возникает закономерное стремление пациентов к продолжению трудовой активности и в связи с этим возрастают требования к результатам выполненного оперативного лечения.

Материалы и методы. Нами обследованы 15 пациентов через 3 месяца при первичном контрольном исследовании после проведенного оперативного вмешательства с применением блокируемых пластин различных фирм в 2010-2011 гг. Критериями включения в исследование были пациенты с переломами типа А (6 человек) и типа В (9 человек), согласно классификации АО/ ASIF. Критериями исключения были пациенты с переломами типа С, так в данном случае вопрос о выборе метода лечения чаще склонялся в сторону субтотального эндопротезирования плечевого сустава. Оценка функции производилась с использованием опросников Constant Shoulder Score, DASH, а также с применением гониометра при непосредственном обследовании.

Результаты. При контрольном исследовании среднее значение по шкале Constant Shoulder Score для пациентов обоих полов составило 33, по шкале DASH 60,7, что является промежуточным показателем между удовлетворительными и неудовлетворительными результатами. Среднее значение сгибания в плечевом суставе 65°, разгибания -30°, отведения - 47,5°, приведения - 32° пронации - 34°, супинации - 29°. У мужчин и женщин, поскольку на данном этапе у нас они получились примерно одинаковыми.

Выводы. Полученные нами результаты позволяют сделать вывод о том, что через 3 месяца, после проведенного оперативного лечения, функциональные результаты остаются неудовлетворительными, что требует продолжения проведения реабилитационной терапии. Конечную оценку функциональных результатов следует проводить через 10-12 месяцев.

ОЦЕНКА СУБЪЕКТИВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МИНИИНВАЗИВНЫМ ДОСТУПОМ (MIDVASTUS)

ПРИЗОВ Алексей Петрович

КАНАЕВ Алексей Семенович

ЛАЗКО Федор Леонидович

КУБАШЕВ Александр Андреевич

ТКАЛИН Артем Николаевич

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия

ГКБ №12, Москва, Россия

Цель. Провести анализ субъективных результатов эндопротезирования коленного сустава (ЭКС) миниинвазивным доступом.

Материалы и методы. В отделении ортопедии ГКБ №12 г. Москвы с 2007 по 2011 гг. выполнено ЭКС 52 пациентам с остеоартрозом коленного сустава 3-4 ст, средний возраст 62. Среднее время наблюдения за пациентами – 3 г.

Производили имплантацию протезов фирмы Smith&Nephew Richards Genesis II без заднего стабилизатора с использованием инструментария для минидоступа.

Среднее время операции составило 2 часа 15 мин, пневмотурникета 50мин. ЭКС проводили при помощи специализированного инструментария фирмы Smith&NephewRichards миниинвазивным внутренним парapatеллярным доступом размером до 12,5 см без повреждения прямой головки четырехглавой мышцы бедра (midvastus). У 10-и пациентов кожный разрез пришлось увеличить для улучшения обзора до 14-17 см. Надколенник при данной методике сдвигали кнаружи. Во всех случаях проводили активное дренирование сустава, через сутки дренаж удаляли.

В послеоперационном периоде проводили эластичную компрессию нижних конечностей, обезболивание, профилактику тромбозомболических, инфекционных осложнений, симптоматическую терапию.

Через сутки после операции пациенты садились в кровати и ходили при помощи ходунков, занимались ЛФК, а через 3-5 дней ходили с костылями. Через 2 месяца больные ходили без костылей.

Результаты. Все больные отмечают улучшение функции коленного сустава, уменьшение болевого синдрома, уменьшение хромоты, способность ходить без дополнительной опоры. У 95% больных более молодого возраста (50-55лет) хромота полностью отсутствовала. Все больные вернулись к обычному образу жизни.

Осложнения. 5 случая тромбозов, без ТЭЛА.

Выводы. ЭКС минидоступом приводит к хорошим и отличным субъективным результатам и является перспективным при ЭКС.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА, АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ЗАХРА Мажди

САВИЦКИЙ Павел Павлович

ЛАЗКО Федор Леонидович

ЛОМТАТИДЗЕ Евгений Шалвович

КУБАШЕВ Александр Андреевич

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия ГКБ №12, Москва, Россия

В лечение пациентов с поражениями вращательной манжеты плечевого сустава используют консервативные и хирургические методы, включая и открытый способ.

Под нашим наблюдением находились 25 пациентов с повреждением вращательной манжеты плечевого сустава (ВМП). Из них- 15 человек были мужчины, 10-женщины.

Показаниями к оперативному (артроскопическому) лечению служили частичный или полный разрыв ВМП после не эффективного консервативного лечения (гормонотерапия, параартикулярные блокады, хондропротекторы и нестероидные противовоспалительные препараты). Средняя длительность временной нетрудоспособности при консервативном лечении составила 6 месяцев.

При артроскопическом лечении производили ушивание поврежденной части вращательной манжеты плечевого сустава с использованием специальной технологии наложения швов (PANALOK) и послеоперационной иммобилизацией в гипсовой повязке в положении приведения плечо до регенерации вращательной манжеты на 4-5 недели.

Осложнений и неудачных результатов при артроскопического лечения пациентов с повреждением вращательной манжеты плечевого сустава не наблюдались.

Таким образом, хирургическое лечение с использованием артроскопической техники и специальной технологии (PANALOK) является высокоэффективным методом лечения повреждения вращательной манжеты плечевого сустава.

ПОВРЕЖДЕНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАНСПОРТНЫХ ТРАВМ

ЕРОФЕЕВА Ирина Валентиновна

БГМУ кафедра хирургии.

18% артроскопических вмешательств на коленном суставе проводится после транспортных травм.

Нами прооперировано 250 человек получивших травму в результате дорожно-транспортного происшествия.

Из них 63,4% женщины и 36,8% мужчины. Диагноз был поставлен чаще всего через 2-3 месяца после травмы.

| Сроки постановки диагноза | При поступлении | Через неделю | Через месяц | Позже |
|---------------------------|-----------------|--------------|-------------|-------|
| Количество человек | 70 | 30 | 30 | 120 |
| % | 28% | 12% | 12% | 48% |

Сопутствующие повреждения при транспортных травмах, кроме повреждений коленного сустава, были: Перелом бедра-5 человек, перелом голени-8, ушиб головного мозга-6, повреждение внутренних органов-4, повреждение костей таза-3, открытые повреждения с кровотечением-5.

Совпадение диагноза внутрисуставных повреждений коленного сустава выставленного после травмы и в процессе оперативного лечения совпадали в 70% случаев. Больные получали оперативное лечение после перенесенной травмы через:

| Сроки оперативного лечения | До 14 дней | 1-2 месяцев | 2-3 месяцев | И далее |
|----------------------------|------------|-------------|-------------|---------|
| человек | 20 | 80 | 40 | 110 |
| % | 8 | 32 | 16 | 44 |

Характер повреждений в коленном суставе выявленных при артроскопии:

| мениск | | связок | | капсулы | | хряща | | надколенника | | м/мышцелк. | | Внутр.мышцел. | | Наруж.мышцел. | |
|--------|----|--------|----|---------|----|-------|----|--------------|---|------------|---|---------------|---|---------------|---|
| М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж | М | Ж |
| 30 | 50 | 20 | 10 | 9 | 21 | 15 | 45 | 2 | - | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 90 | | 30 | | 30 | | 60 | | 2 | | 4 | | 6 | | 4 | |
| 36% | | 12% | | 12% | | 24% | | 0,8% | | 1,6% | | 2,4% | | 1,6% | |

Характер травмы различался у мужчин и женщин. У мужчин чаще повреждались крестообразные связки и мениски. У женщин – большеберцовая связка и субхондральные переломы мыщелков бедра.

| При получении травм | На месте водителя | | Пешеход | |
|---------------------|-------------------|---|---------|-----|
| | М | Ж | М | Ж |
| Человек | 34 | 8 | 58 | 150 |
| Количество | 42 | | 208 | |

Травмы коленного сустава часто проходят незамеченными из за тяжести повреждения других органов, или вынужденного положения больного.

При составлении алгоритмов обследования больного с транспортной травмой необходимо включить обследование коленного сустава, осмотр, УЗИ и R-гр по показаниям.

ПРИМЕНЕНИЕ КОБЛАЦИИ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА КИСТЕВОГО СУСТАВА

ЕЗЕЕВ Алан Рустемович
ЕГИАЗАРЯН Карен Альбертович

ФГУ «Центральный Институт Травматологии и Ортопедии им. Н.Н. Приорова Росмедтехнологий»

Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова

Диагностика и лечение повреждений кистевого сустава сегодня не видится возможным без артроскопии. Артроскопия эффективный и достоверный метод исследования, дает возможность оценить динамическую нестабильность кистевого сустава, частичные повреждение связочного аппарата и хряща, а так же дает возможность одномоментно перейти от диагностики к лечебным манипуляциям. При артроскопическом лечении внутрисуставной патологии кистевого сустава мы использовали коблацию (холодноплазменную аблацию). Холодноплазменная обработка, изменяя под воздействием холодной плазмы коллаген, вызывает сокращение соединительной ткани, что приводит к сжатию и уплотнению патологически растянутых структур.

Наша работа основана на артроскопическом лечении с применением коблации у 22 пациентов с посттравматической внутрисуставной патологии кистевого сустава. Возраст пациентов составил от 19 до 28 лет. Среди них было 16 (73%) мужчин и 6 (27%) женщин. Коблация осуществлялась с помощью аппарата «Atlas» (фирма ArthroCare). В зависимости от необходимости использовался режим коагуляции и сжатия или разрезания мягких тканей. Гофрирование соединительной ткани происходит в результате воздействия тепловой энергии, выделяющейся в тканях при прохождении токов высокой частоты. Данную методику мы использовали при частичном разрыве ладьевидно-полулунной связки, в дальнейшем проявляющемся нестабильностью и болями в данном суставе, для воссоздания рубцовой ткани на месте поврежденной связки под контролем артроскопии. Также проводили макроскопическое сглаживание суставной поверхности при хондромалациях, что позволяло ограничить дальнейшее прогрессирование повреждения хрящевой ткани.

Во всех случаях использования коблации отмечен положительный послеоперационный эффект, позволивший сократить сроки реабилитации и восстановления профессиональной работоспособности, максимально в ранние сроки вернуть пациента к прежней трудовой деятельности.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЕТОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

ГЛУХОВ Алексей Вячеславович

ГУЗ Ростовская областная клиническая больница, Ростов, Россия

Артроз крупных суставов является полиэтиологическим заболеванием со сходным патогенезом патологического процесса

С точки зрения клинических признаков определяющим для выбора тактики лечения с нашей точки зрения является наличие симптома рецидивирующих «блокад» коленного сустава. В случае возникновения 2 и более «блокад» сустава при наличии остальных клиничко-рентгенологических признаков деформирующего остеоартроза коленного сустава и подтверждении факта повреждения менисков с помощью УЗИ и МРТ диагностики считаем целесообразным придерживаться следующего алгоритма лечебных мероприятий.

Артроскопическая санация коленного сустава

Однократно в раннем послеоперационном периоде внутрисуставное введение кортикостероидов (дипроспан, флостерон)

Противовоспалительная медикаментозная терапия с курсовым применением НПВП (милоксикам и др.), хондопротекторов (Цель-Т, хондраитинсульфат, глюкозамин)

Комплекс физиотерапевтических мероприятий в раннем послеоперационном периоде с ранней функциональной нагрузкой.

Спустя 2-3 недели после операции курсовое применение гликозаминогликанов (препаратов гиалуроновой кислоты). По предложенному алгоритму в РОУБ с 2006 по 2011 гг. пролечено 154 пациента с различными стадиями гонартроза. У 131 пациента получен стойкий клинический эффект. При контрольном УЗИ и рентгенографическом обследовании указанной группы больных спустя 1 год после проведенного курса лечения отсутствует отрицательная динамика, нет признаков импичмента суставных образований. Всем пациентам этой группы спустя 1 год проведен повторный курс внутрисуставного введения синокрёма.

В связи с достаточно высоким процентом полученных положительных результатов считаем целесообразным применение предложенного алгоритма лечения остеоартроза коленного сустава.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ СПОРТСМЕНОВ С МНОЖЕСТВЕННЫМИ ДИАФИЗАРНЫМИ ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

КРИВЕНКО Сергей Николаевич

НИИ травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецк, Украина

Реабилитационное лечение спортсменов с множественными диафизарными переломами длинных костей конечностей.

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, Донецк, Украина.

Актуальность. Восстановление функциональной способности двигательного аппарата спортсменов с множественными диафизарными переломами костей конечностей стало возможным благодаря применению физических упражнений, массажа и всего арсенала физиотерапевтического лечения.

Материалы и методы. В клиниках научно-исследовательского института травматологии и ортопедии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького за последние десять лет пролечено 255 спортсменов с множественными диафизарными переломами костей конечностей. Наиболее широкое приложение нашли: магнитотерапия, электрофорез разных лекарственных веществ, импульсные токи низкой и высокой частот, ультразвук, лазеротерапия. Физические факторы, начиная с первых дней после травмы, способствовали улучшению местного кровообращения, рассасыванию гематом, стимулировали регенеративные процессы. В 15,2% случаев диагностированы посттравматические контрактуры в коленном и локтевом суставах. Применялось, предложенное нами устройство для самостоятельной активной разработки движений в крупных суставах конечностей (патент Украины 21435А).

Результаты и их обсуждения. Первостепенной задачей в лечении этих пациентов является задача борьбы за сохранение их жизни. Накостный и чрескостный остеосинтез явился первым этапом реабилитационного лечения. Применение комбинированного метода лечения (60,9%) по четким показаниям в 91,5% обеспечило достижение удовлетворительных результатов. Осложнения составили 6,8%, инвалидность - 5,7%.

Выводы. Особенностью реабилитационного лечения спортсменов с множественными диафизарными переломами длинных костей конечностей является использование последовательного, индивидуального, поэтапного комплекса активных движений в зависимости от выраженности репаративных процессов. Постоянный лечебный контроль, лечение в отделениях восстановительной терапии с использованием всех видов физио- и механотерапии позволил в 86,6% случаев достичь возвращения к спорту пациентов с травмой опорно-двигательной системы.

СРАВНЕНИЕ ДЛИН БЕДРЕННЫХ КАНАЛОВ ДВУХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ МЕТОДАМИ ПОСТАНОВКИ БЕДРЕННОГО КАНАЛА ПРИ ОПЕРАЦИИ ПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

АКСЕНОВ Сергей Юрьевич

ХАСАНШИН Мансур Минасхатович

МАЙСИГОВ Муса Назирович

ИЛЬИН Дмитрий Олегович

КОРОЛЕВ Андрей Вадимович

**Кафедра травматологии и ортопедии, Российский Университет Дружбы Народов, Москва
Европейская Клиника Спортивной Травматологии и Ортопедии, Москва**

Цель. Сравнение длин бедренных каналов двух групп пациентов с различными методами постановки бедренного канала при операции пластики передней крестообразной связки.

Материалы и методы. В исследовании были включены 271 пациент после операции пластики передней крестообразной связки. Пациенты разделены на две группы по способу формирования бедренного канала: транстибиальный и из медиального порта. Статистическую значимость различий двух групп оценивали при помощи непараметрического критерия Манна-Уитни.

Обсуждение. В период с 2008 по 2011 год в нашей клинике произведена 271 операция пластики передней крестообразной связки из сухожилий подколенных сгибателей с применением тибиальной фиксации биодеградируемым интерферентным винтом Bio-Intrafix и бедренной фиксации ENDOBUTTON.

Среди 271 пластики передней крестообразной связки, 56 (20,5%) пластик выполнено с применением формирования бедренного канала через медиальный порт, а в 215 (79,5%) случаях бедренный канал формировали транстибиально.

Средняя длина бедренного канала при его формировании из медиального порта составила $40 \text{ мм} \pm 6,7 \text{ мм}$, при формировании бедренного канала транстибиально средняя длина составила $57 \text{ мм} \pm 9,5 \text{ мм}$. Что при статистическом анализе с применением критерия Манна-Уитни дало статистически значимое различие групп ($p=0,032$).

Диаметр бедренного и большеберцового каналов составил $7,7 \text{ мм} \pm 3,5 \text{ мм}$.

Средняя длина трансплантата их сухожилий подколенных сгибателей составила $105 \text{ мм} \pm 16,2 \text{ мм}$.

Длина трансплантата, оставшегося в бедренном канале, в среднем составила $28,5 \text{ мм} \pm 4,5 \text{ мм}$.

После восстановления пациенты показали отличные функциональные результаты, большая часть вернулась к прежним спортивным нагрузкам и ритму жизни.

Выводы. Статистически значимое различие в группах пациентов с разными способами формирования позволяет точнее планировать оперативное вмешательство.

СРАВНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ТОЧЕК ВХОДА ПРИ АНТЕГРАДНОМ ШТИФТОВАНИИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

СЕМЕНИСТЫЙ Алексей Юрьевич

ГЕРАСИМОВ Денис Олегович

ОМЕЛЬЧЕНКО Константин Анатольевич

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия

ГКБ №13, Москва, Россия

Цель работы. Оценка трех различных точек входа для антеградного штифтования при закрытых переломах средней трети бедренной кости - грушевидной ямки, верхушки большого вертела и латеральной точки входа.

Материалы работы. 20 пациентов с закрытыми переломами средней трети бедренной кости (3.2-A/B/C по классификации AO/ASIF), из них:

3.2-A - 12 пациентов;

3.2-B - 4 пациента;

3.2-C - 4 пациента.

Возраст пациентов от 26 до 65 лет, средний возраст - 42 года, 13 мужчин и 7 женщин.

Из них у 14 был использован имплантат, введенный через грушевидную ямку, у 4 - имплантат, введенный через верхушку большого вертела и у 2 имплантат, введенный через латеральную точку входа.

Методы.

Пациенты были разделены на 3 группы:

№1 - 14 пациентов - грушевидная ямка;

№2 - 4 пациента - верхушка большого вертела;

№3 - 2 пациента - латеральная точка входа.

Использованы методы традиционного клинического и рентгенологического исследования. Учитывались такие показатели, как среднее время формирования хирургического доступа, средняя кровопотеря во время операции, сроки активизации пациентов, среднее время пребывания в стационаре после остеосинтеза.

Результаты.

Среднее время хирургического доступа (минуты)

№1 - 12 №2 - 15 №3 - 16

Интраоперационная кровопотеря (мл)

№1 - 140 №2 - 100 №3 - 100

Активные движения в суставе (день)

№1 - 5 №2 - 3 №3 - 3

Среднее время пребывания в стационаре после остеосинтеза (дни)

№1 - 14 №2 - 13 №3 - 13

Швы у всех пациентов были сняты на 12 день после операции, все раны зажили без осложнений.

10 пациентов из 14 отмечали боли в проекции точки входа, которые сохранялись на момент выписки из стационара, а также затруднения в отведении бедра и его ротации кнаружи.

Выводы. Латеральные доступы при антеградном штифтовании бедренной кости более предпочтительны, что обусловлено лучшим качеством жизни пациентов в послеоперационном периоде, уменьшением сроков активизации и меньшей интраоперационной кровопотерей.

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ АРТРОСКОПИИ И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ

МУСТАФАЕВ Назим Расимович

НЕНАРОЧНОВ Сергей Владимирович

**НИИ Клинической и экспериментальной лимфологии СО РАМН
Центр новых медицинских технологий в Академгородке**

Рентгенография не может удовлетворять потребностям ранней диагностики при гонартрозе, так как определяемые на рентгенограмме поражения уже необратимы и трудны для лечения. В последнее время интенсивно развиваются ультразвуковое исследование и артроскопия коленного сустава.

Цель. Проведение сравнения данных ультразвукового исследования и результатов артроскопии коленного сустава у пациентов с гонартрозом.

Материалы и методы: Нами были проанализированы результаты обследования 39 пациентов с гонартрозом, которым было проведено ультразвуковое исследование перед артроскопией коленного сустава. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате VOLUSON EXPERT с использованием линейного датчика с диапазоном частот 6-12 МГц, артроскопия проводилась с использованием артроскопической стойки и инструментария фирмы KARL STORZ.

Результаты. При проведении обследования оценивались следующие структуры коленного сустава: гиалиновый хрящ (структура, поверхность, толщина, равномерность толщины), мягкие ткани, изменения синовиальной оболочки (утолщение, наличие разрастаний), состояние суставных сумок, заворотов и суставной полости, суставные поверхности (появление краевых костных остеофитов), состояние менисков. Было выявлено полное совпадение данных, полученных при артроскопии коленного сустава и ультразвуковой картины.

Заключение. Мы считаем, что перед проведением артроскопии коленного сустава при гонартрозе достаточно ультразвукового исследования коленного сустава. Ультразвуковое исследование коленного сустава - метод высокой достоверности, информативности, доступен и экономичен (в сравнении с компьютерной и магнитно-резонансной томографией). Ультразвуковое исследование не имеет противопоказаний, дает возможность визуализировать мягкотканые компоненты сустава, проводить многократные повторные исследования. Одним из достоинств ультразвукового исследования является возможность определения ранних патологических изменений при гонартрозе, что позволяет проводить лечение в начале патологического процесса.

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ РАССАСЫВАЮЩИХСЯ И НЕРАССАСЫВАЮЩИХСЯ АНКЕРНЫХ ФИКСАТОРОВ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

ХАСАНШИН Мансур Минасхатович

АКСЕНОВ Сергей Юрьевич

ИЛЬИН Дмитрий Олегович

САУТИН Максим Евгеньевич

КОРОЛЕВ Андрей Вадимович

Цель. Сравнить эффективность применения рассасывающихся и нерассасывающихся анкерных фиксаторов при артроскопическом лечении передней посттравматической нестабильности плечевого сустава.

Материалы и методы. Артроскопическая операция Банкарта является «золотым стандартом» при лечении передней посттравматической нестабильности плечевого сустава. Рассасывающиеся фиксаторы, которые лишены недостатков присущих другим видам фиксаторов, становятся все более доступными. В период с 2008 по 2009 год нами выполнено 25 артроскопических операций Банкарта при передней посттравматической нестабильности с изолированным отрывом передней суставной губы. Применяли нерассасывающиеся анкерные фиксаторы - TwinFix Ti 3.5 (Smith & Nephew) (8 пациентов) и рассасывающихся - Lupin (DePuy Mitek) (17 пациентов). Средний возраст пациентов 26 лет (15-54 лет). В анамнезе у пациентов были вывихи в плечевом суставе, которые лечили консервативно, но без явного клинического эффекта. В обеих группах применялась стандартная хирургическая техника операции и постоперационный протокол реабилитации. Все оперативные вмешательства выполнены одним хирургом. Время послеоперационного наблюдения составило 1-2 года. Оценивались: рецидив вывихов в плечевом суставе, функция плечевого сустава согласно стандартным общепринятым шкалам.

Результаты. В группах с использованием рассасывающихся и нерассасывающихся анкерных фиксаторов рецидивов вывихов не наблюдалось. Значимых субъективных или объективных различий в обеих группах в течении 18 месяцев постоперационного наблюдения не наблюдалось.

Обсуждение и Выводы. При сравнении эффективности применения рассасывающихся и нерассасывающихся анкерных фиксаторов в артроскопическом лечении передней посттравматической нестабильности плечевого сустава различий в частоте рецидивов вывихов и функции плечевого сустава в обеих группах не было выявлено. Оба метода высоко эффективны.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА МИНИИНВАЗИВНЫМ ДОСТУПОМ (MINIVASTUS) У ПАЦИЕНТОВ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

ПРИЗОВ Алексей Петрович

КАНАЕВ Алексей Семенович

ЛАЗКО Федор Леонидович

ЛОМТАТИДЗЕ Евгений Шалвович

МАКОЕВ Борис Борисович

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия

ГКБ №12, Москва, Россия

Цель. Провести анализ результатов эндопротезирования коленного сустава (ЭКС) миниинвазивным доступом.

Материалы и методы. В отделении ортопедии ГКБ №12 г. Москвы за период с 2008 по 2011 гг. выполнено ЭКС 30 пациентам с артрозом коленного сустава 3-4 ст., средний возраст 56 лет.

Производили имплантацию протезов фирмы Smith&NephewRichards GenesisII без заднего стабилизатора с использованием инструментария для минидоступа.

Среднее время операции составило 2 часа 00 мин. ЭКС проводили при помощи специализированного инструментария фирмы Smith&NephewRichards миниинвазивным внутренним парapatеллярным доступом размером до 12,5 см. У 2-х пациентов кожный разрез увеличили для улучшения обзора до 14-15 см.

В послеоперационном периоде проводили эластичную компрессию нижних конечностей, обезболивание, профилактику тромбозов, инфекционных осложнений, симптоматическую терапию.

Через сутки после операции пациенты садились в кровати и ходили при помощи ходунков, сгибали активно и пассивно ногу в оперированном суставе, а через 3-5 дней они переводились на ходьбу при помощи костылей. После операции пациенты продолжали ходить с костылями до 2-х месяцев. Контрольные осмотры проводились через 3, 6 и 12 месяцев после операции, далее ежегодно.

Результаты. У 24 больных на 2-е сутки после операции сгибание достигало 90 гр. Разгибание 0 гр. У 5-ых пациентов сгибание в коленном суставе достигло 90 гр. до 7-ых суток после операции; у 1-ой пациентки сгибание 45 гр., разгибание – 5 гр., после восстановительного лечения - 85 гр., разгибание 2 гр. Через 1,5-2 мес. после операции сгибание 120 гр., разгибание 0 гр. Все больные вернулись к труду.

Осложнения. 2 случая тромбозов вен голени.

Выводы. ЭКС миниидоступом приводит к хорошим ранним и отдаленным результатам и является перспективным при ЭКС у лиц трудоспособного возраста.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДГЕЗИВНОГО КАПСУЛИТА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

КОСТРУБ Александр Алексеевич

ЗАСАДНЮК Иван Андреевич

ЗАЕЦ Владимир Борисович

БЛОНСКИЙ Роман Иванович

ГУ «Институт травматологии и ортопедии НАМНУ»

Представлены результаты лечения 28 пациентов с адгезивным капсулитом на стадии сформировавшейся контрактуры. Среди них 19 женщин и 9 мужчин. Возраст пациентов колебался от 42 до 58 лет. Все пациенты до поступления в клинику лечились консервативно (нестероидные противовоспалительные препараты, инъекции стероидов (дипроспан, флостерон, кеналог), блокады, физиотерапевтическое лечение) на протяжении от 4-х до 10 месяцев.

Цель исследования. Оценить результаты использования артроскопической селективной капсулотомии в лечении пациентов с адгезивным капсулитом плечевого сустава на стадии сформировавшейся контрактуры.

Материалы и методы. Оперативному лечению подвергались только пациенты, у которых консервативное лечение не давало положительного эффекта на протяжении 3-4 месяцев. Оперативное лечение заключалось в артроскопической ревизии сустава, частичной синовэктомии в области ротаторного интервала, шейвинг фиброзных спаек, передней и задней (при необходимости) капсулотомии. Также, в случае субакромиального бурсита или импиджмента, использовалась субакромиальная декомпрессия. После оперативного лечения всем пациентам проводилось соответствующее реабилитационное лечение. Функция плечевого сустава оценивалась до оперативного вмешательства и через 6 месяцев после лечения за шкалою Constant.

Результаты исследования. Функция плечевого сустава в этой категории больных до оперативного лечения составляло от 9 до 21 бала. Функциональная недостаточность проявлялась резким ограничением объема движений, силы мышц плечевого сустава, болевым синдромом. Через 6 месяцев после оперативного лечения функция плечевого сустава у этой категории больных составила от 84 до 92 баллов. Показатели увеличились за счет восстановления практически полного объема движений и отсутствия болевого синдрома. В меньшей мере восстановились к этому времени силовые характеристики мышц плечевого пояса.

Выводы. Артроскопическая селективная капсулотомия является эффективным методом восстановления функции плечевого сустава при адгезивном капсулите на стадии сформировавшейся контрактуры и может применяться при неэффективном консервативном лечении.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХОВ ПЛЕЧА

СИМАГАЕВ Роман Олегович
БОЯРИНОВ Андрей Геннадьевич
ШМУЛЕВИЧ Михаил Валерьевич
ИВАНОВ Андрей Викторович

МУЗ ГKB№3 им. Подгорбунского М.А. г. Кемерово

Цель.

Разработка алгоритма диагностики, лечения и реабилитации пациентов с вывихом плеча, а также четкого определения показаний и противопоказаний к тем или иным хирургическим методам стабилизации плечевого сустава.

Материалы и методы.

В нашей клинике с 2004 по 2010 годы находились на лечении 66 пациентов с привычными и первичными травматическими, передними и передненижними вывихами плеча в возрасте от 17 лет до 71 года, которым проводились хирургические методы лечения. В контрольную группу вошли пациенты, которым была выполнена операция мышечно-сухожильная пластика плечевого сустава -35 больных. В основную - пациенты после артроскопической стабилизации плечевого сустава -31 пациент. Пациентам из основной группы была выполнена артроскопическая стабилизация плечевого сустава с использованием анкерных фиксаторов (операция Банкарта). Пациентам из контрольной группы была выполнена мышечно-сухожильная пластика (модификация операции Вайнштейна). Результаты лечения оценивали в сроки от 6 месяцев до 1 года после оперативного лечения по оценочной шкале Rowe. Исходы лечения определяли, исследуя стабильность, подвижность и функцию сустава. В основной группе результаты оценены как отличные у 27 пациентов, хорошие у 2 и удовлетворительные у 2 пациентов, средний исход лечения составил 91,66 балла. В контрольной группе отличные результаты были у 20 пациентов, хорошими у 11, удовлетворительными у 3, и неудовлетворительными у 1 пациента, средний исход лечения составил 83,57 балла.

Результаты и обсуждение.

Исходя из данных проведенного исследования, мы предлагаем алгоритм диагностики, лечения и реабилитации пациентов с вывихом плеча:

1. Все пациенты с первичным травматическим вывихом плеча должны лечиться в специализированном отделении стационара, где им было бы проведено «наименее травматичное» вправление вывиха под адекватной анестезией.
2. Всем пациентам, поступившим в стационар, кроме стандартного набора клинического и рентгенологического исследований по возможности должны быть выполнены МСКТ и МРТ плечевого сустава.
3. Всем пациентам с первичным травматическим вывихом плеча, имеющим показания для оперативного лечения, должна быть выполнена артроскопическая стабилизация плечевого сустава.
4. Артроскопия плечевого сустава необходимый этап в лечении данного заболевания, позволяющий сделать правильный выбор метода оперативного лечения.
5. Реабилитация пациента должна учитывать не только метод оперативного лечения но и возраст, и характер двигательной активности.

Выводы.

Применение алгоритма диагностики, лечения и реабилитации пациентов с вывихом плеча позволяет получить хорошие функциональные результаты, гарантирующие возвращение к двигательной активности, а значит повышение качества жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМПИНДЖМЕНТ СИНДРОМА ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

ШМУЛЕВИЧ Михаил Валерьевич

АРДАШЕВ Игорь Петрович

БОЯРИНОВ Андрей Генадьевич

СИМАГАЕВ Роман Олегович

Городская клиническая больница №3 им. Подгорбунского М.А. Кемеровская государственная медицинская академия

Боль в области плечевого сустава, связанная с патологией периартикулярных тканей, – одна из самых распространенных жалоб со стороны опорно-двигательного аппарата среди взрослого населения. Распространенность данной патологии составляет 15–20% среди пациентов в возрасте от 20 до 65 лет.

В классификации периартикулярных поражений плечевого сустава выделяется «синдром столкновения плеча», «синдром сдавления ротаторов плеча, супраспинальный синдром» (М 75.1 по МКБ-10). В международной литературе эта патология известна, как *impingement syndrome*, *subacromial impingement syndrome*, *impingement shoulder syndrome* и представляет собой комплексное поражение структур, прилежащих к субакромиальной сумке, связанное с нарушением биомеханики плечевого сустава.

Для лечения данной патологии Neer с 1972 года начал применять «открытую» акромиопластику, позволяющую устранить столкновение головки плечевой кости со сводом плечевого сустава. В последние годы в клиническую практику для лечения субакромиального синдрома вошли артроскопические технологии.

Под нашим наблюдением с 2007 по 2010 год находилось 170 больных (из них мужчин – 101, женщин 69 человек). Возраст пациентов от 20 до 65 лет и старше. Все пациенты получили хирургическое лечение по поводу импинджмент синдрома. Открытое оперативное вмешательство – субакромиальная декомпрессия проведено у 40 больных.

Хирургическое вмешательство с применением артроскопической техники проведено у 130 больных.

Обследование в послеоперационном периоде проводили в сроки от 6 месяцев до 4 лет. Выполняли клиническое, рентгенографическое обследование пациентов. Для интерпретации полученных результатов проводили их оценку по пунктам таблицы UCLA-SCORE.

После «открытых» операций средняя балльная оценка увеличилась с 11,5 до 25,4; после артроскопических - с 10,8 до 31,4. Для сравнения результатов лечения был использован x2-тест. Отмечено, что в целом положительных результатов было больше в группе артроскопической субакромиальной декомпрессии (x2 - 6,4; p<0,05).

Учитывая полученные нами результаты, артроскопическая субакромиальная декомпрессия, по сравнению с открытым оперативным вмешательством, имеет преимущества в виде: малого травматичного вмешательства (минидоступ), отсутствия интраоперационной кровопотери, хорошего косметического результата и значительного сокращения сроков нетрудоспособности пациентов.

ЦИТОАКТИВНЫЙ БИОПОЛИМЕР-СОЛЕВОЙ КОМПОЗИТ «ЛИТАР»: ЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ В СПОРТИВНОЙ ТРАВМАТОЛОГИИ

ЛИТВИНОВ Сергей Дмитриевич

КРАСНОВ Александр Федорович

МАРКОВ Игорь Иванович

ЦЕЙТЛИН Моисей Давидович

СЕРДОБИНЦЕВ Александр Иванович

Самарский государственный медицинский университет, Самара, Россия

Самарский государственный аэрокосмический университет им. академика С.П. Королева, Самара, Россия

Идея. В последние 15 лет в клинике применяется материал «ЛитАр» (Россия) для восполнения дефектов костной и хрящевой тканей. Установлено, что механизм регенерации в области дефекта связан со свойством цитоактивного композита «ЛитАр» обеспечивать ангиогенез в зоне имплантации в первые 3 – 7 дней, привлекая в область биодеградации материала малодифференцированные стволовые клетки.

Материал и методы. Для восполнения дефектов костной и хрящевой ткани использовался цитоактивный наноразмерный композит «ЛитАр», состава: биополимер (коллаген или альгинат) –20-30% и гидроксилатапатит – 70 – 80%. Композит вводился в область дефекта как интраоперационно, так и инъекционно (в виде суспензии). Материал синтезирован встречным движением ионов соли в объеме биополимера. Контролировался ЯМР, ИКС, ДТА, РФА. Экспериментальный и биологический материал исследовался свето-оптической микроскопией, окраска образцов гематоксилин-эозин и по Ван Гизону, электронной микроскопией.

Результаты. полученные результаты исследований, проведенные на 75 кроликах (биологические) и 237 пациентов (клинические) с переломами трубчатых костей (б/б, бедренная, лучевая, локтевая, плечо) и деструктивными изменениями хрящевой ткани, перегородки носа, барабанной перепонки уха показали, что биодеградация материала происходит в течение 14 – 21 дня, полное восстановление 1.5 – 4 месяца.

Заключение. Результаты 15-ти летнего клинического применения позволяют рекомендовать технологию применения материала «ЛитАр» для реабилитации спортсменов с травмами длинных трубчатых костей и суставов.

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ МИНИДОСТУПОМ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ ГОНАРТРОЗОМ

ПРИЗОВ Алексей Петрович
КАНАЕВ Алексей Семенович
ЗАХРА Мажди
ЛАЗКО Федор Леонидович
ПТИЦЫН Кирилл Андреевич

Кафедра травматологии и ортопедии, РУДН, Москва, Россия
ГКБ №12, Москва, Россия

При ревматоидном гонартрозе, неподдающимся консервативной терапии возможно выполнение открытой и артроскопической синовэктомии. Однако она приводит лишь к кратковременному улучшению и не замедляет деструкцию хряща и костей. Исходя из этого эндопротезирование коленного сустава (ЭКС) является прогрессивным методом лечения данного заболевания.

ЭКС пораженного ревматоидным артритом мы выполняли миниинвазивным доступом (без рассечения четырехглавой мышцы бедра) в сочетании с субтотальной синовэктомией. В предоперационном и раннем послеоперационном периоде доза гормональных препаратов (метипред, преднизалон и др.). Эта методика позволяла снизить послеоперационный болевой синдром, в связи с чем снижается необходимость в использовании наркотических обезболивающих.

За период с 2006г. по 2009г. произведено 8 операций ЭКС по поводу ревматоидных гонартрозов протезами фирмы Smith&NephewRichards без заднего стабилизатора. Из них 2 мужчины, 6 женщин, возраст от 50 до 62 лет. Особенностью протеза является чашеобразная форма полиэтиленового вкладыша, что создает дополнительную стабилизацию имплтата. Специальный инструментарий позволяет не вывихивать надколенник при опилах бедренной кости, уменьшить кожный разрез и травматизацию разгибательного аппарата сустава.

Особенностью ЭКС при гонартрозе на фоне ревматоидного артрита является более короткий и легкий реабилитационный период (через 5-7 дней после операции пациенты: ходят с костылями; сгибание в оперированном суставе достигает до 90 и более градусов; разгибание полное). Минидоступ в таких случаях более предпочтителен, чем классический не только ввиду меньшей травматичности операции, но и для зашивания кожи, состояние которой на фоне длительного приема гормональных препаратов ухудшается (становится более тонкой и хрупкой).

Ассоциация спортивных травматологов,
артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Первый Международный Конгресс АСТАОР
Конгресс-центр Swissotel «Красные холмы»
12-13 мая 2011 г., Москва.

Издательство «Перо»
109052, г. Москва, Нижегородская ул., д.29-33, стр.27, ком. 105.
Тел:(495) 973-72-28, 665-34-36
Подписано в печать 28.12.2011. Формат 60х 90/16
Бумага офсетная. Усл.печ.л. 2,5. Тираж 100 экз. Заказ 159.
Отпечатано в ООО «Издательство «Перо».



24 ЧАСА
7 ДНЕЙ В НЕДЕЛЮ

Лицензия ЕКСТО №77-01-001690

СОВРЕМЕННАЯ ЕВРОПЕЙСКАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ В МОСКВЕ

Европейская Клиника Спортивной Травматологии и Ортопедии (ECSTO) – самая крупная частная ортопедическая хирургическая клиника в России. Методы лечения и диагностики в ECSTO полностью соответствуют современным мировым стандартам. В клинике работают лучшие российские специалисты с опытом работы в ведущих клиниках Европы и США.

Направления работы ECSTO:

Травматология и ортопедия

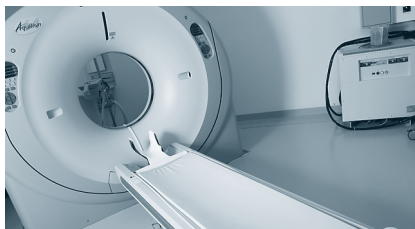
- Спортивные травмы
- Артроскопическая хирургия
- Хирургия стопы
- Хирургия кисти
- Эндопротезирование суставов
- Лечение переломов костей
- Лечение несросшихся переломов
- Ортопедическая хирургия
- Детская ортопедия, в том числе, нарушения роста
- Лечение стопы
- Лечение плоскостопия
- Заболевания и травмы позвоночника

Диагностика

- Круглосуточное КТ, МРТ, УЗИ

Реабилитация в ECSTO

- Физиотерапия
- Гидротерапия
- Лечебная гимнастика
- Массаж
- Компьютерный комплекс BIODEX
- Стабилоплатформа
- Подометрия
- Спорт-специфичная реабилитация (для различных видов спорта)
- Системы постоянного пассивного движения



Москва, Орловский переулок, 7. Тел.: +7 (495) 933 66 44
Часы работы: круглосуточно

