Московский Международный Конгресс по Остеотомиям

20–21 апреля 2017
Москва, РОССИЯ

В сотрудничестве с ESSKA

Организаторы:

Association of Sports Traumatology, Arthroscopy, Orthopaedic surgery, Rehabilitation
Ассоциация Спортивных Травматологов, Артроскопических и Ортопедических хирургов, Реабилитологов

EMC GROUP OF COMPANIES EUROPEAN MEDICAL CENTER

25 ЛЕТ 1992-2017 Кафедра травматологии и ортопедии РУДН www.arthro.ru

ECSTO EUROPEAN CLINIC OF SPORTS TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

МЕДИ Экспо

Сборник тезисов

Association of Sports Traumatology, Arthroscopy, Orthopaedic surgery, Rehabilitation

Ассоциация Спортивных Травматологов, Артроскопических и Ортопедических хирургов, Реабилитологов

Место проведения:
Москва, Рэдиссон Славянская Гостиница и Деловой Центр
(площадь Европы, 2)

www.astaor.ru www.mediexpo.ru

МАТЕРИАЛЫ
МОСКОВСКИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ
КОНГРЕСС ПО ОСТЕОТОМИЯМ
20–21 апреля 2017 года
Москва

М., 2017 – 61 с.

ISBN 978-5-906484-30-7

©«МЕДИ Экспо», 2017

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОПЫ ПО МЕТОДУ ИЛИЗАРОВА

Авторы тезиса: Kirienko Alexander, Malagoli Emiliano

Место работы: Istituto Clinico Humanitas
Страна: Italia
Город: Milano

Цель

Описать процесс принятия решения в тактике лечения тяжелой деформации и нестабильности стопы. Три вида хирургического подхода были применены для коррекции стопы.

Материалы и методы

В исследование были включены 112 пациентов. Среди них первая группа состояла из 27 пациентов с рецидивирующей косолапостью со средним возрастом 8,2 лет (диапазон от 2,4 до 12,8 лет) и из 15 пациентов (средний возраст 28 лет) с последствиями компартмент синдрома и эквино-варусной деформацией стопы, они были пролечены с помощью бескровного метода засчет дистракции мягких тканей.

Во второй группе 26 стоп у 23 пациентов в возрасте от 16 до 47 лет, (средний возраст составил 28,6) были прооперированы с помощью "V" или "Y" образных остеотомий, остеотомии пяточной, таранной костей и средней части стопы. Этиология: последствия полиомиелита в 6 случаях, постравматическая в 7, врожденная в 8, огнестрельное ранение в 2. В третьей группе состоящей из 47 пациентов был ваполнен артродез. Эти пациенты имели сложные деформации стопы с болью или нестабильностью, которые требовали стабилизации, чтобы восстановить опороспособность. Этиология повреждения: травма у 19 больных, полиомиелит у 5 больных, неврологическое заболевание Шарко-Мари Тус у 6 больных, идиопатическое плоскостопие у 2 больных, спина бифида у 6 больных, спастическая гемиплегия у 2

пациентов, идиопатическая каво-варусная деформация стопы у 3 пациентов, гемимелия у 1 больного, сирингомиелия у 1 больного, паралитическая стопа у 1 пациента, Шарко стопа у 1 пациента. После компартмент синдрома в 8 случаях лечение было проведено в два этапа: сначала закрытым способом, а потом с помощью панартродеза для стабилизации.

Результаты

Отдаленные результаты от 18 месяцев до 15 лет. Функциональная оценка по шкале AOFAS дала отличный результат у 85 пациентов; хорошый у 22 и удовлетворительный у 5 (в среднем 73 балла). Среднее время лечения составило 5,2 месяца. Были 89 осложнения у 81 пациентов, все успешно вылечены.

Заключение

Ни одного серьезного повреждение нервов, только у одного больного сформировался артерио-венозный шунт после Y остеотомии. Остаточная варусная и эквинусная деформация обнаружена у 12 больных. Рецидивы зависят от многих факторов, таких как морфология кости, этиология деформации, количество предыдущих операций и степени жесткости стопы до лечения.

20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ФОРМЫ И ДЛИНЫ НОГ ПО ЭСТЕТИЧЕСКИМ И КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Авторы тезиса: Артемьев А.А.

Место работы: ООО Клинический госпиталь на Яузе
Страна: Российская Федерация
Город: Москва

Цель

Современная ортопедия обладает колоссальными техническими возможностями в плане коррекции формы и длины конечностей. При этом необходимо соблюдать принципы, которые обеспечивают безопасное лечение, эффективную реабилитацию и сохранение качества жизни при любых вмешательствах, направленных на изменение оси нижней конечности.

Цель работы – оценка современных возможностей и анализ осложнений при коррекции формы и длины ног.

Материалы и методы

Представленный материал основывается на анализе результатов более 1,5 тысяч остеотомий бедра и голени в сочетании с остеосинтезом по Илизарову, выполненных в период с 1996 года по настоящее время.

Результаты

Достижения в реконструктивной ортопедии основаны на эффекте Илизарова и связаны с предложенным им аппаратом. За последние 20 лет существенно изменились показания к корригирующим остеотомиям, расширились диагностические возможности, усовершенствовались конструкции для остеосинтеза. Обращает на себя внимание профилактическая направленность операций, всё чаще они выполняются молодым пациентам в сроки, когда изменения в коленном суставе на фоне деформаций еще не произошли. Следует считать заблуждением квалификацию таких операций как косметических или эстетических. В плане диагностики необходимо отметить внедрение в повседневную практику компьютерной томографии нижних конечностей и рентгенографию ног по всей длине с нагрузкой. Современные компоновки внешних фиксаторов с использованием спиц и резьбовых стрежней-шурупов (т.н. спице-стержневые конструкции) значительно расширили возможности манипулирования костными фрагментами, улучшили качество жизни пациентов на протяжении всего периода лечения.

При оценке осложнений необходимо строго разделять их на т.н. малые и большие (серьезные). К серьезным осложнениям можно отнести контрактуры, спицевой остеомиелит, замедленное сращение. Количество их минимально – не превышает 2–3%. Воспаление в местах выхода спиц встречаются действительно часто. К сожалению, именно это не влияющее на исход лечения осложнение ограничивают широкое применение внешнего остеосинтеза.

Заключение

Лечение по Илизарову – наиболее эффективный метод удлинения и коррекции механической оси нижних конечностей, независимо от этиологии и величины деформации и укорочения.

КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Авторы тезиса: Ахмедов Б.Г., Ткачев А.А., Чилилов А.М.

Место работы: ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Определение эффективности коррегирующих остеотомий бедренной кости в комплексном лечении пациентов с высоким вывихом бедра, вальгусной деформацией коленного сустава и сопутствующим гонартрозом I-II ст

Материалы и методы

Материалом для перспективного исследования послужили наблюдения за результатами лечения 24 пациентов. Основная группа составляли 12 с высоким вывихом бедра (IV степень по J.F. Crowe), вальгусной деформацией коленного сустава и сопутствующим гонартрозом II ст и контрольная группа 12 пациентов без патологии тазобедренного сустава и с гонатрозом I–II степени. За период 2013 по 2016 было выполнено 12 операций по методике Paavilainen с высоким вывихом бедра (Crowe IV) и малоинвазивная остеотомии бедра. Операция выполнялась одним хирургом и представляла собой эндопротезирование тазобедренного сустава, сопровождающееся укорочивающей остеотомией бедра с транспозицией большого вертела на наружную поверхность диафиза и его фиксации при помощи проволочного серкляжа и винтов. И на втором, этапе с целью устранения вальгусной деформации, проводилась малоинвазивная остеотомия бедренной кости на уровне дистального метафиза и остеосинтез пластиной с угловой стабильностью винтов. Состояние пациентов оценивали с применением клинических и рентгенологических методов, а также по шкале Харриса вербальной шкале Лекена и KSS (Knee Society Score) до и после лечения через 6 и 9 месяцев после проведенного курса лечения.

Результаты

Через 6 мес индекс тяжести гонартроза уменьшился с 15, 5±0.4 до 7,5± 0.4 восстановление функции коленного сустава с 45±5 баллов до 75±5 бал-

лов по шкале KSS. Средний балл по шкале Харриса изменился в среднем с 40,2 баллов до 78,6.

Заключение

При планировании операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, особенно при высоких вывихах бедра, необходимо более детально рассчитывать разницу в длине и степень вальгусной деформации нижних конечностей, как по обзорной рентгенограмме, так и по телерентгенограммам. Малоинвазивная коррегрующая остеотомия бедренной кости восстанавливает биомеханическую ось и длину нижней конечности и параллельное трехкратное внутрисуставное введение обогащенной тромбоцитами плазмы позволило уменьшить выраженность болевого синдрома, улучшить функцию коленного сустава пациентов

ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА И БЕДРА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ КОКСАРТРОЗАХ. ЭВОЛЮЦИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Авторы тезиса: Бери В.Е., Абдулхабиров М.А., Ворошилов А.С.

Место работы: ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Коксартроз представляет собой дегенеративное, прогрессирующее заболевание всех элементов, составляющих тазобедренный сустав, что приводит к нетрудоспособности и инвалидизирует человека.

Для лечения пациентов с данной патологией в разное время были предложены и применены по показаниям различные остеотомии бедра и таза.

Материалы и методы

В литературе и на практике наибольшее распространение получили остеотомии таза (Chiari – 1953, Solter'y – 1961, Pembertan'y – 1965), которые применялись у пациентов с дисплазией вертлужной впадины, и операции по остеотомии (вальгизирующая, варизирующая, медиализирующая, антиторсионные) проксимального отдела бедра (Kirmission'y – 1894, Pauwels'y – 1950, Lorenz'y – 1919, Mc Murray – 1935).

Кроме того, применялись операции по созданию навесов для головки бедренной кости (Konig – 1891, Spitzi – 1923, Thomas'y – 1951, Wilson'y – 1974,

Chiari – 1953, Solter'y – 1961, Pemberton'y – 1965) с различными видами костной пластики.

Во время и после таких операций улучшается торсия бедра и центрируется головка бедренной кости. Ацетабулопластика не получила большого распространения при дисплазиях тазобедренного сустава из-за большой травматичности.

Один из авторов (Бери В.Е.) располагает опытом проведения 115 остеотомий таза и бедра у пациентов с диспластическими коксартрозами в возрасте от 18 до 56 лет.

Результаты

В результате изучения ближайших и отдаленных результатов лечения пациентов после остеотомии таза и бедра наблюдалась нормализация торсии шейки и центрация головки бедра, гиперваскуляризация не только зоны остеотомии, но и тазобедренного сустава у пациентов с диспластической патологией.

Операции остеотомии таза и бедра позволили пациентам с диспластическими коксартрозами вовсе избежать или отсрочить операции по эндопротезированию тазобедренного сустава от 25 до 46 лет.

Заключение

В заключении, выражаем сожаление, что на фоне всемирной и заслуженной пропаганды малых и сложных проблем эндопротезирования тазобедренного сустава почти или вовсе подвергли забвению операции по остеотомиям таза и бедра пациентам с диспластическими коксартрозами.

Проведение международного конгресса по остеотомиям, безусловно, послужит на пользу пациентам и врачам.

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОТОМИЙ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Авторы тезиса: Брижань Л.К., Бабич М.И., Цемко Т.Г., Родивилов Б.Б., Пучков С.Н., Чирва Ю.В., Аксенов Ю.В.

Место работы: ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России»
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Улучшить результаты лечения раненых и больных с диафизарными дефектами длинных костей нижних конечностей

Материалы и методы

Изучены результаты лечения 55 раненых и больных с дефектами бедренной кости и 89 раненых и больных с дефектами костей голени, получилвших лечение в клиниках ГВКГ с 1990 по 2016 гг. Из них малые дефекты бедренной кости (до 5 см) – 7 больных, средние (5–9 см) – 20 случаев, большие (10–19 см) – 19 случаев и сверхбольшие (более 20см) – 9 случаев. На голени: 22 / 27 / 21 / 19 случаев, соответственно.

Результаты

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения у 144 раненых и больных установлен, что у 142 была восстановлена длина и опороспособность конечности. Полное восстановление анатомии, функции и отсуствие жалоб отмечено у 39 (27,1%) пациентов. Замещение костного дефекта прочным регенератом и сращение на стыке фрагментов костей с незначительным ограничением движений в смежных суставах отмечено у 61 (42,4%) раненых и больных. Замещение дефекта прочным регенератом и сращением на стыке фрагментов костей, восстановление опороспособности, нарушение оси конечности, умеренное ограничение движений в суставах до 30% и укорочение конечности до 4 см отмечены у 44 (30,5%) пациентов. Общие сроки лечения и реабилитации состовили в среднем 340 суток или 43,5 дней на 1 см замещенного дефекта.

Заключение

В результате анализа проведенного исследования разработан алгоритм хирургических приёмов при операции остеотомии для замещения диафизарного дефекта длинных костей нижних конечностей. Такими приёмами являются: начало остеотомии диафиза из минидоступов без отслойки надкостницы пилой Джигли; завершение остеотомии долотом с возможностью остеоклазии (кортикотомия передних отделов долотом и перелом задней кортикальной пластинки путем ротации в аппарате Илизарова); последующая одномоментная компрессия отломков по линии остеотомии на 1–2 мм. Применение указанного алгоритма хирургических приёмов позволил в 69,5% случаях получить отличные и хорошие результаты лечения раненых и больных с диафизарными дефектами костей нижних конечностей.

РОЛЬ ОСТЕОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Авторы тезиса: Грицюк А.А.

Место работы: ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Целью работы явился анализ хирургического лечения пациентов с осложненными повреждениями нижних конечностей.

Материалы и методы

При анализе базы данных из 393 пострадавших было 388 (98,7%) мужчин и 5 (1,3%) женщин. Возраст раненых колебался от 18 до 58 лет и составил 26,7±1,5 лет на момент получения повреждения. Пулевые и минно-взрывные ранения имели место у 136 (34,6%) раненых, получили 95 (22,2%) раненых, осколочные ранения – 39 (9,1%) и вторичными снарядами – 17 (4,0%), боевые травмы получили 106 (24,8%) пострадавших.

Наиболее часто дефекты тканей конечностей образуются при ранениях голени – 175 (44,5%) пациентов, бедра – 91 (23,2%) случай, коленного сустава – 74 (18,8%), стопы – 53 (13,5%).

При дефектах длинных костей нижних конечностей выполнили 273 костно-пластических операций. Наиболее часто выполнялась несвободная васкуляризированная пластика по Илизарову – 139 (50,9%) пациентов, при этом у 59 (21,6%) раненых выполнялась билокальная остеотомия.

Результаты

Результат лечения складывается из функционального, анатомического и эмоционально-психологического составляющих. Полное восстановление объема движений удалось лишь у 33 (8,4%) пациентов, незначительные нарушения функции суставов имели 57 (14,5%) раненых, умеренные – 142 (36,1%), значительные – у 161 (41,0%) раненых.

При опросе 288 пациентов, ответивших на данный вопрос, 221 (76,7%) были довольны результатом, 7 (2,4%) не удовлетворены лечением и желали его продолжить и 60 (20,9%) пациентов были не удовлетворены результатом и не желали продолжить.

Заключение

Таким образом, ранения конечностей, осложненные образованием дефектов костей и мягких тканей, являются тяжелыми повреждениями, требующими применения различных видов реконструктивных и пластических оперативных вмешательств, тем не менее, весь арсенал технических средств не гарантирует полного восстановления анатомии и функции конечностей.

РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Авторы тезиса: Дубасова А.А., Тюрин М.Н., Третьяков В.Б., Коннов Е.В.

Место работы: ГБУЗ СО «Самарская городская больница №7»
Страна: Россия
Город: Самара

Цель

Цель исследования: анализ результатов внедрения в работу многопрофильного стационара современных реконструктивных оперативных вмешательств на коленном суставе.

Материалы и методы

Материал и методы. ГБУЗ СО СГБ №7 – многопрофильное лечебное учреждение: круглосуточный стационар на 250 коек, 5 поликлинических отделений, оказывает плановую и неотложную помощь прикрепленному населению Красноглинского района г. Самара – 56 700 человек: травматологическое отделение стационара круглосуточного приёма на 37 коек,

травматологический пункт, травматологические кабинеты поликлиник и хозрасчётное травматологическое отделение на 10 коек. С 2012 г. по 2016 г. в стационаре было пролечено 1165 пациентов с травмами и заболеваниями коленного сустава. Среди них пациентов с диагнозом деформирующий остеоартроз коленного сустава было 687. Более 60 пациентов были направлены на оперативное лечение – эндопротезирование другие лечебные учреждения с периодом ожидания от 1,5 до 3 лет. Артроскопические операции были выполнены 617 пациентам.

Результаты

Результаты. Организация медицинской помощи на хозрасчётной основе позволила в работу стационара внедрить все виды современных высокотехнологических операций на коленном суставе Проведена подготовительная работа к созданию технических условий для проведения корригирующих остеотомий на коленном суставе, сформированы группы пациентов для оперативного лечения. Рост общего числа артроскопических операций составил более чем в 5 раз. Средняя продолжительность госпитализации пациентов 3,8 койко-дня. Значительно сократился уровень внешней госпитализации. Послеоперационных осложнений отмечено не было.

Заключение

Выводы. 1. выполнение реконструктивных операций на коленном суставе является обязательным компонентом оказазания помощи пациентам с патологией суставов в условиях многопрофильного стационара. 2. требуется дифференцированный подход к вопросам организации неотложной и плановой стационарной помощи населению с травмами и заболеваниями суставов. 3. Создание хозрасчётного отделения позволяет вывести качество оказания специализированной помощи населению на уровень современных стандартов. 4. Оптимизация расходов больницы и появление новых источников дохода бюджета больницыспособствуют дальнейшему развитию реконструктивных вмешательств на коленном суставе.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Авторы тезиса: Кожевников В.В., Ворончихин Е.В., Григоричева Л.Г., Тимофеев В.В., Буркова И.Н.

Место работы: ФГБУ «Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования» МЗ РФ, г. Барнаул
Страна: Россия
Город: Барнаул

Цель

Оценить результаты остеотомии и остеосинтеза у детей с осевыми деформациями костей нижних конечностей.

Материалы и методы

Проведено комплексное обследование и оперативное лечение 56 детей в возрасте 12–16 лет с осевыми врожденными и приобретенными деформациями нижних конечностей на протяжении 2013–2015 годов. Рентгенологическое обследование перед оперативным вмешательством включало стандартные проекции и специальное исследование Full Leg. Проводилась оценка деформации с учетом анатомической и механической осей сегментов, референтных углов. Осуществлялось планирование оперативного лечения с определением типа остеотомии. Фиксация фрагментов после остеотомии выполнялась различными видами пластин с угловой стабильностью. Во всех случаях дополнительной внешней иммобилизации не требовалось. В раннем послеоперационном периоде пациентов активизировали. Отдаленные результаты оценивали по 3-х бальной шкале: хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Основным критерием были – деформации при клиническом осмотре, отклонение от нормативных показателей референтных линий и углов не более 8°, хорошая регенерация кости. Удовлетворительные результаты расценивались в случае остаточной деформации не более 15°, замедленная репарация на протяжении 2–6 месяцев.

Результаты

У 50 пациентов (89% наблюдений) получены хорошие результаты с восстановлением оси конечности, устранением деформации сустава и улучшении функции опоры и движения. У 6 детей (11% случаев) удовлетворительные результаты с признаками замедленной консолидации остеотомии (пациенты с врожденным ложным суставом). Стоит отметить, что стабильная фиксация фрагментов после остеотомии ровно также как и коррекция осевой дефор-

мации способствует ранней активизации пациентов и позитивному морально-психическому статусу.

Заключение

В предоперационном периоде обязательна оценка характера деформации. Определение референтных линий и углов позволяет выбрать тактику и объем оперативного вмешательства, необходимого для полноценной коррекции деформации. Применение современных видов пластин с угловой стабильностью, аппаратов внешней фиксации (типа ОРТО-СУВ), позволяет в ранние сроки проводить восстановительные мероприятия, улучшает качество и отдаленные результаты лечения.

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ И УЗИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНЕЙ, ПРОИЗВОДИМЫХ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ О-ОБРАЗНОЙ ФОРМЫ НОГ

Авторы тезиса: Кулеш П.Н.*, Соломин Л.Н.***, Рябоконь Н.А.******

*Место работы: *ФГБУ «РНИИТО им. Р. Р. Вредена» Минздрава России,*
***Санкт-Петербургский Государственный Университет,*
****СПб «Городская больница ГБУЗ Св. Великомученика Георгия»,*
*****ФГБОУ «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России*
Страна: Россия
Город: Санкт-Петербург

Цель

Проанализировать телерентгенограммы и результаты УЗИ коленных суставов пациентов, которым выполнены операции корригирующих остеотомий костей голеней для исправления формы ног.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 21 пациент, оперированные за период с 2010 г. по 2014 г. Целью операций являлось не устранение «ортопедиче-

ской» деформации нижних конечностей, а исправление формы ног. У всех пациентов достигнута идеальная форма ног по А.А. Артемьеву (2001).

Всем пациентам произведена телерентгенография перед операцией и через 1–3 года после завершения лечения. Исследованы: отклонение механической оси конечности (MAD), механический тибиофеморальный угол (mTFA), механические проксимальный внутренний и дистальный наружный углы большеберцовой кости (mPMTA и mDLTA), критерий Фуджисава.

УЗИ коленных суставов перед операцией и спустя 3–6 лет выполнено 11-ти пациентам. Оценивали количество внутрисуставной жидкости, толщину хряща мыщелков бедренных костей, структуру менисков, наличие хондромаляции.

Результаты

До операции значение MAD составило 19,07±6,68мм кнутри; после операции – 8,40±5,49мм кнаружи; отклонение от нормальных значений до операции – 15,21±6,31мм; после – 8,60±5,13мм (P<0,5). Значение Критерия Фуджисава – 24,38±8,52% и 61,52±7,57% соответственно; отклонение – 37,62±8,52% и 5,95±4,70% (P<0,5). Значение mTFA – 5,64±1,81° (открыт кнутри) и 2,79±1,92° (открыт кнаружи); отклонение – 5,64±1,81° и 2,88±1,78° (P<0,5). Значение mPMTA – 84,62±2,12° и 91,40±2,47°; отклонение – 1,05±1,36° и 1,79±1,99° (P<0,5). Значение mDLTA – 91,79±3,89° и 88,45±3,75°; отклонение – 1,19±1,82° и 1,02±1,39° соответственно (P>0,5).

По данным УЗИ толщина хряща наружного мыщелка до операции – 1,43±0,35мм и 1,40±0,26мм – после (P>0,5). Толщина хряща внутреннего мыщелка бедренной кости – 1,66±0,41мм и 1,69±0,38мм соответственно (P>0,5). Хондромаляция наружного мыщелка бедренной кости выявлена в 9% до операции, в 5% – после. Хондромаляция внутреннего мыщелка выявлена в 64% до операции, в 41% – после. Синовита и нарушения структуры менисков не выявлено.

Заключение

Полученные данные свидетельствуют о том, что несмотря на несоответствие взаимоотношений референтных линий и углов после остеотомий нормальным значениям, за период наблюдения (3–6 лет) при УЗИ коленных суставов отрицательной динамики выявлено не было.

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР УРОВНЯ И СПОСОБА ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОТОМИИ ПРИ УДЛИНЕНИИ БЕДРА ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ДИСТРАКЦИОННЫМИ АППАРАТАМИ БЛИСКУНОВА

Авторы тезиса: Куценко С.Н., Сюй Лей, Рудик А.С., Куценко Ю.С.

Место работы: Крымский федеральный университет Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
Страна: Российская Федерация
Город: Симферополь

Цель

Экспериментальное и клиническое обоснование рационального выбора уровня и способа выполнения остеотомии при удлинении бедра.

Материалы и методы

Клинический опыт удлинения бедер имплантируемыми дистракционными аппаратами Блискунова насчитывает свыше 500 оперативных вмешательств. Остеотомии выполнялись со стороны костномозгового канала при помощи специального фрезерного устройства. Фрезерное устройство позволяло, в зависимости от выбранного копира, выполнять 5 видов остеотомий: поперечную, косую, косо-поперечную, Z-образную прямую и Z-образную косую. Остеотомии экстракортикально выполнялись при помощи пилы Джигли и осцилляторной, а также, путем сверления с применением специального направителя.

Результаты

Интрамедуллярно выполнено 12,6% (68 пациентов) остеотомий, в 87,4% (446) – экстракортикально, из них у 64,3% (328) – при помощи пилы Джигли или осцилляторной. В 23,1% (118) случаев остеотомии выполнялись при помощи разработанного нами устройства – направителя свёрл для остеотомии.

Оптимальным уровнем выполнения остеотомий при удлинении бедра является подвертельная область. Выбор данного уровня обусловлен несколькими причинами: во-первых – это зона является относительно безопасной с точки зрения повреждения магистральных сосудов; во-вторых – данная анатомическая область является предпочтительнее с позиции репаративного остеогенеза по сравнению с диафизарной частью будренной кости;

в-третьих – исключается повреждение главного ствола питающей артерии; в-четвертых – остеотомия в подвертельной области и последующее костеобразование не вызывают сращения четырехглавой мышцы с бедренной костью, а, следовательно, минимизируется риск развития стойких разгибательных контрактур коленного сустава.

Заключение

Экспериментальные исследования и клинический опыт применения интрамедуллярных дистракционных устройств для удлинения бедра свидетельствуют о возможности выполнения остеотомий интрамедуллярным и экстракортикальным способами. Оптимальным уровнем выполнения остеотомии является подвертельная область бедренной кости. Конструкция аппаратпа Блискунова и особенности его блокирования обеспечивают стабильность остеосинтеза и постепенную высокодробную дистракцию в области остеотомии.

ТЭКС ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И КОМБИНИРОВАННОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Авторы тезиса: Малюк Б.В., Белецкий А.В., Эйсмонт О.Л., Деменцов А.Б.

Место работы: РНПЦ травматологии и ортопедии
Страна: Беларусь
Город: Минск

Цель

Улучшение результатов ТЭКС у пациентов с выраженной вальгусной деформацией и нестабильностью сустава путём применения конструкций эндопротезов различных типоразмеров.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 127 пациентов, которым с III–IV ст. ОА и вальгусной деформацией выполнено 143 ТЭКС. В 82 случаях (57,3%) отклонение оси конечности >10°.

Использовались: Rgr, топограмма.

Функция оценена до и через 2–5 лет после операции с использованием шкал KSS, Oxford и ВАШ.

Статистический анализ – STATISTICA 6.0; p=0,05.

Результаты

Применялись следующие модели эндопротезов: несцепленные – 102 (71,3%), частично сцепленные – 34 (23,8%) и сцепленные – 7 (4,9%).

При выполнении ТЭКС производилась поэтапная балансировка капсульно-связочного аппарата коленного сустава в положении полного разгибания и сгибания под углом 90°.

В результате комплексного лечения пациентов с выраженной вальгусной деформацией и нестабильностью коленного сустава с применением разработанной нами технологии предоперационного планирования и последовательности определенных хирургических приемов в сочетании с подбором соответствующей модели эндопротеза в срок 1 год после операции по шкале оценки KSS нами получены отличные результаты в 122 (85,3%) случаях, хорошие в 20 (14%) случаях, удовлетворительные – в 1 (0,7%). По шкале оценки Oxford получены отличные результаты в 117 (81,8%) случаях, хорошие в 25 (17,5%) случаях, удовлетворительные – в 1 (0,7%). Через 2-5 лет после операции не получены статистически значимые достоверные различия в результатах с данными в срок 1 год.

Заключение

1. Основными составляющими, препятствующими восстановлению правильной оси конечности при ТЭКС в условиях выраженной вальгусной деформации, являются: латеральные и задние остеофиты, задненаружный отдел капсулы сустава.

2. Выбор модели эндопротеза коленного сустава (бикондилярный несцепленный, частично сцепленный, сцепленный) должен основываться на: осевых взаимоотношениях нижней конечности, состоянии капсульно-связочного аппарата, оценке мышечного баланса бедра и голени, качестве костной ткани.

ПРОКСИМАЛЬНАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ КЛИНООТКРЫАЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Авторы тезиса: Михович М.С., Глазкин Л.С.

Место работы: Могилевская детская областная больница
Страна: Беларусь
Город: Могилев

Цель

Остеотомии проксимального отдела бедренной кости играют важную роль в коррекции нарушений развития тазобедренного сустава у детей. Основным способом является остеотомия ее в межвертельной или подвертельной области с удалением клиновидного сегмента основанием по медиальной поверхности бедра, однако она приводит к укорочению бедренной кости, которое может достигать 3 и более сантиметров. Это проявляется хромотой, перекосом таза, сколиозом поясничного отдела позвоночника. Несколько реже используется латеральная варизирующая остеотомия бедра. Укорочение бедренной кости при этом способе операции значительно меньше и соответственно отрицательные эффекты укорочения незначительные.

Мы используем малотравматичный способ латеральной варизирующей остеотомии бедра с заполнением дефекта кортикальным или кортикально-губчатым клиновидным аллотрансплантатом.

Целью нашей работы является обоснование возможности расширения показаний к латеральным варизирующим остеотомиям бедренной кости при болезни Пертеса и вальгусных деформациях шейки бедра.

Материалы и методы

В течение 2011–2015 лет в детском травматолого-ортопедическом отделении выполнена 31 коррегирующая остеотомия проксимального отдела бедренной кости. Из них латеральная варизирующая остеотомия применялась в 10 случаях у 9 детей. Из них при болезни Пертеса – 6, вальгусных деформациях шейки бедра у детей с развивающимися дисплазиями тазобедренного сустава и ДЦП – 4.

Результаты

Результаты лечения изучены нами у всех детей с латеральными варизирующими остеотомиями бедренной кости в сроки от 1 до 5 лет. Во всех случаях получены хорошие результаты. Среднее укорочение оперированного бедра было 1,2 см. Тонус отводящих мышц восстанавливался через 3–4 мес. Ограничений объема движений в суставах не было. Через 4–6 месяцев

наблюдалась легкая асимметрия таза и симптоматический поясничный сколиоз легкой степени на стороне операции. Анализ рентгенограмм показал, что средние сроки сращения фрагментов бедра при использовании аллотрансплантатов не увеличивались.

Заключение

На основании нашего небольшого опыта и обзора литературы по использованию проксимальных варизирующих остеотомий бедренной кости мы считаем, что данный вид остеотомии должен применяться чаще при односторонней патологии тазобедренного сустава.

КОРРИГИРУЮЩИЕ ПОДМЫЩЕЛКОВЫЕ ОСТЕОТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА

Авторы тезиса: Слиняков Л.Ю., Донченко С. В., Блоков М.Ю., Городянский А.А., Терехин С.В.

Место работы: ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Улучшение результатов оперативного лечения пациентов с дефектами суставного хряща мыщелков бедрененной кости при гонартрозе.

Материалы и методы

В исследование было включено 18 пациентов от 45 до 60 лет с локальными дефектами суставного хряща IIIb-IV степени по шкале ICRS при наличии деформации голени. Критериями включения являлись ограниченный характер дефекта, наличие изменения нагрузочной оси конечности, поражение только одного мыщелка бедра на нагружаемой стороне. Все пациенты были обследованы с использованием бальной оценки по KOOS, МРТ, рентгенографии и КТ. Всем пациентам выполнено оперативное лечение: артроскопия, в ходе которой была подтверждена стадия хондропатии, выполенна перфоративная хондропластика. Вторым этапом выполнялась высокая открытоугольная подмыщелковая остеотомия, фиксация пластиной. Костная пластика применялась исходя из размеров образующегося дефекта. В ходе

операции для забора костного трансплантата и измерения угла остеотомии применялся разработанный нами набор инструментов.

В послеоперационном периоде в первые 3 суток после операции применялась местная холодовая терапия. Всем пациентам проводиалсь комплексная реабилитация: физиотерапия, механотерапия, ЛФК, курс инъекций (PRP, гиалуроновой кислоты, а также Traummel-S, Zeel-T). Срок наблюдения до 24 месяцев, всем пациентам выполнено удаление фиксаторов, контрольная рентгенография и МРТ, 3 пациентам выполнена санационная артроскопия коленного сустава в связи с наличием клиники повреждения мениска.

Результаты

У всех пациентов ранний и поздний послеоперационный период протекал удовлетвоиртельно, остеотомия срослась. Отмечено значительное улучшение ранних и поздних функциональных результатов по шкале KOOS.

Заключение

Корригирующая остеотомия в сочетании с перфоративной хондропластикой является эффективным методом в комплексном лечении хрящевых дефектов при остеоартрозе.

Местная управляемая гипотермия является действенным методом профилактики послеоперационного отека и болевого синдрома, сокращает сроки реабилитации и пребывания в стационаре.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСТАЛЬНЫХ ОСТЕОТОМИЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДИСТАЛЯЦИОННОЙ ПЛАСТИНОЙ ПРИ GENU VALGUM

Авторы тезиса: Тажин К.Б.

Место работы: Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
Страна: Казахстан
Город: Астана

Цель

Основная проблема, с которой сталкивается ортопед при коррекции оси конечности, состоит даже не в предоперационном планировании, а в достижении точной коррекции, особенно когда угол деформации составляет малые градусы. В таких случаях открывающая дистальная остеотомия бедра имеет большие преимущества над другими видами остеотомий (Репке, шеврон, клиновидная, шарнирная).

Цель: Изучение исходов лечения дистальных остеотомий дисталяционной пластиной пациентов с genu valgum.

Материалы и методы

Материал и методы: За период 2010-2016 год нами прооперировано 27 пациентов в возрасте от 20 до 47 лет, где показания к коррекции больше были эстетические. По фасным и профильным сравнительным рентгенологическим снимкам оценивалось состояние коленного сустава, и производился расчет необходимой коррекции.

Операция проводилось под спинномозговой анестезией, продольным наружным разрезом в метафизарной зоне бедренной кости длиной 12см. После поднадкостничного выделения латеральной поверхности бедра, предварительной маркировкой остеотомии под контролем ЭОП, производят неполную надмыщелковую остеотомию параллельно суставной поверхности. Ручным пособием производится коррекция угла и устанавливается фиксируемая расклинивающая дисталяционная пластина необходимого размера. В образовавшийся дефект плотно вбивается лиофилизированный консервированный губчатый блок «ЛИОПЛАСТ».

Результаты

Результаты и обсуждения: анализ результатов хирургического лечения выявил высокую эффективность данной технологии, которая отражает ряд позиций: миниинвазивность, эстетичность, стабильность и быстрая реабилитация. Дисталяционная расклинивающая блокирующая пластина имеет 7 размеров, что позволяет устранять от малых до больших вальгусных деформаций. В послеоперационном периоде полная нагрузка на конечность разрешается через 1,5 месяца. Ни в одном случае мы не имели ранних и поздних осложнений в виде воспаления послеоперационной раны, нестабильности металлоконструкции и потери коррекции.

Заключение

В связи с этим, считаем данную технологию альтернативной и современной на этом этапе развития ортопедии.

УДЛИНЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ АХОНДРОПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Авторы тезиса: Чочиев Г.М., Кукин И.А., Королькова О.И., Ганькин А.И.

Место работы: ГБУЗ ВО «ОЦ спецмедпомощи»
Страна: Россия
Город: Владимир

Цель

Низкорослость, деформации конечностей и диспропорции роста у больных ахондроплазией– основная причина нарушения социальной адаптации в обществе, возможность ранней коррекции её – актуальная задача современной ортопедии.

Цель – определить возможности коррекции деформаций и роста у больных ахондроплазией в раннем дошкольном возрасте.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 33 пациентов в возрасте от 3 до 6 лет с ахондроплазией, оперированных с декабря 2010 года по декабрь 2015 года. Девочек было 22 (67%). Средний возраст начала лечения (удлинение голеней) – 3,7 года, плеч – 4,9 года, бедер – 5,9±1,20 года.

Всего было проведено 86 операций по одномоментному симметричному удлинению на различных сегментах (голень – 66; плечо – 16, бедро – 4;).

Результаты

Средняя величина удлинения сегментов составила: голени – 6,2см; бёдра – 8,2 см; плечи – 8,4 см.

Из осложнений отмечены: воспаления мягких тканей в области выхода спиц и стержней (25%); прорезывание спиц из проксимального отдела голени (7%). В 12-ти (из 86 удлиняемых сегментов) случаях наблюдалось замедленное созревание регенерата вплоть до образования ложного сустава. Так же, наблюдался преходящий неврит малоберцового нерва (3), лучевого нерва (2).

Важно отметить отсутствие в наблюдаемых случаях таких осложнений, как контрактуры смежных суставов, по некоторым данным, являющихся основной проблемой данного метода лечения у детей старшего возраста.

Средняя продолжительность лечения составила 12 ±2 дней, после чего пациенты выписывались на амбулаторное лечение по месту жительства. Связь со всеми пациентами поддерживалась телекоммуникационно.

Заключение

Наиболее рациональным подходом является симметричное удлинение сегментов конечностей в последовательности голени – плечи – бёдра. Замечено, что удлинение сегментов на 50% длины не сказывается на состоянии и функции смежных суставов (плечевых, локтевых, тазобедренных, коленных, голеностопных), темп дистракции должен жёстко коррелироваться в соответствии с рентгенологической оценкой степени зрелости регенерата.

Таким образом, коррекция роста у больных с ахондроплазией в раннем возрасте (с 3 лет) является обоснованной с медицинской, экономической и социальной точек зрения.

15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Авторы тезиса: Чочиев Г.М., Ганькин И.А., Королькова О.И.

Место работы: ГБУЗ ВО «ОЦ Спецмедпомощи»
Страна: Россия
Город: Владимир

Цель

Быстрое развитие во всем мире эндопротезирования, оттеснило на второй план многие проверенные временем и опытом методики лечения различных патологических изменений коленного сустава.

Цель исследования определить эффективность высокой остеотомии большеберцовой кости (ВОББК) в лечении больных с деформирующим остеоартритом (ДОА) коленного сустава и определить границы ее применения.

Материалы и методы

С января 2003 года по декабрь 2015 года прошли лечение 112 больных с ДОА коленного сустава (110 случаев – медиальный компартмент синдром, латеральный – 2). Средний возраст составил 62,9 лет (34–78 лет). У 54 больных предварительно или симультантно проводилась артроскопия коленного сустава.

Применялись различные виды корригирующих остеотомий большеберцовой кости: надбугорковые открытая (14), закрытая (11), высокая латеральная эластичная вальгизирующая (87). Фиксация зоны остеотомии большеберцовой кости проводилась пластинами различных конструкций, (L-, T-образными, Surfix, V. Link), аппаратами внешней фиксации.

Реабилитационная программа начиналась в раннем послеоперационном периоде.

Результаты

Отдаленные результаты прослежены в 76 случаях со средним сроком 78 месяцев (12-156 мес). Угол коррекции составил в среднем 16° (9° – 27°), в результате операции ось коленного сустава – 6° вальгуса (4° -12°), у всех больных устранена сгибательно-торсионная деформация. Средний срок госпитализации составил 4,4 койкодня. Средний балл оценки боли пациентами по ВАШ до операции был 7,5, после операции – 4,2. Значительно увеличилась дистанция ходьбы (среднем, в 3– 4 раза), применение анальгетиков сокращалось вплоть до полной их отмены. Осложнения. Наиболее часто отмечалась боли по передней поверхности коленного сустава (12), задержка консолидации (11), нестабильность остеосинтеза (9), неврит малоберцового нерва (2). Только 2 (!) больных прошли эндопротезирование коленного сустава.

Заключение

Высокая эластичная остеотомия большеберцовой кости является высокоэффективным и оправданным хирургическим методом лечения ДОА коленного сустава даже у больных с показателями тяжести патологии коленного сустава, превышающими общепринятые международные показания к ВОББК. Артроскопия является одной из обязательных составляющих достижения хорошего результата.

НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ ФОРМИРУЮЩИХ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПРИ МЕДИАЛЬНОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАССИВНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ

Авторы тезиса: Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Денисов А.А., Щепкина Е.А., Сорокин Е.П., Стафеев Д.В., Фомичев В.А., Ласунский С.А., Гудз А.И., Коган П.Г., Синеокий А.Д.

Место работы: ФГБУ «РНИИТО им. Р. Р. Вредена» Минздрава России
Страна: Россия
Город: Санкт-Петербург

Цель

Продемонстрировать возможность и достоинства применения пассивной компьютерной навигации при выполнении корригирующей остеотомии костей формирующих коленный сустав.

Материалы и методы

С 2014 по 2015 год, в клинике РНИИТО им. Р.Р. Вредена нами были прооперированы 9 пациентов с посттравматическим медиальным артрозом коленного сустава. Средний возраст больных составил 38±5,6 лет. 6 операций были ревизионными (неудовлетворительный результат выполненного металлоостеосинтеза) и 3 операции были первичными. Семерым пациентам была выполнена корригирующая остеотомия проксимального отдела большеберцовой кости и двум – дистального отдела бедренной кости.

Результаты

Средний срок наблюдения за пациентами составил 12 месяцев. Осмотры проведены через 3,6 и 12 месяцев. У всех пациентов не было проблем с заживлением ран и не было зафиксировано ни одного случая формирования ложного сустава. Для объективизации полученных результатов производилась оценка функции коленного сустава с применением шкалы KSS (Knee Society Score) и визуально-аналоговой шкалы боли (ВАШ) до и в различные

сроки после операции. Средняя дооперационная оценка по шкале KSS составила 51±7 баллов, послеоперационная оценка по шкале KSS через 6 месяцев после операции – 89±12 баллов, ВАШ – 1±1,7, баллов. Отклонение механической оси конечности от нейтральной у пациентов изучаемой группы составило 0-1°(±1°), отклонение положения наклона суставной поверхности большеберцовой кости в сагиттальной плоскости от предоперационных значений составило 0-1°(±1°).

Заключение

Выполнение корригирующей остеотомии костей формирующих коленный сустав под контролем пассивной компьютерной навигации позволяет прецизионно восстановить механическую ось конечности, избежать изменения суставной линии коленного сустава и сохранить физиологическую позицию заднего слопа.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УСТРАНЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА ДЛИН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Авторы тезиса: Щепкина Е.А., Соломин Л.Н., Лебедков И.В., Корчагин К.Л., Сабиров Ф.К.

Место работы: ФГБУ «РНИИТО им. Р. Р. Вредена» Минздрава России;
ГБОУ ВПО «ПСПГМУ им. акад. И. П. Павлова» Минздрава России;
ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет»
Страна: Россия
Город: Санкт-Петербург

Цель

Проанализировать результаты лечения и осложнения при различных методах устранения неравенства длин нижних конечностей.

Материалы и методы

Проанализировано 25 случаев удлинения бедра (3,8±1,7 см) и 16 голени (4,9±1,7 см) по Илизарову, 24 случая удлинения бедра (4,5±1,2 см) и 11 голени (3,4±0,7 см) поверх гвоздя (УПГ). Методика «аппарат затем гвоздь» (АЗГ) применена при удлинении (4,6±1,5 см) у 8 пациентов (бедро – 6, голень – 2). 17 пациентам выполнены укорачивающие остеотомии (бедро – 15, голень – 2), в среднем укорочение 3,7±0,8 см.

Результаты

При удлинении по Илизарову бедренной кости период дистракции составил 60,8±23,1 дня, период чрескостного остеосинтеза (ЧО) 223,4±69,3 дня. При удлинении по Илизарову голени: 64,3±34,9 и 318,6±93,4 дней соответственно. При УПГ бедра период дистракции составил 52,4±23,5 дня, период ЧО 82,6±38,3 дня, при УПГ голени: 39,1±12,9 и 71,1±36,8 дней соответственно. В группе АЗГ период дистракции составил 67,8±25,3 дней, период ЧО 100,6±42,7 дня. Осложнения при УПГ бедра отмечены у 7 пациентов (29%): перелом в области проведения стержня-шурупа 1–4,1% (ЧО – 0 %), воспаления мягких тканей около чрескостных элементов 2–8,3% (ЧО-31%), перелом чрескостного элемента 1–4,1% (ЧО-10%), гипотрофический регенерат 1–4,1% (ЧО – 8%), перелом или деформация регенерата 0 (ЧО – 8%), преждевременное сращение 1–4,1% (ЧО – 4,3%), контрактура коленного сустава 1–4,1% (ЧО – 4,3%), глубокая инфекция 1–4,1% (ЧО – 4%). Осложнения при УПГ голени отмечены у 4 пациентов (36%): контрактуры суставов 3–27,3% (ЧО – 25%), преждевременное сращение 1–9,1% (ЧО – 6,2%), невропатии 1–9,1% (ЧО – 12,5). При методике АЗГ отмечены 2 случая контрактур суставов (25%). При укорачивающих остеотомиях в 3 случаях сформировались ложные суставы (17,6%).

Заключение

Методики УПГ и АЗГ позволяют уменьшить количество осложнений, связанных с чрескостными элементами, предотвращают деформацию и перелом регенерата, увеличивают комфортность лечения. Укорачивающие остеотомии привлекают простотой выполнения, более быстрой реабилитацией, комфортностью для пациента. Выбор методики требует индивидуального подхода с учетом патологии, возраста, роста пациента и его функциональных и социальных запросов.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ И ДЕФОРМАЦИЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ, ПРИМЕНЕНИЕ ТИТАНОВЫХ ЭЛАСТИЧНЫХ СТЕРЖНЕЙ

Авторы тезиса: Фролов А.В., Бурцев М.Е., Логвинов А.Н., Королев А.В.

Место работы: Европейская клиника спортивной травматологии и ортопедии (ECSTO)
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Анализ результатов хирургического лечения переломов и деформаций бедренной кости у детей с несовершенным остеогенезом с применением титановых эластичных стержней.

Материалы и методы

В период с 2012 по 2016 год в нашей клинике было выполнено 57 операций на бедренной кости у 26 пациентов с несовершенным остеогенезом (20 – М, 6 – Ж), средний возраст – 7±2,5 года. Было выполнено 50 операций по коррекции врожденных и посттравматических деформаций бедра. Для восстановления оси конечности требовалось выполнение от 1 до 3 минус-клин остеотомий. Остеотомии выполнялись из миниинвазивного доступа с сохранением надкостницы. При отсутствии костно-мозгового канала выполнялось его формирование из доступа для остеотомии. Остеосинтез производился титановыми эластичными стержнями диаметром от 2,0 до 3,5мм., не затрагивая зону роста. Предварительно 24 пациента проходили лечение бисфосфонатами. В 32 случаях после операции выполнялась иммобилизация полимерной лонгетой сроком от 1 до 6 недель в зависимости от стабильности остеосинтеза и качества кости.

Период наблюдения составил от 1 до 5 лет. Оценка результатов проводилась на основании клинического осмотра и контрольных рентгенограмм через 6-8 недель после операции.

Результаты

25 пациентов через 8–12 недель вернулись к прежнему уровню физической активности. У 6 пациентов после 3-уровневой минус-клин остеотомии отмечалась замедленная консолидация. Во всех остальных случаях пациенты приступали к реабилитационной терапии на 3–4 сутки после операции или по окончании иммобилизации. 3 пациента, которые передвигались на коляске, через 12 недель смогли встать и начать обучаться ходьбе с дополнительной опорой. Во всех случаях был восстановлен полный объем движений в суставах оперированной конечности. В 9 случаях произошла миграция титанового эластичного стержня, которая требовала укорочения или удаления стержня. У одного пациента в результате миграции произошла перфорация кожи. Миграция стержней не приводила к вторичному смещению отломков.

Выводы

Хирургическое лечение переломов и деформаций бедренной кости у детей с несовершенным остеогенезом с применением титановых эластичных стержней дает хорошие и отличные клинические результаты. Этот метод обеспечивает стабильную фиксацию костных отломков, не травмируя зону роста и суставные поверхности. После хирургического лечения пациенты могут раньше приступать к реабилитационной терапии, направленной на профилактику гипокинетического остеопороза.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТЕОТОМИЯХ

THE TOPICAL APPLICATION OF ROSUVASTATIN IN PREVENTING KNEE INTRA-ARTICULAR ADHESION IN RATS

Авторы тезиса: Wu Haixiao, Ratyev A.P., Egiazaryan K.A., Zhang Chao, Gordienko D.I., Skoroglyadov A.V.

Место работы: Department of Orthopaedics, Pirogov Russian National Research Medical University
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

The intra-articular adhesion is one of the common complications post knee surgery and injury. The formatted joint adhesion could lead serious dysfunction. Thus, the intra-articular adhesion is a major challenge in knee surgery. Rosuvastatin (ROS) is a new 3-hydroxy-3-methylglutaryl co-enzyme A (HMG-CoA) reductase inhibitor, with multi biological activities. The object of the present research was to evaluate the effect of ROS in preventing post-operative knee adhesion in rats.

Материалы и методы

Forty five healthy adult male Sprague Dawley rats (average weighted 400±20g), were involved in the present research. The experiment was conducted based on The EU Directive 2010/63/EU for animal experiments and Ethics Committee of The Russian National Research Medical University. Soaked with different concentrations of ROS (10mg/kg, 20mg/kg) and saline. Treated with different gelatin sponges, all rats were equally and randomly divided into 3 groups according to the treatment: ROS (20mg/kg) group; ROS (10mg/kg) group; control (saline) group. Approximately 4×4 mm2 cortical bone of the femoral condyle were removed from femoral condyle's lateral sides,and the surgical field was covered with cotton pads soaked with the aforementioned two different concentrations of ROS or saline for 10mins,The post-operative knee joints were fixed in a flexed

position with the micro Kirschner wires for 4 weeks. The rats were killed four weeks post-operatively.The effect of ROS on treating intra-articular adhesion was determined using visual score evaluation, hydroxyproline content, histological analyses, immunohistochemistry and inflammatory and vascular endothelial growth factors expression.

Результаты

The animals' recovery was stable after surgery. None of the rats expired before they were killed. The visual scores, hydroxyproline contents, and inflammatory vascular growth factors expressional levels suggested that, compared with control group, the ROS treated groups showed the better outcomes. ROS was able to prevent the formation of joint adhesions, collagen deposition and vascularization in the surgical site, and to inhibit inflammatory activity post-operatively. Compared with 10mg/kg ROS group, the effect of 20mg/kg ROS group showed significant better outcomes.

Заключение

In the knee post-surgical rat modeling, the local application of intra-articular ROS was able to reduce the formation of intra-articular adhesion, collagen deposition and vascularization in the surgical site, and to inhibit inflammatory activity post-operatively. The results also suggested the possible optimal working concentration be 20mg/kg.

КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ВНЕ ВЕРШИНЫ ДЕФОРМАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ

Авторы тезиса: Артемьев А.А., Ивашкин А.Н., Кавецкий Ю.П., Сысоев И.А.

Место работы: ООО «Клинический госпиталь на Яузе»
Страна: Российская Федерация
Город: Москва

Цель

Считается, что оптимальным уровнем остеотомии является вершина деформации, находящаяся на пересечении анатомических осей проксимального и дистального фрагментов. Это правило распространяется на все виды деформаций, за исключением посттравматических. Неудовлетворительное

состояние мягких тканей и другие неблагоприятные факторы не позволяют выполнить хирургическое вмешательство на этом уровне.

Цель работы – изучить особенности посттравматических деформаций и разработать принципы их коррекции.

Материалы и методы

Работа основана на опыте выполнения корригирующих остеотомий 74 пациентам с неправильно сросшимися переломами костей голени. Всем им выполнили закрытую кортикотомию и остеосинтез аппаратом Илизарова с последующей постепенной коррекцией.

Результаты

В основу определения принципов коррекции посттравматических деформаций легло понятие о т.н. посттравматическом патологическом очаге. Характерными признаками этого очага являются трофические расстройства в зоне травмы, наличие признаков хронической инфекции, неудаленные фиксаторы и другие неблагоприятные факторы, препятствующие или исключающие выполнение реконструктивных вмешательств на этом уровне. Первые попытки выполнения корригирующих остеотомий выше или ниже этой зоны оказались удачными и позволили внедрить их в повседневную практику. При этом основным критерием является восстановление нормального положения механической оси нижней конечности. Другим критерием, влияющим на выбор уровня остеотомии, является наличие или отсутствие синостоза берцовых костей на уровне имевших место переломов. При отсутствии такого синостоза остеотомию малоберцовой кости следует выполнять в дистальном отделе. При наличии синостоза обе кости необходимо пересекать на одном уровне. Диагностика межберцового синостоза – одно из немногих показаний к выполнению компьютерной томографии.

Заключение

Таким образом, особенностью коррекции посттравматических деформаций голени является необходимость оценки состояния мягких тканей при выборе уровня остеотомии большеберцовой кости и наличия межберцового синостозирования при выборе уровня остеотомии малоберцовой кости. Внешний остеосинтез с последующей дозированной коррекцией является методом выбора. Применение внутреннего остеосинтеза представляется рискованным и неоправданным.

АНАТОМО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УРОВНЯ ОСТЕОТОМИИ ПРИ УДЛИНЕНИИ ПЛЕЧА ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ДИСТРАКЦИОННЫМИ АППАРАТАМИ

Авторы тезиса: Куценко С.Н., Рамский Р.С., Сюй Лей

Место работы: Крымский федеральный университет Медицинская академия им. С.И. Георгиевского
Страна: Российская Федерация
Город: Симферополь

Цель

Независимо от выбора метода удлинения плеча, суть операции сводится к остеотомии и постепенной дистракции. Непременным условием для формирования полноценного дистракционного регенерата является сохранность кровообращения в области остеотомии.

Целью исследования явилось анатомо-хирургическое обоснование уровня остеотомии при удлинении плеча интрамедуллярными дистракционными аппаратами, на основе уточненных данных состояния кровообращения.

Материалы и методы

Исследования проведены на 27 препаратах плечевых костей. Все исследования были разделены на 3 группы: первая (9 препаратов) – наливку осуществляли через подмышечную артерию с лигированием её сразу после отхождения артерий, огибающих плечевую кость; вторая (9) – наливку выполняли через плечевую артерию с перевязкой её после отхождения глубокой артерии плеча; третья (9) – контрастное вещество вводили в подмышечную артерию до отхождения передней огибающей артерии, плечевую артерию перевязывали до отхождения глубокой артерии плеча.

Результаты

В первой группе отмечалось наполнение сосудов головки плечевой кости, что было наиболее выражено в области бугорков. Часть артерий направлялись каудально и переставали прослеживаться дистальнее хирургической шейки плечевой кости. Во второй группе отмечали полное наполнение сосудов диафизарной области и скудное проникновение контрастного вещества в головку плечевой кости. В третьей группе отмечали, что после вхождения

в костномозговую полость, главная диафизарная артерия делится на нисходящую и восходящую ветвь. Нисходящая ветвь направляется дистально, достигая метафиза плечевой кости, а восходящая ветвь направляется к головке плечевой кости, отдавая мелкие ветви к кортикальному слою. Ветви диафизарного кровообращения отчетливо прослеживались до метафизарной зоны, где они анастомозировали с ветвями эпифизарного кровообращения.

Заключение

Оптимальным уровнем остеотомии является проксимальный метафиз плечевой кости, дистальнее межбугорковой борозды. Остеотомия в данной зоне в меньшей степени нарушает кровообращение плечевой кости. Данная зона кровоснабжается из бассейнов как эпифизарного, так и диафизарного русел за счет анастомозирования.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Авторы тезиса: Третьяков В.Б.

Место работы: ГБУЗ СО «Самарская городская больница №7»
Страна: Россия
Город: Самара

Цель

Цель – провести анализ эффективности применения дабигатрана этексилата (прадакса) для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) после реконструктивных оперативных вмешательств на коленном суставе.

Материалы и методы

Материал и методы. За 2012–2016 годы выполнено 1257 реконструктивных оперативных вмешательств на коленном суставе. В послеоперационном периоде всем пациентам назначались антикоагулянты: использовался дабигатрана этексилат (прадакса). Разработан алгоритм профилактики ТЭО на стационарном и амбулаторном этапах лечения пациента на основе моде-

ли индивидуальной оценки риска развития ВТЭО по Caprini. Были определены 3 группы пациентов: 1. оперативное вмешательство у пациентов с низким уровня риска развития тромбоэмболических осложнений продолжительностью не более одного часа. Тромбопрофилактика: проводится терапия препаратом Прадакса® в течение 5 дней по 220 мг 1 раз в день. 2. оперативное вмешательство у пациентов с умеренным и высоким риском развития тромбоэмболических осложнений продолжительностью операции не более 1 часа и с использованием пневматического жгута. применяется 220 мг дабигатрана этексилата 1 раз в день в течение 14 дней (то есть до момента полноценного восстановления двигательной активности пациента) с обязательным проведением УЗДГ сосудов нижних конечностей на 12–14 сутки с момента операции. 3. Оперативного вмешательство продолжительностью операции свыше 1 часа (реконструкция ПКС, корригирующие остеотомии, остеосинтез, синовэктомии, операции при остеоартрозе) у пациентов с использованием пневматического жгута. Тромбопрофилактика: 220 мг Дабигатрана 1 раз в день в течение 35 дней (до момента полноценного восстановления двигательной активности пациента) с проведением УЗДГ сосудов нижних конечностей на 14, 21 и 35 сутки с момента операции. всем пациентам в послеоперационном периоде применяется компрессионный трикотаж, аппаратная перемежающая компрессия конечностей, ЛФК.

Результаты

Результаты. За время применения дабигатрана этексилата в Центре осложнений (кровотечений и тромбозов) в послеоперационном периоде отмечено не было.

Заключение

Выводы. Дифференцированный подход к назначению антитромботической терапии дабигатран этексилатом позволяет оптимизировать результаты лечения после реконструктивных операций на коленном суставе.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА

КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ С ПОСТЕПЕННОЙ КОРРЕКЦИЕЙ ОСИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО ИЛИЗАРОВУ – ПРОСТОЙ, БЕЗОПАСНЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА

Авторы тезиса: Артемьев А.А., Марголин Я.М., Ахпашев А.А., Абакиров М.Д.

Место работы: ООО «Клинический госпиталь на Яузе»
Страна: Российская Федерация
Город: Москва

Цель

Один из первых, кто применил метод Илизарова при лечении медиального гонартроза, Catagni M.A. (1994 г.), охарактеризовал его как быстрый, простой, безопасный и эффективный. Наш опыт полностью подтверждает данную характериситку метода.

Цель работы – оценка эффективности и оптимизация техники остеотомии большеберцовой кости в сочетании с методом Илизарова при лечении пациентов с гонартрозом.

Материалы и методы

За период с 1997 г. по настоящее время корригирующие остеотомии по поводу деформирующего артроза 1–3 степени выполнили на 97 конечностях у 68 пациентов. Во всех случаях выполняли т.н. кортикотомию узким долотом и остеосинтез аппаратом Илизарова. В послеоперационном периоде производили постепенную коррекцию механической оси нижней конечности до выведения её в правильное положение.

Результаты

Особенностью методики явилось то, что кость пересекали как можно дальше от сустава – на расстоянии 5–8 см. Это полностью исключало внутрисуставные повреждения, характерные для высокой тибиальной остеотомии и обеспечивало стабильную фиксацию с возможностью начать ранние движения в коленном суставе. Постепенно отказались от использования спицевых аппаратов в пользу комбинированных и даже полностью стержневых, но с обязательным использованием кольцевых опор. В последине годы во всех случаях применяли постепенную коррекцию, манипулируя опорами аппарата Илизарова. Это значительно сократило риск развития компартмент-синдрома и способствовало сокращению сроков госпитализации до 3–4 дней. Наиболее сложной была коррекция у пациентов с посттравматическим гонартрозом (в том числе после ранее выполненных операций). В этих случаях, помимо угловой коррекции, по показаниям устраняли ротацию, удлиняли конечность, меняли угол наклона плато. Подобные манипуляции невозможно выполнить никаким другим методом.

Заключение

Отличительной особенностью метода Илизарова при лечении пациентов с гонартрозом является возможность выполнения операции сразу на обеих ногах, более широкие показания (в т.ч. у больных ревматизмом, при выраженной деформации), а также дополнительные опции: коррекция в разных плоскостях и удлинение голени. При исправлении варусной или вальгусной деформации обеспечивается точное перемещение механической оси нижней конечности в требуемое положение.

АРТРОСКОПИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ В СОЧЕТАНИИ С ВИСКОСАППЛЕМЕНТАРНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГОНАРТРОЗОМ

Авторы тезиса: Баймагамбетов Ш.А., Балгинбаев А.К.

Место работы: НИИ травматологии и ортопедии
Страна: Казахстан
Город: Астана

Цель

Цель исследования. Изучить результаты артроскопического лаважа в сочетании с внутрисуставным введением в полость сустава гиалуронан-хондроитинового комплекса (Гиалуром Хондро) при лечение больных с гонартрозом.

Материалы и методы

Материалы и методы исследования. Работа основана на лечение 42 пациентов с гонартрозом, находившихся на лечении в отделении артроскопии и спортивной травмы. Мужчин было 18, женщин – 24. Средний возраст был 58,4±8,1 лет.

I группа (контрольная) включала 20 больных с гонартрозом, которым проводился артроскопический лаваж и дебреджмент коленного сустава.

II группа (основная) составили 22 пациента, которым после артроскопический лаважа и дебреджмент коленного сустава в последующим проводилось введение в полость сустава препарата Гиалуром Хондро.Оценка боли – контролировалась с помощью ВАШ (max – 100 м). Результаты лечения оценивались через 1, 3, 6, 8 месяцев по 5-бальной шкале.

Результаты

Результаты лечения. При оценке результатов лечения в основной и контрольной группах существенных клинических результатов в течение первых двух месяцев не наблюдалось. Однако через три месяца в контрольной группе отличные и хорошие результаты имелись у 61,5% пациентов, через 6 месяцев – у 46,1%, через 8 месяцев – у 22%. В основной группе отличные и хорошие результаты через три месяца наблюдались у 88,5%, через 6 месяцев – у 82%, через 8 месяцев – у 68,6%. В процессе лечения у 2 пациентов

в первые сутки после внутрисуставного введения Гиалурома Хондро имелись жалобы на отек и боль в суставе, которые носили транзиторный характер.

Заключение

Заключение. Артроскопический лаваж с последующим введением Гиалурома Хондро позволяет избежать отрицательного влияния промывной жидкости на метаболизм и структуру суставного хряща и добиться долговременного эффекта в отношении основных клинических симптомов (боль и функция сустава), влияющих на качество жизни и позволяет добиться лучших результатов. Гиалуром Хондро – это единственный на территории СНГ гиалуронан-хондроитиновый комплекс, в состав которого входит 2% высоко молекулярная ГК (3 млн Da) и 3% хондроитин сульфат, что определяет больший суммарный лечебный эффект в сравнении с монокомпонентными препаратами для вискосаплементации. Побочные явления при внутрисуставном введении Гиалурома Хондра развиваются редко.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО УГЛА КОРРЕКЦИИ ПРИ ОСТЕОТОМИЯХ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Авторы тезиса: Бенько А.Н., Кезля О.П., Герасименко М.А., Королько А.С.*

Место работы: ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования». Кафедра травматологии и ортопедии
**УЗ «Минская областная клиническая больница»*
Страна: Республика Беларусь
Город: Минск

Цель

Разработать методику определения оптимального угла коррекции при остеотомиях в области коленного сустава в зависимости от степени тяжести дегенеративно-дистрофического процесса, характера деформации, активности и возраста пациента.

Материалы и методы

В исследование, которое проводилось с 2011 по 2016 год, было включено 86 пациентов с гонартрозом 1–3 ст по Ahlback. Возраст от 21 до 72 лет. Мужчин 30, женщин 56. Результаты прослежены у 72 пациентов. Средний период наблюдения составил 28 мес.

Предоперационный расчет коррекции выполнялся по Coventry, Miniacci, компьютерной программы Medtronic. Антропометрические расчеты не использовались. Выбор угла коррекции производился дифференцировано в зависимости от нозологии и артроскопических находок: врождённые деформации без признаков артроза – нормокоррекция (0 град); посттравматические деформации без признаков артроза – нормокоррекция; с наличием артроза – 3–4 градуса гиперкоррекции (механическая ось – в точке Фуджисава), при вальгусных деформациях – нормокоррекция.

Мы использовали методику окончательного определения угла коррекции с применением интраоперационного нагрузочного аксиального теста у 39 пациентов. После эластичного открытия (или закрытия) остеотомии, определяли механическую ось конечности. При удовлетворительном ее положении выполняли имплантацию пластины с провизорной фиксацией спицами, измерением оси при аксиальной нагрузке. Окончательную стабилизацию остеотомии производили только при удовлетворительном положении механической оси во время теста.

Результаты

Планируемая коррекция достигнута у 75% пациентов, гиперкоррекция у 22%, гипокоррекция у 3%; незначительное (2,5 град) увеличение заднего наклона тибиального плато (при медиальных ПТО) отмечено у 20% больных. Планируемая коррекция достигнута у 100% пациентов при выполнении аксиального нагрузочного теста.

Заключение

Каждый пациент с патологией коленного сустава требует индивидуального ортопедического подхода, который основывается на тщательном обследовании, планировании и выполнении этапов хирургического лечения. Применение нагрузочного интраоперационного теста позволяет в большинстве случаев получить необходимую коррекцию при остеотомиях в области коленного сустава.

НАИМЕНОВАНИЕ ТЕЗИСА: ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОХОДКИ ДО И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОНАТРОЗА

Авторы тезиса: Загородний Н.В.[1], Карпович Н.И.[1], Скворцов Д.В.[2], Канаев А.С., Абдулхабиров М.А.[1], Шадян А.В., Дамаж А.И.[1].

Место работы: [1] РУДН, [2] РНИМУ им. Н.И. Пирогова. г. Москва
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Изучение биомеханической функции коленного сустава на фоне внутрисуставного введения Гируан-Плюс

Материалы и методы

Обследовано 20 пациентов в возрасте 47–75 лет. Пациенты получали внутрисуставные инъекции Гируан-Плюс – по 1 инъекции в коленный сустав еженедельно, всего 5 инъекций; нестероидный противовоспалительный препарат Мовалис по 7,5 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Оценка проводилась до исследования и через 1 месяц после начала лечения. Длительность заболевания – 7,4±3,2 года. Все пациенты имели III стадию ОА.

Результаты

На фоне терапии отмечено снижение боли в правом коленном суставе при движении по шкале ВАШ от 56,0±6,3 до 31,5±4,3 мм, в левом коленном суставе – от 71,8±8,6 до 36,0±3,7 мм, $p<0,05$. Индекс Лекена снизился от 13,8±0,8 баллов до 6,3±0,4 баллов, разница статистически достоверна. Переносимость лечения можно отметить как хорошую.Таким образом, Гируан-Плюс может успешно применяться для лечения ОА коленных суставов, демонстрируя при этом высокую эффективность и безопасность применения.

Биомеханическое исследование по окончании одного этапа лечения выполнено у 8 больных.

Больным проводилась регистрация движений в коленных и тазобедренных суставах при ходьбе в произвольном темпе, а так же основных времен-

ных характеристик цикла шага. Для регистрации использовался программно-аппаратный комплекс «Траст-М» компании «Неврокор».

По результатам регистрации временных характеристик цикла шага, длительность цикла составила 1,3 секунды для обеих сторон и не изменялась в результате лечения. Период опоры составил 60% цикла шага и так же не обнаружил изменений. Суммарный период двойной опоры незначительно сократился после курса лечения, но отличия не достигают уровня достоверности. Длительность периода одиночной опоры слева незначительно возросла ($p>0,05$), а справа не изменилась.

Амплитуда движения сгибания в левом тазобедренном суставе незначительно возросла ($p>0,05$), справа осталась неизменной. Амплитуда разгибания не изменилась в результате лечения. Фазовые характеристики так же остались неизменными.

В левом коленном суставе отмечается незначительно увеличение амплитуды сгибания. В правом – амплитуда не изменилась. Фазовые характеристики движения остались неизменными.

Заключение

Полученные результаты показывают, что функциональные показатели и клиническая оценка могут не коррелировать.

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ О КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Авторы тезиса: Лазко М.Ф., Абдулхабиров М.А., Призов А.П., Копылов А.А. (Россия, Москва)

Место работы: ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Провести обзор литературы по коррригирующим остеотомиям бедра и голени.

Обосновать актуальность и значимость данного метода.

Материалы и методы

Корригирующая остеотомия, как метод лечения гонартрозов, была предложена еще в начале прошлого столетия. Первые сообщения в литературе появились еще в 1826 году, когда доктор Rhea-Barton выполнил корригирующую остеотомию бедра при анкилозе тазобедренного сустава.

А в 1887 году доктор MacEwen выполнил остеотомию большеберцовой кости при вальгусной деформации голени (Genu valgum). В России первые труды были опубликованы доцентом Н. Студенским в городе Казань. Им был издан «Курс ортопедии» в котором упоминалось о корригирующей остеотомии голени. А в 1900 году в городе Санкт-Петербурге в институте Р.Р. Вредена начали активно использовать корригирующую остеотомию голени и бедра при лечении деформаций коленного сустава при болезни Пертеса и рахита у детей. В 1958 году, доктор J.P. Jackson предложил более детальный подход к данной проблеме, описав ось нижней конечности. А в центральном институте травматологии и ортопедии (ЦИТО) в 1982 году Ушаковой О.А. была защищена докторская диссертация по использованию высокой тибиальной остеотомии при артрозе коленного сустава.

Существует большое количество вариантов остеотомий: поперечная, косая, вертикальная, звездчатая, дугообразная, ступенчатая, шарнирная, V-образная, клиновидная, сферическая… Но наибольшей популярностью пользуется клиновидная остеотомия. Так же с развитием биохимии в ортопедии стали использовать биодиградируемые материалы, такие как блоки из Ca3(Po4)2 (3-кальций фосфат).

Вначале для фиксации использовали металлические скобы Gussenbauer 1895. В дальнейшем появились металличсекие пластины Lane, Lambott 1905. На данный момент имеется большое разнообразие различных накостных фиксаторов.

Результаты

Эти операции позволяют отсрочить или избежать дальнейшее развитие артроза коленного сустава путем коррекции оси конечности. Это способствует частичной регенерации хрящевой ткани, восстановлению функции и снижению болевого синдрома.

Заключение

Спустя уже более 100 лет корригирующая остеотомия остается востребованным методом в лечении артроза коленного сустава. Позволяя отсрочить время установления тотального эндопротеза или избежать его вовсе. (Selber P., Filho E.R.).

ПРЕПАРАТ ГИАЛГАН В ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА

Авторы тезиса: Терешенков В.П., Загородний Н.В.

Место работы: Российский Университет дружбы народов
Страна: Россия
Город: 117498, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8

Цель

Цель: изучить эффективность и безопасность препарата гиалган в терапии гонартроза I–II стадии.

Материалы и методы

Материалы и методы: В исследование было включено 60 пациентов, средний возраст которых составлял 58±8 с диагнозом гонартроз I–II стадии (из них мужчин – 8, женщин – 52). Подавляющее число пациентов имели II стадию гонартроза. Больные были разделены на две группы: основную и контрольную по возрастно-половой характеристике, давности, стадии процесса и степени тяжести заболевания. Диагноз гонартроза верифицирован на основании рентгенологических данных по классификации Kellgren-Lawrence. Для оценки динамики боли использовали визуальную аналоговую шкалу при ходьбе и после физической нагрузки. Функцию коленного сустава оценивали по индексу Лекена. Для контроля воспаления в суставе использовали радиотермометрию. Пациенты основной группы (30 человек) получали гиалган. Препарат вводили внутрисуставно по схеме: раз в неделю по 2,0 мл, курс составил 5 инъекций. В контрольной группе гиалган не назначался. Пациенты обеих групп в качестве фоновой терапии принимали ингибитор ЦОГ-2 нимесулид по 100 мг в день. Изучены ближайшие результаты после окончания курса лечения.

Результаты

Результаты: В результате проведенной терапии у пациентов основной группы интенсивность боли по визуальной аналоговой шкале достоверно уменьшилась при ходьбе на 82% ($p<0,001$), после физической нагрузки на 76% ($p<0,001$); индекс Лекена улучшился на 84% ($p<0,001$). Воспаление по данным радиотермометрии уменьшилось у 28 пациентов (93%) ($p<0,001$) и составило Tmed – 1,5°±0,52°. В основной группе 22 пациента (73%) отказались от прием нимесулида, 6 пациентов снизили прием до 3 раз в неделю. В контрольной группе изучавшиеся показатели снизились недостаточно и лишь 8 пациентов (26%) отметили улучшение. Оценка эффективности лечения гиалганом, проводимые пациентом и врачом не отличались друг от друга.

Заключение

1. Результаты исследования свидетельствуют о возможности эффективного использования препарата гиалган в терапии гонартроза I–II степени.

2. В ходе терапии препаратом гиалган нежелательных явлений отмечено не было; все пациенты отметили хорошую переносимость.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКИМ СИНОВИТОМ

Авторы тезиса: Терешенков В.П., Загородний Н.В., Шевелев О.А., Ходорович Н.А.

Место работы: Российский Университет дружбы народов
Страна: Россия
Город: 117498, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8

Цель

Цель: изучить течение гонартроза I-IV степени осложненного хроническим синовитом.

Материалы и методы

Материалы и методы: В исследовании участвовало 272 пациента, средний возраст которых составил 62±5 года с диагнозом гонартроз I-IV стадий (мужчин – 85, женщин – 187). Диагноз гонартроза верифицирован согласно классификации Kellgren-Lawrence: с I стадией – 28 пациентов, со II – 82, с III – 121, с IV – 41. Для определения выраженности и длительности синовита использовали клинические тест-симптомы: «мокрой тряпки», «седла лошади», «баллотирования надколенника», «флюктуации». Для контроля воспаления в суставе использовали радиотермометрию. Активность синовита определяли по показателям в крови – скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка и в синовиальной жидкости – по уровню цитоза. Длительность утренней скованности определяли в минутах.

Результаты

Результаты: В результате обследования выявлены особенности течения гонартроза осложненного синовитом: у 82 (30,1%) пациентов синовит протекал более 6 месяцев и приобрел хроническое течение; у 94 (34,5%) синовит протекал с рецидивами более 2 за 6 месяцев и приобрел хроническое рецидивирующее течение; хроническое часто рецидивирующее течение более 4 рецидивов в течении 1 года было у 96 (35,2%). Анализ крови и синовиальной

жидкости показал отклонения в следующих показателях: в крови повышение скорости оседания эритроцитов 22±7 мм/час у 198 пациентов (94 %); С-реактивного белка у 86 (31.6%) пациентов; в синовиальной жидкости увеличение цифр С-реактивного белка 3,8±07 у 48 пациентов; повышение цитоза у 168 пациентов до 6х103 и у 84 пациентов до 9х103, при этом количество нейтрофилов также увеличилось до 30%. По данным радиотермометрии при синовите повышение температуры в суставе выявлено у 272 пациентов (100%) и Tmed составило 33,9°±1,2°С.

Заключение

Заключение: Синовит был верифицирован при всех стадиях гонартроза, начиная с I стадии. Для хронического синовита характерно: повышение скорости оседания эритроцитов, С-реактивного белка, цитоза и увеличение утренней скованности до 30–45 минут.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СИНОВИТА НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ГОНАРТРОЗОМ

Авторы тезиса: Терешенков В.П., Загородний Н.В., Шевелев О.А., Ходорович Н.А.

Место работы: Российский Университет дружбы народов
Страна: Россия
Город: 117498, Москва, ул. Миклухо-Маклая, 8

Цель

Цель: изучить особенности течения болевого синдрома у пациентов с гонартрозом I–IV стадий осложненного хроническим синовитом.

Материалы и методы

Материалы и методы: В исследование было включено 272 пациента, средний возраст которых составил 62±5 года, с диагнозом гонартроз I–IV стадий (из них мужчин – 85, женщин – 187). Диагноз гонартроза верифицирован согласно классификации Kellgren-Lawrence: из них с I стадией – 28 пациентов, со II стадией – 82, с III стадией – 121, с IV стадией – 41. У всех пациентов включенных в исследование диагностирован синовит коленного сустава: хронический у 82 (30,1%), хронический рецидивирующий у 94 (34,5%), хронический часто рецидивирующий у 96 (35,2%). Для оценки динамики боли использовали визуальную аналоговую шкалу в покое и после физической

нагрузки. Дополнительно определяли характер, длительность боли и частоту появления ночных болей. Функциональную активность определяли по индексу Лекена.

Результаты

Результаты: В результате обследования установлено, что хронический синовит достоверно усиливает боль по визуальной аналоговой шкале в покое на 78% (p<0,001), после физической нагрузки на 86% (p<0,001). Ночные боли выявлены у 161 (59,1%) пациентов, интенсивность которых усиливалась во второй половине ночи. У подавляющего числа пациентов 196 (72,0%) боль локализовалась в медиальном отделе и в верхнем завороте коленного сустава. Функциональная активность по индексу Лекена уменьшилась на 82% (p<0,001), причем снижение амплитуды движения зависит не только от стадии гонартроза, но и от степени выраженности синовита. Опороспособность конечности с синовитом коленного сустава снизилась в три раза, что потребовало использование пациентами дополнительной опоры – укороченных костылей.

Заключение

Заключение: Хронический синовит усиливает и пролонгирует боль, способствует появлению ночных болей и значительно снижает функциональную активность у пациентов с гонартрозом I–IV стадий.

ОСТЕОТОМИИ И СПОРТ

ОСТЕОТОМИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАДОННЫХ БЛОКИРУЕМЫХ ПЛАСТИН ПРИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Авторы тезиса: Ворошилов А.С., Абдулхабиров М.А., Бери В.Е., Хиджазин В.Х.

Место работы: ГБУЗ «ГКБ им. В.М. Буянова ДЗМ»
Страна: Россия
Город: Москва

Цель

Улучшение результатов хирургического лечения неправильно сросшихся переломов дистального метаэпифиза лучевой кости с использованием ладонных блокируемых пластин с угловой стабильностью.

Материалы и методы

На базе Московской ГКБ им. Буянова за период с 2011–2016 года было прооперировано 17 пациентов с неправильно сросшимися переломами дистального метаэпифиза лучевой кости.

Возраст пациентов: от 23 до 67 лет.

Пациенты предъявляли жалобы на: болевой синдром, ограничение движений в лучезапястном суставе и снижение функции, а так же наличие деформации кисти и дистального отдела предплечья.

Для устранения деформации лучевой кости использовали различные виды остеотомии с и без предварительной дистракцией лучезапястного сустава при помощи дистракционного аппарата.

При переломах, давность которых составляла от 2–4 месяцев, и при большом (до 1,5–2 см в длину) смещении между фрагменте (9 пациентов) мы ограничились остеотомией лучевой кости по линии сращения и фиксацией отломков спицами (2 пациента) и блокируемыми пластинами с угловой

стабильностью (7 пациентов), укладываемой по ладонной стороне лучевой кости.

В поздние сроки (4–6 месяцев и более), когда линия перелома уже с трудом прослеживалась в предоперационном периоде пациентам мы проводили дистракцию лучезапястного сустава в течение 5–7 дней спицевым или стержневым аппаратами наружной фиксации, а затем производили репозицию после полусферической остеотомии лучевой кости в ее дистальном отделе (5 пациентов). Фрагменты лучевой кости так же фиксировали ладонными блокируемыми пластинами с угловой стабильностью.

Результаты

Оценку отдаленных результатов лечения проводили по шкале DASH. Результаты были прослежены у всех пациентов на протяжении 1 года. Через 6 месяцев болевой синдром отсутствовал у 17 пациентов. У всех пациентов достигнута нормальная функция и объем движений в лучезапястном суставе. Трудоспособность была восстановлена у всех пациентов в среднем за 3–4 месяца после хирургической операции. Косметическими и функциональными результатами лечения все больные остались довольны.

Заключение

Пациентам с неправильно сросшимися переломами лучевой кости в дистальном эпиметафизе показаны различные виды остеотомии лучевой кости не только для восстановления анатомической оси кости, но и для полноценного восстановления функции лучезапястного сустава.

СПИСОК АВТОРОВ

Kirienko Alexander, Malagoli Emiliano 3

Артемьев А.А. 4

Ахмедов Б.Г., Ткачев А.А., Чилилов А.М. 6

Бери В.Е., Абдулхабиров М.А., Ворошилов А.С. 7

Брижань Л.К., Бабич М.И., Цемко Т.Г., Родивилов Б.Б., Пучков С.Н., Чирва Ю.В., Аксенов Ю.В. 9

Грицюк А.А. 10

Дубасова А.А., Тюрин М.Н., Третьяков В.Б., Коннов Е.В. 11

Кожевников В.В., Ворончихин Е.В., Григоричева Л.Г., Тимофеев В.В., Буркова И.Н. 13

Кулеш П.Н.***, Соломин Л.Н.***, Рябоконь Н.А.**** 14

Куценко С.Н., Сюй Лей, Рудик А.С., Куценко Ю.С. 16

Малюк Б.В., Белецкий А.В., Эйсмонт О.Л., Деменцов А.Б. 17

Михович М.С., Глазкин Л.С. 19

Слиняков Л.Ю., Донченко С. В., Блоков М.Ю., Городянский А.А., Терехин С.В. 20

Тажин К.Б. 21

Чочиев Г.М., Кукин И.А., Королькова О.И., Ганькин А.И. 23

Чочиев Г.М., Ганькин И.А., Королькова О.И. 24

Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Денисов А.А., Щепкина Е.А., Сорокин Е.П., Стафеев Д.В., Фомичев В.А., Ласунский С.А., Гудз А.И., Коган П.Г., Синеокий А.Д. 26

Щепкина Е.А., Соломин Л.Н., Лебедков И.В., Корчагин К.Л., Сабиров Ф.К. 27

Фролов А.В., Бурцев М.Е., Логвинов А.Н., Королев А.В. 29

Wu Haixiao, Ratyev A.P., Egiazaryan K.A., Zhang Chao, Gordienko D.I., Skoroglyadov A.V. 31

Артемьев А.А., Ивашкин А.Н., Кавецкий Ю.П., Сысоев И.А. 32

Куценко С.Н., Рамский Р.С., Сюй Лей 34

Третьяков В.Б. 35

Артемьев А.А., Марголин Я.М., Ахпашев А.А., Абакиров М.Д. 37

Баймагамбетов Ш.А., Балгинбаев А.К. 39

Бенько А.Н., Кезля О.П., Герасименко М.А., Королько А.С.* 40

Загородний Н.В.[1], Карпович Н.И.[1], Скворцов Д.В.[2], Канаев А.С., Абдулхабиров М.А.[1], Шадян А.В., Дамаж А.И.[1]. 42

Лазко М.Ф., Абдулхабиров М.А., Призов А.П., Копылов А.А. (Россия, Москва) 43

Терешенков В.П., Загородний Н.В. 45

Терешенков В.П., Загородний Н.В., Шевелев О.А., Ходорович Н.А. 46

Терешенков В.П., Загородний Н.В., Шевелев О.А., Ходорович Н.А. 47

Ворошилов А.С., Абдулхабиров М.А., Бери В.Е., Хиджазин В.Х. 49

СОДЕРЖАНИЕ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ТАЗА И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

3 КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ СТОПЫ ПО МЕТОДУ ИЛИЗАРОВА

Kirienko Alexander, Malagoli Emiliano

4 20-ЛЕТНИЙ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ ФОРМЫ И ДЛИНЫ НОГ ПО ЭСТЕТИЧЕСКИМ И КЛИНИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

Артемьев А.А.

6 КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ ВЫВИХОМ БЕДРА

Ахмедов Б.Г., Ткачев А.А., Чилилов А.М.

7 ОСТЕОТОМИЯ ТАЗА И БЕДРА ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКИХ КОКСАРТРОЗАХ. ЭВОЛЮЦИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ

Бери В.Е., Абдулхабиров М.А., Ворошилов А.С.

9 ОПТИМИЗАЦИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОТОМИЙ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДИАФИЗАРНЫХ ДЕФЕКТОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Брижань Л.К., Бабич М.И., Цемко Т.Г., Родивилов Б.Б., Пучков С.Н., Чирва Ю.В., Аксенов Ю.В.

10 РОЛЬ ОСТЕОТОМИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Грицюк А.А.

11 РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Дубасова А.А., Тюрин М.Н., Третьяков В.Б., Коннов Е.В.

13 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ОСЕВЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Кожевников В.В., Ворончихин Е.В., Григоричева Л.Г., Тимофеев В.В., Буркова И.Н.

14 ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАФИИ И УЗИ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ ПОСЛЕ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНЕЙ, ПРОИЗВОДИМЫХ ДЛЯ ИСПРАВЛЕНИЯ О-ОБРАЗНОЙ ФОРМЫ НОГ

Кулеш П.Н.*, Соломин Л.Н.***, Рябоконь Н.А.******

16 РАЦИОНАЛЬНЫЙ ВЫБОР УРОВНЯ И СПОСОБА ВЫПОЛНЕНИЯ ОСТЕОТОМИИ ПРИ УДЛИНЕНИИ БЕДРА ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ДИСТРАКЦИОННЫМИ АППАРАТАМИ БЛИСКУНОВА

Куценко С.Н., Сюй Лей, Рудик А.С., Куценко Ю.С.

17 ТЭКС ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ВАЛЬГУСНОЙ ДЕФОРМАЦИИ И КОМБИНИРОВАННОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ

Малюк Б.В., Белецкий А.В., Эйсмонт О.Л., Деменцов А.Б.

19 ПРОКСИМАЛЬНАЯ ЛАТЕРАЛЬНАЯ КЛИНООТКРЫАЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Михович М.С., Глазкин Л.С.

20 КОРРИГИРУЮЩИЕ ПОДМЫЩЕЛКОВЫЕ ОСТЕОТОМИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОНАРТРОЗА

Слиняков Л.Ю., Донченко С. В., Блоков М.Ю., Городянский А.А., Терехин С.В.

21 РЕЗУЛЬТАТЫ ДИСТАЛЬНЫХ ОСТЕОТОМИЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ДИСТАЛЯЦИОННОЙ ПЛАСТИНОЙ ПРИ GENU VALGUM

Тажин К.Б.

23 УДЛИНЕНИЕ И КОРРЕКЦИЯ ДЕФОРМАЦИЙ ПРИ АХОНДРОПЛАЗИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Чочиев Г.М., Кукин И.А., Королькова О.И., Ганькин А.И.

24 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ ПРИ ОСТЕОАРТРИТАХ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Чочиев Г.М., Ганькин И.А., Королькова О.И.

26 НАШ ОПЫТ ВЫПОЛНЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЙ КОСТЕЙ ФОРМИРУЮЩИХ КОЛЕННЫЙ СУСТАВ ПРИ МЕДИАЛЬНОМ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОАРТРОЗЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПАССИВНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ НАВИГАЦИИ

Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Денисов А.А., Щепкина Е.А., Сорокин Е.П., Стафеев Д.В., Фомичев В.А., Ласунский С.А., Гудз А.И., Коган П.Г., Синеокий А.Д.

27 ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К УСТРАНЕНИЮ НЕРАВЕНСТВА ДЛИН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Щепкина Е.А., Соломин Л.Н., Лебедков И.В., Корчагин К.Л., Сабиров Ф.К.

29 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ И ДЕФОРМАЦИЙ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ С НЕСОВЕРШЕННЫМ ОСТЕОГЕНЕЗОМ, ПРИМЕНЕНИЕ ТИТАНОВЫХ ЭЛАСТИЧНЫХ СТЕРЖНЕЙ

Фролов А.В., Бурцев М.Е., Логвинов А.Н., Королев А.В.

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОСТЕОТОМИЯХ

31 THE TOPICAL APPLICATION OF ROSUVASTATIN IN PREVENTING KNEE INTRA-ARTICULAR ADHESION IN RATS

Wu Haixiao, Ratyev A.P., Egiazaryan K.A., Zhang Chao, Gordienko D.I., Skoroglyadov A.V.

32 КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ ВНЕ ВЕРШИНЫ ДЕФОРМАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛЕНИ

Артемьев А.А., Ивашкин А.Н., Кавецкий Ю.П., Сысоев И.А.

34 АНАТОМО-ХИРУРГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УРОВНЯ ОСТЕОТОМИИ ПРИ УДЛИНЕНИИ ПЛЕЧА ИНТРАМЕДУЛЛЯРНЫМИ ДИСТРАКЦИОННЫМИ АППАРАТАМИ

Куценко С.Н., Рамский Р.С., Сюй Лей

35 ПРОФИЛАКТИКА ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ

Третьяков В.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ОСТЕОАРТРОЗА

37 КОРРИГИРУЮЩАЯ ОСТЕОТОМИЯ С ПОСТЕПЕННОЙ КОРРЕКЦИЕЙ ОСИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПО ИЛИЗАРОВУ – ПРОСТОЙ, БЕЗОПАСНЫЙ И ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА

Артемьев А.А., Марголин Я.М., Ахпашев А.А., Абакиров М.Д.

39 АРТРОСКОПИЧЕСКИЙ ЛАВАЖ В СОЧЕТАНИИ С ВИСКОСАППЛЕМЕНТАРНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ГОНАРТРОЗОМ

Баймагамбетов Ш.А., Балгинбаев А.К.

40 ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОПТИМАЛЬНОГО УГЛА КОРРЕКЦИИ ПРИ ОСТЕОТОМИЯХ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Бенько А.Н., Кезля О.П., Герасименко М.А., Королько А.С.*

42 НАИМЕНОВАНИЕ ТЕЗИСА: ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОХОДКИ ДО И ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОПРОТЕКТОРА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГОНАТРОЗА

Загородний Н.В.[1], Карпович Н.И.[1], Скворцов Д.В.[2], Канаев А.С., Абдулхабиров М.А.[1], Шадян А.В., Дамаж А.И.[1].

43 ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ О КОРРИГИРУЮЩИХ ОСТЕОТОМИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Лазко М.Ф., Абдулхабиров М.А., Призов А.П., Копылов А.А. (Россия, Москва)

45 ПРЕПАРАТ ГИАЛГАН В ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА

Терешенков В.П., Загородний Н.В.

46 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОНАРТРОЗА ОСЛОЖНЕННОГО ХРОНИЧЕСКИМ СИНОВИТОМ

Терешенков В.П., Загородний Н.В., Шевелев О.А., Ходорович Н.А.

47 ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО СИНОВИТА НА БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ФУНКЦИОНАЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ГОНАРТРОЗОМ

Терешенков В.П., Загородний Н.В., Шевелев О.А., Ходорович Н.А.

ОСТЕОТОМИИ И СПОРТ

49 ОСТЕОТОМИЯ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЛАДОННЫХ БЛОКИРУЕМЫХ ПЛАСТИН ПРИ НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Ворошилов А.С., Абдулхабиров М.А., Бери В.Е., Хиджазин В.Х.