

Association of
Sports
Traumatology,
Arthroscopy,
Orthopaedic surgery,
Rehabilitation



Ассоциация
Спортивных
Травматологов,
Артрологических и
Ортопедических хирургов,
Реабилитологов

ПОД ПАТРОНАЖЕМ
UNDER THE PATRONAGE OF



2018

Moscow, February 8-9
Москва, 8-9 февраля

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

KEY TOPIC

СПЕЦИАЛЬНАЯ ТЕМА

FOOTBALL

ФУТБОЛ



FIFA WORLD CUP
RUSSIA 2018

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Association of
Sports
Traumatology,
Arthroscopy,
Orthopaedic surgery,
Rehabilitation



Ассоциация
Спортивных
Травматологов,
Артрологических и
Ортопедических хирургов,
Реабилитологов



ECSTO
EUROPEAN CLINIC OF SPORTS
TRAUMATOLOGY AND ORTHOPAEDICS

М+Э МЕДИ Экспо

**МАТЕРИАЛЫ
IV МЕЖДУНАРОДНОГО КОНГРЕССА АСТАОР
8–9 февраля 2018 года
Москва**

М., 2018 – 47 с.

ISBN 978-5-906484-31-4

©«МЕДИ Экспо», 2018

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ МАССИВНЫХ РАЗРЫВОВ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Копылов А.Ю., Павлов Д.В., Смирнов А.А., Алыев Р.В.

ФГБУ Приволжский Федеральный Медицинский Исследовательский Центр Минздрава России
г. Нижний Новгород, Россия

Введение

Повреждения вращающей манжеты являются наиболее распространенной причиной боли в плече. Полный разрыв вращающей манжеты плеча отмечается у 20% населения, однако лишь треть из них имеют клинические симптомы. Около 25% полных разрывов являются массивными – двух и более сухожилий. Явным признаком массивного повреждения является псевдопаралич плеча, который встречается у 20% пациентов. При массивных разрывах вращающей манжеты, в том числе ее жировой дегенерации, применяется реверсивное эндопротезирование плечевого сустава.

Цель

Оценка результатов артроскопического лечения пациентов с застарелыми массивными повреждениями вращающей манжеты.

Материалы и методы

С 2015 по 2016 на базе нашего Центра оперировано 147 пациентов с повреждениями ротаторной манжеты с давностью от 2 недель до 24 лет. Возраст пациентов составлял от 22 до 80 лет ($57,8 \pm 8,1$). Критериями включения были застарелые повреждения ротаторной манжеты давностью от 3 до 18 месяцев после травмы (106 пациентов) в возрасте от 50 до 78 лет ($60,7 \pm 5,1$). Из 106 пациентов с застарелыми повреждениями ротаторной манжеты послеоперационные результаты изучены

у 34 больных (15 мужчин и 19 женщин). Средний возраст пациентов $59,3 \pm 6,2$ лет.

Протокол предоперационного обследования включал в себя клинический осмотр пациента, рентгенографию плечевого сустава в 3-х проекциях (прямая, аксиальная и Stryker), МРТ и КТ (по показаниям). Во время операции применялись одно – и двухрядные артроскопические методики с применением фиксаторов CrossFT, Healix, Magnum2 и SpeedScrew. Трём пациентам было рекомендовано реверсивное эндопротезирование плечевого сустава ввиду массивных невосстановимых разрывов вращающей манжеты.

Результаты и заключение

Данные клинического обследования показали явное улучшение амплитудных показателей сгибания, разгибания и отведения на 58%, 28% и 57% соответственно. Данные анкетирования показали удовлетворительные результаты по шкалам SDQ, OSQ. Восстановление функции плеча по шкале Constant Core составила $85 \pm 6,3$ %. Удовлетворенность пациентов проведенным лечением по шкале SRQ составила $74,9 \pm 13,4$ баллов. Таким образом, артроскопическое восстановление застарелых массивных повреждений вращающей манжеты можно считать методом выбора.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

АНАЛИЗ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Кострица А.Н.

Многопрофильная клиника в Тропарево
г. Москва, Россия

Цель исследования

За период с марта по декабрь 2012 года у 106 (87,6%) пациентов выполнено 112 (88,2%) артроскопических операций на коленном суставе. Всего проходило лечение по поводу повреждений коленного сустава 106 пациентов из них 58 (54,7%) женщин и 48 (45,3%) мужчин, средний возраст пациентов 44 года (15-84 года), женщины – средний возраст 49 лет (16-84 года), мужчины – 39 лет (15-67 лет). Всем больным перед операцией выполнялось МРТ коленного сустава, анестезия – внутривенная, время около 35 минут. 112 операций на коленном суставе выполнены артроскопически. Одновременно на обоих коленных суставах – 6 (5,4%).

Артроскопические оперативные вмешательства выполнены у 106 пациентов, на 112 коленных суставах. Левый – 42 (37,5%), правый – 70 (62,5%). Выявлено 604 патологических объекта, пластика ПКС – 6, ЗКС – 1. Полная нагрузка и сгибание в оперированном коленном суставе до 90 градусов сразу после анестезии, всем проводилась профилактика ТЭЛА. Осложнений нет. Три группы: до 6 месяцев – 21 (19,8%), от 6 месяцев до года – 35 (33,0%) и 50 (47,2%) – более года. Дневной стационар – 85 (80,2%) пациентов, стационар одного дня – 21 (19,8%). Среднее время, проведен-

ное в дневном стационаре, составило $3\pm 0,2$ часа, в стационаре одного дня 15 ± 2 часа. Отдаленные результаты – от 2-х недель до 9 месяцев, у 75 % полное восстановление, 25% амбулаторная расширенная реабилитация – пациенты с давностью заболевания более года. Длительность лечения от 2 недель до 3 месяцев, потребовалось лечение хондропротекторами.

Выводы

- Предоперационная диагностика с использованием МРТ, высокие возможности артроскопии стали эффективным методом диагностики и малоинвазивного лечения внутрисуставной патологии коленного сустава в условиях дневного стационара;
- применение артроскопии коленного сустава позволило выявить локализацию, степень и распространенность поврежденного хряща, при стёртой клинической симптоматике, поставить правильный диагноз и провести патогенетическое лечение;
- артроскопическое лечение внутрисуставной патологии коленного сустава – стационарозамещающая технология.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кузнецов И.А., Величко К.Е., Салихов М.Р., Шулепов Д.А.

ООО «СпортКлиника»
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Оценить среднесрочные результаты артроскопического лечения пациентов с импинджмент синдромом голеностопного сустава.

Материалы и методы

В период с января 2014 по декабрь 2017 года в ООО «СпортКлиника» было выполнено 86 операций профессиональным спортсменам и артистам балета по поводу импинджмент синдрома в области голеностопного сустава. Пациенты разделены на 4 группы, в зависимости от локализации «конфликта»: 1-я группа только передний отдел голеностопного сустава – 10 пациентов; 2 группа – передний и задний отделы – 6 пациентов; 3 группа – только задний отдел – 62 пациента; 4 группа – конфликт (деформация Хаглунда) пяточной кости и ахиллова сухожилия – 8 пациентов. Средний возраст 24 года (от 15 до 32 лет). Всем пациентам было проведено рентгенографическое и магнитно-резонансное исследование. Объем операции зависел от группы, в которую входил пациент: 1 группа – артроскопическая санация, артролиз переднего отдела сустава, моделирующая резекция переднего края большеберцовой кости и оссификатов таранной кости; 2-я группа – объем операции включал в себя манипуляции 1-й и 3-й групп; 3-я группа – артроскопическая санация, артролиз заднего отдела сустава, моделирующая резекция заднего края большеберцовой кости и оссифи-

катов таранной кости (30 пациентов удаление os trigonum, 32 пациента резекция os Stieda); 4-я группа – артроскопическая кальканеопластика с тенолизом дегенеративно измененного ахиллова сухожилия и бурсэктомией.

Результаты

В ходе проведенных операций не было зарегистрировано ни одного инфекционного осложнения. Прооперированные пациенты в 1, 3 и 4 – й группе смогли вернуться к прежнему уровню спортивных и профессиональных нагрузок в течение 6 ± 2 недель, пациенты 2 – й группы смогли приступить к спортивным нагрузкам лишь спустя 12 ± 2 недель. Среднее количество баллов по шкале (AOFAS) до операции составило 60,5 (от 39 до 82), через 2 месяца после операции результат улучшен до 85,5 баллов (от 76 до 95).

Выводы

Артроскопия голеностопного сустава и стопы на сегодняшний день является эффективным и относительно безопасным методом лечения импинджмент синдрома, позволяющий сократить срок реабилитации и вернуть спортсмена к прежним нагрузкам.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАРАННОЙ КОСТИ В СОЧЕТАНИИ С PRP ТЕРАПИЕЙ

Салихов М.Р., Кузнецов И.А., Шулёпов Д.А., Величко К.Е.

ФГБУ «Российский научно – исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена»
отделение спортивной травматологии и реабилитации
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Сравнить результаты артроскопического лечения пациентов с остеохондральными повреждениями таранной кости в сочетании с PRP терапией.

Материалы и методы

52 пациента с остеохондральными повреждениями таранной кости (средний возраст $35 \pm 4,5$ года), разделены на две группы: I группа – 30 пациентов схема лечения которых включала в себя две методики: артроскопическое лечение, включающая в себя удаления хрящевых или костно-хрящевых фрагментов, хирургической обработки раны и стимуляции субхондральных отделов для восполнения хрящевого дефекта рубцовой тканью и биологическую стимуляцию (PRP-терапия) для ускорения заживления хондральный дефектов. PRP-терапия проводилась по схеме (три укола: 1-й интраоперационно перед зашиванием ран, остальные уколы с интервалом в неделю). II группа – 22 пациента, которые не получали PRP терапию. Площадь поражения хряща не превышала 15 мм и не глубже 7 мм. Оценку боли проводили по визуальной аналоговой шкале (VAS) и состояния функции голеностопного сустава по шкале

клинической оценки заболеваний стопы и голеностопного сустава Американской Ассоциации Ортопедов Стопы и голеностопного сустава (AOFAS) в предоперационном периоде, через 4 и 12 недель после операции.

Результаты

Результаты оценки боли у пациентов в обеих группах улучшены с 5 до 1 балла. Функциональный результат, оцененный по шкале AOFAS, в первой группе улучшен с $56 \pm 4,6$ баллов до $92 \pm 4,5$ балла, во второй группе улучшен с $57 \pm 3,7$ баллов до $91 \pm 5,4$ балла.

Выводы

Если площадь поражения хряща таранной кости на превышает 15 мм и не глубже 7 мм – метод стимулирования костного мозга, в том числе кюретаж, микрофрактуринг выполненные с помощью артроскопического метода позволяет добиться хорошего функционального результата. Сочетание данной методики лечения с PRP терапией не позволяет достигнуть значительно лучших результатов и остается на усмотрение лечащего врача.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ЧРЕСКОЖНЫЙ РЕЛИЗ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВНУТРЕННЕГО МЕНИСКА

Сластинин В.В., Файн А.М.

НИИ СП им. Н.В. Склифосовского
г. Москва, Россия

Артроскопическая резекция заднего рога внутреннего мениска коленного сустава является рутинной операцией, не представляющей проблемы, в случае хорошего раскрытия внутреннего отдела коленного сустава. В случаях недостаточного раскрытия внутреннего отдела коленного сустава нередко возникают ошибки в диагностике повреждений заднего рога внутреннего мениска и ятрогенные повреждения хряща инструментами при резекции мениска.

Цели и задачи

Оценить эффективность чрескожного релиза медиальной коллатеральной связки при резекции внутреннего мениска для увеличения раскрытия внутреннего отдела коленного сустава.

Материалы и методы

В исследование вошли пациенты в возрасте от 17 до 70 лет, прооперированные в 2016 году в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, которым была произведена артроскопическая резекция заднего рога внутреннего мениска и отмечалось недостаточное раскрытие внутреннего отдела коленного сустава.

22 пациентам произведен чрескожный релиз задней трети поверхностной медиальной коллатеральной связки при помощи иглы 18 G, что позволило увеличить ширину суставной щели до 8 мм

и работать стандартными выкусывателями и шейвером без риска ятрогенного повреждения хряща.

У 25 пациентов с недостаточным раскрытием внутреннего отдела коленного сустава для резекции заднего рога внутреннего мениска использовали коагуляционный крючок (из-за низкого профиля данного инструмента), у 2 пациентов использовали дополнительный заднемедиальный доступ.

Всем пациентам через 2-3 дня после операции разрешали полную нагрузку на оперированную конечность без ортеза.

Результаты и выводы

В обеих группах ни у одного пациента во время операции не было ятрогенного повреждения хряща. Статистически значимых различий по уровню послеоперационной боли и продолжительности операции также не обнаружено.

Использование чрескожного релиза медиальной коллатеральной связки у пациентов с недостаточным раскрытием внутреннего отдела коленного сустава для резекции заднего рога внутреннего мениска является надёжным методом, позволяющим избежать ятрогенное повреждение хряща.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ПРЕИМУЩЕСТВА АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЛАТАРЖЕ ПЕРЕД ОТКРЫТОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧА

Чеботарёв С.В., Ветошкин А.А.

ФГБУ ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Сравнить особенности выполнения и краткосрочные послеоперационные результаты, оценить преимущества артроскопической операции Латарже перед открытой.

Материалы и методы

С 2013 по 2017 год выполнено 45 открытых и 65 артроскопических операций Латарже. Оценивалось: продолжительность операций, положение трансплантата клювовидного отростка на гленоиде, функциональный результат движений в плечевом суставе.

Результаты

1. Продолжительность операций сопоставима в обеих группах с некоторым преимуществом артроскопической техники – среднее время 90 минут против 110 минут при открытой операции.
2. Трансплантат располагался в нужном месте в 92% случаев (60 человек) при артроскопическом и в 89% случаев (40 человек) при открытом методе операции. При выполнении артроскопической операции Латарже в сагиттальном разрезе положение блока на гленоиде в 89% случаев (59 человек) оценивалось как заподлицо конгруэнтное, латерализация трансплантата составила 3% (2 человека), медиальное положение – 6% (4 человека). В группе с открытыми операциями неправильное расположение клювовидного отростка встречалось чаще: латерализация – 9% (4 человека), медиальное положение – 13%

(6 человек), хорошее положение достигалось лишь в 78% случаев.

3. После выполнения открытой операции Латарже один случай неврологического нарушения (2% выполненных операций) в виде транзиторной нейропатии мышечно-кожного нерва.
4. Анализ амплитуды движений показал, что ограничение наружной ротации плеча в большей степени выражено после выполнения открытой операции Латарже: в среднем на 14о (от 5 о до 23 о) против 7 о (от отсутствия ограничения до 14 о) после артроскопической операции.

Выводы

Артроскопическая операция имеет ряд преимуществ:

1. хорошая визуализация для правильного размещения костного блока на гленоиде и контроля места нахождения крупных нервов;
2. низкая вероятность послеоперационной контрактуры, ввиду ограниченного повреждения мягких тканей и визуального контроля за формированием сплита;
3. короткие сроки нахождения в стационаре, ранняя подвижность в плечевом суставе и быстрая реабилитация в послеоперационном периоде, низкий риск тромбоэмболических и инфекционных осложнений;
4. хороший косметический результат операции.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

АНАЛИЗ МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

Красильников А.А., Мочалова Н.В.

ГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова
г. Москва, Россия

Передняя крестообразная связка (ПКС) в силу своих анатомических особенностей является наиболее часто повреждаемой связкой коленного сустава.

Цель исследования

Анализ варианта реабилитационных мероприятий, проводимых после реконструкции ПКС с использованием аутооттрансплантата.

Материалы и методы

В ООО «МК «Семейный доктор» за последние 2 года пролечено 47 человек с повреждением и разрывом ПКС. Из них 22 человека после реконструкции с использованием аутооттрансплантата из сухожилий гусиной лапки, 25 – с использованием трансплантата из собственной связки надколенника. Возрастной диапазон от 27 до 38 лет. Из них мужчин 38, женщин – 9.

Физиотерапевтическое лечение было назначено на 7-14 день после оперативного вмешательства. Все пациенты имели жалобы на отечность прооперированного коленного сустава, болевой синдром различной степени выраженности (ВАШ), контрактуру коленного сустава и ощущение неуверенности при движении.

Наряду со стандартными протоколами ведения послеоперационных пациентов проводили курс магнитотерапии БИМП и СМТ-форез димексида с органоминеральными салфетками на основе отжима иловой сульфидной грязи, произведенных ООО «СИБМИНВОДЫ».

Результаты

Курс лечения составил от 7 до 10 процедур ежедневно или через день. Все пациенты отмечали хорошую переносимость процедур, уменьшение отека, увеличение объема движений и значительное снижение болевого синдрома.

Улучшение отмечали к 3-4 процедуре, значительно уменьшился отек, к 5 процедуре увеличился объем движений. К концу курса лечения больные практически полностью восстановили движения в коленном суставе.

Заключение

Анализ реабилитационных мероприятий, включающих магнитотерапию БИМП и СМТ-форез димексида с органоминеральными салфетками на основе отжима иловой сульфидной грязи, позволяет рекомендовать данную методику для улучшения результатов послеоперационного лечения пациентов с аутопластикой ПКС. Вышеуказанные мероприятия за счет комплекса минеральных веществ, содержащего различные по полярности минералы, позволяют сократить сроки реабилитации послеоперационных больных с данной патологией, способствуют заживлению послеоперационных ран (за счет уменьшения отека и улучшения кровоснабжения) и увеличению объема движений в коленном суставе.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ У СПОРТСМЕНОВ

Третьяков В.Б., Сайковский А.А., Ершов С.Е., Садковская Ю.В.

ГБУЗ СО «Самарская городская больница №7» хозрасчётное отделение травматологии и ортопедии
г. Самара, Россия

Цель исследования

Определение показаний к метода анестезии при проведении артроскопических операций на крупных суставах у спортсменов.

Материалы и методы

За период с 2016 по 2017 г. в хозрасчётном отделении травматологии и ортопедии ГБУЗ СО СГБ №7 проведено 198 анестезиологических пособий при артроскопии крупных суставов у спортсменов. Мужчин – 132, женщин – 66, средний возраст пациентов составил 34 года. Острая травма – 32%, 68% – заболевания. Артроскопия коленного сустава – 74%, 16% – плечевого сустава, 10% – голеностопного сустава. Применялись различные методики анестезии: общая и региональная. Комбинированный многокомпонентный наркоз с использованием ингаляционных анестетиков (севофлюран, изофлюран), с применением ларингеальной маски (без применения миорелаксантов) – у 58% пациентов. Спинальная анестезия у 30% и тотальная внутривенная анестезия с интубацией трахеи, с использованием миорелаксантов у 12%. При артроскопии плечевого сустава использовался комбинированный многокомпонентный наркоз с использованием ингаляционных анестетиков (севофлюран, изофлюран), с применением ларингеальной маски и без применения миорелаксантов. Осложнения, связанные с проведением анестезиологического пособия отмечены у 11 пациентов в группе пациентов со спинальной анестезией и тотальной внутривенной анестезией с использованием миорелаксантов. Осложнения

купированы в раннем послеоперационном периоде. На процесс послеоперационной реабилитации они не влияли. В группе пациентов с комбинированным многокомпонентным наркозом с использованием ингаляционных анестетиков (севофлюран, изофлюран) и с применением ларингеальной маски осложнений не было. Пациенты этой группы приступали к выполнению программы послеоперационной реабилитации в день операции и выписывались на 1-2 дня раньше, чем пациенты первых 2 групп.

Выводы

1. Требуется индивидуальный подход к выбору метода анестезии у спортсменов;
2. комбинированный многокомпонентный наркоз позволяет минимизировать риски анестезиологических осложнений;
3. он обеспечивает максимальный комфорт в работе врача-травматолога при операциях на плечевом суставе;
4. снижается потребность в использовании дополнительных лекарственных средств, оптимизируется процесс послеоперационной реабилитации пациента и сокращаются сроки стационарного лечения.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

СПОРТИВНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ

СВЕЖИЕ, ЗАСТАРЕЛЫЕ И РЕЦИДИВНЫЕ РАЗРЫВЫ СУХОЖИЛИЯ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ У СПОРТСМЕНОВ

Грицюк А.А., Лычагин А.В., Жидиляев А.В.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
г. Москва, Россия

Цель исследования

Провести анализ причин разрывов сухожилия большой грудной мышцы (СБГМ) у спортсменов, методов и сроков диагностики, особенностей лечения и реабилитации, анализ ошибок.

Материалы и методы

В течение 16 лет нами было пролечено 37 мужчин в возрасте $28 \pm 10,5$ лет (от 18 до 53 лет) по поводу разрывов СБГМ. У 32 пациентов разрыв произошел в результате занятий силовыми упражнениями и у пяти в результате травмы. 21 пациент занимались спортом профессионально, остальные любительский спорт и бытовые травмы. Все 37 пациентов, до обращения к нам проходили обследование и консервативное лечение в срок от 3 до 20 недель. Необходимо отметить, что у профессионалов период диагностики был намного короче (в среднем от 3 до 12 дней). У семи пациентов имели место повторные послеоперационные разрывы СБГМ (чрезкостный шов нитями и малоинвазивные методики операции якорными фиксаторами, переломы кортикальной пластинки плечевой кости и разрывы нитей фиксаторов). Всех пациентов лечили оперативно с анатомической рефиксацией

4-5 абсорбируемыми якорными фиксаторами, иммобилизацией в течении 4-6 недель и последующей постепенной (2-3 месяца) реабилитацией.

Результаты исследования

В момент обращения средний балл профессиональных пациентов составил $54,04 \pm 5,8$ по опроснику DASH. В группе любителей балл составил $50,66 \pm 6,49$. Через 6 и 12 месяцев после оперативного лечения в первой группе средний результат по опроснику DASH составил $4,38 \pm 2,42$, а во второй группе лечения и $5,58 \pm 3,58$.

Вывод

В краткосрочном периоде наблюдения оперативное лечение в группе спортсменов профессионалов эффективнее при широком доступе и использовании большего количества якорных фиксаторов на ранних сроках после травмы, при застарелых и рецидивных разрывах СБГМ хирургическое лечение возможно и дает хорошие результаты. Но, что ввиду малого объема статистической выборки требуется проведение дополнительных исследований.

ВЫБОР МЕТОДА ФИКСАЦИИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ У СПОРТСМЕНОВ

Грицюк А.А., Лычагин А.В., Сметанин С.М., Столяров А.А.

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
г. Москва, Россия

Цель исследования

Улучшить результаты лечения спортсменов с вывихом акромиального конца ключицы на ос-

новании клинико-экспериментального обоснования выбора фиксатора.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

Материалы и методы

На первом этапе работы в эксперименте использовали свежие анатомические блоки "ключица-лопатка", взятые от трупов разного пола, без визуальных дегенеративных и фиброзно-хрящевых изменений. Изучали биомеханические прочностные характеристики связок, на втором этапе эксперимента сравнивали возможности различных методов фиксации акромиального конца ключицы, сформировали теоретические требования к оптимальному способу фиксации основанные на стабильности ключицы при минимальной травматизации мягких тканей.

На втором этапе исследования сравнили эффективность фиксации акромиального конца ключицы у спортсменов и результаты лечения других пациентов крючковидной пластиной, спицами, методикой MINAR и предложенным нами методом.

Результаты и их обсуждение

Средняя сила, необходимая для разрыва нативных связок, составила 420 ± 20 Н и при этом они растянулись на $6,2 \pm 0,5$ мм; эта же сила для синтеза

якорным фиксатором составила 331 ± 14 Н и образец при этом растянулся на $9,3 \pm 0,9$ мм.

Получили, что стабильность акромиально-ключичного сочленения после фиксации дистального конца ключицы предложенной нами методикой вдвое меньше таковой при нативных связках и в 2.2 раза выше, чем при использовании методики MINAR. Однако стабильность акромиально-ключичного сустава при использовании крючковидной пластины вдвое выше стабильности методики MINAR, что доказывает биомеханическую эффективность метода, но количество осложнений, полученных в клинической практике у спортсменов оказалось на 14,5% больше, чем при лечении предложенным нами методом двухпучковой фиксации акромиального конца ключицы.

Вывод

При лечении спортсменов с вывихами акромиального конца ключицы необходимой дифференцировано подходить к выбору фиксатора для создания условий самостоятельного сращения связок.

ПЕРЕЛОМ V ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФУТБОЛИСТОВ: ВОЗВРАЩЕНИЕ В СПОРТ. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Сорокин Е.П., Васин Ю.А., Чугаев Д.В., Ласунский С.А., Коновальчук Н.С., Фомичев В.А., Коган П.Г.

ФГБУ РНИИТО им. Р.Р. Вредена
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Проанализировать частоту встречаемости и время восстановления после стресс-переломов 5 плюсневой кости у футболистов профессионалов ФК «Зенит» (г. Санкт-Петербург) и сравнить ее с современными литературными данными других футбольных клубов.

Стресс-переломы пятой плюсневой кости – часто встречающаяся у футболистов травма, так по данным УЕФА за период с 2001 по 2012 год частота таких переломов составила 0,5% от всех травм профессиональных футболистов. При этом, возвращение к прежнему уровню физической и спортивной активности всегда было значительно позже, чем это ожидал и сам спортсмен-профессионал и врачебная команда. Это не зависело ни от региона, ни от «звездности» футболиста.

Нами были проанализированы данные ФК «Зенит» (г. Санкт-Петербург) за период с 2010 г. по 2017 г. При этом частота встречаемости составила 0,3%, что ниже чем данные УЕФА за 11-летний период. Также были оценены сроки возвращения футболистов в основной состав с учетом ранее высказанных предположений. В целом эти сроки остались схожими с общемировыми данными. При этом, футболисты, которым выполняли оперативное лечение возвращались в спорт значительно быстрее, нежели те, которых лечили с использованием консервативных методов. Хотя важно отметить, что у пациентов, у которых возникли осложнения после проведенного оперативного лечения, возвращение в спорт было наиболее долгим, среди всех оцениваемых пациентов.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

Выводы

По данным современной литературы, нет единого мнения о сроках возвращения в профессиональный спорт футболистов после стресс-переломов пятой плюсневой кости. Оперативные методы лечения имеют преимущество перед кон-

сервативными, за счет более раннего возвращения футболистов-профессионалов к прежнему уровню спортивной активности, но требуют четко-го определения показаний к операции и объема оперативного вмешательства.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПКС У СПОРТСМЕНОВ

Третьяков В.Б., Гудалов Е.В.

ГБУЗ СО «Самарская городская больница №7» хозрасчётное отделение травматологии и ортопедии
г. Самара, Россия

Цель исследования

Анализ результатов лечения спортсменов с ПТН КС после артроскопической реконструкции ПКС.

Материал и методы

Изучены результаты лечения спортсменов после артроскопической реконструкции ПКС КС, выполненной у 637 пациентов, оперированных за период с 1994 по 2016 г. Средний возраст составил 24,1 год. 75% пациентов были мужчины и 25% – женщины. Спортивная травма отмечена у 82% пациентов, бытовая у 18%. Спортивный профиль – футбол, хоккей, волейбол, борьба. Срок с момента травмы до операции – от 12 до 96 недель. Пациенты до и после операции проходили стандартное клиническое и инструментальное обследование (рентгенография, МРТ, КТ). Состояние сустава оценивали по шкале IKDC. Средний срок наблюдения с момента операции составил от 12 до 36 мес. Хирургическая техника: транстибиальная методика реконструкции ПКС с фиксацией трансплантата винтами (рассасывающимися или титановыми), антеромедиальная методика с использованием винтовой фиксации в тибальном костном канале и подвешивающей фиксации в бедренном костном канале и техника All Inside. Трансплантат: для замещения повреждённой связки использовали сухожильные аутооттрансплантаты: сухожилия полусухожильной и длинной малоберцовой мышцы, блочные аутооттрансплантаты связки надколенника и лиофилизированные блочные аллоимплантаты связки надколенника.

Результаты

Отдаленные результаты лечения: средний балл по системе IKDC до операции составил 50,96,

а при оценке отдалённого результата – 81,23 ($p < 0,05$). Финальный результат лечения: хороший (группа В) и отличный (группа А) результат составил 84%, группа С (удовлетворительный результат): 4%, группа Д (неудовлетворительный результат): 2%.

Заключение

Результаты лечения пациентов свидетельствуют о прямой зависимости прогрессирования послеоперационного остеоартроза от уровня стабильности сустава, качества лигаментизации (ремоделирования трансплантата) и восстановления проприоцептивной функции сустава.

Выводы

1. Артроскопическое лечение ПТН КС при повреждении ПКС наиболее эффективно до начала развития дегенеративно-дистрофических изменений в суставе.
2. Использование анатомических методик формирования костных каналов и комбинированных методик фиксации трансплантата обуславливает оптимальные условия для первичного врастания трансплантата.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ВТЭО) ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Третьяков В.Б., Дубасова А.А., Гудалов Е.В.

ГБУЗ СО «Самарская городская больница №7» г. Самара,
г. Самара, Россия

Цель исследования

Оценка эффективности и безопасности применения препарата дабигатрана этексилат (прадакса) для профилактики ВТЭО после артроскопических операций на крупных суставах.

Материалы и методы

Результаты тромбопрофилактики при 6680 артроскопических оперативных вмешательствах, выполненных у пациентов в возрасте от 20 до 80 лет за период 1994–2016 г. (колено, плечо, голеностоп). Применялось общее обезболивание и спинально-эпидуральная анестезия. В 1 группу наблюдения вошли 1860 пациентов (1994–1998 г.). Тромбопрофилактика проводилась нефракционированными гепаринами и антиагрегантами. 2 группу наблюдения составили 3550 пациентов (1999–2011 г.). Для тромбопрофилактики использовались низкомолекулярные гепарины (эноксапарин или надропарин). В 3 группу вошли 1270 пациентов (2012–2016 г.). В качестве антикоагулянта применяется дабигатрана этексилат (прадакса). На основе модели индивидуальной оценки риска развития ВТЭО по Саргини предложен дифференцированный подход к проведению тромбопрофилактики. Пациенты с низким уровнем риска развития ВТЭО, продолжительность оперативного пособия до 1 часа и отсутствие послеоперационной иммобилизации – 1 группа: приём препарата прадакса – 5 дней. Пациенты с умеренным и высоким риском развития ВТЭО, продолжительность операции до 1 часа и послеоперационной иммобилизацией конечности до 7 дней – 2 группа: приём

препарата прадакса – 14 дней. 3 группа – пациенты всех групп риска с реконструктивными артроскопическими оперативными вмешательствами, продолжительность операции свыше 1 часа и с использованием внешней иммобилизации свыше 7 дней, приём препарата прадакса рекомендован до 35 дней с момента операции и УЗИ контролем.

Результаты

Результаты клинически значимых осложнений: кровотечений и тромбозов в послеоперационном периоде у пациентов отмечено не было.

Выводы

1. препарат дабигатрана этексилат (прадакса) эффективное, безопасное и адекватное средство послеоперационной профилактики ВТЭО.
2. алгоритм тромбопрофилактики позволил обосновать дифференцированный подход к определению сроков проведения тромбопрофилактики у пациентов.
3. препарат дабигатрана этексилат (прадакса) обеспечил 100% приверженность пациентов к полноценному проведению курса послеоперационной тромбопрофилактики на амбулаторном этапе.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

РАЗНАЯ ДЛИНА НОГ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Артемьев А.А., Ивашкин А.Н., Нелин Н.И., Соловьев Ю.С.

ООО Клинический госпиталь на Яузе, Московская ГКБ №64
г. Москва, Россия

Разная длина ног (РДН) является одной из наиболее актуальных проблем современной ортопедии, поскольку очень распространена в популяции. Кроме того, после хирургических вмешательств очень часто происходит укорочение (или удлинение) одной из ног. Комплекс симптомов, которые сопровождают это состояние (перекос таза, деформация позвоночника и пр.) настолько серьезен, что получил название «синдром разной длины ног». Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения пациентов с разной длиной ног. Представлен опыт хирургической коррекции длины ног у 127 пациентов в период с 1996 по 2017 гг. Разработана классификация РДН, которая предполагает разделение по виду, этиологии, величине, локализации, наличию сопутствующих патологических состояний и ряду других признаков. Во всех случаях использовали хирургические методики, которые включали в себя выполнение остеотомии с последующим удлинением по Илизарову. В единичных случаях применяли интрамедуллярный остеосинтез как завершающий этап фиксации после дистракции. Наиболее важными видами диагностики являются клиническое и рентгенологическое обследование.

В интересах достижения хорошего клинического результата необходимо дифференцировать величину истинного укорочения и величину оптимального удлинения. Это разные понятия. У пациентов, которые прибегают к хирургическому лечению при укорочении одной из ног, как правило, очень длительный анамнез. За этот период формируются компенсаторные механизмы адаптации к этому патологическому состоянию, в том числе виде стойких деформаций таза, позвоночника, других сегментов конечности. В таких случаях удлинение на полную величину истинного укорочения может привести к неудовлетворительному результату. В таких случаях оптимальная величина удлинения должна быть заведомо меньше величины истинного укорочения. В определенной мере это облегчает задачу хирургу. Важным элементом является определение уровня остеотомии, особенно при наличии дополнительных деформаций. Идеальным вариантом решения является выбор такого уровня, который позволяет сразу решить проблему и удлинения, и коррекции осевых отклонений. Во всех случаях добились значительного улучшения качества жизни пациентов.

СЛАЙД-ОСТЕОТОМИЯ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ПРОСТАЯ ОПЦИЯ ДЛЯ СЛОЖНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Ласунский С.А., Сорокин Е.П., Гудз А.И.

ФГБУ РНИИТО им. Р.Р. Вредена
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Оценить эффективность и безопасность использования слайд-osteotomii наружного мышцелка бедренной кости во время тотального эн-

допротезирования у пациентов с выраженной вальгусной деформацией III типа по Krakow.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

Материалы и методы

В период с 2010 г. по 2015 г. в 7 отделение ФГБУ «РНИИТО им. Р.Р. Вредена» Минздрава России у 10 пациентов выполнено 12 операций артропластики коленного сустава, во время которых была выполнена остеотомия наружного мыщелка бедренной кости и его транспозиция. Средний возраст больных составил $66,2 \pm 11,5$ лет. 7 (70%) пациентов страдали ревматоидным артритом, 3 (30%) – идиопатическим остеоартрозом.

До операции значения внутрисуставной вальгусной деформации составляли $24,8 \pm 2,70$ (минимальное – 200, максимальное – 290), после операции, во всех случаях была восстановлена нейтральная ось конечности.

Во всех 12 случаях удалось достигнуть адекватного баланса связочного аппарата коленного сустава в сгибании/разгибании и имплантировать минимально связанные эндопротезы.

Результаты

В серии наблюдений после данных операций осложнение возникло в 1 случае, что составило 8,3%.

На 9-е сутки после операции у одной из больных произошел перипротезный перелом бедренной кости, который в последующем осложнился развитием перипротезной инфекции.

Период наблюдений за больными составил 12 месяцев. Количество отличных результатов по шкалам KSS и Womac выявлено у 7-ми больных (64%), хороших – у 4-х больных (36%). Удовлетворительных и неудовлетворительных результатов не было.

Вывод

Выполнение скользящей остеотомии наружного мыщелка бедренной кости и его транспозиции в ходе артропластики коленного сустава при гонартрозе с вальгусной деформацией III типа по Кгаков позволяет сбалансировать сустав и добиться хороших и отличных результатов, как при стандартном эндопротезировании коленного сустава.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ВСЕМ ЛИ ПОМОЖЕТ ОПЕРАЦИЯ?

Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Ласунский С.А., Сорокин Е.П., Стафеев Д.В.

ФГБУ РНИИТО им. Р.Р. Вредена
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Анализ современных литературных данных по возможностям неоперативного и хирургического лечения пациентов с хроническим пателлофemorальным болевым синдромом.

Ряд авторов описывает синдром боли в переднем отделе коленного сустава, или хронический пателлофemorальный болевой синдром как «черную дыру в ортопедии», из-за того, насколько мало известно о причинах его возникновения и о способах его лечения. Во многом это связано с тем, что причин возникновения боли в переднем отделе коленного сустава можно назвать очень много, но не все из них являются хроническим пателлофemorальным болевым синдромом в чистом виде.

Исторически принято связывать боль в переднем отделе коленного сустава с хондромалией надколенника, это привело к тому, что этот термин крепко закрепился в качестве диагноза у таких

больных и воспринимается как синоним хронического пателлофemorального болевого синдрома или нестабильности надколенника.

Трудности диагностики хронического пателлофemorального болевого синдрома зачастую приводят к выбору нецелесообразного вида лечения. Так, пациентам с торсионными деформациями костей конечности и наружным подвывихом надколенника может быть выполнена реконструкция медиальной пателлофemorальной связки, либо артроскопически ассистированный шов медиального ретинакулюма по Ямамото, что безусловно обречено на неудачу. Важно, что многие из пациентов с хроническим пателлофemorальным болевым синдромом не нуждаются в хирургическом лечении вовсе.

Выводы

По данным современной литературы, нет единого алгоритма диагностики и лечения хронического

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ского пателлофemorального болевого синдрома. Большое разнообразие вариантов нестабильности надколенника не позволяет сформировать и об-

щую хирургическую стратегию и зачастую приводит к тому, что оперативному лечению подвергаются те пациенты, которые в нем не нуждаются.

НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ ПРОФЕССИОНАЛОВ

Гудз А.И., Денисов А.О., Чугаев Д.В., Сорокин Е.П.

ФГБУ РНИИТО им. Р.Р. Вредена
г. Санкт-Петербург, Россия

Цель исследования

Оценить частоту встречаемости хронического болевого синдрома в области тазобедренного сустава у футболистов профессионалов ФК «Зенит» (молодежный состав) г. Санкт-Петербурга и сравнить сроки возвращения к спорту после традиционных методов консервативного лечения и после выполнения лечебных блокад с использованием УЗИ-навигации.

Дифференциальный диагноз боли в тазобедренном суставе пересекается с различными медицинскими специальностями, поэтому обнаружение истинной причины является затруднительным.

Нами были проанализированы данные лечения спортсменов-профессионалов с хроническим болевым синдромом в области тазобедренного сустава которые проходили лечение в клинике РНИИТО им. Р.Р. Вредена за период с 2016 г. по 2017 гг. При этом частота встречаемости хронического болевого синдрома в области тазобедренного сустава среди всех футболистов профессионалов г. Санкт-Петербурга составила 5%, что ниже чем данные УЕФА за один сезон. Пациентам основной группы проводили традиционное консервативное лечение, пациентам контрольной группы

осуществляли лечебно-диагностические блокады с УЗИ-навигацией. У пациентов контрольной группы возвращение к прежнему уровню физической активности у них наступало достоверно быстрее. В группе пациентов, в лечении которых были использованы традиционные методики продолжительность лечения составила 34 ± 4 дня, тогда как в группе с использованием интервенционных методик срок возвращения к прежнему уровню спортивной активности составил 17 ± 5 дней.

Выводы

По данным современной литературы, нет единого мнения о сроках возвращения в основной состав футболистов с хроническим болевым синдромом в области тазобедренного сустава. Выполнение масштабных рандомизированных исследований, с большим количеством пациентов, позволит сформировать алгоритм лечения данного заболевания применительно к спортсменам-профессионалам, имеющим наиболее высокий уровень функциональных притязаний.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

ОСТЕОТОМИИ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОРРЕКЦИИ МНОГОУРОВНЕВЫХ И МНОГОПЛОСКОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Артемьев А.А., Нелин Н.И., Ивашкин А.Н., Шипулин А.А.

ООО Клинический госпиталь на Яузе, Московская ГКБ №64, ООО «Институт Здоровья»
г. Москва, Люберцы, Россия

Остеотомии в области коленного сустава являются одними из наиболее эффективных методов лечения и профилактики деформаций нижних конечностей различной этиологии. Актуальность темы обусловлена как чрезвычайно широким распространением таких деформаций, так и высокой эффективностью данного метода лечения. Цель работы – улучшение результатов лечения пациентов с тяжелыми деформациями нижних конечностей путем выполнения корригирующей остеотомии на уровне бедра и голени. Материал основан на опыте лечения таких пациентов (более 1,5 тысяч) в период с 1996 г. по настоящее время. Во всех случаях лечение включало в себя два основных элемента: собственно остеотомия и последующая коррекция с помощью внешнего фиксатора типа Илизарова. В настоящее время можно выделить два конкурирующих направления: остеотомия с последующей одномоментной коррекцией и фиксацией пластинами и остеотомия с последующей постепенной коррекцией и фиксацией внешними аппаратами. Применяемая нами методика имеет несомненные преимущества при исправлении тяжелых и сложных деформаций в области коленного сустава. Преимущества эти заключаются в следующем: нет ограничений по величине деформации, возможна коррекция в разных плоскостях (угловая коррекция в прямой и боковой проекции, ротация, удлинение, смещение по ширине), возможна ран-

няя функциональная нагрузка и точная коррекция в послеоперационном периоде. Современные возможности диагностики расширены благодаря использованию такого метода исследования, как рентгенография нижних конечностей по всей длине. Данный метод позволяет точно определить оси, углы и длины сегментов и составить план коррекции. Благодаря более стабильной фиксации, чем пластиной, возможно выполнение операции одновременно на обеих ногах с обеспечением ранней функциональной нагрузки на сегмент. Недостатком является наличие самих внешних фиксаторов, которые требуют ухода и причиняют определенные неудобства в послеоперационном периоде. Одним из направлений оптимизации внешнего остеосинтеза является конверсия кольцевых фиксаторов в моноклатеральные. В настоящее время по своей функциональности и эффективности остеотомия с последующей коррекцией внешними фиксаторами не имеет альтернатив.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

ЭЛАСТИЧНО-ТИТАНОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Д., Шоматов Х.Ш.

Научно-исследовательский институт Травматологии и ортопедии
г. Ташкент, Узбекистан

Введение

На сегодняшний день одним из малоинвазивных методов лечения диафизарных переломов детского возраста, отвечающий всем требованиям является эластичный остеосинтез титановыми штифтами. Данная методика исключает хирургическую агрессию в области перелома и тем самым создает благоприятные условия для костного сращения. Цель исследования – изучения отдаленных результатов переломов длинных костей нижних конечностей.

Материалы и методы

В клинике детской травматологии НИИТО МЗ РУз за 2016 – 2017 гг. пролечено 27 детей с переломами длинных костей нижних конечностей: бедренной кости – 11, костей голени – 16 пациентов. Среди них диафизарные переломы бедренной кости у 6, а костей голени у 12 детей. Всем больным проведены стандартные рентгенографические исследования. 5 пациентам с метадиафизарными переломами бедренной кости проведено МСКТ исследование для уточнения интактности метафизов. Результаты и их обсуждения. Результаты прослежены и изучены у всех больных сроком до 1 года, так как возможности этого вида остеосинтеза привели изучения результатов уже в вышеуказанные сроки. Результаты оценивались по трех балльной шкале. Так, при переломах бедренной кости хорошие результаты отмечены в 8 случаях,

удовлетворительные у 3 пациентов и ни в одном случае не установлен неудовлетворительный результат. Хороший результат при переломах костей голени установлен у 9 детей, удовлетворительный у 3 и неудовлетворительный результат некого не отмечен. Дискуссия. Преимуществом данной методики, безусловно, является её малоинвазивность, среди существующих методик и низким уровнем гнойных осложнений. Малотравматичность вмешательства имеет особое значение в случаях политравмы, в urgentных ситуациях и при многооскольчатых переломах. Минимизация хирургической агрессии в области перелома создает благоприятные условия для полноценной консолидации поврежденной кости.

Заключение

Малотравматичность операции, сохранение функций суставов и комфортность металлических фиксаторов являются особо важными требованиями к методам фиксации костных отломков детского возраста. В этом плане интрамедуллярный остеосинтез с эластическими стержнями превзошёл ныне существующих способов фиксации диафизарных переломов нижних конечностей.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Байимбетов Г.Д.

Научно-исследовательский институт Травматологии и ортопедии
г. Ташкент, Узбекистан

Лечение последствий переломов в области локтевого сустава у детей, несмотря на достигнутые успехи до сих пор является одной из актуальных проблем детской травматологии.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения ложных суставов головки мыщелка плечевой кости у детей, путем применения рациональных методов хирургической коррекции.

Материал и методы

В нашей в клинике детской травматологии НИИТО МЗ РУз разработан и внедрен новый способ хирургического лечения. Данная методика применена у 24 больных с ложными суставами головки мыщелка плечевой кости в возрасте от 3 до 16 лет. У всех больных наряду с клинико-рентгенологическим обследованием были использованы многоплоскостные исследования локтевого сустава с применением мультислайсной компьютерной томографии (МСКТ) до и после лечения.

Задневнутренним доступом мобилизуется и изолируется локтевой нерв. Производится удаление спаек и разрастаний в области выступающей части плечевой кости. Выполняется корригирующая остеотомия в дистальной части плечевой кости. Создается адаптационная поверхность и поверхность проксимального отломка Т-образно репозируется. Очищается материнское ложе головки мыщелка плечевой кости и для неё создается другое место из вновь созданного наружно-

го надмыщелка. После хорошей адаптации всех элементов осуществляется перекрестно-диагональная фиксация спицами Киршнера с упорными площадками. Монтируется аппарат Илизарова из двух полуколец с кронштейнами для фиксации перекрестных спиц, и проводятся дополнительные спицы через верхнюю треть плечевой кости и через локтевой отросток локтевой кости.

Отдаленные результаты изучены у 20 больных в сроки от 1 года до 3 лет после лечения, хорошие анатомо-функциональные результаты (полный объем движений в суставе, отсутствие деформации) отмечены у 15 больных, удовлетворительные (полный объем движений, в ряде случаев жалобы на боли в суставе при перемене погоды) – у 5 больных, неудовлетворительных результатов мы не наблюдали.

Выводы

Таким образом, с помощью данной методики удается восстановить анатомическое строение суставной поверхности плечевой кости и обеспечить конгруэнтность в локтевом суставе, устранить вальгусную деформацию сустава и добиться восстановления его функции.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

РАЗНОЕ

СТРЕССОВЫЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Королев А.В., Аксенов С.Ю., Зарипов А.Р.

ECSTO

г. Москва, Россия

Цель

Улучшение результатов лечения стрессовых переломов нижних конечностей.

Материалы и методы

В исследованной нами группах было исследовано 58 пациентов с 2011 по 2016 гг. Средний возраст в группе составил 36,8 лет. 69 %(40) составили женщины и 31%(18) мужчины. По стороне поражения: 65% левая нижняя конечность, 31% правая нижняя конечность, 4% обе нижние конечности. Бедренная кость 3%(2), большеберцовая кость 12%(7), малоберцовая кость 2%(1), лодыжка 9%(5), пяточная кость 9%(5), плюсневая кость 58%(34), сесамовидная кость 5%(3), ладьевидная кость 2%(1).

Результат

Среди пациентов чаще всего причинной стрессового повреждения явился бег (43%), следующий по частоте причины стрессовых повреждений являются занятия танцами(15%) и игровыми видами спорта (12%), на долю истинных травматических повреждений в том числе не при занятиях спортом приходится 30% случаев.

Следует отметить что в 77% случаев выявление стрессовых переломов нижних конечностей отмечено наличие плоскостопия, что оправдывает биомеханические нарушения при физических нагрузках вызывающие перегрузку специфических отделов нижних конечностей.

В стандарт обследования пациентов с предполагаемыми стрессовыми повреждениями входило выполнение рентгенограмм и мрт поврежденного участка. Компьютерная томография назначалась по показаниям при наличии спорных ситуаций.

В стандарт лечения пациентов входило: ограничение нагрузки вплоть до полной, курс физиотерапевтического лечения, коррекция биомеханических нарушений при помощи лечебной гимнастики., для пациентов с диагностированным плоскостопием было рекомендовано индивидуальное ортезирование стоп.

Пациентам был рекомендован контрольный осмотр через 3-6-12 недель с момента обращения по итогам лечения проводилась анкетирование с использованием шкал FAAM и LEFS.

По результатам анкетирования отличный функциональный результат был у 78%(45), хороший у 19%(11), удовлетворительный у 3%(2). Все пациенты вернулись к желаемому уровню физических нагрузок.

Общий вывод

Проанализировав 58 пациентов со стрессовыми повреждениями мы разделили их на стрессовые переломы "высокого" и "низкого" риска.

Среди пациентов превалировал женский пол, чаще всего стрессовые повреждения приходились на плюсневые кости связанные с беговыми видами спорта и плоскостопием.

Благодаря своевременной диагностики и грамотному лечению связанное со спецификой и локализацией стрессовых повреждений нижних конечностей у спортсменов, мы добились хороших результатов, что позволило вернуться к желаемому уровню физических нагрузок в кратчайшие сроки.

Использование профилактических мер предупреждения стрессовых переломов, является важнейшим аспектом сохранения спортивных показателей.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ТРАНСПОЗИЦИЯ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МАССИВНЫМ НЕВОССТАНАВЛИВАЕМОМ РАЗРЫВОМ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ

Беляк Е.А., Лазко Ф.Л., Кубашев А.А., Призов А.П., Эпштейн А.А., Меньшиков В.В., Григорьев И.В., Залян А.А., Савицкий П.П., Лазко М.Ф.

Кафедра травматологии и ортопедии РУДН. ГКБ им. Буянова
г. Москва, Россия

Повреждения вращательной манжеты плеча (частичные или полнослойные разрывы) – частая патология в плечевом суставе. Разрывы могут быть травматического или дегенеративного характера. К сожалению, часто разрыв вращательной манжеты плеча пропускается врачом как амбулаторного, так и стационарного звена. Для установки диагноза необходимо выполнять УЗИ или МРТ плечевого сустава. В случае несвоевременного диагностирования разрыва вращательной манжеты плеча и отложенного хирургического вмешательства развивается выраженное сокращение оторванного сухожилия и жировая атрофия. Чаще всего встречается повреждение надостной и подостной мышц, реже подлопаточной. Выраженная контракция и атрофия сухожилия приводит к невозможности его подшивания, что требует применения альтернативных методик: реконструкции верхней капсулы, установки субакромиального баллона, транспозиции широчайшей мышцы, реверсивного эндопротезирования плечевого сустава. Для молодых и активных пациентов методикой выбора является транспозиция мышц: широчайшей, трапециевидной, большой круглой, подлопаточной. Методика трансфера широчайшей мышцы применяется наиболее широко и зарекомендовала себя как эффективная и достаточно простая. У нас имеется опыт использования данной операции с 2014 года по 2017 у 10 пациентов. Операция заключается в отсечении места прикрепления широчайшей мышцы от гребня плечевой кости и его переноса на большой бугорок плечевой кости. В 2 случаях операция выполнялась открыто через 2 доступа: чрездельтовидный и подмышечный. В 8 случаях операция выполнялась артроскопически с дополнительным разрезом в подмышечной области для выделения, отсечения и мобилизации сухожилия широчайшей мышцы. Операция начиналась с артроскопии плечевого сустава, диагностики внутрисуставной патологии, тенотомии сухожилия длинной головки бицепса. Далее проводилась об-

работка большого бугорка, удаление остатков вращательной манжеты, релиз заднего поддельтовидного пространства ниже уровня малой круглой мышцы. Далее производилась установка катетера Фолея в эту зону и его раздувание. После этого производился разрез в подмышечной области, визуализировалось сухожилие широчайшей мышцы и большая круглая мышца. Сухожилие широчайшей мышцы мобилизовывалось, отделялось от большой круглой мышцы и отсекалось от диафиза плеча. Далее производился релиз мышечного брюшка, прошивание сухожилия двойным двухрядным краковским швом (с оставлением четырех нитей). Далее через канал между задней порцией дельтовидной мышцы и сухожилием длинной головки трехглавой мышцы определялся катетер Фолея, в отверстие катетера вводились нити, катетер выводился через сустав, сухожилие проводилось в полость сустава. Рана укрывалась клейкой пленкой, начинался заключительный артроскопический этап операции. Сухожилие при помощи якорных фиксаторов прикреплялось к большому бугорку плечевой кости. После операции рука фиксировалась на отводящей шине в течение 6-8 недель. Пассивные движения разрешались через 3 недели после операции, активные через 6 недель, силовые упражнения через 3 месяца.

За период с 2014 по 2017 год нами было прооперировано 10 пациентов (7 мужчин/70%, 3 женщины/30%) с массивным невосстанавливаемым разрывом вращательной манжеты, которым была выполнена транспозиция широчайшей мышцы. Средний возраст прооперированных пациентов составил 58.7 лет. Послеоперационный период протекал гладко практически у всех пациентов, за исключением одного случая формирования послеоперационной гематомы в области доступа (не потребовало ревизионного вмешательства). Раны зажили первичным натяжением, швы были сняты на 12-14 сутки после операции. Пациенты в среднем были выписаны из стационара на 5-е

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

сутки. Период наблюдения за пациентами составил в среднем 8 месяцев \pm 4 мес. (от 3 мес. до 32 мес.). В среднем объем движений после операции составил: сгибание $172^\circ \pm 6^\circ$ (варьировало от 140° до 178° , увеличилось на 70°), отведение $170^\circ \pm 8^\circ$ (варьировало от 140° до 176° , увеличилось на 44°), наружная ротация при приведенном локте $44^\circ \pm 5^\circ$ (варьировало от 20° до 70° , увеличилось на 40°). Мы столкнулись с 1-м осложнением (10%) в послеоперационном периоде: 1 случай послеоперационной гематомы, которая разрешилась на фоне

консервативного лечения. Случаев сосудистых и неврологических расстройств мы не встретили. По шкале UCLA средний балл до операции составил 38, после операции уменьшился до 23.5. Результаты лечение у всех пациентов были оценены как хорошие и удовлетворительные. Все пациенты вернулись к бытовой и умеренной спортивной деятельности с незначительными ограничениями. Во многом успешным результатам лечения способствовала поэтапная комплексная реабилитационная терапия.

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОАРТРОЗОВ, НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ И СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ В ИРКБ

Арсамаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.

ФГБУ ВО «ИнГГУ» Ингушский Государственный Университет Магас 2017 г.
г. Москва, Россия

Цель исследования

1. Анализ эффективности вида остеосинтеза.
2. Методы борьбы с послеоперационными осложнениями.

Проведено исследование и анализ 180 историй болезней, проходившие лечение в Ингушской Республиканской Клинической Больнице с 2011г. по 2017г. Ингушская республиканская клиническая больница является ведущим многопрофильным медицинским учреждением Республики Ингушетия. В ИРКБ нет отделения «Хирургия Кисти». Пациенты с данной патологией проходят лечение в травматологическом отделении.

В нашей больнице приходится около 15% пациентов с травмами кисти от общего числа травматологических больных. Причинами являются производственный, уличный, транспортный и бытовой травматизм. Лечение пациентов проводят консервативным, либо оперативным путем, в зависимости от вида перелома, последний, в свою очередь делится с использованием кистевых спиц и с использованием кистевых пластин. Отсутствие единого мнения в выборе метода хирургического лечения, определило цель нашей работы.

Осложнения:

1. Псевдоартроз
2. Нагноение послеоперационной раны
3. Поломка фиксатора

4. Миграция фиксатора и вторичное смещение.
5. Анкилоз
6. Остеомиелит

Переломы пястных костей. Данный тип переломов составляет около 60 % от общего процента травм кисти.

Выделяют:

1. Метакarpальные переломы головок 2-5 пястных
2. Метакarpальные переломы шейки 2-5 пястных
 - 1) Без ангуляции
 - 2) С ангуляцией
3. диафизарные переломы 2-5 пястных костей
 - 1) поперечные
 - 2) с угловой ангуляцией
 - 3) осколочные
 - 4) Косой или винтообразный
4. Переломы основания 2-5 пястных костей
 - 1) поперечный
 - 2) оскольчатый
 - 3) отрывной
5. Внесуставные переломы основания и диафиза первой пястной кости.
 - 1) поперечный перелом основания
 - 2) поперечный перелом диафиза
 - 3) остеопифизиолиз

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

6. Внутрисуставные переломы основания первой пястной кости.

- 1) Переломовывих Беннетта
- 2) Перелом Роландо

Материал и методы

Проведено исследование 180 историй болезней пациентов с переломами пястных костей кисти, проходивших лечение в травматологическом отделении ИРКБ в период с 2011 по 2017 год. Пациенты заняли 15% всех экстренно госпитализированных. Средний возраст больных 32 лет.

Результаты

В зависимости от диагноза пациенты разделены на три группы:

- 1-ая группа пациенты с псевдоартрозами пястных костей, что составляет 60(33.3%) человек. Средний возраст 28 лет.
- 2-ая группа пациенты с неправильно сросшимися переломами пястных костей что составляет 60(33.3%) человек. Средний возраст 34 года.
- 3-ая группа пациенты с свежими переломами пястных костей что составляет 60(33.3%) человек. Средний возраст 34 года.

Каждая группа также поделена на две подгруппы:

- Остеосинтез с кистевыми спицами
- Остеосинтез с кистевыми пластинами

На хирургическом этапе 30(100%) пациентам 1-ой группы 1-ой подгруппы проведен металлоостеосинтез кистевыми спицами. Число больных с осложнениями составило 15(50%), из которых: с псевдоартрозом 3 (20%), с нагноением 1(6,6%), с поломкой фиксатора 0, с миграцией фиксатора 4(26,6%), с контрактурой суставов 6(40%), с остеомиелитом 1(6,6%).

Средний возраст пациентов данной подгруппы составило 26 лет, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 7 койко-дня.

На хирургическом этапе 30(100%) пациентам 1-ой группы 2-ой подгруппы проведен металлоостеосинтез кистевыми пластинами. Число пациентов с осложнениями составило 3(10%), из которых: с псевдоартрозом 0, с нагноением 1(33,3%), с поломкой фиксатора 1(33,3%), с миграцией фиксатора 1(33,3%), с контрактурой суставов 0, с остеомиелитом 0.

Средний возраст пациентов данной подгруппы составило 30 лет, средняя длительность пре-

бывания в стационаре после оперативных вмешательств – 7 койко-дня.

На хирургическом этапе 30 пациентам 2-ой группы 1-ой подгруппы проведен металлоостеосинтез кистевыми спицами. Остальным 30 пациентам был применен металлоостеосинтез кистевыми пластинами.

Из 30(100%) пациентов, при лечении которых был применен металлоостеосинтез кистевыми спицами, число больных с осложнениями составило 14(46,6%), из которых: с псевдоартрозом 2 (14,28%), с нагноением 2(14,28%), с поломкой фиксатора 0, с миграцией фиксатора 5(35,71%), с контрактурой суставов 5(35,71%), с остеомиелитом 0.

Средний возраст пациентов данной подгруппы составило 32 года, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 7 койко-дня.

На хирургическом этапе 30(100%) пациентам 2-ой группы 2-ой подгруппы проведен металлоостеосинтез кистевыми пластинами. Число пациентов с осложнениями составило 5(16,6%), из которых: с псевдоартрозом 0, с нагноением 2(40%), с поломкой фиксатора 1(20%), с миграцией фиксатора 1(20%), с контрактурой суставов 1(20%), с остеомиелитом 0.

Средний возраст пациентов данной подгруппы составило 36 лет, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 7 койко-дня.

На хирургическом этапе 30 пациентам 3-ой группы 1-ой подгруппы, проведен металлоостеосинтез кистевыми спицами. Число больных с осложнениями составило 17(56,6%), из которых: с псевдоартрозом 4 (23,52%), с нагноением 1(17%), с поломкой фиксатора 1(17%), с миграцией фиксатора 5(29,41%), с контрактурой суставов 6(35,29%), остеомиелитом 0.

Средний возраст пациентов данной подгруппы составило 33 года, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 5 койко-дня.

На хирургическом этапе 30(100%) пациентам 3-ой группы 2-ой подгруппы проведен металлоостеосинтез кистевыми пластинами. Число пациентов с осложнениями составило 5(16,6%), из которых: псевдоартрозом 0, с нагноением 1(20%), с поломкой фиксатора 1(20%), с миграцией фиксатора 1(20%), с контрактурой суставов 1(20%), с остеомиелитом 0.

Средний возраст пациентов данной подгруппы составило 35 лет, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 7 койко-дня.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

Обсуждение: В нашем исследовании, более высокий послеоперационный процент осложнений наблюдается у пациентов, которым был применен остеосинтез кистевыми спицами – 51%, процент осложнений больным, которым был применен остеосинтез кистевыми пластинами составил – 14,4%.

Осложнения:

Псевдоартроз:

1. Остеосинтез кистевыми спицами – 9 человек
 2. Остеосинтез кистевыми пластинами – нет
- Высокий процент ложных суставов при применении кистевых спиц, на наш взгляд, можно объяснить тем, что отсутствует должная компрессия в зоне перелома, что не наблюдается при применении кистевых пластин.

Нагноение послеоперационной раны:

1. Остеосинтез кистевыми спицами – 4 человек
2. Остеосинтез кистевыми пластинами – 4 человек

Количество пациентов с нагноением послеоперационной раны одинаково. Этот факт, по нашему мнению, является причиной неправильного ухода за послеоперационной раной и места введения спиц, который подразумевает ежедневную обработку растворами антисептиков. Во время нахождения в отделении данного осложнения не было.

Поломка фиксатора:

1. Остеосинтез кистевыми спицами – 1 человек
2. Остеосинтез кистевыми пластинами – 3 человека

Поломка фиксатора при применении кистевых пластин в разы больше. Причиной данного осложнения мы считаем – преждевременное нагружение на металл.

Миграция фиксатора и вторичное смещение:

1. Остеосинтез кистевыми спицами – 14 человек
2. Остеосинтез кистевыми пластинами – 3 человека

Контрактура [запястно-пястных суставов, пястно-фаланговых]:

1. Остеосинтез кистевыми спицами – 17 человек

2. Остеосинтез кистевыми пластинами – 2 человек

Количество данного осложнения больше при применении кистевых спиц, данный факт связан с необходимостью введения спиц в кости запястья и в основные фаланги, для дополнительной стабильности остеосинтеза и вследствие поздней реабилитации. Осложнения в группе, где применен остеосинтез пластинами составляет только 2 пациента – с переломами головок пястных костей.

Остеомиелита [запястно-пястных суставов, пястно-фаланговых]

1. Остеосинтез кистевыми спицами – 1 человек
2. Остеосинтез кистевыми пластинами – 1 человек

Данное осложнение во время нахождения в стационаре не наблюдалось. Причиной таких грозных осложнений явилось неправильный уход за послеоперационной раной.

Заключение

При применении остеосинтеза кистевыми спицами высокие показатели послеоперационных осложнений – 51%. Пациентам, которым применен остеосинтез кистевыми пластинами составил – 14,4%. Адекватное лечение с минимальным риском осложнений позволяет применение остеосинтеза кистевыми пластинами

Выводы

1. Применении остеосинтеза кистевыми пластинами позволило снизить риск послеоперационных осложнений до 14,4%
2. Для снижения риска осложнений целесообразно интраоперационное введение антибиотиков широкого спектра действия, также целесообразно продолжить курс антибиотикотерапии в послеоперационном периоде, а также пройти полный реабилитационный курс.
3. Своевременное обращение в ЛПУ с целью удаления металлоконструкции.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА.

Арсмаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.

ФГБУ ВО «ИнГГУ» Ингушский Государственный Университет Магас 2017 г.
г. Москва, Россия

Цель исследования

1. Анализ эффективности вида остеосинтеза.
2. Методы борьбы с послеоперационными осложнениями.

Остеосинтез — хирургическое вмешательство, целью которого является соединение и фиксация костных фрагментов, образовавшихся в результате свежих травм, несросшихся, либо неправильно сросшихся переломов и псевдоартрозов.

Выделяют основные виды репозиции: наружная, внутренняя (погружная). В свою очередь внутренний остеосинтез делится на: внутрикостный (интрамедуллярный), накостный (экстрамедуллярный) и чрескостный.

Данное оперативное вмешательство характеризуется высоким процентом послеоперационных осложнений таких как:

- нагноение;
- жировая эмболия;
- остеомиелит;
- псевдоартроз;
- поломка фиксатора и его последующая миграция в мягкие ткани.

Наиболее частыми осложнениями в практике являются: остеомиелит, что составляет – 38% от общего числа осложнений, псевдоартроз – 30%, нагноение – 30%, жировая эмболия, поломка фиксатора и его последующая миграция в мягкие ткани составляет 2%;

В Республике Ингушетия высокий процент травматизма. Переломы трубчатых костей нижних конечностей занимают около 25%, причинами которых являются: производственные травмы и дорожно-транспортные происшествия.

Отсутствие единообразного взгляда на хирургическую тактику, высокие показатели послеоперационных осложнений определили – цель нашей работы.

Материал и методы

Проведено исследование и анализ 115 историй болезней больных с диафизарными переломами трубчатых костей нижних конечностей, прохо-

дивших лечение в травматологическом отделении ИРКБ в период с 2012 по 2016 год. Больные заняли 25% всех экстренно госпитализированных. Средний возраст больных 40 лет.

Результаты

На хирургическом этапе 50 больным был выполнен экстрамедуллярный остеосинтез, 45 больным – интрамедуллярный остеосинтез (БИОС), 20 больным – остеосинтез аппаратом внешней фиксации.

Из 50 (43.47%) пациентов, при лечении которых был применен экстрамедуллярный остеосинтез, число больных с осложнениями составило 7 (14%), из которых с остеомиелитом 3 (42,8%) больных, с нагноением 2 (28,6%) больных, с несращением отломков 2 (28,6%) больных.

Средний возраст пациентов данной группы составил 42 года, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 9 койко-дня.

Из 45 (39.13%) пациентов, которым был применен интрамедуллярный остеосинтез, число осложнений составило 2 (4,4%), из которых с нагноением 2 (100%). В данной группе не наблюдались другие виды осложнений.

Средний возраст пациентов данной группы составил 38 года, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 4 койко-дня.

Из 20 (17,4%) пациентов, которым был применен остеосинтез аппаратом внешней фиксации, число осложнений составило 4 (20%), из которых с остеомиелитом (спицовой) составило 2 (50%), с несращением отломков 2 (50%) больных.

Обсуждение

В нашем исследовании, более высокий послеоперационный процент осложнений наблюдается у больных которым был применен остеосинтез аппаратом внешней фиксации – 20%, процент осложнений больным которым был применен экстрамедуллярный остеосинтез составил – 14%, процент осложнений больным которым был применен

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

интрамедуллярный остеосинтез(БИОС) составил – 4.4%.

Указанный факт в первом случае, на наш взгляд, можно объяснить тем, что отсутствует должный уход за металлоконструкцией внешней фиксации, который подразумевает ежедневный туалет спиц растворами антисептиков.

Во втором случае, можно объяснить тем, что данное хирургическое вмешательство является высоко травматическим вследствие чего возможно интраоперационное внесение инфекции. Также причиной может быть неправильный уход за послеоперационной раной длина которой составляет от 10см до 25 см.

В третьем случае наблюдается самый низкий процент осложнений 4.4% причиной которого может быть неправильный уход за послеоперационной раной длина которой составляет от 0.5см до 1 см.

Результаты нашего исследования показывают, что при интрамедуллярном остеосинтезе(БИОС) самый низкий процент осложнений. По результатам нашего исследования это связано с малыми разрезами и компрессионным воздействием на зону перелома, что подтверждает эффективность выполнения интрамедуллярного остеосинтеза при данной патологии.

В настоящее время наиболее целесообразным является интрамедуллярный остеосинтез. Однако данный метод не лишен недостатков: высокое облучение большого рентгеновскими лучами. На диагностическом этапе у данных больных мы столкнулись с рядом трудностей. Нам пришлось учитывать наличие других заболеваний таких как: онкологические заболевания, заболевания крови а также беременность и детский возраст, которым противопоказан электронно-оптический преобразователь (рентгеновский спектр). При применении интрамедуллярного остеосинтеза нужно учитывать, что больным также показано после образования костной мозоли, проведение малоинвазивной операции по удалению компрессионного винта.

Заключение

При применении остеосинтеза аппаратом внешней фиксации высокие показатели послеоперационных осложнений – 20%. Больным которым применен экстрамедуллярный остеосинтез составил – 14%, процент осложнений больным которым был применен интрамедуллярный остеосинтез(БИОС) составил – 4.4%. Адекватное лечение с минимальным риском осложнений позволяет только применение интрамедуллярного остеосинтеза(БИОС).

РЕКОНСТРУКЦИЯ МЕДИАЛЬНОЙ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ (MPFL) АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ ПОЛУСУХОЖИЛЬНОЙ МЫШЦЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОГО КАНАЛА В НАДКОЛЕННИКЕ

Королёв А.В., Магнитская Н.Е., Рязанцев М.С., Сеницкий М.А., Каданцев П.М., Зарипов А.Р.

Цель исследования

Изучить результаты хирургического лечения пациентов с хронической нестабильностью надколенника, которым была выполнена двухпучковая реконструкция медиальной пателлофemorальной связки (MPFL) с формированием вертикального канала в надколеннике.

Материалы и методы

В исследование были включены 23 пациента, которым было выполнено 24 реконструкции MPFL с минимальным сроком послеоперационного наблюдения 12 месяцев. Во всех случаях рекон-

струкция MPFL была выполнена аутотрансплантатом из сухожилия m. Semitendinosus, проведённым через вертикальный канал в надколеннике с формированием «петли», и фиксированным в канале бедренной кости при помощи биодеградируемого винта. На предоперационных МРТ оценивали тип дисплазии блока бедренной кости (D. Dejour), расстояние TT-TG и отношение Insall-Salvati. Анализ МРТ после операции включал в себя оценку положения надколенника, измерение диаметров костных каналов, положение биодеградируемого винта. Функциональные результаты операции

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

оценивали при помощи ортопедических опросников Kujala score и IKDC.

Результаты

Медиана возраста пациентов на момент хирургического лечения составила 22 года, медиана времени от момента операции до контрольного осмотра составила 45 месяцев. По данным МРТ перед операцией у 84% пациентов был зафиксирован тип В дисплазии блока бедренной, медиана расстояния TT-TG составила 14,2 мм, медиана отношения Insall-Salvati – 1,1. При анализе послеоперационных МРТ на коронарной проекции медиана диаметра канала в надколеннике составила 5,6 мм, медиана расстояния от медиального края надколенника до канала в надколеннике – 7,1 мм. Медиана диаметра бедренного канала на сагит-

альной проекции составила 7,9 мм, миграции имплантов не отмечалось. При анализе клинических результатов по данным опросника Kujala score медиана составила 96 баллов, по данным опросника IKDC – 87,4 балла. Повторных вывихов за период наблюдения не отмечалось. У одного пациента в послеоперационном периоде был диагностирован артрофиброз, что потребовало более интенсивной реабилитации.

Заключение

Двухпучковая реконструкция MPFL ауто-трансплантатом из сухожилия полусухожильной мышцы, проведённым через вертикальный канал в надколеннике является эффективным методом лечения хронической нестабильности надколенника.

ВОЗВРАЩЕНИЕ К СПОРТИВНЫМ НАГРУЗКАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Черноус В.Н., Карданов А.А., Карандин А.С.

Европейская клиника спортивной травматологии и ортопедии, кафедра травматологии и ортопедии РУДН
г. Москва, Россия

Цель исследования

Проанализировать возможность возвращения к спортивным нагрузкам пациентов перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава с установленной ацетабулярной системой Махега™ (Zimmer).

Материалы и методы

Проведен анализ результатов 69 пациентам (74 тазобедренных сустава) с применением ацетабулярной системы Махега™ (Zimmer) в комбинации с ножками M/L или Avenir и керамической головкой Biolox delta или Biolox option в период с 2013 по май 2017 гг. По гендерному фактору вертлужный компонент чаще устанавливали мужчинам (71%). Средний возраст пациента, перенесшего эндопротезирование тазобедренного сустава с установленной керамико-керамической парой трения четвертого поколения – 54 года (min – 16 лет, max – 76 лет). Наиболее частое соотношение диаметров в паре трения с ацетабулярной систе-

мой Махега – 56 мм в комбинации с керамической головкой 44 мм 'S'/ 'M' либо 40 мм 'S'/ 'M'. Минимальное соотношение диаметров – 48/32 мм 'M', максимальное 60/48 мм 'M'. Данное соотношение диаметров обеспечивает большой объем движений и предотвращает риск вывиха эндопротеза в раннем и позднем послеоперационных периодах.

Показаниями к применению данной системы эндопротезирования тазобедренного сустава являлись: первичный коксартроз III стадии с выраженным остеопорозом, диспластический коксартроз III-IV ст по классификации Crowe, посттравматический коксартроз, переломы типа В-С по классификации Muller-AO, в случае, когда остеосинтез не имеет смысла или в результате осложнения после выполненного остеосинтеза, асептический некроз головки бедренной кости, подагрическая артропатия. Систему Махега чаще всего устанавливали при первичном коксартрозе (42%) и асептическом некрозе (31,9%).

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

Результаты

Сроки наблюдения от 3 месяцев до 5 лет.

Все пациенты были оценены по шкале Harris W.H., из 69 пациентов у 66 (95,65%) отличный результат, у 3 пациентов (4,35%) – хороший. Все пациенты на второй неделе после операции ходили с одним костылем, а на 3 – 4 неделе передвигались без дополнительной опоры. Все пациенты реабилитированы полностью. Через 3 недели 60 % пациентов приступили к плаванию в бассейне и занятиям в спортзале с гимнастическим мячом, резинкой и эллиптическом тренажере. Через 3 месяца после операции 2 пациента возобновили занятия спортивными и бальными танцами. Один пациент через месяц после ЭПТС по поводу закрытого субкапитального перелома шейки правой бедренной кости, несмотря на предостережения оперирующего хирурга, принял участие в Чемпионате мира 2015г по Ironman в Конне (Гавайи). Повторно получил травму и с перипротезным переломом бедренной кости был повторно прооперирован с заменой бедренного компонента и керамической головки Biolox option 48(0) 'M'. Через 8 месяцев после ревизионного ЭПТС в мае 2016 г пациент принял участие и сумел финишировать в полном Ironman в Техасе. Еще один пациент (34 года) на контрольном осмотре через 3 года сообщил, что профессионально занимается греблей и регулярно тренируется. Пациент 64 г (ЭПТС в 2013 г) является тренером по баскетболу в юношеской команде и сам периодически участвует в игре. 2 пациента сообщили, что принимают участие в ночном забеге в Москве в 2017 г. Наиболее распространенными физическими нагрузками среди наших пациентов, перенесших ЭПТС с установленной ацетабулярной системой Махера™ (Zimmer) являются: плавание, езда на велосипеде, конная езда, походы в горы, горные и беговые лыжи, бег, различные виды танцев, футбол, баскетбол, теннис, гребля, фитнес.

Основной жалобой на контрольном осмотре через 3 месяца у 2 пациентов было наличие «щелчка» при движении без рентгенологических признаков нестабильности компонентов эндопротеза. На контрольных осмотрах через 9 и 12 месяцев пациенты не предъявляли вышеуказанной жалобы.

Один случай перипротезного перелома вертлужной впадины с вывихом эндопротеза на 4 сутки после операции в результате падения пациентки в палате на фоне ортостатических явлений. При ревизионном ЭПТС вертлужный компонент Махера™ был заменен на чашу Continuum с пластикой вертлужной впадины с помощью ацетабулярного аугмента 54 mm и спонгиозных винтов. Пациентка реабилитирована полностью, на клиническом контроле через 5 месяцев по шкале Harris W.H. 89 баллов, на контрольных рентгенограммах – положение эндопротеза правильное, стабильное. Через 9 месяцев после операции – 92 балла по шкале Harris W.H. Еще один пациент (с установленной чашей Махера) ощущал скрип при движении, на рентгенограммах положение компонентов эндопротеза правильное, признаков нестабильности не было обнаружено.

За весь период наблюдения в отдаленном послеоперационном периоде не было выявлено ни одного случая нестабильности вертлужного компонента, раскола керамической вкладыша, вывиха головки эндопротеза или перипротезной инфекции.

Выводы

Полученные нами результаты свидетельствуют о том, установленная чаша Махера™ (Zimmer) в комбинации с керамическими головками из дельта-керамики больших диаметров обеспечивает полный объем движений без риска вывиха эндопротеза, с минимальной степенью износа и высокой биосовместимостью с организмом человека. Использование компонентов больших диаметров обеспечивает большую свободу движений и улучшает качество жизни пациента, не ограничивая его привычный образ жизни и трудоспособность. Среди наших пациентов, перенесших ЭПТС с установленной системой Махера есть спортсмены, которые смогли вернуться не только к тренировкам но и к участию в крупных спортивных мероприятиях.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ВОЗВРАЩЕНИЕ К СПОРТИВНЫМ НАГРУЗКАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Черноус В.Н., Карданов А.А., Карандин А.С.

EMC ECSTO

г. Москва, Россия

Цель исследования

Проанализировать возможность возвращения к спортивным нагрузкам пациентов перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава с установленной ацетабулярной системой Махера™ (Zimmer).

Материалы и методы

Проведен анализ результатов эндопротезирования 69 пациентов (74 тазобедренных сустава) с применением ацетабулярной системы Махера™ (Zimmer) с керамическими головками Biolox в период с 2013 по май 2017 гг. По гендерному фактору вертлужный компонент чаще устанавливали мужчинам (71%). Средний возраст пациента-54 года (min-16 лет, max-76 лет). Наиболее частое соотношение диаметров-56/44 мм. Минимальное соотношение диаметров-48/32 мм, максимальное 60/48 мм. Систему Махера чаще всего устанавливали при первичном коксартрозе (42%) и асептическом некрозе (31,9%).

Результаты

Сроки наблюдения от 3 месяцев до 5 лет. Из 69 пациентов, опрошенных по шкале Harris, у 66(95,65%)-отличный результат, у 3 пациентов (4,35%)-хороший. Большинство пациентов на 2 неделе после операции ходили с одним костылем, а на 3-4 неделе передвигались без дополнительной опоры. Все пациенты реабилитированы полностью. Через 3 недели 60 % пациентов приступили к плаванию в бассейне и занятиям в спортзале с гимнастическим мячом, резинкой и эллиптическом тренажере. Через 3 месяца после операции 2 пациента возобновили занятия спортивными и бальными танцами. Один пациент через месяц после ЭПТС принял участие в Ironman 2015. Повторно получил травму, после ревизионного ЭПТС через 8 месяцев финишировал в Ironman 2016. На контрольном осмотре через 3 года 34-летний пациент сообщил, что профессионально занимается греблей. Пациент 64 лет является тренером

по баскетболу в юношеской команде. 2 пациента участвовали в марафоне. Наиболее распространенными физическими нагрузками среди наших пациентов являются: плавание, езда на велосипеде, конная езда, походы в горы, горные и беговые лыжи, бег, различные виды танцев, футбол, баскетбол, теннис, гребля, фитнес. Выявили один случай перипротезного перелома вертлужной впадины с вывихом эндопротеза на 4 сутки после операции в результате падения пациентки на фоне ортостатических явлений. При ревизионном ЭПТС вертлужный компонент Махера™ был заменен на чашу Continuum с пластикой вертлужной впадины. Пациентка реабилитирована полностью, на клиническом контроле через 5 месяцев по шкале Harris 89 баллов, на контрольных рентгенограммах – положение эндопротеза правильное, стабильное. Еще один пациент ощущал скрип при движении, на рентгенограммах признаков нестабильности не было обнаружено.

Выводы

Установленная чаша Махера™ (Zimmer) в комбинации с керамическими головками из дельта-керамики больших диаметров обеспечивает полный объем движений с минимальным риском вывиха эндопротеза, с низкой степенью износа и высокой биосовместимостью. Использование компонентов больших диаметров обеспечивает большую свободу движений и улучшает качество жизни пациента, не ограничивая его привычный образ жизни и трудоспособность.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫЙ ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ. КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА.

Арсомаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.

ФГБОУ ВО «ИнГГУ» «Ингушский государственный университет»
г. Москва, Россия

Цель исследования

1. Разработать способ хирургического лечения осложненных чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей с учетом анатомо-физиологических особенностей.
2. Оценить клиническую эффективность различных методов лечения осложненных чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей и разработать оптимальный алгоритм оперативных вмешательств при данной патологии.
3. Методы борьбы с послеоперационными осложнениями.

Чрезмыщелковые переломы плечевой кости – внутрисуставное нарушение целостности костной ткани мыщелка плечевой кости, развивается в результате травмы или патологического процесса.

Среди всех переломов дистального отдела плечевой кости, чрезмыщелковые переломы плечевой кости составляют от 70% до 85%. В основном данные переломы наблюдаются, в детском возрасте возрасте от 3 до 12 лет.

В зависимости от механизма травмы Чрезмыщелковые переломы делятся на: флексионные и экстензионные. При флексионном переломе характерно смещение периферического отломка кпереди, возникают они при падении на область согнутого локтевого сустава. Для экстензионного перелома характерно смещение периферического отломка кзади, такие травмы наступают при падении на разогнутую руку и составляют 85-90% всех повреждений. К редким и наиболее сложным повреждениям в лечебно-тактическом и прогностическом отношении относятся Т- и У-образные переломы.

Свыше 93% чрезмыщелковых переломов сопровождаются смещением костных отломков и требуют проведение репозиции. Основными факторами, обуславливающими сложность и неоднозначность подхода к лечению чрезмыщелковых переломов плечевой кости у детей являются: технические трудности сопоставления и удержания отломков плечевой кости, сложная анатомическая локализация перелома, неврологические

осложнения и нарушения кровообращения в момент травмы и в процессе репозиции, формирование посттравматических деформаций с ограничением и даже потерей функции локтевого сустава.

В течение десятков лет разработан не один способ репозиции чрезмыщелковых переломов, наиболее распространенными среди них являются одномоментная закрытая репозиция с фиксацией конечности гипсовой лонгетой, закрытая репозиция и чрескожный металлоостеосинтез, скелетное вытяжение и открытая репозиция.

В нашем регионе высокий процент детского травматизма, и наиболее частыми из них являются чрезмыщелковые переломы, которые составляют – 35%.

Различие множества методов лечения чрезмыщелковых переломов плечевой кости и отсутствие единого алгоритма по их применению, а также частота послеоперационных осложнений, вызвало необходимость дальнейшего изучения данной проблемы, и определило цель нашей работы.

Материал и методы

Проведено исследование и анализ 200 историй болезней, больных с чрезмыщелковыми переломами плечевой кости, проходивших лечение в травматологическом отделении ИРКБ в период с 2008г. по 2016 год. Средний возраст больных – 8 лет.

Результаты

На этапе лечения 50(25%) больным, был выполнен открытый реконструктивный металлоостеосинтез спицами Киршнера мыщелков плечевой кости, 150 больным, был выполнен закрытый реконструктивный металлоостеосинтез спицами Киршнера.

50 пациентам, которым был применен открытый реконструктивный металлоостеосинтез спицами Киршнера, число осложнений составило 9(18%), из которых с нейропатией лучевого нерва 1 (11.1%) больной, с нейропатией локтевого нерва 1 (11.1%) больной, с нагноением 3 (33,3%) больных, с варусной деформацией плечевой кости 2 (22,2%)

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

больных, с постиммобилизационной контрактурой 2 (22.2%) больных.

Средний возраст пациентов данной группы составил 8 лет, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 12 койко-дня.

150 пациентам, которым был применен закрытый реконструктивный металлоостеосинтез спицами Киршнера, число осложнений составило 13(8.6%), из которых с нейропатией лучевого нерва 2 (15.38%) больной, с нейропатией локтевого нерва 1 (7.69%) больной, с нагноением 4 (30.76%) больных, с варусной деформацией плечевой кости 3 (23.07%) больных, с постиммобилизационной контрактурой 3 (23.07%) больных.

Средний возраст пациентов данной группы составил 8 лет, средняя длительность пребывания в стационаре после оперативных вмешательств – 8 койко-дня.

Обсуждение

В проведенном нами исследовании, более высокий послеоперационный процент осложнений наблюдается у больных, которым был применен открытый реконструктивный металлоостеосинтез спицами Киршнера – 18%, процент осложнений больным, которым был применен закрытый реконструктивный металлоостеосинтез спицами Киршнера составил ~ 8 %

Высокий процент нейропатий как при открытом так и при закрытом реконструктивном металлоостеосинтезе связано с механизмом травмы, с высокой травматичностью данного оперативного

вмешательства и с экстренными манипуляциями проведенные с целью репонирования.

Высокий процент нагноения при открытом реконструктивном металлоостеосинтезе связан с обширным разрезом, длина которого составляет до 10 см., и недолжным уходом за послеоперационной раной. В случаи закрытого реконструктивного металлоостеосинтеза нагноения связано только с недолжным уходом за спицами.

Высокий процент варусной деформации как при открытом так и при закрытом реконструктивном металлоостеосинтезе связано с ранней нагрузкой и неправильной репозицией костных отломков.

Низкий процент контрактуры при закрытом реконструктивном металлоостеосинтезе, связано с ранней ранней разработкой локтевого сустава.

Результаты нашего исследования показывают, что закрытом реконструктивном металлоостеосинтезе самый низкий процент осложнений. Данный факт подтверждает эффективность выполнения закрытого реконструктивного металлоостеосинтеза при данной патологии.

Заключение

При применении закрытого реконструктивного металлоостеосинтеза спицами Киршнера, высокие показатели послеоперационных осложнений – 18%. Больным которым применен закрытый реконструктивный металлоостеосинтез – 8.6%. Адекватное лечение с минимальным риском осложнений позволяет закрытый реконструктивный металлоостеосинтез.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ НЕПОЛНОСЛОЙНЫХ РАЗРЫВОВ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПРИ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕМ ТЕНДИНИТЕ.

Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.

ECSTO Орловский пер., 7, Москва, 129110
г. Москва, Россия

Цель исследования

Проанализировать прогностическую значимость клинических факторов, влияющих на результаты хирургического лечения пациентов

с кальцифицирующим тендинитом вращательной манжеты (ВМ) плечевого сустава.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

Материалы и методы

Ретроспективно изучены истории болезни и данные инструментальных методов исследования 20 пациентов (М-11, Ж-9) с кальцифицирующим тендинитом сухожилий ВМ, прооперированных в ЕКСТО с 2012 по 2015 гг. Медиана возраста пациентов 52 года [47;57]. Медиана длительности анамнеза составила 1 год [0,5;5]. В большинстве случаев кальцинаты были локализованы в сухожилиях надостной мышцы (75%±9,5). По Bosworth чаще наблюдались кальцинаты большого (45%±10,9) и среднего размера (40%±10,8). По Gartner классификации в основном встречались кальцинаты 2 типа (45%±10,9). По Mole наиболее часто выявляли кальцинаты типа В (45%±10,9). По данным МРТ (Loew классификация) самым распространенным оказался тип b (65%±10,5). У всех пациентов был сопутствующий субакромиальный импиджмент синдром (САИ), у 35%±10,5 – САИ и нестабильность сухожилия длинной головки бицепса.

Результаты

Отличные результаты лечения по шкале ASES получены у 80%±8,7 пациентов, хорошие – 15%±7,8, удовлетворительные – 5%±4,8. Корреляционный

анализ показал, что возраст и тип кальцинатов по Gartner влияют на результаты лечения ($R=0,4$). Кроме того, отмечалась корреляция выше средней между типом кальцинатов по Loew (МРТ) и длительностью восстановления функции плечевого сустава ($R=-0,6$; $p<0,01$). При этом локализация, размер, тип кальцинатов по данным МРТ, давность появления симптомов и наличие сопутствующих патологических изменений на клинические результаты не повлияли ($R<0,3$).

Заключение

Возрастной критерий и рентгенологический тип кальцинатов при хирургическом лечении пациентов с кальцифицирующим тендинитом и частичными неполнослойными разрывами ВМ плечевого сустава имеют достоверную прогностическую значимость, а такие факторы как локализация, размер кальцинатов, давность появления симптомов и наличие сопутствующих патологических изменений не оказывают достоверного влияния на клинические результаты. Выявлена статистически значимая прогностическая роль типа кальцината по данным МРТ в отношении срока полного восстановления функции плечевого сустава после хирургического лечения.

РЕКОНСТРУКЦИЯ И ДЕБРИДМЕНТ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ЧАСТИЧНЫХ НЕПОЛНОСЛОЙНЫХ РАЗРЫВАХ У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИМ ТЕНДИНИТОМ

Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.

ЕКСТО Орловский пер., 7, Москва, 129110
г. Москва, Россия

Цель исследования

Оценить и сравнить результаты хирургического лечения пациентов с частичными неполнослойными разрывами вращательной манжеты (ВМ) плечевого сустава при кальцифицирующем тендините.

Материалы и методы

В исследование были включены 19 пациентов с кальцифицирующим тендинитом сухожилий ВМ плечевого сустава, прооперированных в ЕКСТО с 2011 по 2017 гг. Медиана возраста пациентов составила 52 года [47;57]. Пациенты были разде-

лены на две группы: 1 группа (12 пациентов) – реконструкция ВМ после удаления кальцинатов, 2 группа (7 пациентов) – дебридмент без сшивания ВМ. Группы сопоставимы по полу, возрасту, длительности анамнеза, локализации, типу и размерам кальцинатов ($p > 0,05$). В основном кальцинаты были локализованы в сухожилиях надостной мышцы (1 группа – 83,4% ± 10,5 случаев, 2 группа – 71,4% ± 16,7. По Bosworth кальцинаты чаще встречались большого и среднего размера. По Gartner в большинстве случаев выявлены кальцинаты 2 типа (1 группа – в 41,6% ± 13,9 случаев, 2 группа – в 57%, 1% ± 18,3). По Mole classification наиболее

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

часто определялись кальцинаты типа В (1 группа – у 50% ± 14,1 пациентов, 2 группа у 42,9% ± 18,3). По данным МРТ исследования самым распространенным оказался тип b (1 группа – в 58,4% ± 13,9 случаев, 2 группа – 71,4% ± 16,7).

Результаты

Оценка результатов проводилась по шкале ASES. Медиана баллов в 1 группе – 100 [90;100], во 2 группе – 91,6 [77;95]. В 1 группе у 91,6% ± 7,8 пациентов получены отличные результаты и у 8,4% ± 7,8 – удовлетворительный. Во 2 группе у 71,4% ± 16,7 – отличные результаты, у 28,6% ± 16,7 – хорошие. При сравнительном анализе данных опросников мы не получили статистически значимых различий ($p > 0,05$). Восстановление 50% функции

плечевого сустава у пациентов 2 группы достигнуто в 2 раза быстрее, чем в первой ($p=0,02$). При сравнительном анализе длительности восстановления 100% функции плечевого сустава статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). Дебридмент ВМ без шва сухожилий достоверно сокращает срок восстановления 50% функции плечевого сустава ($R = -0,54$), но не влияет на срок восстановления 100% функции ($R = -0,08$).

Заключение

Таким образом, и реконструкция вращательной манжеты, и дебридмент у пациентов с частичными неполнослойными разрывами ВМ при кальцифицирующем тендините позволяет получить статистически схожие клинические результаты.

КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ НЕПОЛНОСЛОЙНЫХ РАЗРЫВОВ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПРИ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕМ ТЕНДИНИТЕ

Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.

ECSTO Орловский пер., 7, Москва, 129110
г. Москва, Россия

Цель исследования

Проанализировать прогностическую значимость клинических факторов, влияющих на результаты хирургического лечения пациентов с кальцифицирующим тендинитом вращательной манжеты (ВМ) плечевого сустава.

Материалы и методы

Ретроспективно изучены истории болезни и данные инструментальных методов исследования 20 пациентов (М-11, Ж-9) с кальцифицирующим тендинитом сухожилий ВМ, прооперированных в ЕКСТО с 2012 по 2015 гг. Медиана возраста пациентов 52 года [47;57]. Медиана длительности анамнеза составила 1 год [0,5;5]. В большинстве случаев кальцинаты были локализованы в сухожилиях надостной мышцы (75% ± 9,5). По Bosworth чаще наблюдались кальцинаты большого (45% ± 10,9) и среднего размера (40% ± 10,8). По Gartner классификации в основном встречались кальцинаты 2 типа (45% ± 10,9). По Mole

наиболее часто выявляли кальцинаты типа В (45% ± 10,9). По данным МРТ (Loew классификация) самым распространенным оказался тип b (65% ± 10,5). У всех пациентов был сопутствующий субакромиальный импиджмент синдром (САИ), у 35% ± 10,5 – САИ и нестабильность сухожилия длинной головки бицепса.

Результаты

Отличные результаты лечения по шкале ASES получены у 80% ± 8,7 пациентов, хорошие – 15% ± 7,8, удовлетворительные – 5% ± 4,8. Корреляционный анализ показал, что возраст и тип кальцинатов по Gartner влияют на результаты лечения ($R=0,4$). Кроме того, отмечалась корреляция выше средней между типом кальцинатов по Loew (МРТ) и длительностью восстановления функции плечевого сустава ($R=-0,6$; $p < 0,01$). При этом локализация, размер, тип кальцинатов по данным МРТ, давность появления симптомов и наличие сопутству-

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ющих патологических изменений на клинические результаты не повлияли ($R < 0,3$).

Заключение

Возрастной критерий и рентгенологический тип кальцинатов при хирургическом лечении пациентов с кальцифицирующим тендинитом и частичными неполнослойными разрывами ВМ плечевого сустава имеют достоверную прогностическую значимость, а такие факторы как локали-

зация, размер кальцинатов, давность появления симптомов и наличие сопутствующих патологических изменений не оказывают достоверного влияния на клинические результаты. Выявлена статистически значимая прогностическая роль типа кальцината по данным МРТ в отношении срока полного восстановления функции плечевого сустава после хирургического лечения.

ФУНКЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ОСТРОМ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Скворцов Д.В., Ахпашев А.А., Кауркин С.Н., Загородний Н.В.

Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России. Кафедра травматологии и ортопедии РУДН
г. Москва, Россия

Цель исследования

Определить наиболее характерные функциональные симптомы для острого повреждения ПКС.

Исследование проводили в соответствии с традиционными клиническими стандартами и включало клиническое обследование, рентгенографию и МРТ, оценку по клиническим шкалам, а также биомеханическое исследование функции ходьбы.

Исследование биомеханики походки - регистрировали время цикла шага, движения в тазобедренных и коленных суставах в трех взаимно перпендикулярных плоскостях в ударные нагрузки при ходьбе.

Полученные результаты обработаны стандартными методами вариационной статистики в программно пакете Statistica.

По результатам исследование пациенты были разделены на две группы - первая со значительными функциональными нарушениями в коленном суставе (КС) - 6 человек, вторая - с лёгкими 12 человек.

Длительность цикла шага (ЦШ) в первой группе была более продолжительной - медленная ходьба. На стороне поражения отличия достоверны от контрольной группы ($p < 0,05$), как и для обеих ног во второй группе. Длительность ЦШ симметрична для травмированной и здоровой конечности. Временное соотношение между травмированной и здоровой конечностями остаётся в пределах нормы.

Для первой группы имеется незначительное снижение ударных нагрузок в начале периода опоры для травмированной стороны, которое не наблюдается во второй группе. Для всех показателей имеется достоверное отличие от данных контрольной группы ($p < 0,05$).

Движения сгибания-разгибания в тазобедренных суставах снижены на стороне травмы в первой группе по сравнению со здоровой стороной и с травмированной во второй группе. Отличия статистически достоверны ($p < 0,05$). Движения отведения-приведения и ротации снижены на стороне поражения. В первой группе имеются достоверные отличия для движений отведения-приведения на стороне травмы, во второй - для ротационных ($p < 0,05$).

Движения в коленных суставах в первой группе снижены значительно амплитуды обеих сгибаний по сравнению с таковым здоровой стороны и такового же значения для травмированного КС второй группы ($p < 0,05$). Во второй группе изменения не достигают уровня достоверности, хотя основные амплитуды сгибания так же снижены при сравнении травмированной и здоровой стороны. Амплитуда первого сгибания здоровой стороны в первой группе достоверно ниже такового для здоровой стороны второй группы ($p < 0,05$).

Фазовые характеристики так же модифицированы для момента достижения максимальной амплитуды второго сгибания. Значение её уменьшено для травмированной стороны во второй группе

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

и увеличено для здоровой стороны первой группы ($p < 0,05$).

Движения отведения-приведения и ротации в КС не обнаружили достоверных изменений в обеих группах, как здоровой от травмированной стороны, так и от контрольной группы.

Данное исследование показало, что первые дни после травмы снижается функция коленного сустава и всей конечности. В результате наступает функциональная асимметрия. Кинематика движений в суставах изменяется в соответствии с более медленной ходьбой.

Функция тазобедренного сустава на стороне поражения в первой группе так же заметно снижается. Во второй группе только уменьшена амплитуда ротационных движений на стороне травмы. Снижение амплитуды сгибания-разгибания в тазобедренном суставе на стороне поражения – следствие снижения функциональности травмированной конечности.

В травмированном КС в первые дни после травмы наступает состояние, которое можно обозначить, как функциональная иммобилизация. Движения в нём при ходьбе происходят малой амплитуды – качательные и только под нагрузкой. Амплитуда основного махового сгибания редуцируется. Часто это сопровождается сгибательной установкой КС. По мере стихания острых явлений, амплитуда прогрессивно возрастает. Первой реагирует амплитуда махового сгибания в периоде переноса. В последующем восстанавливается и первое сгибание. К четвёртой неделе восстанавливается нормальный характер движений в коленном суставе, но максимальные амплитуды остаются сниженными.

Таким образом, функциональное состояние КС после разрыва ПКС, которое принято называть нестабильностью представляет собой обратное состояние тугоподвижности сустава.

ФУНКЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ МЕНИСКОВ

Кауркин С.Н., Скворцов Д.В., Ахпашев А.А., Загородний Н.В.

Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России. Кафедра травматологии и ортопедии РУДН
г. Москва, Россия

Цель исследования

Изучить клиническую и функциональную, биомеханическую симптоматику характерную для повреждения менисков КС, а также динамику их изменения в послеоперационном периоде.

Исследовали биомеханику ходьбы и функцию коленных и тазобедренных суставов у 47 пациентов с травматическими и дегенеративными разрывами менисков коленного сустава (КС), в том числе у 10 человек до и после оперативного лечения (группа 1), у 22 пациентов только до лечения (группа 2), у 15 человек только после оперативного лечения (группа 3). В группе 1 время от начала заболевания до хирургического лечения составило 9,7 месяца. Оценка по шкале KOOS составила до лечения 29,4 балла, после лечения – 80,2 балла. Во 2-й группе оценка составила 34,2 балла, в третьей – 85,6 баллов.

Исследование биомеханики походки - регистрировали время цикла шага, движения в тазобедренных и коленных суставах в трех взаимно

перпендикулярных плоскостях и ударные нагрузки при ходьбе.

Полученные результаты обработаны стандартными методами вариационной статистики в программно пакете Statistica.

Временные характеристики цикла шага не обнаружили отличий от нормы во всех группах. Для первой группы после операции обнаружено значимое возрастание амплитуды разгибания тазобедренного сустава как для оперированной, так и для интактной конечностей. В группах 2 и 3 данная закономерность не прослеживалась. Существенных изменений в движениях отведения-приведения и ротации в тазобедренном суставе не выявлено во всех трёх группах. В первой группе до лечения кинематика КС на стороне поражения не отличалась от интактной. После лечения значительно снижается значение фазы амплитуды основного сгибания КС на оперированной стороне. Сама амплитуда возрастала, но изменение не достигало статистической значимости из-за высокого разброса данных. У пациентов второй и третьей групп

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

так же выявлены значимые отличия в фазе основного сгибания с таким же значением на интактной стороне. Движения отведения-приведения снижались на интактной стороне после операции в первой группе.

В отношении движений в коленном суставе, в силу разброса данных по амплитуде значимых отличий обнаружено не было. Однако на стороне поражения максимум махового сгибания после лечения стал происходить, пусть и незначительно, но в более ранние сроки. Поздний максимум сгибания — это один из симптомов функциональной разгрузки пораженного сустава.

Движения отведения-приведения в коленном суставе не изменяются значимо на стороне поражения, но значимо уменьшаются в результате оперативного лечения на здоровой стороне. Этот парадоксальный результат вполне объясним тем, что движения в пораженном суставе снижались за счет болевого синдрома и компенсаторно возрастали на здоровой стороне. После нормализации в послеоперационном периоде, амплитуда их снизилась.

При этом, общие характеристики цикла шага и ударных нагрузок на каждую конечность не изменяются. Это одно из свойств относительно сохранной патологии, которая компенсируется.

Обнаруженные изменения отчасти подтверждаются и для групп II и III. При существенно большем количестве обследованных, каждая из этих групп изолированная и пациенты из группы II (до лечения) не входят в группу III (после лечения).

Динамика изменений параметров до и после оперативного лечения, в определенной степени

укладывается в концепцию компенсаторных изменений кинематической цепи. В данном случае мы получили двустороннее увеличение амплитуды разгибания в тазобедренных суставах после оперативного лечения. Это, собственно, результат более активной ходьбы, когда при той же частоте шага, его длина становится больше. Соответственно, возрастает скорость ходьбы.

Ротационные движения и движения отведения-приведения не изменяются, что вполне объяснимо, поскольку и ограничения движений характерны только для сагиттальной плоскости как для тазобедренного, так и для коленного суставов.

Несколько неожиданный результат значимого отличия уменьшения фазы маховой амплитуды в коленном суставе пораженной стороны после лечения. Изменения незначительны, но до лечения максимум сгибания наступает позже, что также характерно для суставной патологии. В данном случае легкая модификация фазы максимума вполне соответствует сохранной функции оперированного КС.

Движения отведения-приведения на здоровой стороне имеют меньшую амплитуду после проведенного лечения. Это возможный результат уменьшения боковых нагрузок в результате лучшего функционального состояния контрлатерального коленного сустава. Однако вопрос о том, что является, собственно, базой такого улучшения: механическое состояние сустава и окружающих мягких тканей или иной (защитный) характер функции мышц, остается не ясным. И та и другая причина могут иметь место.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Ахпашев А.А., Ткалин А.Н., Оруджев Ф.Х., Агзамов Д.С., Загородний Н.В.

*Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России. Кафедра травматологии и ортопедии РУДН, Кафедра травматологии, ортопедии и артрологии РУДН
г. Москва, Россия*

Артроскопическая стабилизация плечевого сустава прочно вошла в обиход отечественного ортопеда. По данным авторов Robinson СМ. et al. у пациентов перенесших первичный вывих в плечевом суставе происходит 56% рецидивов в течение двух лет и 67% рецидивов в течение 5 лет у пациентов моложе 35 лет.

За последние 6 лет на базе ФНКЦ ФМБА было проведено 167 консультаций пациентов по поводу нестабильности плечевого сустава. Из данной группы пациентов было рекомендовано и проведено 74 операции артроскопической стабилизации по Банкарту. Из 74 пацентов 26 пациентов удалось отследить. В данной группе мужчины

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

было 18 человек – 69%, женщин 8 человек – 31%. Возраст пациентов составил от 19 до 63 лет, при этом средний возраст составил 29,9 года. Среднее время, прошедшее от даты операции до исследования, составило 3 года и 7 месяцев.

Результаты оценивали по шкале Rowe для нестабильности плечевого сустава. Минимальное значение составило 50 баллов, максимальное – 100 баллов. Среднее значение 93,3, что является отличным результатом.

В данной группе пациентов рецидивов вывихов было всего 4, что составило 5%. Все повторные вывихи были травматические, произошедшие в результате высокоэнергетичной травмы.

Таким образом, мы можем утверждать, что артроскопическая стабилизация плечевого сустава является высокоэффективной процедурой при нестабильности плечевого сустава, в том числе в качестве профилактики рецидива вывиха после первичного вывиха.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

СПИСОК АВТОРОВ

Арсамаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.	23
Арсамаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.	26
Арсамаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.	31
Артемов А.А., Ивашкин А.Н., Нелин Н.И., Соловьев Ю.С.	15
Артемов А.А., Нелин Н.И., Ивашкин А.Н., Шипулин А.А.	18
Ахпашев А.А., Ткалин А.Н., Оруджев Ф.Х., Агзамов Д.С., Загородний Н.В.	37
Беляк Е.А., Лазко Ф.Л., Кубашев А.А., Призов А.П., Эпштейн А.А., Меньшиков В.В., Григорьев И.В., Залян А.А., Савицкий П.П., Лазко М.Ф.	22
Грицюк А.А., Лычагин А.В., Жидиляев А.В.	11
Грицюк А.А., Лычагин А.В., Сметанин С.М., Столяров А.А.	11
Гудз А.И., Денисов А.О., Чугаев Д.В., Сорокин Е.П.	17
Кауркин С.Н., Скворцов Д.В., Ахпашев А.А., Загородний Н.В.	36
Копылов А.Ю., Павлов Д.В., Смирнов А.А., Алыев Р.В.	3
Королев А.В., Аксенов С.Ю., Зарипов А.Р.	21
Королёв А.В., Магнитская Н.Е., Рязанцев М.С., Синицкий М.А., Каданцев П.М., Зарипов А.Р.	27
Кострица А.Н.	4
Красильников А.А., Мочалова Н.В.	9
Кузнецов И.А., Величко К.Е., Салихов М.Р., Шулепов Д.А.	5
Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.	32
Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.	33
Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.	34
Салихов М.Р., Кузнецов И.А., Шулепов Д.А., Величко К.Е.	6
Скворцов Д.В., Ахпашев А.А., Кауркин С.Н., Загородний Н.В.	35
Сластинин В.В., Файн А.М.	7
Сорокин Е.П., Васин Ю.А., Чугаев Д.В., Ласунский С.А., Коновальчук Н.С., Фомичев В.А., Коган П.Г.	12

IV ASTAOR International Congress **Международный Конгресс АСТАОР**

Третьяков В.Б., Гудалов Е.В.	13
Третьяков В.Б., Дубасова А.А., Гудалов Е.В.	14
Третьяков В.Б., Сайковский А.А., Ершов С.Е., Садковская Ю.В.	10
Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Д., Шоматов Х.Ш.	19
Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Байимбетов Г.Д.	20
Чеботарёв С.В., Ветошкин А.А.	8
Черноус В.Н., Карданов А.А., Карандин А.С.	28
Черноус В.Н., Карданов А.А., Карандин А.С.	30
Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Ласунский С.А., Сорокин Е.П., Гудз А.И.	15
Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Ласунский С.А., Сорокин Е.П., Стафеев Д.В.	16

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

СОДЕРЖАНИЕ

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

3 АРТРОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАСТАРЕЛЫХ МАССИВНЫХ РАЗРЫВОВ ВРАЩАЮЩЕЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧА

Копылов А.Ю., Павлов Д.В., Смирнов А.А., Алыев Р.В.

4 АНАЛИЗ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ В УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

Кострица А.Н.

5 ИМПИНДЖМЕНТ-СИНДРОМ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Кузнецов И.А., Величко К.Е., Салихов М.Р., Шулепов Д.А.

6 СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОХОНДРАЛЬНЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ТАРАННОЙ КОСТИ В СОЧЕТАНИИ С PRP ТЕРАПИЕЙ

Салихов М.Р., Кузнецов И.А., Шулепов Д.А., Величко К.Е.

7 ЧРЕСКОЖНЫЙ РЕЛИЗ МЕДИАЛЬНОЙ КОЛЛАТЕРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВНУТРЕННЕГО МЕНИСКА

Сластинин В.В., Файн А.М.

8 ПРЕИМУЩЕСТВА АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЛАТАРЖЕ ПЕРЕД ОТКРЫТОЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧА

Чеботарёв С.В., Ветошкин А.А.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ МЕДИЦИНА

9 АНАЛИЗ МЕТОДА РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ

Красильников А.А., Мочалова Н.В.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

10 ВЫБОР МЕТОДА АНЕСТЕЗИИ ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КРУПНЫХ СУСТАВАХ У СПОРТСМЕНОВ

Третьяков В.Б., Сайковский А.А., Ершов С.Е., Садковская Ю.В.

СПОРТИВНАЯ ТРАВМАТОЛОГИЯ

11 СВЕЖИЕ, ЗАСТАРЕЛЫЕ И РЕЦИДИВНЫЕ РАЗРЫВЫ СУХОЖИЛИЯ БОЛЬШОЙ ГРУДНОЙ МЫШЦЫ У СПОРТСМЕНОВ

Грицюк А.А., Лычагин А.В., Жидиляев А.В.

11 ВЫБОР МЕТОДА ФИКСАЦИИ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ У СПОРТСМЕНОВ

Грицюк А.А., Лычагин А.В., Сметанин С.М., Столяров А.А.

12 ПЕРЕЛОМ V ПЛЮСНЕВОЙ КОСТИ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ФУТБОЛИСТОВ: ВОЗВРАЩЕНИЕ В СПОРТ. ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Сорокин Е.П., Васин Ю.А., Чугаев Д.В., Ласунский С.А., Коновальчук Н.С., Фомичев В.А., Коган П.Г.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

13 АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПКС У СПОРТСМЕНОВ

Третьяков В.Б., Гудалов Е.В.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ

14 ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ВТЭО) ПОСЛЕ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ

Третьяков В.Б., Дубасова А.А., Гудалов Е.В.

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

15 РАЗНАЯ ДЛИНА НОГ: ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Артемьев А.А., Ивашкин А.Н., Нелин Н.И., Соловьев Ю.С.

15 СЛАЙД-ОСТЕОТОМИЯ НАРУЖНОГО МЫШЦЕЛКА БЕДРЕННОЙ КОСТИ: ПРОСТАЯ ОПЦИЯ ДЛЯ СЛОЖНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Ласунский С.А., Сорокин Е.П., Гудз А.И.

16 ХРОНИЧЕСКИЙ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ: ВСЕМ ЛИ ПОМОЖЕТ ОПЕРАЦИЯ?

Чугаев Д.В., Корнилов Н.Н., Ласунский С.А., Сорокин Е.П., Стафеев Д.В.

IV ASTAOR International Congress **Международный Конгресс АСТАОР**

НЕХИРУРГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ СПОРТИВНЫХ ТРАВМ

17 РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДИК ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ОБЛАСТИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ФУТБОЛИСТОВ ПРОФЕССИОНАЛОВ

Гудз А.И., Денисов А.О., Чугаев Д.В., Сорокин Е.П.

ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

18 ОСТЕОТОМИИ В ОБЛАСТИ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ КОРРЕКЦИИ МНОГОУРОВНЕВЫХ И МНОГОПЛОСКОСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Артемьев А.А., Нелин Н.И., Ивашкин А.Н., Шипулин А.А.

НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

19 ЭЛАСТИЧНО-ТИТАНОВЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Байимбетов Г.Д., Шоматов Х.Ш.

20 ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОЖНЫХ СУСТАВОВ ГОЛОВКИ МЫШЦЕЛКА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ

Ходжанов И.Ю., Умаров Ф.Х., Байимбетов Г.Д.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

РАЗНОЕ

21 СТРЕССОВЫЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Королев А.В., Аксенов С.Ю., Зарипов А.Р.

22 ТРАНСПОЗИЦИЯ ШИРОЧАЙШЕЙ МЫШЦЫ КАК МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МАССИВНЫМ НЕВОССТАНАВЛИВАЕМЫМ РАЗРЫВОМ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ

Беляк Е.А., Лазко Ф.Л., Кубашев А.А., Призов А.П., Эпштейн А.А., Меньшиков В.В., Григорьев И.В.,
Залян А.А., Савицкий П.П., Лазко М.Ф.

23 ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОАРТРОЗОВ, НЕПРАВИЛЬНО СРОСШИХСЯ И СВЕЖИХ ПЕРЕЛОМОВ ПЯСТНЫХ КОСТЕЙ В ИРКБ

Арсамаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.

26 ОСТЕОСИНТЕЗ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ. КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА.

Арсамаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.

27 РЕКОНСТРУКЦИЯ МЕДИАЛЬНОЙ ПАТЕЛЛОФЕМОРАЛЬНОЙ СВЯЗКИ (MPFL) АУТОТРАНСПЛАНТАТОМ ИЗ ПОЛУСУХОЖИЛЬНОЙ МЫШЦЫ С ФОРМИРОВАНИЕМ ВЕРТИКАЛЬНОГО КАНАЛА В НАДКОЛЕННИКЕ

Королёв А.В., Магнитская Н.Е., Рязанцев М.С., Синицкий М.А., Каданцев П.М., Зарипов А.Р.

28 ВОЗВРАЩЕНИЕ К СПОРТИВНЫМ НАГРУЗКАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Черноус В.Н., Карданов А.А., Карандин А.С.

IV ASTAOR International Congress Международный Конгресс АСТАОР

30 ВОЗВРАЩЕНИЕ К СПОРТИВНЫМ НАГРУЗКАМ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Черноус В.Н., Карданов А.А., Карандин А.С.

31 ЧРЕЗМЫЩЕЛКОВЫЙ ПЕРЕЛОМ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ У ДЕТЕЙ. КРИТЕРИИ ВЫБОРА МЕТОДА ОСТЕОСИНТЕЗА.

Арсмаков А.З., Таутиев Н.Х., Озиев Д.А., Таутиева Ф.М., Майсигов М.Н.

32 КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ НЕПОЛНОСЛОЙНЫХ РАЗРЫВОВ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПРИ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕМ ТЕНДИНИТЕ.

Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.

33 РЕКОНСТРУКЦИЯ И ДЕБРИДМЕНТ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА ПРИ ЧАСТИЧНЫХ НЕПОЛНОСЛОЙНЫХ РАЗРЫВАХ У ПАЦИЕНТОВ С КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩИМ ТЕНДИНИТОМ

Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.

34 КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТИЧНЫХ НЕПОЛНОСЛОЙНЫХ РАЗРЫВОВ ВРАЩАТЕЛЬНОЙ МАНЖЕТЫ ПРИ КАЛЬЦИФИЦИРУЮЩЕМ ТЕНДИНИТЕ

Макарьева О.В., Логвинов А.Н., Ильин Д.О., Королев А.В., Каданцев П.М.

35 ФУНКЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ОСТРОМ РАЗРЫВЕ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ

Скворцов Д.В., Ахпашев А.А., Кауркин С.Н., Загородний Н.В.

IV ASTAOR International Congress **Международный Конгресс АСТАОР**

36 ФУНКЦИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ДО И ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ МЕНИСКОВ

Кауркин С.Н., Скворцов Д.В., Ахпашев А.А., Загородний Н.В.

37 ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ СТАБИЛИЗАЦИИ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА

Ахпашев А.А., Ткалин А.Н., Оруджев Ф.Х., Агзамов Д.С., Загородний Н.В.