

**Информация о работе Курганского областного общества
травматологов-ортопедов за 2006 год**

**The information about the work of the Kurgan Regional Society
of traumatologists-and-orthopaedists in 2006**

271-е заседание

А.В. Попков, Р.Б. Шутков, Д.А. Попков. Количественная оценка влияния различных факторов на сроки остеосинтеза при удлинении голени.

Авторами проведен анализ результатов лечения 103 пациентов в возрасте от 15 до 57 лет на основе методов многомерных группировок (кластерный анализ). Проведена количественная оценка влияния различных факторов на длительность остеосинтеза при монолокальном удлинении голени у пациентов с завершённым естественным ростом, а также взаимосвязь изучаемых факторов между собой.

Для проведения исследования использовали программный продукт Atte Stat (разработчик И.П. Гайдешев). Проведенный кластерный анализ по пяти количественным параметрам: возраст, среднесуточный темп distraction, относительная величина удлинения (%), индекс фиксации (ИФ), индекс остеосинтеза (ИО) – позволил выделить 4 группы пациентов.

Наилучший результат отмечен у пациентов в группе с наименьшим средним возрастом и наибольшим темпом distraction и максимальным процентом удлинения.

По результатам множественного регрессионного анализа были составлены уравнения регрессии для каждого кластера с учетом приведенных ранее признаков, а также рассчитан коэффициент раздельной детерминации с целью определения процента вариации результативного признака за счет того или иного фактора.

Ф.Ф. Гофман, Д.А. Попков, С.О. Мурадисинов. Результаты лечения пациентов с последствиями гематогенного остеомиелита плечевой кости.

В докладе проанализированы результаты лечения 73 пациентов, пролеченных за период 1982-2005 годы. Величина укорочения варьировала от 4 до 19 см. Использованы методики биллокального и монолокального остеосинтеза.

Авторами предложен ряд модификаций существующих методик при дефектах проксимального конца плеча, при коррекции варусной деформации проксимального отдела плечевой кости, разработана методика монтажа аппарата для удлинения плеча в автоматическом режиме.

Встретившиеся осложнения разделены на 4 группы: связанные с проведением остеосинтеза, осложнения со стороны смежных суставов, инфекционные и нейро-сосудистые осложнения.

Приведены клинические примеры.

272-е заседание

А.В. Попков, Д.А. Попков, Е.Б. Гребенюк, С.О. Мурадисинов. Интрамедуллярное армирование при удлинении предплечья у больных с врожденными аномалиями развития.

Авторы провели анализ результатов лечения 7 пациентов с укорочениями предплечья с использованием напряженного интрамедуллярного армирования. Средняя величина удлинения составила 6,4 см. Использовали методики монолокального и биллокального остеосинтеза, которые были дополнены интра-

медуллярным армированием. Для придания интрамедуллярным спицам одинаковой кривизны авторами предложено оригинальное устройство.

Применение интрамедуллярного армирования позволило существенно сократить индекс остеосинтеза (среднее значение – 21,2 дн/см).

Приведены клинические примеры.

Д.Ю. Барыкин, В.М. Дмитриев, М.Ю. Речкин, Ю.А. Корабельников. Превентивная кроссэктомия как метод профилактики тромбозмболических осложнений.

В докладе приведены факторы риска, способствующие тромбообразованию, в том числе и у больных ортопедотравматологического профиля. Приведены схемы венозного сброса в норме и при патологических состояниях. Проанализированы физические, фармакологические, хирургические и комбинированные методы профилактики тромбозмболии легочной артерии. Представлены показания, доступы и варианты оперативных вмешательств на венозных стволах.

В.М. Дмитриев. Методики чрескостного остеосинтеза в лечении синдрома диабетической стопы.

Автором предложен алгоритм обследования больных с диабетической стопой, включающий обязательное выполнение рентгеноконтрастной ангиографии, УЗИ артерий нижних конечностей, определение линейной скорости кровотока, определение чрескостного напряжения кислорода на стопе, выполнение лазерной доплеровской флоуметрии и рентгенографии стопы в двух проекциях.

Для лечения данной патологии предложено использование туннелизации спицей костей нижней конечности с повторной туннелизацией через 10-14 дней; протонгированной туннелизации; кортикотомии большеберцовой кости на 10-14-й день после первичной туннелизации.

По предложенной методике прооперировано 14 пациентов в возрасте от 50 до 68 лет, которым в связи с диффузным поражением артериального русла невозможно было выполнить реконструктивные операции непосредственно на сосудах.

273-е заседание

А.В. Попков, Л.В. Сляяр, Д.А. Попков, В.А. Балабанов. Результаты лечения больных с дисхондроплазией.

В докладе приведены результаты лечения 40 больных дисхондроплазией в возрасте от 4 до 24 лет с величиной укорочения конечностей от 2 до 27 см. Моносегментарный остеосинтез бедра применялся в 19 случаях, голени – в 12 случаях. Полисегментарный остеосинтез использовался в 29 случаях. Для достижения максимального эффекта лечения в дополнение к традиционному методу использовали интрамедуллярный напряженный остеосинтез изогнутыми спицами, позволяющий после снятия аппарата сохранить прочностные свойства пораженной кости, улучшить кровообращение в конечности, создать условия для полноценной регенерации кости. Для проведения интрамедуллярных спиц авторами

предложен ряд устройств и приспособлений.

Проведен детальный анализ встретившихся осложнений. По исходам лечения выделено 3 группы пациентов.

Приведены клинические примеры.

А.В. Попков, И.А. Меньщикова, Д.В. Долганов, Э.В. Еришов. Деформации позвоночного столба при одностороннем укорочении конечности.

Обследовано 59 пациентов в возрасте от 4 до 29 лет с односторонним укорочением нижней конечности от 1 до 18 см. Диагностику и мониторинг нарушений формы туловища и позвоночника проводили с использованием метода компьютерной оптической топографии.

Анализ результатов показал, что у всех больных имела выраженная асимметрия, проявлявшаяся в нарушении осанки и формы позвоночного столба в виде сколиотической деформации III степени (18,4 %), II степени (31,6 %) и I степени (36,8 %). У 5 пациентов (13,2 %) отмечались только нарушения осанки.

После выравнивания длины нижних конечностей отдельные элементы нарушений осанки и деформации сохранялись и в отдаленные сроки после лечения (до 4 лет).

274-е заседание

К.А. Дьячков, Т.А. Ларионова, Е.Н. Овчинников, С.В. Ральникова. Сравнительная характеристика количества мышечной и жировой тканей у больных ахондроплазией.

На костном денситометре обследовано 15 больных с ахондроплазией до операции и после удлинения конечностей. Определяли массу тела, массу мышечной и жировой тканей в теле и в конечностях. Для контроля обследовано 30 условно здоровых детей в возрасте 6-18 лет.

Установлено, что масса мягких тканей в теле у здоровых детей достоверно выше, чем у больных ахондроплазией.

При сравнении результатов исследования массы мягких тканей в нижних конечностях у больных ахондроплазией и условно здоровых детей отмечено увеличение количества мышечной и жировой тканей с увеличением возраста во всех возрастных группах.

В.М. Дмитриев, Ю.А. Корабельников, М.Ю. Речкин, Д.Ю. Барыкин. Первый опыт применения в Курганской области эндоскопической диссекции перфорантных вен в лечении хронической венозной недостаточности нижних конечностей.

В докладе представлены схемы анатомии вен голени, сделаны акценты на значимости для оттока тех или иных венозных стволов. Приведены варианты операции Линтона, Науер.

Проведен анализ результатов лечения 17 больных с венозной недостаточностью с помощью эндовидеохирургической системы фирмы Karl Storz. Сравнительный анализ результатов лечения при операции Линтона и эндоскопической диссекции перфорантных вен показал неоспоримые преимущества последней.

В.И. Шевцов, В.С. Бунов, Н.И. Гордиевских. Изменения кровообращения в конечности при утолщении голени в условиях ишемии.

В докладе приведен клинический пример пациента с диагнозом: облитерирующий атеросклероз, хроническая артериальная недостаточность IIБ степени справа, окклюзия задней большеберцовой артерии в верхней трети, передней большеберцовой и межберцовой артерий.

Больной прооперирован в РНЦ «ВТО» 20.01.87 г., путем формирования продольного регенерата удалось достичь увеличения объема микроциркуляторного русла за счет сосудов регенерата и формирования коллатералей.

Через 6 месяцев выполнена операция на другой конечности. Достигнуто улучшение.

Через 3 года явления ишемии левой конечности усугубились, больной был прооперирован в 1990 году. Выписан с улучшением, конечность сохранена.

По заключению авторов, разработанные и усовершенствованные методики остеосинтеза при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей являются эффективными даже при глубоком поражении и позволяют избежать или отсрочить ампутацию.

275-е заседание

В.И. Шевцов, М.П. Тепленький, В.Д. Макушин, Э.М. Парфенов, Н.Э. Раловец. Лечение шеечных деформаций бедренной кости по новым технологиям центра «ВТО» имени академика Г.А. Илизарова.

Авторами предложена рабочая классификация многоплоскостных деформаций проксимального отдела бедра: I тип – субкапитальная вальгизация эпифиза; II вариант наблюдается при локализации патологического процесса в центре ростковой зоны; III тип – последствия асептического некроза головки после вправления вывиха бедра; IV вариант – сочетание нарушений соотношений между головкой, шейкой и большим вертелом во фронтальной плоскости с торсионной деформацией эпифиза.

В зависимости от типа деформации авторы используют 3 варианта методики остеосинтеза.

Метод чрезвертельной удлиняющей остеотомии применяется при деформации проксимального отдела бедра II типа и дефектах головки и шейки. Чрезвертельная варизирующая удлиняющая остеотомия используется для коррекции деформации I и III типов. Чрезвертельная деторсионно-варизирующая удлиняющая остеотомия применяется при IV типе деформации при наличии шеечно-эпифизарных нарушений во фронтальной и горизонтальной плоскостях.

В докладе проанализированы результаты лечения 24 пациентов, приведены клинические примеры.

А.А. Коркин, Д.А. Попков, С.О. Мурадисинов. Применение интрамедуллярного армирования при коррекции деформаций нижних конечностей методом чрескостного остеосинтеза у больных фосфатдиабетом.

В сообщении представлены результаты применения интрамедуллярного армирования при оперативной коррекции деформации нижних конечностей у больных фосфатдиабетом. Пролечено 23 больных, которым выполнено 29 этапов коррекции. Во всех случаях была достигнута полная коррекция деформации и восстановление оси конечностей. Армирование позволило сократить сроки фиксации на 23-70 суток.

Приведены клинические примеры.

276-е заседание

Д.Ю. Борзунов, В.К. Камерин, О.В. Колчев, А.И. Митрофанов, М.Н. Соколова. К вопросу замещения дефектов костей предплечья с использованием технологий несвободной костной пластики по Г.А. Илизарову.

Проанализирован опыт лечения 31 пациента с гетерогенными дефектами костей предплечья: посттравматические – 21 случай, пострезекционные – 9, врожденной этиологии – 1. Показанием для било-

кального остеосинтеза служило наличие костного дефекта до 4-5 см. Полилокальный остеосинтез применяли при дефектах более 6 см. Продолжительность distraction при полилокальном удлинении составила 58 дней, билокальном – 41 день.

Приведены клинические примеры. Положительные анатомо-функциональные исходы достигнуты в 93,6 % клинических наблюдений.

М.З. Насыров, В.В. Салдин, А.А. Чертищев.
Чрескостный остеосинтез апофизеолизом медиального надмыщелка плечевой кости у детей.

Пролечен 41 пациент в возрасте от 9 до 16 лет. Травма кости в большинстве случаев осложнялась значительными повреждениями мягкотканного компонента, а также вывихами предплечья и повреждением локтевого или лучевого нерва.

Операция состояла из 4 этапов: адаптация апофиза, фиксация апофиза, монтаж аппарата, стабилизация (компрессия). При интерпозиции апофиза в полость сустава у ряда пациентов выполнено открытое вмешательство. Реабилитационные мероприятия начинались с первых суток после операции: назначали ЛФК, физиопроцедуры. Фиксацию апофиза аппаратом осуществляли в среднем 26 дней.

Ближайшие результаты лечения у 2/3 пациентов расценены как хорошие и отличные. Удовлетворительные результаты отмечены у больных с застарелыми травмами, интерпозицией фрагментов в полость сустава, при наличии вывиха предплечья. В отдаленном периоде благоприятные исходы наблюдались в 93,1 % случаев.

277-е заседание

В.И. Шевцов, В.Д. Макушин, О.К. Чезуров.
Анатомо-функциональные исходы декомпрессионно-дренирующей туннелизации у больных гонартрозом гериатрического возраста.

Опыт применения методик туннелизации изучен у 55 пациентов в возрасте от 60 до 73 лет. Давность заболевания составила от 6 месяцев до 20 лет.

Основу оперативного лечения составила базовая методика веерной субхондральной туннелизации мыщелков бедренной, большеберцовой костей и надколенника, которую дополняли секторальной туннелизацией диафиза большеберцовой кости в проекции костномозговой полости.

Авторами разработана схема комплексной оценки, состоящей из объективных и субъективных критериев. Объективные критерии: нарушение походки, деформация сустава, мышечная сила, функция сустава, субхондральный склероз, остеопороз. Субъективные критерии: болевой синдром, толерантность к нагрузке, качество жизни.

Хорошие результаты лечения составили 78,5 %, удовлетворительные – 21,5 %

А.В. Попков, Н.Н. Фогель. **Стресс аккультурации при лечении иностранных пациентов.**

Авторами проведен анализ адаптации иностранных пациентов к условиям пребывания в клинике РНЦ «ВТО» и обоснованы подходы к лечению иностранных граждан как к пациентам, подвергающимся дополнительным психоэмоциональным нагрузкам.

Для описания сложного и потенциально стрессогенного процесса адаптации пациентов к новой социокультурной среде авторы использовали понятие «культурный шок» (К. Оберг). Понятие «культурный

шок» включает многообразие признаков: беспокойство о качестве пищи, воды, чистоты посуды, постельного белья, общая тревожность, неуверенность в себе и т.д. Процесс адаптации протекает поэтапно: первый этап – энтузиазм, приподнятое настроение, большие надежды; второй этап – разочарование, замешательство, депрессия; третий этап – чувство полной беспомощности; четвертый этап – ощущение уверенности и удовлетворенности.

По мнению авторов, исследования данного феномена в конкретных условиях ортопедического лечения может оказать существенную помощь в преодолении явления «культурного шока».

278-е заседание

В.М. Дмитриев, А.В. Каминский, Ю.А. Коробельников, М.Ю. Речкин, Д.Ю. Барыкин, Р.Н. Белобородов. **Профилактическая имплантация кава-фильтра у больных ортопедотравматологического профиля с высоким риском венозного тромбозмобилизма.**

Авторами приведена статистика развития тромбоэмболических осложнений и летальности при них. Особенно высок риск развития тромбозмобилизма легочной артерии в травматологии и ортопедии, при эндопротезировании тазобедренного сустава ТЭЛА встречается в 0,7-30 % случаев, коленного сустава – в 1,8-7 %, при переломах бедра – в 4,3-24 %.

Авторы выделяют 3 степени риска развития послеоперационных венозных осложнений. В докладе приведены методы профилактики ТЭЛА: физические, фармакологические, хирургические, комбинированные. Среди хирургических методов предпочтение отдается кава-фильтрам, которые позволяют избежать тромбозмобилизма в 98-99,8 % случаев. В сообщении подробно изложены современные требования, предъявляемые к фильтрам, показания к установке временных и постоянных кава-фильтров, а также тактика действий при развившейся тромбозмобилизме.

Приведены клинические примеры.

Е.А. Волокитина, З.С. Науменко, Н.В. Годовых. **Микрофлора при суставной патологии.**

В сообщении проанализированы результаты обследования 52 пациентов с поражениями крупных суставов. Материалом исследования служили: синовиальная жидкость, капсула сустава, параартикулярные ткани, фрагменты кости (при операциях эндопротезирования).

При анализе результатов отмечено, что у 40 % больных гонартрозом и 70 % пациентов с коксартрозом в компонентах суставов обнаружена патогенная микрофлора. У пациентов с осложнениями после эндопротезирования в 100 % случаев выявлены микроорганизмы. Прослеживается определенная закономерность в выявлении микрофлоры в биологических образцах. При коксартрозах бактерии обнаруживаются в капсуле и костных фрагментах при сохранении стерильности синовиальной жидкости. При нестабильности эндопротезов микрофлора определяется как в компонентах искусственного сустава, так и в синовиальной жидкости. При гонартрозах бактерии чаще всего выделяются из капсулы и параартикулярных тканей при их отсутствии в синовиальной жидкости.

Среди бактерий во всех случаях преобладали грамположительные кокки (80 %), также отмечали грамотрицательные организмы (13,8 %), аэробные и анаэробные бактерии.

Секретарь общества травматологов-ортопедов
канд. мед. наук Л.О. Марченкова