

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) России
Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР)
Институт повышения квалификации ФМБА России
Клиническая больница №51 ФМБА России
Сибирский клинический центр

Непрерывное образование врачей

VI Научно-образовательная конференция травматологов и ортопедов ФМБА России



Железногорск, 9-11 сентября 2015 года



Организаторы и оргкомитет	2
Программа	4
Сборник тезисов	9
Каталог выставки	39



Организаторы

Федеральное медико-биологическое агентство (ФМБА) России
Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР)
Институт повышения квалификации ФМБА России
Клиническая больница №51 ФМБА России
Сибирский клинический центр

Председатель оргкомитета

Уйба Владимир Викторович

руководитель Федерального медико-биологического агентства России

Организационный комитет

Баранкин Борис Владимирович

директор Сибирского клинического центра Федерального медико-биологического агентства России

Истомин Николай Петрович

проректор Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, заведующий кафедрой хирургии, анестезиологии и эндоскопии

Канева Елена Петровна

заместитель начальника Управления организации медицинской помощи Федерального медико-биологического агентства России

Колёнкин Сергей Семёнович

доцент кафедры травматологии, ортопедии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова

Коробушкин Глеб Владимирович

доцент кафедры травматологии и ортопедии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова

Ломакин Александр Иванович

руководитель Клинической больницы №51 Федерального медико-биологического агентства России, г. Железногорск



Мирошникова Юлия Вячеславовна

начальник Управления оказания спортивной медицинской помощи Федерального медико-биологического агентства России

Полозков Игорь Михайлович

начальник Управления организации медицинской помощи Федерального медико-биологического агентства России

Рева Владимир Дмитриевич

ректор Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России

Скороглядов Александр Васильевич

заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова

Страхов Максим Алексеевич

главный внештатный травматолог-ортопед ФМБА России, доцент кафедры травматологии и ортопедии Института повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России и Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова

Хавкина Елена Юрьевна

заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства России



10 сентября

9:00 | Регистрация участников

10:00 | Приветственное слово

Ломакин А.И. - начальник ЦМСЧ №51 ФМБА

Баранкин Б.В. - генеральный директор ФГБУЗ «Сибирский клинический центр ФМБА»

10:15 | *Медведев В.В. - глава ЗАТО г.Железнодорожск*

10:15 | пленарная секция

Организационно-юридические моменты оказания травматолого-ортопедической помощи. Высоко-технологичная помощь.

12:00 | *Модераторы: Скороглядов А.В., Бут-Гусаим А.Б., Винокуров А.П.*

10:15 | Ортопедотравматологическая служба ФМБА России. Состояние, проблемы, тенденции развития.

Страхов М.А., Орлов А.Б. (Москва)

10:25 | Медико-правовые основы оказания экстренной травматологической помощи.

Лядова М.В., Скороглядов А.В., Тучик Е.С. (Москва)

10:35 | Ревизионное протезирование крупных суставов. Сложности и вопросы сегодняшнего дня и их решение.

Бут-Гусаим А.Б. (Москва)

10:50 | Ревизионное эндопротезирование комплексной системой. Опыт использования.

Березенко М.Н. (Москва)

11:05 | Ревизионные операции тазобедренного сустава с использованием керамики.

Атциродт Фолькер (Глохинген, Германия)

11:20 | Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при ложных суставах шейки бедренной кости.

Ежов И.Ю., Якушев Д.С., Аладышев Н.А., Абраменков А.Н. (Нижний Новгород)

11:30 | Особенности фибринолиза в послеоперационном периоде у пациентов с остеопорозом.

Вахрушев Н.А., Василевский Д.Р., Сотниченко С.А., Гамова С.В. (Владивосток)

11:40 | Предоперационная физическая реабилитация у пациентов с ортопедической патологией.

Панов В.А., Кравцов А.Г., Хромов А.А., Косов Д.А., Лебедева Н.Е. (Санкт-Петербург)

11:50 | Тактика реабилитационного лечения после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Рагозин А.О., Дубров В.Э., Кобрицов Г.П., Юдин А.В., Щербаков И.М. (Москва)

12:00 | Перерыв
12:30



10 сентября

- 12:30** | пленарная секция
Диагностика, лечение и реабилитация больных с поражениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Детская травма опорно-двигательного аппарата.
- 13:50** | Модераторы: Дубров В.Э., Скороглядов А.В., Орлов А.Б.
- 12:30 | Особенности травм в детском возрасте.
Ланцов В.В. (Москва)
- 12:40 | Опыт лечения чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей.
Вторушин Е.Ю., Карпов С.В., Винокуров А.П. (Железногорск)
- 12:50 | Диагностика доброкачественных мягкотканых новообразований кисти и предплечья.
Чуловская И.Г., Скороглядов А.В., Страхов М.А., Лядова М.В., Жежеря Э.В., Лобачев Е.В. (Москва)
- 13:00 | Применение методов реконструктивной и пластической микрохирургии с учетом специфики прикрепленного контингента ФМБА России.
Аксененко А.В. (Москва)
- 13:10 | Оперативное лечение поперечной расплывчатости стопы и вальгусного отклонения I пальца с использованием биодеградируемых имплантатов «Биоретек».
Чернявский М.А., Чех Д.В. (Волгоград)
- 13:20 | Комбинированная методика хирургического лечения поперечного плоскостопия и вальгусного отклонения I пальца стопы тяжелой степени.
Епишин В.В., Ростовцев А.В., Вревин А.В., Исупов А.А. (Северск)
- 13:30 | Выбор метода артрорезирования голеностопного сустава.
Ярмак Д.О. (Москва)
- 13:40 | Основные и дополнительные критерии оценки результатов лечения переломов костей стопы у больных с множественной и сочетанной травмой.
Королёв М.А., Коробушкин Г.В., Мирошникова Е.А., Ярмак Д.О. (Москва)
- 13:40 | Корректирующая остеотомия I плюсневой кости по Стоффелла при вальгусной деформации I пальца стопы.
Черепанов Д.Е., Филипендинов П.В., Еремеев О.В., Монахов Ю.А., Колесников Л.Н. (Омск)
- 14:00** | Перерыв
14:10 |



10 сентября

- 14:10 | секция
Периоперационное ведение больных в травматологии и ортопедии.
15:40
- 14:10 | симпозиум
Профилактика и лечение венозных тромбозов и эмболий в травматологии и ортопедии.
Копенкин С.С., Ершов Д.А.
- 15:40 | Перерыв
15:50
- 15:50 | секция
Периоперационное ведение больных в травматологии и ортопедии (продолжение).
17:30
- 15:50 | лекция
Рациональная тромбопрофилактика в травматологии и ортопедии: миф или реальность?
Фирсов С.А.
- 16:20 | лекция
Особенности ведения периоперационного периода у травматолого-ортопедических пациентов
Копенкин С.С.
- 17:00 | клинический разбор
Предупреждение ВТЭО: тактика травматолога-ортопеда в российских условиях.
Копенкин С.С.



11 сентября

- 10:00** | пленарная секция
Спортивная травма. Малоинвазивные и эндоскопические технологии в лечении больных с травмами и заболеваниями конечностей.
- 11:10** | Модераторы: *Скороглядов А.В., Дубров В.Э., Страхов М.А.*
- 10:00 | Травмы у спортсменов сборной команды России на крупных международных соревнованиях. Особенности диагностики и лечения.
Величко М.Н. (Москва)
- 10:10 | Современный подход к диагностике и лечению травм плечевого сустава и вращательной манжеты плеча у профессиональных спортсменов.
Дубров В.Э. (Москва)
- 10:40 | Долгосрочные результаты после реконструктивной операции на плечевом суставе у спортсменов с разрывом вращательной манжеты плечевого сустава.
Муханов В.В., Шибанов М.В. (Москва)
- 10:50 | Значение раннего комплексного применения средств физической реабилитации после частичного повреждения вращательной манжеты плечевого сустава.
Епифанов А.В., Жадан П.Л., Епифанов В.А. (Москва)
- 11:00 | Инновации в лазеротерапии: Hilterapia - лечение боли.
Зуев С.Л. (Москва)
- 11:10** | Перерыв
11:30 |



11 сентября

- 11:30** | пленарная секция
Уникальные технологии в инъекционной терапии в травматологии и ортопедии.
- 13:10** | Модераторы: *Бут-Гусаим А.Б., Страхов М.А., Копенкин С.С.*
- 11:30** | Стандарты в лечении остеоартрита крупных суставов. Периартикулярная терапия в комплексе с медикаментозных методов лечения.
Аношенкова О.Н. (Томск)
- 12:00** | Ортобиологические препараты и гиалуроновая кислота. Механизмы действия и клиническая эффективность.
Страхов М.А. (Москва)
- 12:30** | Комплексный подход к лечению остеоартрита в практике травматолога-ортопеда.
Колмогорцев И.Е. (Иркутск)
- 12:40** | Клинический опыт PRP терапии у спортсменов сборных команд РФ.
Вершинин А.В., Страхов М.А., Радкевич С.А. (Москва)
- 12:50** | Наш опыт комплексного применения обогащенной тромбоцитами плазмы и препаратов гиалуроновой кислоты в лечении повреждений ОДА у спортсменов.
Карпашевич А.А., Муханов В.В., Шибанов М.В. (Москва)
- 13:00** | Заболевания крупных суставов – классический подход и современные аспекты лечения.
Карпов С.В., Вторушин Е.Ю., Винокуров А.П. (Железногорск)
- 13:10** | **Перерыв**
13:20
- 13:20** | лекция
Профилактика имплант-ассоциированной инфекции.
- 14:00** | *Шубняков И.И.*
- 14:00** | мастер-класс
Широкие возможности применения полимерных иммобилизирующих материалов в практике врача-травматолога.
- 14:40** | *Захаров С.Н.*
- 14:40** | **Дискуссия. Принятие резолюции конференции.**
15:00



Сборник тезисов



Содержание

Особенности фибринолиза в послеоперационном периоде у пациентов с остеопорозом. <i>Вахрушев Н.А., Василевский Д.Р., Сотниченко С.А., Гамова С.В.</i>	12
Опыт применения первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при медиальных переломах шейки бедра в условиях ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России. <i>Винокуров А.П., Вторушин Е.Ю.</i>	12
Опыт лечения чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей. <i>Вторушин Е.Ю., Карпов С.В., Винокуров А.П.</i>	13
Способ оптимизации комплексной реабилитации больных с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата. <i>Гвоздарева М.А., Карева Н.П., Шелякина О.В., Авсюкова С.Ф.</i>	14
Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при ложных суставах шейки бедренной кости. <i>Ежов И.Ю., Якушев Д.С., Аладышев Н.А., Абраменков А.Н.</i>	16
Значение раннего комплексного применения средств физической реабилитации после частичного повреждения вращательной манжеты плечевого сустава. <i>Епифанов А.В., Жадан П.Л., Епифанов В.А.</i>	17
Комбинированная методика хирургического лечения поперечного плоскостопия и вальгусного отклонения 1-го пальца стопы тяжелой степени. <i>Епишин В.В., Ростовцев А.В., Веревин А.В., Исупов А.А.</i>	18
Опыт лечения медиальных переломов шейки бедра. <i>Карпов С.В., Вторушин Е.Ю.</i>	19
Артроскопия в условиях травматолого-ортопедического отделения. <i>Карпов С.В., Вторушин Е.Ю., Винокуров А.П.</i>	20
Нарушения мозгового кровотока при тяжелой черепно-мозговой травме, выявляемые методом транскраниальной ультразвуковой доплерографии. <i>Кондратьев А.В.</i>	21
Основные и дополнительные критерии оценки результатов лечения переломов костей стопы у больных с множественной и сочетанной травмой. <i>Королёв М.А., Коробушкин Г.В., Мирошникова Е.А., Ярмак Д.О.</i>	22
Хирургическое лечение ограниченных повреждений суставных поверхностей мыщелков бедренной кости. <i>Кравцов А.Г., Панов В.А., Лебедева Н.Е.</i>	23
Оптимизация углубленного медицинского обследования сборных команд Российской Федерации. <i>Литвякова И.В., Костив И.М., Кузьмичев А.Г., Страхов М.А.</i>	24
Организация экстренной травматологической помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости. <i>Лядова М.В., Коробушкин Г.В., Чуловская И.Г.</i>	25



Медико-правовые аспекты оказания экстренной травматологической помощи. <i>Лядова М.В., Лядова А.В.</i>	26
Оптимизация оказания экстренной травматологической помощи на основании медико-экспертного анализа ошибок и осложнений. <i>Лядова М.В., Тучик Е.С.</i>	27
Долгосрочные результаты после реконструктивной операции на плечевом суставе у спортсменов с разрывом вращательной манжеты плечевого сустава. <i>Муханов В.В., Шибанов М.В.</i>	28
Предоперационная физическая реабилитация у пациентов с ортопедической патологией. <i>Панов В.А., Кравцов А.Г., Хромов А.А., Косов Д.А., Лебедева Н.Е.</i>	29
Тактика реабилитационного лечения после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. <i>Рагозин А.О., Дубров В.Э., Кобрицов Г.П., Юдин А.В., Щербakov И.М.</i>	30
Костная пластика при внешней фиксации стержневыми аппаратами. <i>Сакалов Д.А., Скороглядов А.В.</i>	31
Управление нагрузкой при внешней фиксации переломов. <i>Сакалов Д.А., Скороглядов А.В.</i>	32
Особенности травм опорно-двигательного аппарата у женщин в профессиональном спорте. <i>Страхов М.А., Федотенко О.А., Костив И.М., Кузьмичев А.Г.</i>	33
Лечение плосковальгусной деформации стоп у детей методом подтаранного артрореза. <i>Федоров М.А. Слизовский Г.В.</i>	33
Корректирующая остеотомия I плюсневой кости по Стоффелла при вальгусной деформации I пальца стопы. <i>Черепанов Д.Е., Филимендилов П.В., Еремеев О.В., Монахов Ю.А., Колесников Л.Н.</i>	35
Оперативное лечение поперечной распластанности стопы и вальгусного отклонения I пальца с использованием биодеградируемых имплантатов. <i>Чернявский М.А., Чех Д.В.</i>	36
Оперативное лечение поперечной распластанности стопы и вальгусного отклонения I пальца с использованием биодеградируемых имплантатов «Биоретек». <i>Чернявский М.А., Чех Д.В.</i>	37
Диагностика доброкачественных мягкотканых новообразований кисти и предплечья. <i>Чуловская И.Г., Скороглядов А.В., Страхов М.А., Лядова М.В., Жежеря Э.В., Лобачев Е.В.</i>	38



Особенности фибринолиза в послеоперационном периоде у пациентов с остеопорозом.

*Вахрушев Н.А., Василевский Д.Р., Сотниченко С.А., Гамова С.В.
ФГБУЗ ДВОМЦ ФМБА России, Владивосток*

Цель: определение взаимосвязи уровня Д-димера у пациентов с различной плотностью костной ткани, получающих медикаментозную тромбопрофилактику, в раннем послеоперационном периоде после тотального эндопротезирования коленного сустава.

Материалы и методы: исследован уровень Д-димера у 40 пациентов после тотального эндопротезирования коленного сустава, в возрасте 56-78 лет, средний возраст 66,6 лет, из них 74% женщин и 26% мужчин, проживающих на территории Приморского края. Определение показателя проводилось за сутки до операции, а также на 7 сутки послеоперационного периода. В первую группу вошли 20 человек с нормальной плотностью костной ткани, во вторую – 20 человек с остеопорозом, согласно данным двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии, выполненной в период до 6 месяцев в предоперационном периоде. Группу контроля составили 20 человек, сходных по возрасту, половому распределению, не подвергавшихся данному оперативному вмешательству, проживающих на той же территории. Исследование уровня Д-димера проводилось при помощи турбидиметрического анализа, являющегося количественным методом.

Результаты: В обеих группах отмечалось значительное повышение уровня Д-димера на 7 сутки после операции, при нормальных показателях до операции у каждого пациента. В I группе Д-димер составил 3153 ± 274 ЕД/л; во II – 4269 ± 427 ЕД/л, в группе контроля – 118 ± 36 нг/мл. Наблюдалось достоверное повышение уровня Д-димера в послеоперационном периоде в I ($t=43,213$; $p<0,001$) и во II ($t=51,704$; $p<0,001$) группах, а также достоверное повышение его уровня у пациентов II группы в сравнении с I ($t=4,063$; $p<0,05$).

Выводы: Исследование показало достоверно более высокий уровень Д-димера у пациентов с остеопорозом, в сравнении с пациентами, имеющими нормальную плотность костной ткани. Данный факт указывает на необходимость дальнейшего исследования особенностей тромбообразования в послеоперационном периоде у пациентов с остеопорозом, а также на целесообразность обследования обеих групп пациентов в отдаленном периоде с целью диагностики тромбоэмболических осложнений и подбора оптимальной медикаментозной тромбопрофилактики.

Опыт применения первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при медиальных переломах шейки бедра в условиях ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России.

*Винокуров А.П., Вторушин Е.Ю.
ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России, Железнодорожск, Красноярский край*

Переломы шейки бедра у людей пожилого и старческого возраста и развивающиеся после них осложнения могут не только существенно ухудшить качество жизни, но и



стать причиной летального исхода. Ранняя активизация таких пациентов является жизненной необходимостью. В 2013 году в ТОО КБ № 51 ФМБА России г. Железногорска начали применять метод первичного эндопротезирования тазобедренного сустава. За период с 2013 года по 2015 год проведено обследование и оперативное лечение 8-ми больных с переломом шейки бедренной кости. Больные, которым произведено оперативное вмешательство находились в возрасте от 62 до 81 года (средний возраст 73.2 года). От общего числа оперированных больных мужчин было 1(12.5%), женщин – 7(87.5%). У 5-ти (62.5%) больных выявлен субкапитальный перелом, у 3-х(37.5%) – трансцервикальный перелом шейки бедренной кости. Перелом шейки правой бедренной кости диагностирован у 6-ти(75%), левосторонне повреждения выявлены у 2-х(25%) пациентов. Операции выполнялись в срок от 7-ми до 14 суток после травмы. Проводилось предоперационное обследование, которое включало в себя: ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и почек, ультразвуковое исследование сердца, осмотр кардиолога, фиброгастродуоденоскопия. Проводилась профилактика тромбозмемболических осложнений препаратами Клексан, Гепарин, Дабигатран. Выполнялась эластическая компрессия обеих нижних конечностей. Для правильного подбора компонентов эндопротеза проводилось предоперационное планирование с использованием рентгенограммы таза с захватом 20-ти сантиметров диафиза бедра. Диаметр чашки эндопротеза и размер ножки подбирались при помощи примерочного шаблона. Проводилось вычисление индекса костной массы. Для оперативного лечения применяли цементные эндопротезы фирмы «DePuy». Осуществляли передний боковой доступ к тазобедренному суставу по Хардингу. Для корректной установки чашки эндопротеза, использовали направитель приблизительно указывающий угол инклинации и антеверсии. В послеоперационном периоде проводили раннюю активизацию пациентов. Профилактику тромбозмемболических осложнений продолжали 5 недель с момента операции. Все пациенты активно наблюдались в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде врачами отделения в составе реабилитационной комиссии. Своевременно проводился динамический контроль рентгенограмм, а также назначение и коррекция реабилитационных мероприятий. За 2 года наблюдения, осложнений в послеоперационном периоде не выявлено. У пациентов восстановлена функция ходьбы без дополнительной опоры, болевой синдром в месте операции полностью регрессировал. Пациенты старческого возраста используют трость для поддержания равновесия. Таким образом, метод первичного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при медиальных переломах шейки бедра позволяет сохранить качество жизни пациентам, избежать грозных осложнений и эффективно применяется в условиях ТОО ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА России г. Железногорск.

Опыт лечения чрезмыщелковых и надмыщелковых переломов плечевой кости у детей.

*Вторушин Е.Ю., Карпов С.В., Винокуров А.П.
ФГБУЗ КБ 51 ФМБА РФ, Железногорск, Красноярский край*

Цель и задачи: поиск наиболее оптимального подхода к лечению переломов нижней трети плечевой кости (н/3) у детей.



Материалы и методы: с 2010 по 2014 год в травматолого-ортопедическом отделении ФГБУЗ КБ-51 пролечено 38 детей в возрасте от 4 до 12 лет с данным видом травмы. Произведена оценка сроков лечения, посттравматических деформаций локтевого сустава, осложнений (контрактуры, нейропатии, сосудистые нарушения). До 2010 года в нашем отделении основной подход к лечению переломов $n/3$ плечевой кости у детей был наложение скелетного вытяжения за локтевой отросток, сопоставление на скелетном вытяжении, нахождение на вытяжении до 3 недель с последующим переводом на иммобилизацию гипсовой лонгетой на 2-2.5 недели. С 2010 года основной подход к лечению переломов $n/3$ плеча-оперативный. При поступлении ребенку выполняется наложение скелетного вытяжения или гипсовая иммобилизация, на второй день производится оперативное лечение. Под контролем электронно-оптического преобразователя выполняется перкутанный остеосинтез плечевой кости 2 спицами Киршнера. Гипсовая иммобилизация. Срок гипсовой иммобилизации 8-12 дней со дня операции в зависимости от возраста пациента. После прекращения иммобилизации сразу начинается разработка движений в локтевом суставе. Спицы удаляются в условиях перевязочной на 13-15 день со дня операции. Кроме того работниками отделения произведена оценка состояния ребенка в период нахождения в стационаре. При лечении на скелетном вытяжении ребенок ощущает психологическое давление из-за постоянной привязанности к кровати, кормления, умывания, отправления естественных нужд также на кровати. Кроме того, боль, испытываемая им при переводе на гипсовую иммобилизацию, закладывает стереотип болевых ощущений при разработке контрактур локтевого сустава в дальнейшем, что значительно затрудняет процесс реабилитации. Также отмечено, что субъективно ребенок, лечившийся оперативным методом, не считает себя «больным», что также облегчает проведение реабилитационных мероприятий и улучшение результатов лечения. Полученные результаты и выводы: средний срок лечения детей до полного выздоровления составил 2 месяца. Двое детей получили осложнения в виде нейропатии локтевого нерва, по поводу нейропатии пролечены консервативно. Один ребенок-стойкая сгибательная контрактура до 90 градусов в связи с наличием гетеротопических оссификатов. Таким образом, можно говорить об уменьшении сроков лечения в 2-2.5 раза по сравнению с консервативным, уменьшению количества гетеротопических оссификатов и стойких контрактур благодаря более точному сопоставлению отломков. В целом данный подход к лечению переломов $n/3$ плеча мы оптимальным, за исключением случаев рагидательных надмыщелковых переломов и многооскольчатых чрезмыщелковых переломов, которые предпочтительнее лечить консервативно.

Способ оптимизации комплексной реабилитации больных с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата.

*Гвоздарева М.А., Карева Н.П., Шелякина О.В., Авсюкова С.Ф.
ННИТО им. Я.Л. Цивьяна, НГМУ, Новосибирск*

При обострении дегенеративных заболеваний позвоночника и суставов, травмах мягких тканей и связочного аппарата на первый план выступают болевой, отечный и мышечно-тонический синдромы, и, как следствие, ограничение двигательной активности. Для лечения данных синдромов в последнее время активно используют



трансдермальные технологии, в том числе специальные медицинские пластыри (СМП). Они позволяют доставлять активные компоненты непосредственно в зону повреждения, минуя ЖКТ, снижая побочные эффекты и обеспечивая высокую концентрацию препарата в тканях-мишенях. Появление на медицинском рынке новых видов пластырей диктует необходимость оценки их эффективности и разработки подходов к комбинированию с другими методами локальной терапии.

Цель исследования: разработка методики применения СМП в комбинации с локальной физиотерапией (ФТ) в период комплексной реабилитации больных с дегенеративными заболеваниями позвоночника, суставов и спортивной травмой.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 45 чел. с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата (27 муж. и 18 жен., ср. возраст 47,9 лет). Для исследования методом рандомизации были сформированы 2 группы: основная (30 чел.) и сравнения (15 чел.), репрезентативные по возрасту, половому составу и длительности заболевания. В обеих группах пациенты получали стандартную ФТ (импульсные токи, магнитотерапия, лазеротерапия) в течение 10 дней. В основной группе помимо ФТ использовались медицинские пластыри INTRARICH HOT, содержащие настой красного стручкового перца, L-ментол и гликоль-салицилат. Они применялись в виде ежедневных 12-часовых аппликаций на область боли и вовлеченный в патологический процесс сустав с 20:00 до 8:00 часов, что позволяло комбинировать лечение пластырями с ФТ. Для оценки эффективности перед началом лечения, после 5-й, 10-й процедуры и через 10 дней после завершения курса лечения заполнялись анкеты с оценочными шкалами. Анализ проводился с использованием программы SPSS16. Для оценки динамики основных симптомов заболевания использовались непараметрические критерии Вилкоксона и Фридмана.

Результаты: Анализ шкал, заполненных пациентами основной группы, показал достоверное снижение уровня боли, степени скованности и ограничения повседневной двигательной активности к середине и концу курса ($p=0,005$ для шкал «Боль» и «Затруднения в повседневной жизни», $p=0,012$ для шкалы «Скованность»), а также сохранение всех эффектов через 10 дней после окончания курса. В группе сравнения к середине курса лечения не было достигнуто достоверной положительной динамики ни по одной шкале, уровень боли существенно снизился лишь к концу курса, скованность в суставах сохранялась и после окончания курса ($p=0,197$ в сравнении с периодом до начала лечения). На втором этапе исследования в группу наблюдения вошли 30 человек (23 муж. и 7 жен., ср. возраст 27,2 лет) с острой спортивной травмой связочно-мышечного аппарата плечевого или коленного сустава, не требующей оперативного лечения. Методом рандомизации были сформированы 2 группы: основная (20 чел.) и сравнения (10 чел.) Дизайн исследования был такой же, однако с учетом выраженности ведущих симптомов (отек параартикулярных тканей и болевой синдром), в основной группе применялись пластыри INTRARICH COOL, не содержащие капсаицин. В результате комбинированного лечения в этой группе наблюдалось достоверное снижение уровня боли уже к 5-й процедуре ($p=0,007$), эффект обезболивания нарастал к концу курса и достигал максимума через 10 дней после окончания лечения ($p=0,005$ при сравнении с уровнем боли до начала лечения). В группе сравнения также отмечалось достоверное снижение уровня боли к концу лечения, однако динамика этого снижения была менее существенной ($p=0,043$), через 10 дней после завершения курса реабилитации отмечалось некоторое повышение уровня



боли. Анализ шкал «Скованность» и «Повседневная деятельность» дал аналогичные результаты. Таким образом, комбинирование локальной физиотерапии и трансдермальной терапии в виде аппликаций медицинских пластырей INTRARICH способствует более быстрому купированию болевого синдрома и восстановлению двигательной активности, а также обеспечивает более стойкое сохранение эффекта после окончания курса лечения дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата и спортивной травмы мягких тканей и капсульно-связочного аппарата.

Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при ложных суставах шейки бедренной кости.

Ежов И.Ю., Якушев Д.С., Аладышев Н.А., Абраменков А.Н.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ имени М.В. Колокольцева ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России, ФБУЗ ПОМЦ ФМБА России, Нижний Новгород

Актуальность. Эндопротезирование тазобедренного сустава является самым успешным методом лечения артрозов и переломов шейки бедренной кости. Однако рост ревизионных вмешательств заставляет искать новые решения проблемы. При эндопротезировании тазобедренного сустава актуальными являются принцип органосохранности кости и стремление избежать стресс-шилдинга. С этой целью разрабатываются конструкции, позволяющие достичь указанных задач. Ножка SMF конструктивно позволяет сохранить бедренную кость (длина 1-го размера 73 мм), перенося нагрузку на метафиз бедренной кости, избегая тем самым стресс-шилдинга. Цель. Улучшить результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Задача. Изучить ближайшие и отдалённые результаты использования ножки SMF. Материал и методы. Прооперировано 33 человека (35 эндопротезирований), из них 3 по поводу субкапитальных переломов бедренной кости, 1 - ложного сустава шейки бедренной кости, 2 - потравматического коксартроза, 29 – иным формам коксартроза. Применялась ножка SMF в варианте моноблок. Размеры ножки составили от -1 до 6. Размер 6 использовался 1 раз при ложном суставе шейки бедренной кости. В 28 случаях использовалась офсетная нога. В качестве вертлужного компонента использовалась чашка R3. В 34 случаях из 35 применялась пара трения керамика-керамика. До и после операции выполнялась оценка по Харрису. Если не оценивать больных с переломом шейки бедренной кости, то у остальных до операции средний балл составил $36,1 \pm 12,9$ (медиана 36).

Результаты. У всех больных достигнуты положительные ближайшие результаты в течение нескольких недель. Периоперационных осложнений не было. Пациенты 6-8 недель ходили с помощью костылей с частичной нагрузкой на ногу, затем перешли на ходьбу с тростью (в течение 1-2 месяцев в зависимости от возраста пациента) и благополучно начали полную опору на ногу. Отмечается болевой синдром в течение нескольких недель у 2 пациентов, которые пренебрегли рекомендациями и с первых дней после операции начали полную нагрузку на оперированную ногу. Ещё у 3 больных невозможно адекватно оценить их функциональный результат из-за сопутствующей патологии и связанной с ней болью. Отдалённые результаты (1 год) оценены у 5 человек (6 операций). Средний балл по Харрису составил $98 \pm$. Явлений стресс-шилдинга, нестабильности или иных осложнений не выявлено.

Заключение. Короткая ножка SMF эндопротеза тазобедренного сустава позволяет избежать периоперационных осложнений (перелом, вывихи), экономно удалять



костную ткань. Необходимо дальнейший набор наблюдений и оценка отдалённых результатов, чтобы сравнить их с эндопротезами традиционных конструкций.

Значение раннего комплексного применения средств физической реабилитации после частичного повреждения вращательной манжеты плечевого сустава.

Епифанов А.В., Жадан П.Л., Епифанов В.А.

Клиническая больница № 85 ФМБА России. Центр медицинской реабилитации и спортивной медицины. МГМСУ им.А.И.Евдокимова, Москва

Субакромиальный синдром – одна из самых распространенных причин болей в области плечевого сустава среди взрослого населения. Боль при этом синдроме является результатом давления лопатки на капсулу плечевого сустава при поднятии руки. Распространенность данной патологии среди взрослого населения, составляет 4-7%, увеличиваясь с возрастом (от 3-4% в возрасте 40-44 лет до 15-20% в возрасте 60-70 лет). Количество новых случаев в год на 1000 взрослого населения также зависит от возраста и составляет 4-6 в возрасте 40-45 лет и 8-10 в возрасте 50-65 лет с незначительным преобладанием у женщин.

Цель исследования: разработать программу комплексного восстановительного лечения пациентов после частичного повреждения вращательной манжеты плечевого сустава. На основании клинико-биомеханических нарушений области плечевого сустава нами разработана комплексная схема лечения задачами которой явилось:

- Нормализация мышечного тонуса.
- Дозированное растяжение околосуставных тканей.
- Улучшение трофики ткани травмированной и интактной конечности.
- Улучшение крово и лимфообращения в травмированной конечности.
- Профилактика контрактур в суставах конечности.
- Восстановление работоспособности конечности.

Методы: Основными методами восстановительного комплекса после повреждения вращательной манжеты плечевого сустава являются:

- динамические упражнения с самопомощью,
- упражнения на расслабления,
- активно-пассивные упражнения,
- дозированные изометрические сокращения,
- постуральные упражнения (лечение положением).

Пассивная смена отведения и приведения в плечевом суставе с использованием многофункционального петлевого комплекса, направлена на профилактику контрактуры в суставе и используется на ранних этапах реабилитации в сочетании с методом проприоцептивной нейромышечной фашиляции (PNF). Упражнения на расслабления предусматривает сознательное снижение тонуса различных мышечных групп. В комплекс восстановительного лечения также входили: экстракорпоральная ударно-волновая терапия, магнитолазерная терапия, электромиостимуляция, массаж. Выводы: в результате комплексного восстановительного лечения в более короткие сроки снижается болевой синдром, восстанавливается объем движений в плечевом суставе, что приводит к сокращению сроков лечения и возвращает пациента к профессиональной деятельности.



Комбинированная методика хирургического лечения поперечного плоскостопия и вальгусного отклонения 1-го пальца стопы тяжелой степени.

Епишин В.В., Ростовцев А.В., Веревин А.В., Исупов А.А.

ФГБУЗ Северская клиническая больница ФМБА России, Северск Томской области

Актуальность: Статические деформации стоп представляют собой достаточно распространенное явление и относятся к наиболее сложным проблемам современной ортопедии, с точки зрения выбора лечебной тактики. По данным литературы, самой частой ортопедической патологией стопы является поперечное плоскостопие в сочетании с вальгусным отклонением 1-го пальца (63,4%). В большей степени это касается женщин. Это заболевание не приводит к инвалидности как остеартроз крупных суставов, но значительно снижает трудоспособность. Нарушение биомеханики стопы приводит к развитию артрозов голеностопных, коленных, тазобедренных суставов.

Цель: разработка нового метода лечения поперечного плоскостопия и вальгусного отклонения 1-го пальца стопы 3-й степени.

Комплексная оценка стопы проводилась с использованием шкалы Американской ассоциации хирургии стопы и голеностопного сустава (AOFAS). Также применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ) субъективной удовлетворенности лечением. В группу исследования вошли пациенты имеющие тяжелую степень деформации переднего отдела стоп: рентгенологический угол вальгусного отклонения 1-го пальца стопы (M1P1)>350, угол варусного отклонения 1-й плюсневой кости (M1M2)>150, угол латерального наклона суставной поверхности головки 1-й плюсневой кости (PASA)>100. Латеральная и медиальная сесамовидные косточки находились в полном вывихе. Всем больным выполняли многокомпонентные хирургические операции, заключающиеся в перенесении сухожилия аддуктора 1-го пальца на головку 1-й плюсневой кости, выполнение трехплоскостной остеотомии головки 1-й плюсневой кости с выпиливанием костного клина с основанием 5 мм, выполнение неполной остеотомии проксимального метафиза 1-й плюсневой кости и внедрение в него полученного костного клина. При необходимости выпиливанием дополнительного костного клина устранялась пронация 1-го пальца, проводилось дополнительное смещение головки 1-й плюсневой кости для достижения полной коррекции деформации. Костные фрагменты дистальной остеотомии фиксировали стягивающим винтом, область проксимальной остеотомии в дополнительной фиксации не нуждалась. Натяжением капсулы 1-й палец устанавливали в нормоположение, накладывали асептическую повязку до снятия швов. Было обследовано 36 пациентов, (34 женщины, 2 мужчина). В 2 случаях операции были выполнены на 2-х стопах одновременно. Средний возраст составил $56,3 \pm 6,3$ лет. По форме стоп у пациентов имели место 26 египетских, 6 квадратных и 4 греческие стопы. По эластичности распределение прошло: 4 гиперэластичных стопы, 24 среднеэластичных и 8 ригидных стопы. В 16-и случаях имели место молоткообразная деформация пальцев, которые требовали хирургического вмешательства на малых лучах стоп. В послеоперационном периоде пациенты носили специальную ортопедическую обувь. Дозированная нагрузка на оперированную стопу разрешалась со 2-го дня после операции. Через 1,5-2 месяца



после операции все пациенты носили повседневную обувь и приступали к обычной деятельности.

Полученные результаты. До операции AOFAS составлял 46,4 баллов, ВАШ 3,5 баллов. Сравнение до и после операционных данных проводилось по непараметрическому методу сравнения 2-х зависимых групп Вилкоксона. Через 3 месяца после операции AOFAS составил 73,8 баллов ($p=0,005$). Через 6 месяцев после операции AOFAS составил 79,4 баллов. Через 1 год после операции AOFAS составил 85,5 баллов. ВАШ 8,5 баллов ($p=0,004$). По шкале AOFAS 30 пациентов были хорошие, у 6 человек отличные показатели. Пациенты отмечали уменьшение либо полное отсутствие боли в переднем отделе стоп, уменьшение либо полное устранение вальгусного отклонения первого пальца стопы, пронации 1-го пальца стопы, натоптышей, уменьшение поперечного свода стопы и, как следствие, повышение качества жизни. Сравнение до и после операционных рентгенологических данных показало достаточную коррекцию деформации переднего отдела стопы, что подтверждается исследуемыми показателями M1P1 ($p=0,005$), M1M2 ($p=0,007$), PASA ($p=0,005$), M1M5 ($p=0,005$) и стойкое сохранение достигнутых показателей M1P1 и M1M2 ($p=0,21$) в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение. Предложенная хирургическая методика лечения поперечного плоскостопия и вальгусного отклонения 1-го пальца стопы позволяет восстановить нормальные рентгенологические углы переднего отдела стоп и поперечный свод стопы. Данный метод лечения восстановит локомоторные функции и улучшит качество жизни пациентов.

Опыт лечения медиальных переломов шейки бедра.

Карпов С.В., Вторушин Е.Ю.

ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА РФ, г. Железногорск

Проблема оказания помощи при медиальных переломах шейки бедренной кости, как осложнения остеопороза, остается актуальной для травматологов. В отсутствие квот на эндопротезирование в арсенале врача остается остеосинтез. Доставка в стационар осуществляется по скорой помощи, и, в условиях города, возможна в ближайшие часы после получения травмы. В травматолого-ортопедическом отделении в период с 2004 по 2014г.г. получили лечение 173 пациента с данной травмой. Возраст больных от 45 до 86 лет. Женщин среди пациентов было 125 (72%), мужчин – 48 (28%). Тактика оказания помощи – активная хирургическая. Для бригады дежурных хирургов (в вечернее и ночное время и в выходные дни отсутствует травматолог) разработан алгоритм: при поступлении в приемно-диагностическое отделение пациент осматривается хирургом, терапевтом, выполняется ЭКГ, рентгенография, лабораторная диагностика, госпитализация в профильное отделение. В отделении проводится предоперационная подготовка. Оперативное вмешательство, таким образом, возможно проводить в первые сутки. Перед операцией производится введение антибактериального препарата с целью профилактики осложнений. Операция проводится под проводниковой (спинальной) анестезией под контролем передвижного хирургического аппарата – методика мало инвазивная и мало травматичная. Средняя продолжительность операции – до 30 минут. На следующий день после операции больным разрешали садиться в кровати, свешивать ноги. На третьи сутки –



вертикализация с помощью костылей или ходунков без опоры на поврежденную ногу. Профилактика тромботических осложнений проводилась препаратами – клексан, гепарин, использовалась эластичная компрессия нижних конечностей. До 2009г. остеосинтез осуществлялся: 3-х лопастным гвоздем – 72 пациентам, канюлированными винтами – 23 пациентам. С 2009г. используем только канюлированные винты. С 2013г. в отделении начато освоение метода первичного эндопротезирования тазобедренного сустава цементными протезами. Активная хирургическая тактика, ранняя активизация больного позволяет предотвратить развитие грозных осложнений (гипостатическая пневмония, уроинфекция, пролежни), значительно сокращает сроки пребывания в стационаре. Это важно для возрастного пациента, т.к. сам факт травмы, резкая смена жизненного стереотипа является стрессовой ситуацией.

Артроскопия в условиях травматолого-ортопедического отделения.

*Карпов С.В., Вторушин Е.Ю., Винокуров А.П.
ФГБУЗ КБ № 51 ФМБА РФ, Железнодорожск Красноярского края*

Впервые артроскопия в КБ № 51 была выполнена в 1996 году. До 1999 года это вмешательство носило эпизодический характер. В конце 1998 года была приобретена стойка для выполнения эндоскопических операций на коленном суставе фирмы «Карл Шторц» (Германия), после чего начато более широкое выполнение этих операций. Всего за период с 1996 по 2014г.г. нами выполнено 2556 артроскопических операций на коленном суставе. Мужчин было - 1644(64,3 %), женщин – 912(35,7 %). Оперированы больные в возрасте от 12 лет до 77 лет. Выполнены оперативные вмешательства по поводу повреждения медиального мениска – 1411(55,2%), латерального мениска – 320(12,5%), обоих менисков – 404(15,8%), прочие (хондральные переломы, хондромные тела, подагра, ревматоидный артрит и др.) – 421(16,5%). У 298 пациентов выявлены различной степени повреждения ПКС. В 29 случаях во время артроскопии впервые выявлена картина ревматоидного артрита, в 17 случаях – подагрического артрита. Эти пациенты в последующем направлены на лечение к терапевтам. Следует отметить, что застарелые повреждения менисков сопровождаются различной степени повреждениями суставных поверхностей мыщелков бедра, плато большеберцовой кости и надколенника. В этих случаях выполнена хондропластика. Операции выполнялись под внутривенным обезболиванием, использовалась внутрисуставная анестезия, в настоящее время выполняется проводниковая спинальная анестезия. В послеоперационном периоде пациенты передвигаются с первого дня самостоятельно, без костылей, без гипсовых повязок, для иммобилизации мы используем эластичное бинтование коленного сустава, при показаниях – фиксация бандажами. По показаниям на следующий день после операции производится пункция сустава. До снятия швов больные находятся на амбулаторном лечении. Вопрос о послеоперационном реабилитационном периоде решается строго индивидуально для каждого пациента - учитывается возраст, условия работы, режим нагрузок, занятия физкультурой и спортом, необходимость проведения курсов противорецидивного лечения. Таким образом, наш опыт проведения эндоскопических операций подтверждает данные мировой и российской статистики, а именно: развитие деформирующего остеоартроза



коленного сустава обусловлено чаще травмой непрямого механизма, а своевременная диагностика и возможности современной эндоскопической хирургии являются профилактическим направлением в предотвращении этого заболевания. Диагностическая артроскопия актуальна для выявления заболеваний коленного сустава на ранних этапах.

Нарушения мозгового кровотока при тяжёлой черепно-мозговой травме, выявляемые методом транскраниальной ультразвуковой доплерографии.

Кондратьев А.В.

ФГБУЗ Клиническая больница № 51 ФМБА России, Железнодорожск Красноярского края

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является важной медико-социальной проблемой. Высокие показатели летальности и инвалидизации обуславливают необходимость изучения патогенеза и совершенствования форм лечения.

Целью работы было выявление закономерностей нарушения церебральной макроциркуляции при тяжёлой изолированной ЧМТ. Работа основана на анализе 94 клинических наблюдений пострадавших с тяжёлой изолированной ЧМТ. Из них мужчин – 89%, женщин – 11%, средний возраст – 33,5±8,2 лет.

Исследовался кровоток в средних мозговых артериях (СМА) с периодичностью: в 1-е, 3-и, 5-е, 10-е, 15-е, 20-е сутки после травмы, далее – при необходимости, 1 раз в 5 дней, использовался аппарат Medilink 3000, датчик 2 мHz. Допплерографическими признаками ангиоспазма в СМА являлись: средняя линейная скорость кровотока (ЛСК) >72 см/сек, пульсовой индекс (PI)>0,9, индекс Линдегаарта 3 и более. Признаками затруднённой перфузии являлись средняя ЛСК<52 см/сек, PI>0,9. Наличие и локализация внутричерепного патоморфологического субстрата (контузионные очаги, гематомы, отёк мозга) у всех больных подтверждена компьютерной томографией. Результаты статистически обработаны с использованием программы STATISTICA for Windows 5,5. Для выявления достоверности групповых и межгрупповых различий применялся дисперсионный анализ. Разница считалась достоверной при $p<0.05$. Нарушения церебрального кровотока у большинства больных развиваются по схеме: затруднённая перфузия – ангиоспазм – нормализация кровотока или смерть пострадавшего. Период затруднённой перфузии составлял от 1 до 4-х суток, в среднем – 1,9 суток. Период ангиоспазма продолжался от 14 до 32-х суток, в среднем – 24,9 дня. Пик ангиоспазма наблюдался на 3-и - 6-е сутки с момента травмы. Среднестатистические показатели средней ЛСК на пике ангиоспазма – 145-160 см/секунду. Нарушения кровотока по вышеописанной схеме отмечались в обеих средних мозговых артериях, однако, более интенсивны и продолжительны были на стороне преобладания патоморфологического субстрата (гематомы, контузионные очаги). При тяжёлой ЧМТ нарушения мозгового кровотока развиваются по схеме: затруднённая перфузия – ангиоспазм – нормализация кровотока или смерть пострадавшего. Длительность регистрируемых с помощью ТКДГ нарушений кровотока в среднем – 24,9 суток. Патология церебральной гемодинамики более выражена на стороне преобладания травматических патоморфологических изменений.



Основные и дополнительные критерии оценки результатов лечения переломов костей стопы у больных с множественной и сочетанной травмой.

Королёв М.А., Коробушкин Г.В., Мирошникова Е.А., Ярмак Д.О.

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ГБОУ ВПО РНИМУ им Н.И. Пирогова, ГКБ №1 им Н.И. Пирогова, Москва

По нашим данным с 2007 до 2015 год на долю переломов костей стопы приходилось до 7% от всей костной травмы в год. В группе множественной и сочетанной травмы данный показатель доходил до 15%. Несмотря на успехи современной диагностики и лечения, результаты не удовлетворяют пациентов, а при компенсации критических состояний объем лечения переломов костей стопы сводится к минимуму.

Цели и задачи: Проанализировать отдаленные результаты лечения переломов костей стопы у больных с множественной и сочетанной травмой. Выявить основные и дополнительные критерии оценки результатов лечения у пациентов с данной патологией.

Материалы и методы: С 2007 по 2015 год выявлено 154 пациента с сочетанной и множественной травмой и переломами и вывихами костей стопы. По историям болезней, осмотрам, а также телефонным звонкам отслежены 66 пациентов, из них 42 с множественной и 24 с сочетанной травмой. Средний срок наблюдения составил 3,5 года. Оценка результатов лечения проводилась с использованием оценочных шкал AOFAS, FFI, ВАШ, SF-36, а также по разработанным на кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова - московской шкалы оценки результатов лечения пациентов с повреждениями костей стопы - MFTS (Moscow Foot Trauma Scale) и сокращенной шкалы субъективной оценки результатов лечения-AQSA (Abbreviated Questionnaire of Subjective Assessment). Об общепринятых шкалах оценки результатов лечения (FFI, AOFAS, VAS(ВАШ), SF-36) известно достаточно. Шкалы MFTS и AQSA показаны ниже. MFTS-специфичная шкала для оценки результатов лечения после повреждения костей стопы. Состоит из субъективной и объективной части, каждая включает в себя по 3 вопроса с вариантами ответов, первый вопрос первой части разделен на подпункты «а» и «б». В конце оценочной шкалы имеются ключи, заключающиеся в числовых значениях. Чем ниже балл, тем хуже оценка. Результаты оцениваются от 0 до 90 баллов. От 90–61 – отлично; 60–41 хорошо; 40–21 удовлетворительно; 20–11 плохо; 10–0 очень плохо. Шкала AQSA является неспецифичной, оценивает наличие ограничения активности, ношение специальной ортопедической обуви, использование средств дополнительной опоры, необходимость купирования болевого синдрома анальгетиками, характер работы. Имеет в себе 6 вопросов, 4 из них имеют 2 ответа, 2 вопроса имеют 3 ответа. В конце опросника располагаются ключи для окончательной оценки результата, возможны числовые значения от 0 до 30 баллов. Чем выше значение, тем хуже результат. Для правильного понимания нужно определить качества шкалы: обоснованность (validity), чувствительность или возможность изменяться (sensitivity или responsiveness) и надежность (reliability). Ключевым понятием, объединяющим вышеперечисленные, является стандартное ответное значение (Standard Response Mean).

Результаты: При оценке отдаленных результатов лечения средний балл по шкале



AOFAS был 48, FFI 24, SF-36 физический показатель 39,7, психологический 46,2, ВАШ 5 баллов, MFTS 37 баллов, AQSA 4 балла. В данном случае стоит сказать, что у большинства пациентов жалоб на стопы не было совсем, что соответствовало тяжести травмы нижних конечностей. У других ситуация была противоположной, но усредненное значение выявило сниженный, но не очень плохой результат. SRM для AOFAS составил 0,97, для FFI 0,821, а для SF-36 1,213, VAS 0,47. У AQSA показатель SRM составил 0,34, для каждого показателя разброс был от 0,06 до 0,62, а MFTS показал 1,1. Это теоретически позволяет доказать высокую специфичность и необходимую изменчивость шкалы MFTS. В ряде случаев результат по шкалам AOFAS, FFI, SF-36 был ниже средних значений, но социально пациент был сохранен и функция конечности его не беспокоила, это объяснялось индивидуальными требованиями к здоровью и низкой физической активностью работы. Шкалы MFTS и AQSA показывали не только объективный функциональный результат лечения, но и социальное состояние пациента, присутствовала корреляционная связь между цифровыми значениями шкал и результатом, в случае с AQSA она была отрицательной, а в MFTS – положительной.

Выводы: Основными критериями оценки результатов лечения у данной группы пациентов являются функция конечности, болевой синдром, наличие инвалидности по травме, потребность в ортопедической обуви, дополнительных средствах опоры и повторного лечения (шкалы AOFAS, FFI, MFTS, AQSA), дополнительными критериями является психическое и общефизическое функционирование без специфичных вопросов (SF-36, VAS).

Хирургическое лечение ограниченных повреждений суставных поверхностей мыщелков бедренной кости.

Кравцов А.Г., Панов В.А., Лебедева Н.Е.

ФГБУЗ Клиническая больница № 122 им Л.Г.Соколова ФМБА России., Санкт-Петербург

В настоящее время повреждение суставного хряща (остеохондральные повреждения) коленного сустава до сих пор остается большой проблемой. Дегенеративные изменения в результате естественного старения, а также механические повреждения в результате травм приводят к развитию остеоартроза, тем самым к стойкому болевому синдрому, нарушению функции и снижению трудоспособности человека. Главная проблема состоит в том, что имея ограниченную способность к регенерации, хрящевая ткань восстанавливается с образованием волокнистого (фиброзного) хряща вместо гиалинового. Учитывая увеличение количества дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата, а также травматических повреждений, актуальность проблемы возрастает, так как это является одной из основных причин нетрудоспособности населения. По настоящее время в клинической практике применяются различные способы оперативного лечения дефектов хрящевого покрова коленного сустава: полное иссечение пораженного хряща до субхондральной кости с рассверливанием ее, шейвинг-иссечение разволокненного хряща до здоровой ткани без обнажения субхондральной кости, спонгиозизация-резекция суставной поверхности с субхондральной костью, микрофрактуринг-формирование множественных отверстий в субхондральной кости глубиной 2-4 мм на расстоянии 3-4 мм друг от друга. К сожалению, новообразующаяся ткань, формирующаяся на месте



поврежденного хряща при использовании указанных методов лечения, уступает по своим механическим свойствам гиалиновому хрящу и не способна длительно выдерживать механические нагрузки, характерные для коленного сустава. Неудовлетворенность хирургов результатами операций на пораженном хряще и субхондральной кости при локальных дефектах суставной поверхности и раннее развитие дегенеративно-дистрофического поражения сустава в отдаленном периоде привела к теоретическому обоснованию и практической разработке вмешательств, направленных на первичное восстановление конгруэнтности поврежденной суставной поверхности. В последние годы в клинической практике широко применяется мозаичная костно-хрящевая аутопластика. Большинство авторов считает, что данная методика позволяет идеально заместить участок пораженной суставной поверхности в области концентрации нагрузок костно-хрящевым аутотрансплантантом цилиндрической формы, взятым с менее нагружаемой части наружного и внутреннего мыщелков бедренной кости или межмыщелковой ямки спереди от места прикрепления передней крестообразной связки. По данным гистологических исследований и артроскопии в отдаленном периоде пересаженный хрящ идентичен нативному гиалиновому. Одной из перспективных операций при локальных глубоких повреждениях хряща коленного сустава, позволяющих, по данным гистологического исследования восстановить гиалиновый хрящ, представляется пересадка культуры аутохондроцитов под периостальный лоскут или с использованием различных биологических мембран. Основными этапами данного метода является артроскопический забор хрящевой ткани из ненагружаемых зон медиального или латерального мыщелков бедренной кости, ее культивирование в течение 3-4 недель для выращивания достаточного количества жизнеспособных хондроцитов, имплантация культуры хондроцитов в область повреждения. Данная методика позволила достичь хороших отдаленных результатов у почти 100% пациентов с единичными симптоматическими поражениями хряща через 2-12 лет после операции. Анализ данных клинических наблюдений на нашей базе, данных отечественной и зарубежной литературы показал, что оптимальное восстановление полнослойных дефектов хряща происходит при мозаичной костно-хрящевой аутопластике и трансплантации клеточных культур. Так же необходимо принимать во внимание то, что в зарубежной литературе появились данные о неудачных отдаленных результатах терапии стволовыми клетками, и формированием в зоне имплантации значительных низкокодифференцированных пулов. Методики, связанные с трансплантацией клеточных пулов, сложны и дорогостоящи в организации и исполнении, что ограничивает их широкое применение в условиях отечественной системы здравоохранения.

Оптимизация углубленного медицинского обследования сборных команд Российской Федерации.

Литвякова И.В., Костив И.М., Кузьмичев А.Г., Страхов М.А.

Проведение углубленного медицинского обследования сборных команд Российской Федерации на базе Клинической больницы №86 ФМБА России является государственным заданием с 2010 года, когда проведение УМО было передано в ФМБА России. Клиника интегрирована в единую электронную базу ФМБА России. Определен



ответственный персонал, порядок организации и проведения УМО, и его документооборот. Определен прикрепленный контингент спортсменов сборников. Рассмотрены особенности проведения УМО с учетом выделенных особенностей прикрепленного контингента. Выделены существующие проблемы и предложены меры для оптимизации и совершенствования УМО сборных команд Российской Федерации. Среди таких мер - совершенствование нагрузочного тестирования спортсменов, расширение списка дополнительных обследований, в том числе дорогостоящих, в рамках УМО, взаимодействие с представителями спортивных федераций и сопровождающему медицинскому персоналу по группам риска, профилактике спортивного травматизма и заболеваний в спорте, выявлению предрасположенности к синдрому внезапной смерти, проведению медицинских консилиумов и принятию решений о допуске, или недопуске спортсмена к спортивно-соревновательной деятельности.

Организация экстренной травматологической помощи пострадавшим пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости.

Лядова М.В., Коробушкин Г.В., Чуловская И.Г.

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

Пожилой возраст по ВОЗ определен 60-74 годами; старческий – 75-90 лет, свыше 90 – долгожители. В последние годы в отечественной литературе приводятся сведения о значительном положительном опыте оперативного лечения лиц пожилого и старческого возраста с повреждениями проксимального отдела бедренной кости. За 2012-2014 гг. было пролечено 246 пострадавших с повреждениями проксимального отдела бедренной кости. Средний возраст пациентов составил 77,6 года. Пострадавших с переломами типа А было – 71,9%; типа В 28,1%. При подготовке к выполнению оперативного лечения по «срочным» показаниям выполнялся следующий комплекс диагностических исследований: рентгенография области повреждения и органов грудной клетки, ЭКГ, общий анализ крови. Среди дополнительных методов исследования для уточнения диагноза КТ выполнена в 3,7% случаях; группа крови и резус фактор у 72,2%, коагулограмма у 31,5% пациентов, глюкоза крови у 50,0% пострадавших, УЗАС вен нижних конечностей 16,7% пациентом с травмой, полученной более чем за 3 дня с момента поступления; эхокардиография по экстренным показаниям не проводилась. Результаты наших статистических данных свидетельствуют, что ИБС была диагностирована у 98,6%, НК II стадии в 47,8% случаев, артериальная гипертензия в 100% и различные формы аритмий сердца – в 27,4%. Большая часть оперированных по «срочным» показаниям больных – 51,2% были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, средние сроки госпитализации составили 14,2 койко-дней. Сроки госпитализации пациентов, которым было выполнено оперативное лечение более чем через 7 суток с момента поступления в стационар составили 22,8 койко-дней.



Медико-правовые аспекты оказания экстренной травматологической помощи.

Лядова М.В., Лядова А.В.

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова, МГУ им. М.В. Ломоносова (социологический факультет), Москва

Обеспечение качества медицинской помощи – основная цель деятельности системы здравоохранения. В ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» раскрыто внутреннее содержание терминов: здоровья, охрана здоровья, медицинская помощь, порядок оказания медицинской помощи, стандарт медицинской помощи, а также качество медицинской помощи. В РФ вследствие ненадлежащего оказания экстренной медицинской помощи в условиях стационара ежегодно число случаев причинения вреда жизни и здоровью граждан составляет около 70 тысяч. Вред здоровью является также четко выделенным и регламентированным на законодательном уровне понятием. Деятельность врача травматолога по оказанию экстренной травматологической помощи сопряжена со значительными правовыми рисками. Для экстренных травматологических пациентов характерна быстротечность развития патологических состояний, особенно в острый период травматической болезни, что выделяет экстренную травматологическую помощь в особый раздел и требует особых подходов к организации, характеру и порядку использования медицинских ресурсов. Преобразования в системе здравоохранения, включая и проблемы стандартизации системы обязательного медицинского страхования (ОМС), увеличение обращений граждан по вопросам судебно-медицинской экспертизы тяжести вреда здоровью в случаях возникновения повреждений от противоправных действий, стабильный рост судебных исков по вопросам качества оказания медицинской помощи делает актуальным разработку научно-обоснованных рекомендаций, направленных на повышение доказательности экспертных критериев оценки качества экстренной помощи пострадавшим с повреждениями опорно-двигательного аппарата (ОДА). Экстренная травматологическая помощь становится более специализированной, технологически оснащенной и дорогостоящей, наблюдается нарастание хирургической активности, отмечается неукоснительный рост числа экстренных оперативных вмешательств в среднем на 25,0% ежегодно. По данным изучения комиссионных экспертиз по уголовным и гражданским делам число претензий к врачам травматологам составляет около 6,6% от общего числа экспертиз. Доля дефектов медицинской помощи на госпитальном этапе составила 90,0%, на догоспитальном соответственно 10,0%. Чаще всего со стороны пациентов предъявляются претензии к оказанию именно экстренной травматологической медицинской помощи 64,0%. Более 90,0% больничной летальности у пострадавших травматологического профиля связано с экстренным характером госпитализации больных. Основным критерием качества оказания экстренной помощи травматологическим больным является достижение максимального результата лечения. Установленный диагноз определяет стандарт последующего лечения. В ходе исследования нами выявлено, что относительно стандартов оказания медицинской помощи пациентам травматологического профиля, стандартизация лечения не является безупречной. Существует определенные ограничения в стандартизации лечебно-диагностического процесса.



Таким образом, анализ дефектов оказания МП на этапах ее оказания позволяет выявить недостатки организации лечения и диагностики, что в последующем даст возможность разработать соответствующие рекомендации по улучшению организации лечебного процесса пациентам травматологического профиля.

Оптимизация оказания экстренной травматологической помощи на основании медико-экспертного анализа ошибок и осложнений.

Лядова М.В., Тучик Е.С.

Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова г. Москвы, Бюро судебно-медицинской экспертизы г.Москвы, Москва

Травмы опорно-двигательного являются основными причинами инвалидности населения РФ. Для достижения поставленной цели послужили 340 сопроводительных листов СМП, 150 медицинских карт стационарного больного, 30 протоколов отчетов заседаний подкомиссии по изучению летальных исходов. Проведенный анализ клинического материала показал, что приемное отделение многопрофильного стационара работает в условиях повышенной нагрузки, результатом которой является как наличие значительного количества диагностических и лечебных ошибок (в 13% случаев), так и выполнение ряда «избыточных» процедур. У 8% потерпевших выявлено несовпадение клинических диагнозов стационара и приемного отделения, что в основном было обусловлено недостаточно полным сбором анамнеза соматической патологии пациента, расхождением рентгенологических и клинических данных, тяжестью состояния пациента, что не позволяло выполнить его осмотр в достаточном объеме. Анализ стационарного этапа оказания МП показал, что основные упущения связаны с задержкой выполнения оперативного лечения. Так, 92,0% пострадавших нуждалось в хирургическом лечении, однако первичный остеосинтез был осуществлен у 68% пациентов, т.е. у 18,0% потерпевших оперативная тактика лечения была заменена на консервативную. Из этого числа наблюдений необоснованно 9,3% пациентам было отказано в операциях. Остеосинтез по экстренным показаниям выполнен в 20,5% от всех оперированных больных. Результаты анализа исследуемого материала показал, что 15,7% пострадавшим полноценные реанимационные мероприятия в условиях приемного отделения были начаты несвоевременно, лишь спустя 5 и более часов после предварительного обследования. Так, из 150 пострадавших 16 человек (10,6%) находились в состоянии травматического шока, в 7 из них в первичной госпитализации в ОРИТ было отказано сотрудникам скорой помощи. Анализируя частоту осложнений лечения травм ОДА, нами установлено, что ранними из них являлись: тромбоз глубоких вен нижних конечностей (12,6%), гипостатические осложнения (пневмонии, пролежни в 11,2%), нагноение послеоперационной раны с риском развития остеомиелита (2,0%), сепсис (0,6%), миграция фиксаторов (2,6%). Развитие поздних осложнений связано с неправильным сращением перелома в результате повторного смещения – (1,2%), или же отсутствие консолидации перелома из-за нарушения техники выполнения остеосинтеза (2%). Таким образом, обобщение и систематизация выявленных ошибок и упущений в лечебно-диагностическом процессе будет способствовать разработке организационных мероприятий по



совершенствованию и профилактике этих нарушений, повышению контроля и качества при оказании медицинской помощи пострадавшим с травмами ОДА.

Долгосрочные результаты после реконструктивной операции на плечевом суставе у спортсменов с разрывом вращательной манжеты плечевого сустава.

*Муханов В.В., Шибанов М.В.
ФНКЦ ФМБА России*

Введение. Разрыв вращательной манжеты плечевого сустава у спортсменов является одной из наиболее актуальных проблем в современной малоинвазивной артроскопической хирургии.

Цель. Определить результаты лечения пациентов-спортсменов с повреждением сухожилий вращательной манжеты плечевого сустава после артроскопической реконструкции.

Материалы и методы. С 1994 по 2015 год прооперировано 963 пациента, из них 672 человека являлись профессиональными спортсменами, остальные занимались спортом на уровне любителей. 687 мужчин, 276 женщин в возрасте от 16 до 49 лет. Болевой синдром у 789 пациентов, посттравматическая контрактура сформировалась у 568 пациентов. У 121 пациента массивный разрыв вращательной манжеты плечевого сустава. Повреждение сухожилия длинной головки бицепса у 327 пациентов. Сочетанное повреждение суставной губы у 148 пациентов. Оперативное вмешательство было произведено в сроки от 2 до 96 недель. С 1994 по 2002 год пациентам проводилось оперативное лечение в виде открытой субакромиальной декомпрессии в сочетании с однорядным швом ротаторной манжеты. С 2010 года выполнялся артроскопический однорядный шов, который и по сей день является "золотым стандартом". С 2010 года нами производился двухрядный шов

Результаты и обсуждение. Повреждение сухожилия надостной мышцы выявлено в 100% случаев, из них в 15% повреждение возникло в результате вторичного импиджмент-синдрома и носило не полнослойный характер. Расхождение с результатами МРТ более 60% процентов случаев. Среди осложнений: 1 случай пареза нервов после повреждения плечевого сплетения при проведении межлестничной проводниковой анестезии, 4 случая повторных травм после полного восстановления. 37% образования послеоперационной контрактуры в связи с отсутствием надлежащей реабилитации. 7% рецидива разрыва без связи с повторной травмой, не выявлено ни одного развития послеоперационной инфекции и тромботических осложнений. Артроскопический релиз *p.supraspinatus* выполнен в 14 случаях в связи с застарелым характером повреждения, 1 – в связи с образованием невромы. Выполнено 4 операции по транспозиции сухожилия широчайшей мышцы спины.

Выводы: Разрыв сухожилий вращательной манжеты является одной из самых распространенных в мире среди других повреждений плечевого сустава и в большинстве случаев носит комплексный сочетанный и полиэтиологический характер развития. Необходимо проведение тщательной предоперационной диагностики, включая подробный сбор анамнеза всех травм, характера повседневных нагрузок в данном конкретном виде спорта, проведение КТ с 3D-реконструкцией, а также с



внутриуставным введением воздуха, или жидкости при МРТ-исследовании. Тем не менее на первое место выходят грамотный академичный клинический осмотр, подтверждаемый квалифицированной диагностической артроскопией согласно разработанному регламенту ее проведения.

Предоперационная физическая реабилитация у пациентов с ортопедической патологией.

Панов В.А., Кравцов А.Г., Хромов А.А., Косов Д.А., Лебедева Н.Е.

ФГБУЗ Клиническая больница №122 ФМБА России, Санкт-Петербург

Актуальность исследования. В настоящее время ортопедическая патология крупных суставов конечностей всё чаще становится поводом для оперативного лечения. Развитие хирургических методов позволяет либо предотвратить быстрое прогрессирующее артроза при помощи реконструктивных операций, либо избавить пациента от уже сформировавшейся артрозной деформации. Однако, не смотря на значительные достижения в оперативной технике лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата, нельзя забывать о важности реабилитации. Целью реабилитации является восстановление утраченных функций конечности пациента, возвращение подвижности и способности к самообслуживанию. Успех этапа реабилитации зависит как от усердия самого пациента, так и от опыта медицинского персонала. Без проведения реабилитации цели оперативного лечения суставов могут оказаться недостижимыми. Пререабилитация – это понятие в практической и восстановительной медицине, подразумевающее прохождение пациентом реабилитационных процедур в ходе подготовки к запланированному хирургическому вмешательству. Ортопедические операции сопровождаются стрессом обездвиживания. Пререабилитация увеличивает возможность пациента противостоять этому стрессу. Физическая пререабилитация направлена на уменьшение послеоперационных нарушений через укрепление и стабилизацию поддерживающих и окружающих область вмешательства тканей, а так же общую подготовку организма. Зарубежные исследования показали, что пререабилитация улучшает исходы хирургического лечения.

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между прохождением физической пререабилитации и результатом ортопедической операции на основании изучения результатов ортопедических операций, проводимых в клинике с применением пререабилитации и без её применения.

Материалы и методы. В отделении травматологии и ортопедии ФГБУЗ КБ №122 ФМБА РФ за 2014 год был прооперирован 1071 пациент, из них 441 мужчина и 630 женщин, с различной травматологической и ортопедической патологией. В структуре операций лидирующие позиции заняли операции по замене тазобедренного и коленного суставов в связи с артрозом и пластика передней крестообразной связки коленного сустава. Возраст пациентов колебался от 16 до 94 лет (средний 54 года), до поступления в КБ122 многие пациенты безуспешно лечились консервативно от 1 месяца до нескольких десятков лет. Для диагностики выполняли объективный осмотр, рентгенографию, многослойную спиральную компьютерную томографию, магнитно-резонансную томографию, диагностическую артроскопию. В зависимости от характера поражения выбирали методику, создающую наиболее благоприятные



условия для восстановления функции сустава. В послеоперационном периоде все пациенты проходили реабилитацию в соответствии с принятыми программами восстановления. У большинства пациентов достигнут положительный результат лечения, что подтверждено на контрольных визитах и при оценке данных инструментальной диагностики. Мы выделили три группы пациентов по 15 человек с наиболее часто оперируемыми нами заболеваниями, к которым мы отнесли гонартроз, коксартроз и повреждение передней крестообразной связки коленного сустава. Этим пациентам было предложено в течение 6 недель перед запланированной операцией выполнять разностороннюю физическую реабилитационную программу.

Результаты исследования. Оценка результатов включала в себя заполнение пациент-ориентированных шкал и объективную оценку физических возможностей пациентов. Результаты лечения пациентов исследуемых групп на контрольных визитах достоверно отличались в лучшую сторону от пациентов контрольных групп.

Выводы. Клиническое применение физической реабилитации в предоперационной подготовке представляется перспективным направлением в ортопедической хирургии. Получаемые при этом результаты требуют дальнейшего разностороннего изучения. Немногочисленные публикации, посвящённые пререабилитации, свидетельствуют о том, что этот метод обладает широкой доступностью и большим потенциалом, но пока не распространён в нашем государстве.

Тактика реабилитационного лечения после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Рагозин А.О., Дубров В.Э., Кобрицов Г.П., Юдин А.В., Щербаков И.М., ФГБУЗ КБ №123 ФМБА России, Одинцово

Введение. Не смотря на то, что тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) стало основным методом лечения тяжелых патологических состояний тазобедренного сустава, практически отсутствуют работы, обобщающие физиологически обоснованную систему реабилитационных мероприятий данной категории больных.

Материалы и методы. Наша работа проведена на основании лечения 137 пациентов, перенесших ТЭТС по поводу различных типов коксартроза, псевдартроза и переломов шейки бедренной кости. Мы выделяем предоперационный и три реабилитационных периода после ТЭТС, при этом в периоде предоперационной подготовки проводится психологическая адаптация и обучение пациентов самообслуживанию. Первый реабилитационный период продолжается в течении 6 недель. Сроки периода определяются временем заживления костной раны, прирастания отсеченных сухожилий мышц и связок или формирования псевдокапсулы. Первый период мы подразделяли на два подпериода – ранний и поздний. Ранний подпериод длится до заживления послеоперационной раны. Лечение направлено на профилактику инфекционных, тромботических, гипостатических, трофических осложнений; активизации и самообслуживанию. С 1-го дня после операции разрешали больным поворачиваться на здоровый бок и присаживаться в постели, а со 2-го дня начинали активизацию больных в вертикальном положении. С целью ликвидации отека, улучшения венозного кровотока и микроциркуляции мы назначаем упражнения,



обеспечивающие работу мышц голени, больших ягодичных мышц, передней и задней групп мышц бедра. Упражнения на отводящую группу мышц и ротацию бедра в этом периоде мы не назначаем. Поздний подпериод длится с 3-й до 7-й недели после операции. В течение всего периода продолжали изометрические упражнения для увеличения тонуса ягодичных мышц и мышц бедра. Второй реабилитационный период начинается с 7-й недели. Происходит фиксация эндопротеза, сухожилий отводящих мышц и связок. Основными целями периода являются:

1. Восстановление тонуса мышц.
2. Восстановление объема движений в тазобедренном суставе.
3. Восстановление опороспособности конечности и нормальной походки.

В этот период к изометрическим упражнениям добавляются гимнастика в бассейне, динамические упражнения, массаж, электростимуляция мышц, занятия на велотренажере. Критерием к увеличению нагрузки на конечность является увеличение опороспособности конечности, когда при отказе от средств дополнительной опоры пациент может ходить безболезненно, без хромоты или раскачивания туловища. Третий период начинается с 4-7-го месяца от момента операции и продолжается в течение всего периода имплантации эндопротеза. В этот период основное направление лечения должно быть связано с поддержанием тонуса мышц и объема движений в оперированном суставе.

Результаты исследования и их обсуждение. Результаты оценивались по шкале Хариса. Отличные результаты со средним значением 93,77+/-2,83 балла получены у 80 пациентов, хорошие у 45 больных со средним значением 86,7+/-2,0 балла, у 12 пациентов результаты лечения были удовлетворительные со средним значением 75+/-3,0 балла. У 118 (86,1%) пациентов восстановление функции нижней конечности наступило в сроки до 3-х месяцев после оперативного лечения. Необходимо отметить что у пациентов с диспластическим коксартрозом и идиопатическим коксартрозом III стадии с длительно существующим перекосом таза и разницей длины конечностей до оперативного лечения, восстановить ритмичную походку не удалось даже в течение 12 месяцев.

Заключение. Использование этапного восстановительного лечения позволило добиться раннего восстановления функции более чем у 80% оперированных больных. При нарушении иннервации мышц даже длительное реабилитационное лечение может не привести к полному восстановлению опороспособности оперированной конечности, что должно компенсироваться использованием средств дополнительной опоры, обеспечивающих нормальную походку.

Костная пластика при внешней фиксации стержневыми аппаратами.

*Сакалов Д.А., Скороглядов А.В.
РНИМУ им.Н.И.Пирогова, Москва*

Для ускорения консолидации при внешней фиксации стержневыми аппаратами мы использовали аутологичную костную пластику «чипсами» из губчатого вещества гребня подвздошной кости. Показанием к костной пластике при внешней фиксации считали наличие атрофического ложного сустава, в сочетании с патологическими



рубцами кожи и резким посттравматическим остеопорозом. Для этого определяли минеральную плотность костной ткани в пяточной кости больной конечности на аппарате Calscan шведской фирмы Demetech. При костной плотности менее -2 по Т-критерию считали аутологичную костную пластику необходимой. Под нашим наблюдением находилось 9 пациентов с атрофическими ложными суставами после открытых переломов и разрушений внутренних фиксаторов. У всех пациентов отмечалось резкое снижение минеральной плотности костной ткани, определяемое как рентгенологически, в области метафизов пораженной кости, так и с помощью двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии пяточной кости. Поначалу, у 4 пациентов, костную пластику применяли вторым этапом оперативного лечения, в сроки от 8 до 18 недель. Этим пациентам также применялась замена стержней и переконпоновка аппарата. Впоследствии, у 5 пациентов, при отсутствии явлений инфекции в зоне ложного сустава, стали применять ее в один этап с наложением аппарата. У 4 пациентов отмечено длительное отсутствие признаков консолидации атрофического ложного сустава при умеренно жесткой раме и полной нагрузке весом тела в течение более чем через 3 месяца после операции. Этим пациентам была выполнена аутологичная костная пластика «чипсами» из губчатого вещества гребня подвздошной кости в условиях фиксации стержневым аппаратом. После этого отметили бурное образование костной мозоли в сроки от 2 до 3 месяцев. У 5 пациентов костную пластику выполнили в один этап с наложением аппарата. При этом консолидация было достигнута в сроки 5-6 месяцев, включая период динамизации. У всех 9 пациентов инфекционных осложнений в месте ложного сустава после костной пластики не наблюдали. Таким образом, можно сделать вывод, о необходимости применения аутологичной костной пластики при внешней фиксации атрофических ложных суставов стержневыми аппаратами при выраженных явлениях остеопороза.

Управление нагрузкой при внешней фиксации переломов.

*Скалов Д.А., Скороглядов А.В.
РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, Москва*

Для количественного управления нагрузкой, использовали ряд параметров: вид перелома по классификации АО ASIF, вес тела больного, минеральную плотность костной ткани, измерение реакции опоры при проходе по динамометрической платформе. Измерения реакции опоры проводили на 3 день после операции остеосинтеза стержневым аппаратом, через 2, 4 и 6 месяцев после операции. Первая группа из 12 пациентов с открытыми переломами типа 42-B, IO2, были разделены на 3 подгруппы, по 4 пациента в каждой, в зависимости от величины Т-критерия минеральной плотности костной ткани: первая подгруппа от -4 до -2.5; вторая подгруппа от -2,49 до 0; третья подгруппа от 0.1 до 2. Во всех случаях использовалась V-рама и 8 стержней Шанца, с использованием 6,0 мм стержней в губчатой кости. Во всех случаях пациенты давали полную нагрузку весом тела с 3 дня после операции без дополнительных средств опоры. Всем пациентам проводилась динамизация в течение 4-6 недель перед снятием аппарата. Расшатывание стержней Шанца наступила у всех пациентов первой подгруппы в срок около 2 месяцев, что потребовало дополнительных оперативных вмешательств. Сращение наступало в сроки от 5 до 8 месяцев. Во второй подгруппе



расшатывание стержней возникло у двоих пациентов. В третьей подгруппе расшатывания стержней Шанца не было. Сращение наступило до 4 месяцев. Учитывая полученные данные, было проведено лечение 23 пациентов с переломами 32-В, 32-С, 42-В и 42-С, с использованием внешней фиксации стержневыми аппаратами. Средний возраст составил 48 + 6 лет. Минеральная плотность кости колебалась по Т-критерию от -2.5 до 0. В послеоперационном периоде использовался дозированный режим нагрузки, с начальным уровнем от 45% до 60% веса тела по специальному правилу. В дальнейшем нагрузка возрастала дискретно через 4 недели, по 15 %. После достижения 100% нагрузки ходьба без дополнительных средств опоры осуществлялась в течение 4 недель. Затем осуществлялась однократная или двукратная динамизация по 4 недели каждая. У всех пациентов переломы срослись в сроки от 5 до 7 месяцев, расшатывания стержней Шанца не было. При дальнейшем наблюдении в течение 2-3 лет у всех пациентов отмечено отсутствие рефрактур.

Особенности травм опорно-двигательного аппарата у женщин в профессиональном спорте.

Страхов М.А., Федотенко О.А., Костив И.М., Кузьмичев А.Г.

Спортивные травмы у женщин имеют специфику, которую, не всегда учитывает персонал, оказывающий медицинское сопровождение профессиональных и непрофессиональных спортсменов. Среди факторов риска спортивных травм особенности анатомии, физиологии, биодинамики, психотипа и возраста женского организма. Факторы предрасположенности позволяют выделять группу риска среди женщин - профессиональных атлетов, и своевременно выявлять начальные формы хронических заболеваний, сопровождающих многие спортивные травмы: психопатические расстройства, женскую триаду в спорте, энтезопатии, тендиниты, бурситы и хронические пати на их основе, стресс-переломы, синдром гипермобильности и атипичные формы различных поражений опорно-двигательного аппарата. Рассмотрены особенности течения и лечения этих заболеваний и острых травм опорно-двигательного аппарата у женщин. Сделан вывод о необходимости выделения групп риска по женскому спортивному травматизму и специфике спортивно тренировочного процесса, при которых необходимо учитывать особенности женского организма и проводить профилактические мероприятия, направленные на снижение травматизма.

Лечение плосквальгусной деформации стоп у детей методом подтаранного артроэреза.

Федоров М.А. Слизовский Г.В.

ФГБУ Сибирский Федеральный Научно-Клинический Центр, Северск, Томская область

Распространенность плоскостопия в статистике ортопедической патологии нижних конечностей высока и составляет, по мнению разных авторов, от 7 до 81% случаев. Согласно другим наблюдениям, плосквальгусная деформация стоп является очень частой проблемой у детей младшей дошкольной группы и достигает 81%, что соответствует 3-му месту среди врожденных патологий и 2-му среди статических нарушений опорно-двигательной системы. У 74 из 85 пациентов получивших лечение



в нашей клинике с марта 2013 по март 2015 года плосковальгусная деформация стоп была обусловлена синдромом дисплазии соединительной ткани. Все пациенты, которым проведено оперативное лечение, имели II-III степень плосковальгусной деформации стопы, как с симптомным (боль, дискомфорт в проекции подтаранного синуса) так и с бессимптомным течением. При клиническом обследовании в клинике нами выполнялись стандартные рентгенограммы обеих стоп в прямой и боковой проекциях стоя, также выполнялся тест Джейка и проба на носках. Как показали наши наблюдения плосковальгусная деформация стоп II-III степени консервативному лечению практически не поддается. При ношении ортопедических индивидуальных стелек в течении 1 года наблюдения, деформация не уменьшается, а только усиливается либо остается на прежнем уровне. Поэтому мы считаем, что оперативное лечение плосковальгусной деформации стоп должно выполняться у всех детей со II-III степенью с симптомным и бессимптомным течением. Операция подтаранного артрореза была применена нами в 85 случаях, у детей со II-III степенью нефиксированной плосковальгусной деформации стоп, в возрасте от 5 до 17 лет, из которых 48 мальчики и 37 девочки. Получены хорошие результаты. Однако, хочется отметить, что после проведенных нами оперативных вмешательств у 85 пациентов, дети которые получили операцию подтаранного артрореза до 6 летнего возраста ощущали дискомфорт и неприятные ощущения в проекции подтаранного синуса в 3 раза реже чем дети которые получали операцию подтаранного артрореза в возрасте 8-14 лет, данное наблюдение связано, вероятнее всего с тем что к возрасту 8-14 лет в стопе уже формируются «неправильные» взаимоотношения костей, нарастает мышечный дисбаланс, и вероятнее всего уже появляется и начинает прогрессировать артроз подтаранного сустава. Однако следует заметить, что благоприятный исход оперативного лечения зависит не только от профессиональных навыков хирурга, поскольку как бы виртуозно ни была выполнена операция, плохое послеоперационное ведение больного может свести на нет усилия, потраченные на его хирургическое лечение. Именно поэтому мы уделяли так много внимания пред- и послеоперационному ведению больных. Итогом наблюдения нами результатов оперативного лечения у больных с плосковальгусной деформацией стоп является то, что данный вид оперативного вмешательства, по нашему мнению, следует выполнять в возрасте до 6 летнего возраста у детей с симптомным и бессимптомным течением, с последующим обязательным ношением в течении 6 месяцев вкладных в обувь ортопедических стелек с внутренним поднятым краем и фиксированной пяткой, и ограничением физической нагрузки на оперированную нижнюю конечность в течении 6-8 месяцев со дня оперативного вмешательства (избегать прыжков, падения, толчковых упражнений). Удаление подтаранного импланта из синуса таранной кости, по нашему мнению, необходимо проводить в возрасте 12-14 лет, при установке импланта в возрасте 5-8 лет, и в возрасте 16-18 лет, при установке импланта в возрасте 8-12 лет, данные предположения связаны с тем, что по нашему мнению, вокруг импланта должна сформироваться достаточно плотная рубцовая капсула, которая впоследствии частично возьмет на себя функцию импланта, а также данный период необходим для самопроизвольной ретракции сухожилия задней большеберцовой мышцы и укрепления таранно-ладьевидной связки стопы, во время роста костей стопы формируются «правильные» взаимоотношения в суставах стопы, что в дальнейшем и формирует анатомически и функционально «правильную» постановку стопы.



Корригирующая остеотомия I плюсневой кости по Стоффелла при вальгусной деформации I пальца стопы.

*Черепанов Д.Е., Филимендииков П.В., Еремеев О.В., Монахов Ю.А., Колесников Л.Н.
ФГБУЗ ЗСМЦ ФМБА России, Омск*

Вальгусная деформация I пальца стопы является следствием поперечного плоскостопия и часто сочетается с пронационной деформацией I пальца, подвывихом сесамовидного гамака I плюсне-фалангового сустава (I ПФС). В настоящее время предложено более 200 способов хирургического лечения hallux valgus. Многообразие вмешательств побуждает к появлению новых способов коррекции вальгусной деформации I пальца стопы. Значимую группу пациентов составляют пациенты с умеренно выраженной поперечным плоскостопием, умеренно или значительно выраженной вальгусной деформацией I пальца стопы с полным объемом движений в I ПФС. Это лица трудоспособного возраста, а прогрессирование болезни вызывает появление осложнений, ведущих к временной утрате трудоспособности и даже к инвалидизации. Для лечения таких пациентов применяются различные методики, имеющие свои недостатки: латерализация головки I плюсневой кости (I ПК) возможна на 1/2 ширины кости, иначе невозможен стабильный остеосинтез, требуется иммобилизация стопы на 4-6 недель с неизбежной впоследствии контрактурой I ПФС. Рудольфом Стоффелла был предложен способ лечения вальгусной деформации I пальца стопы, имеющий преимущества перед прочими методиками: остеотомия предполагает динамический остеосинтез, обеспечивающий возможность выполнения стабильной латерализации головки I ПК на величину, равную ширине костного канала, а также позволяет отказаться от иммобилизации и необходимости носить ортопедическую обувь и дает возможность пациенту ходить с полной нагрузкой на ногу с первых дней после операции, что существенно сокращает сроки реабилитации. Сущность методики заключается в угловой V-образной субкапитальной остеотомии I ПК, угол которой открыт дистально, с возможностью прогнозируемой трехмерной коррекции деформации I ПК и латерализации ее головки без дополнительных разрезов, фиксации кости статико-динамическим внутренним устройством, которое позволяет создавать компрессию отломков при обычной нагрузке на ногу. Показаниями к остеотомии по Стоффелла являются вальгусная деформация I пальца стопы II-III степени (возможна коррекция деформации I пальца стопы до 45 и интерметатарзальной деформации до 20). Противопоказаниями к проведению данного вида вмешательства являются: выраженный остеоартроз I ПФС, манифестный остеопороз, выраженная гипермобильность в суставах предплюсны, тяжелые формы варусной деформации I пальца и первого луча стопы. Фиксатор позволяет выполнять латерализацию головки I ПК, а также плантаризацию ее и коррекцию пронационной деформации I пальца стопы. После операции разрешается ходьба с дозированной нагрузкой на ногу с перекатом стопы. Дополнительная иммобилизация ортопедическими средствами не проводится. В нашем отделении в период с 2013г. по 2015 гг. выполнено 105 операций по описанной методике 88 пациентам (87 – женщины), из них 17 с обеих сторон с интервалом от 1,5 до 24 месяцев. Возраст варьировал от 19 до 78 лет, средний возраст 50,9 года. Следует отметить, что набор инструментов для выполнения оперативного вмешательства обеспечивает четкое соблюдение технологии и практически исключает технические погрешности. Послеоперационный период



протекает легче вследствие отсутствия иммобилизации, повышая качество жизни пациента уже в раннем послеоперационном периоде. Сроки консолидации остеотомии 6 недель. Максимальный срок нетрудоспособности у наших пациентов составил 8 недель. Случаев несращения не зафиксировано. Конструкции удалены в 34 случаях (35,7%), у 8 из них обнаружено образование гипертрофического рубца в области остеотомии, вызывающего косметический дефект, наподобие бунiona, рентгенологическая картина костной деформации не выявляла. У половины из этих пациентов было проведено иссечение гипертрофических рубцов с пластикой дефекта местными тканями. Умеренно выраженная контрактура после окончания реабилитации зарегистрирована у 15 пациентов, выраженная — у 3, что было связано с недостаточно тщательной лечебной гимнастикой в раннем послеоперационном периоде и неправильным паттерном ходьбы. У всех пациентов проведено удаление конструкций с релизом I ПФС для увеличения объема движений. Других осложнений не выявлено. В целом, остеотомия по Стоффелла имеет ряд неоспоримых преимуществ перед прочими методиками и при выполнении ее в соответствии с показаниями дает хорошие и отличные результаты в большинстве случаев.

Оперативное лечение поперечной распластанности стопы и вальгусного отклонения I пальца с использованием биодеградируемых имплантатов.

Чернявский М.А., Чех Д.В.

ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России, Волгоград

В настоящее время проблема деформации переднего отдела стопы далека от разрешения. Обилие методик оперативного лечения поперечной распластанности переднего отдела стопы (более 400) свидетельствует о неудовлетворенности ортопедов существующими на сегодняшний день способами хирургической коррекции данной патологии. В клинической практике чаще всего используются различные виды остеотомии первой плюсневой кости как основного компонента деформации, при этом предложено множество вариантов фиксации остеотомированных фрагментов.

Цель: оценить результаты использования биодеградируемых имплантатов «Биоретек» для фиксации остеотомированных фрагментов первой плюсневой кости у пациентов в процессе хирургической коррекции деформации переднего отдела стопы.

Материалы и методы. На протяжении последнего года в травматолого-ортопедическом отделении ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России применялись биодеградируемые имплантаты «Биоретек» при исправлении поперечного плоскостопия с вальгусной девиацией 1-го пальца. Коррекция осуществлялась двухуровневой остеотомией 1-й плюсневой кости (по Логрошино). Для фиксации фрагментов дистальной остеотомии использовался пин, остеосинтез после проксимальной остеотомии осуществлялся с помощью компрессирующего винта. Таким образом прооперирован 21 пациент (25 стоп) в возрасте от 23 до 78 лет.

Результаты. Качество материала позволило произвести стабильную фиксацию остеотомированной 1-й плюсневой кости, что дало возможность обойтись без внешней иммобилизации в послеоперационном периоде, а также проводить раннее функциональное лечение, что явилось важным фактором профилактики ригидности



стопы. Во всех случаях через 2 месяца после операции на контрольных рентгенограммах в зоне остеотомии обнаруживались отчетливые признаки консолидации. Проблем с ранозаживлением отмечено не было.

Выводы. Применение биодеградируемых имплантатов «Биоретек» при двухуровневой остеотомии 1-й плюсневой кости как способа оперативной коррекции поперечного плоскостопия продемонстрировало высокую биосовместимость (отсутствие реактивности со стороны реципиента), способность обеспечить достаточную прочностную характеристику метаэпифизарной зоны в послеоперационном периоде, не требует в последующем повторного хирургического вмешательства с целью удаления фиксаторов.

Оперативное лечение поперечной распластанности стопы и вальгусного отклонения I пальца с использованием биодеградируемых имплантатов «Биоретек».

Чернявский М.А., Чех Д.В.

ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России, Волгоград

В настоящее время проблема деформации переднего отдела стопы далека от разрешения. Обилие методов оперативного лечения поперечной распластанности переднего отдела стопы (более 400) свидетельствует о неудовлетворенности ортопедов существующими на сегодняшний день способами хирургической коррекции данной патологии. В клинической практике чаще всего используются различные виды остеотомии первой плюсневой кости как основного компонента деформации, при этом предложено множество вариантов фиксации остеотомированных фрагментов.

Цель: оценить результаты использования биодеградируемых имплантатов «Биоретек» для фиксации остеотомированных фрагментов первой плюсневой кости у пациентов в процессе хирургической коррекции деформации переднего отдела стопы.

Материалы и методы. На протяжении последнего года в травматолого-ортопедическом отделении ФГБУЗ ВМКЦ ФМБА России применялись биодеградируемые имплантаты «Биоретек» при исправлении поперечного плоскостопия с вальгусной девиацией 1-го пальца. Коррекция осуществлялась двухуровневой остеотомией 1-й плюсневой кости (по Логрошино). Для фиксации фрагментов дистальной остеотомии использовался пин «Биоретек», остеосинтез после проксимальной остеотомии осуществлялся с помощью компрессирующего винта «Биоретек». Таким образом прооперирован 21 пациент (25 стоп) в возрасте от 23 до 78 лет.

Результаты. Качество материала позволило произвести стабильную фиксацию остеотомированной 1-й плюсневой кости, что дало возможность обойтись без внешней иммобилизации в послеоперационном периоде, а также проводить раннее функциональное лечение, что явилось важным фактором профилактики ригидности стопы. Во всех случаях через 2 месяца после операции на контрольных рентгенограммах в зоне остеотомии обнаруживались отчетливые признаки консолидации. Проблем с ранозаживлением отмечено не было.

Выводы. Применение биодеградируемых имплантатов «Биоретек» при двухуровневой остеотомии 1-й плюсневой кости как способа оперативной коррекции поперечного плоскостопия продемонстрировало высокую биосовместимость (отсутствие



реактивности со стороны реципиента), способность обеспечить достаточную прочностную характеристику метаэпифизарной зоны в послеоперационном периоде, не требует в последующем повторного хирургического вмешательства с целью удаления фиксаторов.

Диагностика доброкачественных мягкотканых новообразований кисти и предплечья.

Чуловская И.Г., Скороглядов А.В., Страхов М.А., Лядова М.В., Жежеря Э.В., Лобачев Е.В.

Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России «НКЦ геронтологии», Москва

На кисти и предплечье встречаются многочисленные виды доброкачественных новообразований (МТН) со всем многообразием гисто- и морфогенеза. Схожесть клиники различных нозологических форм МТН и одновременно ее вариабельность в зависимости от размеров и локализации объемных образований создает проблемы для диагностики этой патологии. Целью работы является создание системы комплексной диагностики основных форм МТН кисти и предплечья с целью распознавания индивидуальных особенностей патологического процесса на всех этапах лечения. Обследовано 265 пациентов с МТН. Среди них большинство исходили из синовиальных структур (204 – 77,0%), 38 (14,3%) имели соединительнотканное происхождение, 19 (7,2%) – сосудистое, 4 (1,5%) МТН исходили из нервной ткани. Диагностический процесс включал рентгенографию (РГ), ультразвукографию (УСГ), магнитно-резонансную томографию (МРТ); электронейромиографию (при заинтересованности нервов). Оценка методов ЛД выполнялась с точки зрения возможности определения присутствия МТН в мягких тканях; топической диагностики; выявления множественных очагов; оценки степени васкуляризации патологического очага и исследования окружающих тканей с целью выявления вторичных изменений и выяснения причин вторичной клинической симптоматики. Анализ данных диагностического процесса начинали с верификации МТН как диагноза, определяя симптомы, характерные для большинства объемных процессов. Далее выделяли симптомы, патогномоничные для определенного вида или групп МТН, а затем определяли вторичные изменения в окружающих тканях или предполагали возможность их появления при дальнейшем росте МТН. Верификация результатов исследования проводилась на основании данных интраоперационной диагностики и гистологического исследования. На основании комплексного анализа всех полученных данных (операционных характеристик и логико-статистического анализа возможностей РГ, УСГ и МРТ ведущим методом диагностики при МТН кисти и предплечья была определена УСГ. Роль РГ ограничивалась выявлением вторичных изменений костной ткани, визуализацией очагов кальцификации и флеболитов, а также оценкой состояния заинтересованных суставов. Прямым показанием к МРТ после клинического обследования пациента являлся только предположительный диагноз липомы и фибролипомы гигантских размеров. Необходимость дополнения УСГ данными МРТ возникала только в клинически неоднозначных, сложных ситуациях, не позволяющих получить необходимые сведения при УСГ и РГ.



Каталог выставки



3M Наука, Воплощенная в жизнь™

ЗАО «3M Россия»

г. Москва, ул. Крылатская, д. 17, корп. 3,

Бизнес-парк «Крылатские Холмы»

телефон: +7 (495) 784-74-74

www.3MRussia.ru/Medical

Компания 3M – международная производственная корпорация, объединяющая более тридцати бизнес-направлений в области электроники, энергетики, здравоохранения, безопасности, промышленности и другие. На протяжении столетней истории своего развития, сотрудники компании генерируют новые идеи и интегрируют их в тысячи новых продуктов и технологий, которые позволяют сделать нашу жизнь комфортнее.

CeramTec CeramTec GmbH

Germany, 73207 Plochingen, CeramTec-Platz 1-9

телефон: +49 160 93 888 457

электронная почта: v.atzrodt@ceramtec.de

www.ceramtec.ru

CeramTec – немецкая компания по производству высокотехнологической керамики для применения в самых разных областях техники, медицины и науки (больше 10 000 продуктов). В области медицинских изделий компания является мировым лидером по производству керамических головок и вкладышей для эндопротезирования тазобедренных суставов (больше 1 000 000 в год). Разрабатываются и внедряются керамические компоненты для других суставов (колени, плечи, и др.). В 2014 г. CeramTec имело около 3 600 сотрудников, объем продаж приближается 500 млн. в год. В медицинском подразделении выделяется много сил и ресурсов для научных и клинических исследований и для образования врачей.



Rompharm Company

г. Москва, ул. Горбунова, д. 2, стр. 204

телефон: +7 (495) 269-00-39

факс: +7 (495) 269-00-39

электронная почта: info@rompharm.ru

www.rompharma.ru

Rompharm Company – фармацевтическая компания, динамично развивающаяся на российском рынке. Производство соответствует международным требованиям GMP. Препараты компании заслужили высокое доверие среди врачей и пациентов. Препараты Rompharm Company – это высокое качество и доступные цены!



ЗАО «Байер»

г. Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2

телефон: +7 (495) 231-12-00

факс: +7 (495) 231-12-02

www.bayer.ru



Bayer – международный концерн со специализацией в области здравоохранения, сельского хозяйства и высокотехнологичных материалов. Как инновационная компания **Bayer** задает тенденции развития наукоемких областей. Продукты и услуги компании направлены на благо людей и улучшение качества жизни. В 2012 финансовом году численность сотрудников концерна составила 110 500 человек, объем продаж – 39,8 млрд евро. Капитальные затраты составили 2 млрд евро, расходы на исследования и разработки – 3 млрд евро.



ООО «БЕКА РУС»

г. Москва, г. Зеленоград, ул. Сосновая аллея, д. 6а, стр. 1

телефон: +7 (495) 666-33-23

факс: +7 (495) 742-44-35

электронная почта: info@beka.ru

www.beka.ru

Бека РУС — лидер в сфере оснащения медицинских учреждений современным медицинским оборудованием европейского качества для Ухода, Реабилитации, Физиотерапии и Гидротерапии, внедрения новых медицинских технологий и сопровождения проектов от первоначальной идеи до воплощения в жизнь.

Наша миссия — повысить эффективность работы врачей и улучшить качество жизни пациентов за счет применения новейших достижений современной науки и промышленности в области разработки и внедрения новых методов диагностики, лечения и реабилитации!



ООО «Берингер Ингельхайм»

г. Москва, Ленинградское шоссе, 16 А, стр. 3

телефон: +7 (495) 544-50-44

факс: +7 (495) 544-56-20

www.boehringer-ingelheim.ru

Группа компаний Берингер Ингельхайм входит в число 20-ти мировых лидеров фармацевтического рынка. Основанная в 1885 году и по-прежнему находящаяся в семейном владении компания Берингер Ингельхайм занимается научными исследованиями и разработками на их базе инновационных, высокоэффективных препаратов для лечения людей и животных. На мировом рынке Берингер Ингельхайм представлен в 146 представительствах, общее количество сотрудников составляет более 47 700 человек.

Ключевым элементом корпоративной культуры компании Берингер Ингельхайм является приверженность идее социальной ответственности бизнеса, что включает в себя постоянную заботу о сотрудниках, а также участие в широком спектре социальных проектов, например, таких как инициатива «Сделаем Мир Здоровее». Во всем, что делает компания, она руководствуется правилами охраны окружающей среды и устойчивого развития.



ООО «Берлин-Хеми/А. Менарини»

г. Москва, Пресненская набережная, д. 10,

БЦ «Башня на набережной», блок Б

телефон: +7 (495) 785-01-00

факс: +7 (495) 785-01-01

www.berlin-chemie.ru

Компания Берлин-Хеми/Менарини (Berlin-Chemie/Menarini) является представителем лидирующего фармацевтического объединения Италии - Группы Менарини (Menarini Group) - на территории Германии и Восточной Европы, в частности, в России. Российский фармацевтический рынок является привлекательным для компании. На сегодняшний день компанией в России зарегистрировано более 100 лекарственных препаратов, в более чем 10-ти терапевтических категориях. Наиболее известными в хирургии и травматологии являются препараты: Нимесил®, Дексалгин®, Цибор® 2500, Цибор® 3500 Мы заботимся о Вашем здоровье и работаем для этого!



КОРПОРАЦИЯ
ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ
Anti-Aging Medicine Corporation Ltd.

Корпорация эстетической медицины (КЭМ)

Официальный дистрибьютор продукции REGENLAB

г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 31/12, ком. 5

телефон: +7 (495) 637-62-76

www.aestpharm.ru

www.orthoregen.ru



Спонсор
фуршета

КОРПОРАЦИЯ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ (КЭМ) представляет в России и странах СНГ запатентованные инновационные изделия медицинского назначения для применения в ортопедии, дерматокосметологии, стоматологии, гинекологии, трихологии.

Корпорация имеет фармацевтическую лицензию.

RegenLab – запатентованные инновационные наборы для забора крови и выделения БоПТ.

Метод Regen ACR (Autologous Cellular Regeneration) – инновационная швейцарская методика клеточной регенерации тканей с помощью введения аутологичной плазмы, богатой тромбоцитами (PRP). Уникальность технологии REGENACR заключается в активации PRP аутологичным фибрино-тромбиновым комплексом с целью ускорения регенерации тканей.



ПОЛЮСФАРМ
ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ

ООО «Полюс-Фарм»

г. Москва, ул. Винокурова, д.30

телефон: +7 (495) 785-85-78

факс: +7 (499) 125-65-25

электронная почта: mail@poljuspharm.com

www.poljuspharm.ru

Общество с ограниченной ответственностью «Полюс-Фарм» было основано в 1992 году - это крупная стремительно развивающаяся компания в области оснащения медицинских учреждений, которая постоянно вносит свой вклад в повышение качества оказываемых услуг и развития отечественного здравоохранения. Мы вошли в историю как компания, которая занимается гиалуроновыми кислотами с 2000 года! Мы гордимся тем, что первыми в 2007 получили эксклюзивный контракт с компанией Smith&Nephew на поставку препарата ГК Durolane и вывели продукцию компании на рынок России и стран СНГ!



ЗАО «Санте Медикал Системс»

г. Москва, ул. Тимирязевская, д.1, стр.3

телефон: +7 (495) 786-35-47

электронная почта: info@sante.ru

www.sante.ru

ЗАО «Санте Медикал Системс» – многопрофильная и динамично развивающаяся компания, в которой производство, поставки медицинской техники и расходных материалов, а также техническое обслуживание оборудования представляют единый комплекс и результат слаженной работы более ста высококвалифицированных специалистов.

Сотрудничество с ведущими мировыми медицинскими производителями сделали компанию «Санте Медикал Системс» одним из ведущих дистрибьюторов медицинского оборудования и расходных материалов для артроскопии, травматологии и ортопедии на отечественном рынке. Линейка продукции компании - сотни разнообразных позиций по оборудованию, расходным материалам и инструментарию ведущих производителей Smith&Nephew, ArthroCare, Ortho-Space, Nora instruments, Sopro-Comeg, Tutogen Medical GmbH и мн.др.

Компания сотрудничает более чем с 500 ЛПУ и научно-исследовательскими центрами во всех регионах РФ. Дилерская сеть насчитывает более 100 организаций в субъектах и странах постсоветского пространства.



КСАРЕЛТО®. Международное непатентованное название: ривароксабан. Лекарственная форма: таблетки, покрытые пленочной оболочкой. 1 таблетка, покрытая пленочной оболочкой содержит 10 мг ривароксабана микроформованного.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Профилактика венозной тромбозии (ВТ) у пациентов, подверженных большому ортопедическому риску, связанному с вмешательством на конечностях, **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.** Повышенная чувствительность к ривароксабану или любым вспомогательным веществам, содержащимся в таблетке. Клинически значимые активные кровотечения (например, внутримозговые кровоизлияния, желудочно-кишечные кровоизлияния). Повреждение или патологическое состояние, связанное с повышенной речью большого кровотечения, например, имеющаяся или недавно перенесенная желудочно-кишечная язва, наличие злокачественных новообразований с высоким риском кровотечения, недавние травмы головного или спинного мозга, недавние оперативные вмешательства на головном, спинном мозге или глазах, недавнее внутримозговое кровоизлияние, дальнейшее или предполагаемое варикозное расширение вен пищевода, артериовенозные мальформации, аневризмы сосудов или большие аномалии строения сосудов головного или спинного мозга. Сопутствующая терапия какими-либо другими антикоагулянтами, например, непрямыми и прямыми гепаринами (НПГТ, низкомолекулярными гепаринами (энксапарин, далтепарин и др.), производными гепарина (фондапаринук) и др.), пероральными антикоагулянтами (варфарин, аптаксабан, дабигатран и др.), за исключением тех случаев, когда пациент переводится с терапии или на терапию препаратом Ксарелто®, или же когда НПГ назначаются в низких дозах для поддержания проходимость центрального венозного или артериального катетера.

Заболевания печени, протекающие с коагулопатией, которая обуславливает клинически значимый риск кровотечений, включая пациентов с широким спектром печеночных классов В и С по классификации Чайлд-Пью. Беременность и период лактации (период грудного вскармливания). Детский и подростковый возраст до 18 лет. Неизвестность и безопасность для пациентов данной возрастной группы не установлены). Клинические данные о применении ривароксабана у пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина < 15 мл/мин) отсутствуют.

Поэтому применение ривароксабана не рекомендуется для данной категории пациентов. Наследственная непереносимость галактозы или сахарозы, врожденный дефицит лактазы или глюкозо-галактозная мальабсорбция), поскольку в состав данного лекарственного препарата входит лактоза. С ОСТОЖИТЕЛЬСТВОМ — При лечении пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (в том числе при врожденной или приобретенной склонности к кровотечениям, неконтролируемой тяжелой артериальной гипертензией, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки в стадии обострения, недавно перенесенной язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, сосудистой патологии, недавно проведенной вазектомией или вентрикулограмм кровоизлияния, при патологии сосудов спинного или головного мозга, после недавно перенесенной операции на головном, спинном мозге или глазах), при бронхоэктазах или легочном кровоизлиянии в анамнезе). — При лечении пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести (клиренс креатинина < 30–50 мл/мин), получающих одновременно препараты, повышающие уровень ривароксабана в плазме крови. — При лечении пациентов с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина < 30–15 мл/мин), поскольку вследствие основного заболевания такие пациенты подвержены повышенному риску, как кровотечениям, так и тромбозам). — Ривароксабан не рекомендуется к применению у пациентов, получающих системное лечение противоривоксабными препаратами азоловой группы (например, эсикарином) или ингибиторами протонной помпы (например, ритонавиром). — У пациентов, получающих лекарственные препараты, влияющие на гемостаз (например, НПВП, антиагреганты или другие антитромбоцитарные средства). — У пациентов с риском обострения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки может быть оправдано назначение профилактического противоязвенного лечения. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ. Внутрь, независимо от приема пищи, по 1 таблетке 10 мг 1 раз в сутки. Продолжительность лечения: 5 недель после большой операции на коленном суставе, 2 недели после большой операции на голеностопном суставе. Если пациент не способен проглотить таблетку целиком, таблетка Ксарелто® может быть измельчена в смеси с водой или кислым питьем, например яблочным пюре, непосредственно перед приемом внутрь. Измельченная таблетка Ксарелто® может быть введена через желудочный зонд. ПОСЛЕДНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Учитывая механизм действия, применение Ксарелто® может сопровождаться повышенным риском скрытого или явного кровотечения из любого органа в ткани, которое может приводить к постгеморрагической анемии. Риск развития кровотечения может увеличиваться у пациентов с неконтролируемой артериальной гипертензией и/или при совместном применении с препаратами, влияющими на гемостаз. Геморрагические осложнения могут проявляться слабостью, головокружением, головной болью, одышкой, а также увеличением конечности в объеме или отеком, необъяснимыми другими причинами или необъяснимой припухлостью. В некоторых случаях вследствие анемии развиваются симптомы ишемии миокарда, такие как боль в груди и стенокардия. Также часто отмечаются анемия (включая соответствующие лабораторные параметры), кровоизлияние в глаз (включая кровоизлияние в конъюнктиву), кровоизлияние десен, желудочно-кишечное кровоизлияние (включая ректальное кровоизлияние), боли в области желудочно-кишечного тракта, диспепсия, тошнота, изжога, метеоризм, желудочно-кишечные инфекции, ухудшение общего самочувствия (включая слабость, астению), кровоизлияния после проведенных процедур (включая послеоперационную анемию и кровотечения из ран), избыточная гематома при ушибе, повышение уровня трансаминаз. Боли в конечностях, головокружение, головная боль, кровотечения из ортопедического тракта (включая гематурию и мекорию), почечная недостаточность (включая повышение уровня креатинина, повышение уровня мочевины), носовое кровоизлияние, кровоизлияние, зуд (включая нечастые случаи генерализованного зуда), сыпь, экзема, кожные и подкожные кровоизлияния, гипотензия, гематома. Регистрационный номер: ЛСХ009820. Актуальная версия инструкции от 10.06.2014. Производитель: Байер Фарма АГ, Германия. Отпускается по рецепту врача. Подробная информация содержится в инструкции по применению.

1. По объединенному анализу RECORD 1-3 Eriksson et al. J Bone Joint Surg Br 2009; 91b 634-44; Wong A, Kraus PS, Lau BD, et al. Patient preferences regarding pharmacologic therapy and thromboembolism prophylaxis. J Hosp Med. 2014 Nov 22. ; Инструкция по применению Ксарелто® 10 мг от 10.06.2014. 2. «Профилактика венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений у травматологов и ортопедов». Российские клинические рекомендации. Ассоциация травматологов-ортопедов России. Ассоциация фтизиатров России. 3. Национальные рекомендации. Ортопедия. 4-ое издание, переработанное и дополненное. 2013 Под ред. Г.П. Когенянова, С.П. Миронюк. 4. Falcik-Titter et al. Prevention of VTE in Orthopedic surgery Patients. Orthopedic Pharmacologic Therapy and Thromboembolism prophylaxis. 9th ed. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. 2012. Chest. 2013.1413-1413. doi:10.1378/chest.13255. 5. IMS Health MIDAS, Database. Monthly Sales July 2014.



Подумайте о защите

Вы блестяще выполнили вашему пациенту большую ортопедическую операцию. Сейчас время задуматься о профилактике венозных тромбозов и тромбоэмболических осложнений

- ◆ Ксарелто® единственный новый пероральный антикоагулянт показавший превосходную эффективность по сравнению с эноксапарином¹
- ◆ Благоприятный профиль безопасности¹
- ◆ Нет необходимости в коррекции дозы – 1 таблетка 10 мг 1 раз в день²
- ◆ Рекомендованная длительность профилактики до 35 дней^{3,4}
- ◆ Более 6 лет практического применения у 10 млн пациентов⁵



ЗАО «БАЙЕР»
107113, Москва, 3-я Рыбинская ул., д. 18, стр. 2,
Тел.: +7 (495) 231 1200, факс: +7 (495) 231 1202.
www.bayerpharma.ru

ВЕРСИЯ 10.06.2014 (MS)