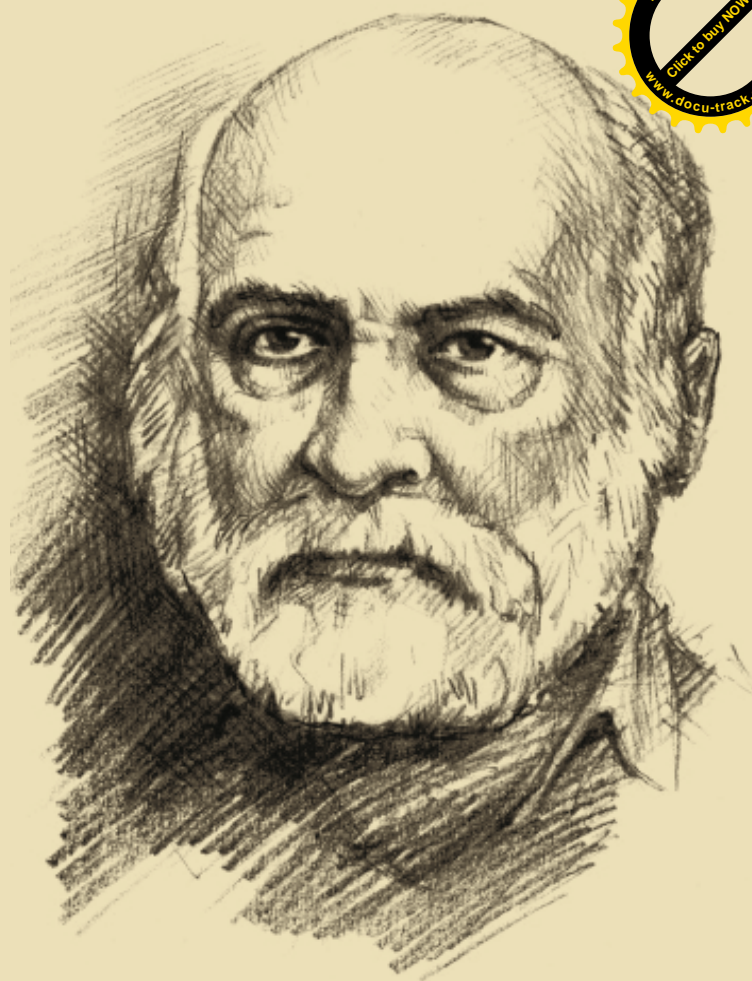


СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ



VII ПИРОГОВСКИЙ ФОРУМ ТРАВМАТОЛОГОВ ОРТОПЕДОВ

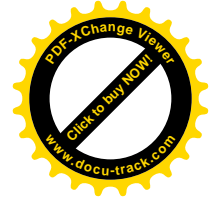
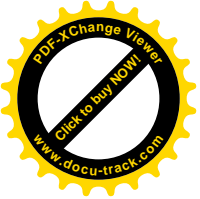
14-16 сентября 2022

Республика Дагестан,

Салта – Махачкала

www.pirogovforum.com



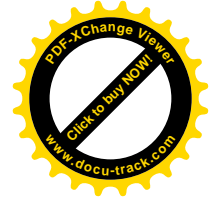
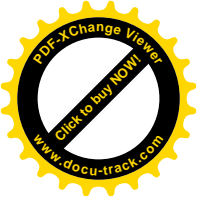


СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

VII

Пироговский
форум
травматологов–
ортопедов

14-16 сентября 2022



УДК 617.3(082)
ББК 54.58
С23

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

**VII ПИРОГОВСКИЙ ФОРУМ
ТРАВМАТОЛОГОВ ОРТОПЕДОВ**

14-16 СЕНТЯБРЯ 2022
РЕСПУБЛИКА ДАГЕСТАН, САЛТА - МАХАЧКАЛА

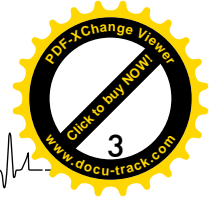
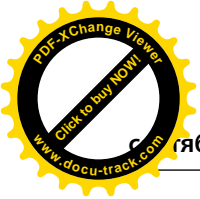
978-5-907551-39-8

Все материалы в сборнике опубликованы в редакции авторов.

Казань, издательство «Практика», 2022

ISBN 978-5-907551-39-8



**ОГЛАВЛЕНИЕ****СТАТЬИ**

М. АБДУЛХАБИРОВ Медицина в Дагестане в эпоху имама Шамиля.....	13
М. АБДУЛХАБИРОВ Н.И. Пирогов его письма из Севастополя в 1854–1855 гг.....	15
С.Ю. САФАРОВ, М.А. АЛИЕВ Великий Пирогов о горном крае и горцах.....	22
М. АБДУЛХАБИРОВ Н.И. Пирогов и сестры милосердия в Крымской войне.....	24
И.М. МАГОМЕДОВ Операции Н.И. Пирогова с использованием наркоза в Охли (Оглы) Республики Дагестан.....	31
Н.В. ЯРЫГИН, М.В. ПАРШИКОВ, И.Г. ЧЕМЯНОВ, Г.И. ЧЕМЯНОВ К 80-летию со дня рождения профессора В.И. Зори.....	33
С.В. СЕРГЕЕВ Отчет о путешествии по Дагестану-2010.....	40

ТЕЗИСЫ

А.А. АБУСУЕВ, И.А. МАГОМЕДОВА Сравнительная характеристика регионарной анальгезии при операциях остеосинтеза переломов костей голени.....	43
В.В. АГАДЖАНЫН Факторы, оказывающие влияние на летальность пациентов с политравмой.....	44
В.В. АГАДЖАНЫН Организация медицинской помощи при политравме. Проект клинических рекомендаций.....	45
В.В. АГАДЖАНЫН, О.Ф. РЗАЕВ, А.В. НОВОКШОНОВ, О.А. ЯКУШИН Диагностические особенности и результаты лечения черепно-мозговых повреждений у детей.....	46
С.А. АЙНЕКОВА, М.М. МИРЗАХМЕДОВ, А.Д. ЛУПЕЖОВА, Г.С. САЙДАХМЕТОВА Травматизм пациентов неврологического профиля.....	47
А.А. АКУЛАЕВ, А.А. ПОВАЛИЙ, А.А. ИВАНОВ Опыт применения методики трехмерного планирования с созданием шаблона направителя в хирургическом лечении приобретенных деформаций переднего отдела стопы легкой и средней тяжести остеотомией SCARF.....	48
Д.А. АНАНЬИН, А.В. БОРИСОВА, А.А. КАТКОВ Валидация Лионской системы оценки функции кистевого и дистального лучелоктевого сустава.....	49
Л.В. АРТЮШКОВА, О.Л. БЕЛЯНИН, Л.М. СМЕРНОВА Возможности диагностики болевого синдрома в культе после ампутации конечности.....	50
Э.А. АТАЕВ, А.Р. АТАЕВ Малоинвазивный способ лечения несросшихся переломов и ложных суставов переломов огнестрельного генеза.....	51
А.Р. АТАЕВ, М.А. ХИЗРИЕВ, А.И. ГАСАНОВ Наш опыт лечения переломов ладьевидной кости кисти.....	52
А.Р. АТАЕВ, Р.Т. ОСМАНОВ, Э.А. АТАЕВ Малоинвазивный способ репозиции и фиксации переломов пяточной кости.....	53
А.Р. АТАЕВ, Э.А. АТАЕВ Комбинированный остеосинтез при огнестрельных переломах конечностей.....	54

УДК 369.223.256

А.Ш. ХАМРАЕВ, Б.Э. ТУГИЗОВ, Н.З. НАЗАРОВА, Н.У. ИСМАИЛОВ, А.А. ХАЙИТОВ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Сложности тотального эндопротезирования больных с диспластическим коксартрозом

Дегенеративно-дистрофические поражения крупных суставов относятся к числу самых распространенных заболеваний второй половины XX – начала XXI столетия.

В структуре указанной патологии дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава занимают около 50%. К диспластическому коксартрозу по современным понятием относится артроз тазобедренного сустава, развившийся по причине недоразвития одного или обоих компонентов сустава, и врожденного вывиха бедра; патогномичным симптомом данной нозологии является децентрация (подвывих, вывих) головки в результате ее врожденного недостаточного покрытия крышей впадины. Среди дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС на долю диспластического коксартроза приходится до 79%, в том числе порядка 19% – на выраженную дисплазию ТБС.

Наш же регион занимает одно из лидирующих мест по распространенности данной патологии. У ряда больных патологический процесс усугубляется последствиями перенесенных в детстве оперативных вмешательств по поводу врожденного вывиха бедра.

На сегодняшний день существует несколько путей решения проблемы дегенеративно-дистрофических изменений в ТБС на фоне его дисплазии. Реконструктивные оперативные вмешательства, направленные на сохранение и восстановление нормальных анатомических взаимоотношений в суставе (различные варианты остеотомии таза и проксимального отдела бедренной кости) весьма эффективны при ранних стадиях заболевания, но, к сожалению, обеспечивают положительный результат только в течение 5-10 лет, на поздних стадиях их эффективность резко снижается. Соответственно, основным способом оказания помощи таким пациентам остается операция тотального эндопротезирования сустава. Она позволяет устранить или существенно уменьшить болевой синдром, восстановить функцию, вернуть пациента к активной жизни даже в тех ситуациях, которые еще относительно недавно казались безнадежными.

Цель эндопротезирования при ДКА состоит в том, чтобы избавить пациента от боли, восстановить подвижность в суставе, создать опорную конечность, обеспечить нормальную походку без выраженной хромоты. Это возможно только в том случае, если центр ротации искусственного сустава будет находиться в обычной анатомической позиции, что позволит восстановить равенство длины нижних конечностей и тонус мышц.

Важным моментом эндопротезирования является то, что патологические анатомические взаимоотношения при диспластическом коксартрозе требуют дифференциального подхода при имплантации компонентов эндопротеза.

Таким образом, эндопротезирование при диспластическом коксартрозе заключается в поиске возможностей оптимального сочетания современных технологий с характером и степенью выраженности патологического процесса в области пораженного сустава, а также индивидуальными особенностями организма пациента.

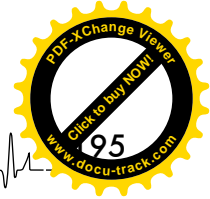
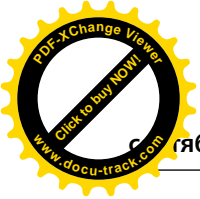
С 2013 по 2021 гг. в РСЦХСиК и отделение ортопедии ТМА по поводу диспластического коксартроза выполнено эндопротезирований у 128 пациентов. Женщин было 67, мужчин – 61. Возрастной аспект составил от 22 до 67 лет (средний возраст – 39,9 лет).

В подавляющем большинстве случаев эндопротезирование тазобедренного сустава произведено у больных с запущенным патологическим процессом данного сочленения, где клинорентгенологические изменения соответствовали III-IV стадии дегенеративно-дистрофического процесса. Во всех случаях на рентген снимках наблюдался краевой склероз и скошенность крыши вертлужной впадины – уменьшение угла вертикального наклона вертлужной впадины и угла Веберга, а также грибовидная деформация головки бедренной кости нередко с кистозными очагами и увеличение щечно-диафизарного угла бедренной кости. Основным контингент считал себя больным с детства, по поводу чего и получал курсы консервативного лечения, а 17 из них ранее были оперированы (открытые вправления, опорные остеотомии Шанца, межвертельные корригирующие остеотомии, формирование крыши вертлужной впадины, декомпрессирующие мобилизации тазобедренного сустава, реваскуляризации головки бедренной кости).

Из-за недоразвития вертлужной впадины у этих пациентов имело место подвывих или вывих головки бедренной кости. У всех больных бросалось в глаза нарушение походки, которая была связана с ограничением движения в тазобедренном суставе, наличием приводяще-сгибательной контрактуры и у части больных асимметрией длины конечностей. У больных долгое время пользовавшихся костылями на фоне дегенеративно-дистрофических изменений наблюдался остеопороз бедренной кости и атрофия мышц пораженной нижней конечности.

Для замены сустава использовали эндопротезы Zimmer – 31, DePuy – 62, Zimmer – 17, Howmedica – 4, гибридных конструкций – 4, Irene – 10.

Наблюдения показали, что у большей части больных с дисплазией тазобедренного сустава четко выражена антеверзия шейки, в связи с этим



ориентацию бедренного компонента эндопротеза проводили по фронтальной плоскости. С целью облегчения низведения и вправления головки, декомпрессии и снижения трения компонентов, а также уменьшения давления между имплантатом и костью, производили субпериостальное отсепарирование m.iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу (№ IAP 20100081).

Из 136 оперативных вмешательств по поводу диспластического коксартроза у 12 больных выполнена ревизия области эндопротеза в сроках от 2 до 11 лет. Причем у 3 больных реэндопротезирование выполнено дважды. В 3-х случаях произведена замена ножки эндопротеза, в 6 случаях – замена вертлужного компонента. При протрузии вертлужного компонента реимплантация выполнялась с

костной пластикой дна впадины аутоотрансплантатом из гребня подвздошной кости.

Таким образом, современным и высокоэффективным методом лечения больных с диспластическим коксартрозом является эндопротезирование пораженного сочленения. При этом в случае дефекта задне-верхнего края вертлужной впадины необходимо выполнение костной пластики. Для лучшей мобилизации и низведения бедренной кости необходимо выполнить тенотомию m.iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу и подкожную тенотомию приводящих мышц бедра. И, наконец, важным моментом является подбор правильной пространственной ориентации тазового и бедренного компонентов эндопротеза.