



Министерство здравоохранения России

Ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР)

Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии (НМИЦ ТО) им. Н. Н. Приорова

Общество регенеративной травматологии и ортопедии (ОРТО)

Медицинская ассоциация по остеонекрозу

Кафедра травматологии и ортопедии АПО ФГБУ ФНКЦ ФМБА России

III КОНГРЕСС ОРТОБИОЛОГИЯ 2022 «ОТ ИССЛЕДОВАНИЯ К КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

ТЕЗИСЫ

(Москва, 15—16 апреля 2022 года)

<i>Нурмухаметов М. Р., Бялик Е. И., Макаров М. А., Макаров С. А., Хренников Я. Б., Бялик В. Е., Нестеренко В. А.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ХЕЙЛЭКТОМИИ В СОЧЕТАНИИ С ТЕХНИКОЙ АУТОЛОГИЧНОГО ИНДУЦИРОВАННОГО МАТРИЦЕЙ ХОНДРОГЕНЕЗА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С РИГИДНЫМ ПЕРВЫМ ПАЛЬЦЕМ СТОПЫ	132
<i>Апагуни А. Э., Посух В. В., Апагуни В. В., Эсеналиев А. А., Вахтин В. В., Фарсян Д. Л.</i> ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ УДАРНО-ВОЛНОВОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМOM БЕДРЕННОЙ КОСТИ	134
<i>Шевырев К. В., Шавырин Д. А., Волошин В. П., Мартыненко Д. В., Митина Т. А., Трифонова Е. В., Ошкуков С. С., Степанов Е. В., Сергунин И. Ю., Наконечный В. А.</i> ПРОГНОЗ КОНСОЛИДАЦИИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДИАФИЗАРНЫХ ПЕРЕЛОМАХ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМОЙ	135
<i>Кузьменко Д. В., Лобанов Г. В., Шатова О. П.</i> ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ PRP-ТЕРАПИИ	138
<i>Асилова С. У., Полатова Дж. Ш., Назарова Н. З., Валиева К. Н., Умарова Г. Ш., Рахманова М. Р., Алиева И. А.</i> РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМА ФУНКЦИОНАЛЬНО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ	140
<i>Кузнецов В. И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ НОЛТРЕКСИН У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТАДИЕЙ ГОНАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	142
<i>Кузнецов В. И.</i> РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ НОЛТРЕКСИН У ПАЦИЕНТОВ СО ВТОРИЧНЫМ ГОНАРТРОЗОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ	144
<i>Воротников А. А., Айрапетов Г. А., Хубиев А. Ю., Васюков В. А., Суюнов Р. А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ПЕРВОГО ПЛЮСНЕ-ФАЛАНГОВОГО СУСТАВА	147
<i>Мироманов А. М., Гусев К. А.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К СТИМУЛЯЦИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)	148

нуклеотидов. Также существует прямая статистически значимая связь между возрастом и ферментативной активностью PDGF в сыворотке крови $r = 0,93$ (при $p \leq 0,0001$), а также возрастом и уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови $r = 0,82$ (при $p = 0,002$). Увеличение катаболизма в целом и нуклеотидов в частности также характеризует возрастных пациентов. Нами также установлено, что показатель тромбокрита статистически значимо связан с уровнем мочевой кислоты в сыворотке крови $r = 0,69$ (при $p = 0,019$), а средний объем тромбоцитов зависит от концентрации сывороточного кальция $r = 0,68$ (при $p \leq 0,020$).

Выводы. PRP-терапия наиболее эффективна в группе больных с гонартрозом в возрасте $44,8 \pm 6,38$ лет. Не следует проводить PRP-терапию больным с сывороточным уровнем мочевой кислоты выше $306 \pm 5,68$ мкмоль/мл. Нами показано, что ферментативная активность PDGF в сыворотке крови тесно связана с уровнем мочевой кислоты. Установили, что эффективность проведения PRP-терапии при лечении гонартроза зависит от исходной ферментативной активности PDGF в сыворотке крови.

РАЗРАБОТКА И ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМА ФУНКЦИОНАЛЬНО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ У БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

**С. У. Асилова, Дж. Ш. Полатова, Н. З. Назарова, К. Н. Валиева,
Г. Ш. Умарова, М. Р. Рахманова, И. А. Алиева**

*Ташкентская медицинская академия (Ташкент, Узбекистан),
Республиканский научно-практический центр онкологии (Ташкент,
Узбекистан), Центр развития профессиональной квалификации
медицинских работников (Ташкент, Узбекистан), Республиканский
специализированный научно-практический медицинский центр
травматологии и ортопедии (Ташкент, Узбекистан)*

По данным ВОЗ доброкачественные опухоли костей составляют до 30 % среди заболеваний опорно-двигательной системы. Патология широко изучается, но при этом остаются вопросы стандартизации диагностики для упрощения раннего выявления процесса, в особенности определения его характера. Конечно, в основе диагностики остаются лучевые методы исследования, которые день за днем более склонны к мультимодальным и взаимодополняющим исследованиям. Однако не стоит упускать из виду

клинический осмотр — очень важный для опорно-двигательной системы. Для этого разработаны множества оценочных шкал, однако они не имеют столь важной связи с рентгенологическими изменениями, которые лежат в основе функциональных нарушений.

В мире отсутствует единый подход к использованию количественных оценочных шкал, хотя это помогло бы стандартизировать и унифицировать изучение различных аспектов данной проблемы. Мы сделали попытку систематизировать наиболее часто используемые в хирургии опорно-двигательной системы шкалы и анкеты, а также дать рекомендации по оценке данных, получаемых с помощью этих шкал.

Для оценки эффективности устранения боли традиционно используется шкала оценки боли ВАШ, которая в нашей работе была нами модифицирована. Наиболее удобными и объективными считаются шкалы оценки боли, где шкалы градации ее степени расположены горизонтально. К примеру, визуально аналоговую шкалу. Однако она недостаточно информативна при оценке нарушения функции, которая прямо связана с интенсивностью боли при патологиях опорно-двигательного аппарата. Для оценки степени нарушения функции применялась шкала оценки степени функциональной недостаточности суставов на основе классификации, предложенной группой ученых на 2019 г., которая также была нами модифицирована. В итоге в нашей работе мы предлагаем вертикальную шкалу, включающую оценки боли, оценку функционального нарушения сустава и оценку деформации пораженной кости конечности. Они хорошо коррелируют с оценкой болевых ощущений в сочетании с нарушением одной или ряда функций в виде увеличения баллов в зависимости от степени нарушений, что удобно и более точно отражает их динамику. Для создания универсального метода мы применили оценку ограничения движения в каком-либо суставе, в проценте от исходной амплитуды движений. Для выявления степени деформации мы применили оценку, обозначая ее в процентах увеличения в сравнении с неизменной частью, и контралатеральной конечности или неизменной части той же самой конечности. Для упрощения оценки до лечения и в сравнении, разработанная нами шкала также была адаптирована в сочетании со шкалой рентгенологической оценки патологического очага Tordai (1990) путем добавления еще двух градаций для удобства корреляции. Разработана шкала позволяет судить об эффективности проведенного оперативного лечения у больных пациентов в ближайшие сроки после операции до 6 месяцев и в отдаленные сроки до 24 мес. Оценка степени выраженности болевого синдрома

по разработанной нами шкале у больных с доброкачественными опухолевыми и опухолеподобными заболеваниями костей конечностей до операции проведена у всех больных. Изучение данных выявило, что наиболее часто больные обращались с беспокоящей болью, которая была у 15 (13,5 %) больных в основной группе и у 16 (14 %) больных в контрольной группе. Средний балл по шкале оценки интенсивности боли до хирургического лечения составил 4,56 балла в основной и в контрольной группе. Деформация была чаще в виде умеренного утолщения (до 30 % в сравнении с неизменной частью) у 20 (18,2 %) больных в основной группе и у 21 (19 %) больных в контрольной группе. Видимая деформация в определенном сегменте кости (с наличием утолщения от 40 % и выше) отмечали у 15 (14 %) больных в основной и у 14 (13 %) больных в контрольной группе. Средний балл по шкале оценки выраженности деформации до хирургического лечения составил 3,59 балла в основной и в контрольной группе. Основная масса больных жаловалась на ограничение в функциональном плане как умеренное ее нарушение у 17 (15,5 %) больных основной группы и у 16 (14,5 %) больных контрольной группы. В баллах выраженность нарушения функции до хирургического лечения составила 4,54 балла в обеих группах. Чаще у больных отмечались рентгенологические изменения в виде очагов поражения более 40 мм — 19 (16,85 %) больных в основной и 17 (15,09 %) больных в контрольной группе.

Таким образом, предложенная нами шкала упростила пред и сравнительную послеоперационную оценку состояния больных, она стала более адекватна, так как включала в себя также динамику рентгенологических изменений и была эффективно применена в оценке состояния у 122 больных.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ НОЛТРЕКСИН У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТАДИЕЙ ГОНАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В. И. Кузнецов

*ГУЗ «Клиническая больница скорой
медицинской помощи № 15» (Волгоград, Россия)*

Остеоартрит (ОА) коленных суставов является наиболее распространенным заболеванием суставов, поражающим более 80 % людей старше 55 лет. Приоритетным методом лечения гонартроза считается локальная