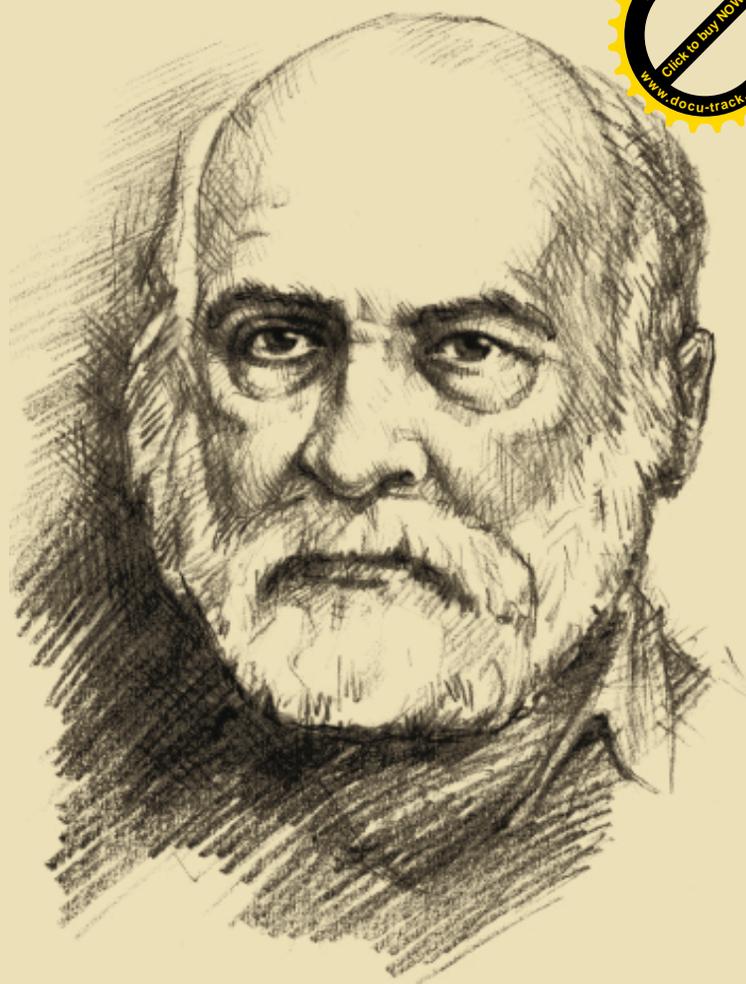




СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ



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





А.В. СМЫСЛОВ, И.А. МАЛЕВАНЬИ, С.Е. ФЕДОРОВ, И.А. СЫСОЕВ, Р.Э. МАМЕДОВ, П.Н. МОНИКОВ Интрамедуллярный остеосинтез при переломах проксимального метаэпифиза плечевой кости.....	183
Д.В. СТЕПАНОВ, С.Н. ХОРОШКОВ, А.М. ЧАРЧЯН, А.А. МОРОЗОВ Консервативное и оперативное лечение переломов лопатки.....	184
Е.М. ТАЛЬКОВСКИЙ, М.А. ХАН, Д.Ю. ВЫБОРНОВ, В.В. КОРОТЕЕВ, Н.И. ТАРАСОВ Современные технологии применения высокоинтенсивной импульсной магнитотерапии и лечебной гимнастики в медицинской реабилитации детей со сколиозом.....	185
Р.С. ТИТОВ, А.М. ФАЙН, А.Ю. ВАЗА, С.Ф. ГНЕТЕЦКИЙ, Ю.А. БОГОЛЮБСКИЙ, А.А. ФАЙН, К.И. СКУРАТОВСКАЯ Тактика проведения костнопластических операций при тяжёлых переломах проксимального отдела плечевой кости.....	186
Б.Э. ТУГИЗОВ, Н.У. ИСМАИЛОВ, А.Ш. ХАМРАЕВ, А.А. ХАИТОВ, Н.Р. КАБУЛОВ Роль тенотомии m. iliopsoas у больных с переломами и ложных суставах шейки бедра при артропластике тазобедренного сустава.....	187
Б.Э. ТУГИЗОВ, А.Ш. ХАМРАЕВ, Н.У. ИСМАИЛОВ, А.А. ХАИТОВ, А.З. ЭРГАШОВ Артропластика при дегенеративно-дистрофических заболеваниях и последствиях травм тазобедренного сустава.....	188
И.М. УЖАХОВ Хроническая нестабильность плечевого сустава. Что нового?.....	189
В.Л. ФИЛИППОВ, П.С. АНДРЕЕВ, В.Г. ТОПЫРКИН, А.А. ВАЛИЕВ Хирургическое лечение болезни Маделунга.....	190
В.Л. ФИЛИППОВ, Р.Ф. МАСГУТОВ, В.Г. ТОПЫРКИН, А.А. ВАЛИЕВ Техника и малоинвазивный безоперационный метод лечения контрактуры Дюпюитрена.....	191
В.Л. ФИЛИППОВ, Р.И. МУЛЛИН, В.Г. ТОПЫРКИН, А.А. ВАЛИЕВ Техника чрескожной апоневротомии и липофилинга при лечении контрактуры Дюпюитрена.....	192
М.Н. ФОМИНА, С.А. ЯРЫГИНА Травматизм у беременных: современные взгляды на ведение пациенток по данным литературы.....	193
А.Ш. ХАМРАЕВ, Б.Э. ТУГИЗОВ, Н.З. НАЗАРОВА, Н.У. ИСМАИЛОВ, А.А. ХАИТОВ Сложности тотального эндопротезирования больных с диспластическим коксартрозом.....	194
А.Б. ХАЛЯПИНА, Г.М. ЖУРАВЛЕВА Пути восстановительного лечения деформирующих гонартрозов.....	196
А.Б. ХАЛЯПИНА, Г.М. ЖУРАВЛЕВА Выбор лечения остеоартрита суставов.....	197
А.А. ХРИСАТ, Ю.А. БАРАБАШ Оптимизация лечения нестабильных повреждений области голеностопного сустава.....	198
С.Н. ХОРОШКОВ Кольца стабилизации таранной кости в сегменте «голень-стопа».....	199
С.Н. ХОРОШКОВ Классификация посттравматической нестабильности таранной кости при костно-связочных повреждениях в области голеностопного сустава.....	200
С.Н. ХОРОШКОВ, Н.В. ЯРЫГИН, А.М. ЧАРЧЯН Консервативное лечение переломов лодыжек.....	201
С.Н. ХОРОШКОВ, Н.В. ЯРЫГИН Оперативное лечение переломов лодыжек с биомеханическим подходом.....	203
А.М. ЧАРЧЯН, М.В. НАУМЕНКО, А.А. МОРОЗОВ Лечение высокоэнергетических переломов проксимального отдела бедренной кости.....	205

УДК 611.728.2:616-001.5

Б.Э. ТУГИЗОВ, Н.У. ИСМАИЛОВ, А.Ш. ХАМРАЕВ, А.А. ХАИТОВ, Н.Р. КАБУЛОВ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Роль тенотомии *m.iliopsoas* у больных с переломами и ложных суставах шейки бедра при артропластике тазобедренного сустава

Переломы шейки бедренной кости – это повреждения, возникающие при травмах, в основном у пожилых людей, чаще всего на фоне остеопороза. У данной категории больных отмечается высокий процент летальности. Соматические заболевания, разные инфекции, особенно внутрибольничная инфекция является наиболее частыми причинами смерти у таких больных в первые месяцы после травмы. Поэтому лечение переломов и ложных суставов шейки бедра и в настоящее время остается актуальной проблемой.

Разная длина конечностей после эндопротезирования тазобедренного сустава является наиболее частым осложнением и, по данным литературы, достигает 27% случаев. Это осложнение чаще всего встречается при эндопротезировании по поводу ложных суставов шейки бедра. Хромота, связанная с этим, является одной из основных причин судебных исков против хирургов.

Эндопротезирование не преследует цели удлинения конечности! И по этой причине эндопротез устанавливают в положении, при котором его можно вправить. Насильственное низведение бедра с последующим вправлением чревато одним из грозных осложнений эндопротезирования, как протрузия головки.

Факторы, которые способствуют этому осложнению следующие: ослабление кости за счет остеопороза; при одинаковых условиях вогнутая часть вертлужной впадины является более слабой по сравнению с выпуклой частью головки бедренной кости; присутствие контрактуры, следовательно, и перенапряжения мышц, ведут к увеличению давления на суставные поверхности; жесткое действие суставных концов за счет отсутствия хряща.

В целях уменьшения «протрузионного» давления и без насильственного вправления бедра мы предлагаем выполнить тенотомию *m.iliopsoas*. Предлагаемая методика направлена на уменьшение

травматичности операции при низведении бедра, уменьшение давления головки на хрящ, уменьшение контактного трения, приводящее к износу хряща.

Поставленная задача достигается тем, что рассекается *m.iliopsoas* у места прикрепления к малому вертелу. Это позволяет менее травматично низвести пораженную конечность, исключить тракцию данной мышцы, что в свою очередь уменьшит давление головки эндопротеза во впадину и силу трения между ними.

Возникает вопрос, как это повлияет на функцию нижней конечности?

При тенотомии происходит выпадение функции подвздошно-поясничной мышцы (*m.iliopsoas*). При этом больной, лежа, может слегка приподнять разогнутую в коленном суставе ногу. Это движение совершается за счет функции прямой мышцы бедра (*m. rectus femoris*) и мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра (*t. tensor fasciae latae*). Как только больной сядет, возможность приподнять разогнутую ногу исчезает. Если больного, у которого имеется отрыв малого вертела, усадить на стол так, чтобы обе ноги свисали с края стола и предложить ему поднять поврежденную ногу, поставив пятку на стол, то выполнить этого он не может.

А также больной при разогнутых коленных суставах не в состоянии нагнуться и поднять с пола какой-либо предмет. В литературе описаны случаи выполнения тенотомии *m.iliopsoas* при *iliopsoas impingement* после тотального эндопротезирования. Результаты исследований показали, что данная манипуляция практически не влияет на функцию нижней конечности, в частности, на походку пациента.

Таким образом, тенотомия *m.iliopsoas* продлевает срок службы эндопротеза, головка эндопротеза не продавливается в малый таз и не возникает болевой синдром.

УДК 611.728.2:616-001.5

Б.Э. ТУГИЗОВ, А.Ш. ХАМРАЕВ, Н.У. ИСМАИЛОВ, А.А. ХАИТОВ, А.З. ЭРГАШОВ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент

Артропластика при дегенеративно-дистрофических заболеваниях и последствиях травм тазобедренного сустава

Цель. Оценка эффективности отдаленных результатов артропластики тазобедренных суставов у пациентов с коксартрозом различной этиологии, переломов и ложных суставов шейки бедренной кости.

Материалы и методы. С 2008 по 2022 гг. в отделение ортопедии ТМА по поводу последствий травм и заболеваний тазобедренного сустава выполнено эндопротезирование на 268 тазобедренных суставах у 241 пациента. Женщин было 127, мужчин – 114. Возрастной аспект составил от 18 до 82 лет (средний возраст – 39,9 лет). У 27 пациентов замена сустава произведена с обеих сторон. Больных с коксартрозом было 174 (72,2%), из них идиопатический у 29 (16,3%), диспластический у 117 (67,5%), посттравматический у 28 (16,2%). Большинство пациентов (70,3%) имели двусторонний процесс. Переломы и ложные суставы шейки бедренной кости были у 67 больных (27,8%). Кроме обычных клинических и рентгенологических методов исследования, мы применяли компьютерную томографию, двухфотонную рентгеновскую и ультразвуковую денситометрию. Функциональные результаты оценивались по шкале Харриса. Сроки наблюдений составили 1-12 лет. Использовались эндопротезы Howmedica, Zimmer, Stryker, DePuy, ЭСИ, Bioimplant, гибридной конструкции. Бесцементное крепление компонентов эндопротеза выполнено у 62,7% больных, цементное – в 33,5% и гибридное – в 3,8% случаев. Предоперационная подготовка включала лечебно-диагностические процедуры, направленные на стабилизацию гомеостаза и профилактику возможных осложнений. Операцию выполняли под спинномозговой (62,5%) или внутривенной с интубацией (37,5%) анестезией. Большинство использовали хирургический доступ Хардинга. В послеоперационном периоде проводилась ранняя активизация больных на фоне компенсации общесоматического статуса и профилактики тромбоэмболических осложнений (под контролем коагулограммы крови).

Результаты и их обсуждение. Вид патологии тазобедренного сустава определяет разные требования как к эндопротезу, так и к его компонентам и способам их крепления. Техника установки может комбинироваться с костной пластикой и применением дополнительных опоробразующих конструкций. В целях декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава при низведении бедренной

кости, профилактике асептической нестабильности компонентов эндопротеза произведена тенотомия m.iliopsoas от места прикрепления к малому вертелу (№ IAP 20100081). Во время гемартропластики при ложных переломах шейки бедренной кости использовали нами разработанные экстрактор (патент FAP 00597) для вывихивания остатка головки бедра. Технически наиболее сложными для артропластики представляются дисплазии и посттравматический коксартроз. Наиболее тяжелую группу в лечебном плане составили длительно иммобилизованные пациенты пожилого возраста с ложными суставами шейки бедра. Остеопения и остеопороз требует тщательного наблюдения и лечения как в пред-, так и в послеоперационном периодах, особенно в случае механического крепления эндопротеза. Сроки послеоперационной реабилитации зависят от конструктивных особенностей протеза, степени его интраоперационной стабильности, репаративных возможностей костной ткани и проведенного восстановительного лечения в предоперационном периоде. Хорошие и удовлетворительные результаты получены у 97,6%. Причиной неудовлетворительных исходов были: нестабильность компонентов эндопротеза (3,1%), гнойная инфекция (0,2%), тромбоэмболия (0,3%) и параартикулярная оссификация (0,2%).

Выводы

1. Анализ результатов эндопротезирования свидетельствует о высокой эффективности метода. Стойкость положительных исходов в значительной степени зависит от соблюдения технологии лечения, которая, помимо техники операции и выбора типа эндопротеза, включает в себя проведение адекватной реабилитации и профилактики обострений хронических общесоматических заболеваний и наиболее часто встречаемых осложнений как в пред-, так и послеоперационном периодах.

2. В целях декомпрессирующей мобилизации тазобедренного сустава, при низведении бедренной кости необходимо выполнить субпериостальное отсепарование m.iliopsoas у места прикрепления к малому вертелу и подкожную тенотомия приводящих мышц бедра.

3. Использование способа экстракции головки бедра при переломах и ложных суставах шейки бедра, позволит сохранить целостность суставного лимбуса и хряща, а также подобрать идентичный размер головки эндопротеза по неповрежденному контуру.