

## ЗАСЕДАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ (№ 1 от 19 февраля 2014 года)

Председатель — профессор В.А. БАБОША, секретарь — И.А. ШАМАРДИНА

ВАКУЛЕНКО В.М., ВАКУЛЕНКО А.В.

### Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава после реконструктивных операций на проксимальном отделе бедренной кости

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) является сложной и технологичной операцией. Особые трудности возникают в тех случаях, когда ТЭТС предшествуют различные реконструктивные операции на проксимальном отделе бедренной кости, в результате чего меняется прямолинейность костномозгового канала.

У наших больных было два типа операций, предшествовавших ТЭТС: межвертельные остеотомии McMurphy и создание точки опоры типа Schanz. В первом случае было возможно использовать стандартную ножку бедренного компонента эндопротеза, во втором — требовалась ревизионная ножка с предварительным выравниванием оси проксимального отдела бедра. Некоторые авторы предлагают делать это в два этапа. Если ревизионная ножка не исключает ротационных движений в зоне повторной остеотомии, то используют накостную пластинку. Особое внимание следует уделять профилактике возможных инфекционных осложнений, вероятность которых возрастает из-за предшествовавших операций, особенно после остеотомий по Schanz.

Продемонстрировано два клинических наблюдения.

МАГОМЕДОВ А.Ю., ВИНОКУРОВ С.А.,  
МАГОМЕДОВ Ю.А.

### Сложное эндопротезирование тазобедренного сустава

По данным экспертной группы ВОЗ, ежегодно в мире выполняется около 1,5 млн тотальных замещений тазобедренного сустава. С увеличением количества первичных операций и сроков наблюдения растут и количество ревизионных операций. Удельный вес их в США составляет 15 % от общего числа эндопротезирований, в Европе — до 20 %.

В докладе указаны основные причины неудовлетворительных результатов первичного протезирования и

названы задачи ревизионного протезирования. Ревизия вертлужного компонента выполняется в 2–3 раза чаще, чем бедренного, и сопровождается определенными трудностями. Для хирургической реконструкции, соответствующей типу дефекта кости, необходима адекватная предоперационная оценка дефектов костной ткани. Наибольшее распространение получила классификация W.G. Paprosky (для дефектов вертлужной впадины) и т.н. Malloy для дефектов бедренной кости. Трудности ревизионной артропластики бедренного компонента: наличие костного дефекта различной протяженности, укорочение конечности, изменение качества костной ткани, изменение геометрии канала, необходимость использования расширенных доступов, техническое обеспечение операции. Выбор имплантата: небольшие дефекты костной ткани (тип I–II) — стандартные клиновидные имплантаты бесцементной фиксации с заполнением дефектов костной стружкой или биокompозитными материалами, большие дефекты проксимального отдела бедра (тип III–IV) — имплантаты бесцементной фиксации, дистальной фиксации + костные трансплантаты (массивные или губчатые). Указаны недостатки использования массивных имплантатов. Описаны исходы ревизионных операций [Huo M.H. et al. J.B.J. Surg. (am.) 2009], анализ 39 410 первичных и 7411 ревизионных операций продемонстрировал 180-дневный риск повторных операций 1,6 % для первичных и 36,6 % для ревизионных вмешательств, риск инфекции 1,3 и 13,9 % соответственно, риск вывиха больше в 8,5 раза, риск инфекций — в 9,6, риск последующих ревизий — в 34,5 раза, риск механических осложнений выше в 74,9 раза, по прогнозам, количество эндопротезирований в США будет непрерывно нарастать: 48 000 — в 2010 году, более 67 000 — в 2020 и около 97 000 — в 2030 г.

РУШАЙ А.К., БЕССМЕРТНЫЙ С.А.

### Лечение нагноений области эндопротезирования коленного сустава

Большое количество гнойных осложнений при лечении больных методом эндопротезирования, а также неудовлетворительные результаты их лечения потребовали поиска новых подходов к решению данной проблемы.

Однако единого радикального решения проблемы гнойных осложнений после эндопротезирования коленного сустава на данный момент не существует.

Для лечения нагноений области эндопротезирования нами использовались: VAC-дренирование полостей; эндолимфальное введение антибиотиков; пластика полостей, дефектов коллапаном, обогащенной тромбоцитами плазмой. При неэффективности со-

хранной тактики больным предлагались удаление эндопротеза, ампутации.

Применение предложенного набора хирургических методик позволяет улучшить результаты лечения больных с нагноением области эндопротезирования, получив положительные результаты в большом проценте случаев. Все предложенные методы просты в использовании, не требуют дополнительного оборудования, доступны по стоимости и могут применяться повсеместно. ■

## ЗАСЕДАНИЕ АССОЦИАЦИИ ОРТОПЕДОВ-ТРАВМАТОЛОГОВ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ (№ 2 от 16 апреля 2014 года)

Председатель — профессор В.А. БАБОША, секретарь — И.А. ШАМАРДИНА

ДЖЕРЕЛЕЙ О.Б., ЛОБКО А.Я., ЯКУБЕНКО Я.В.

### Лечение Hallux Valgus методом открытой дистальной остеотомии с параоссальной фиксацией

В данном исследовании мы поставили перед собой задачу изучить особенности этой перспективной операции и возможность расширения доступности такого вмешательства. Выполнение процедуры открытым способом дает возможность осуществить все элементы операции под визуальным контролем. Открытый доступ позволяет применить более широкий набор средств, точно реализовать запланированные параметры стопы в соответствии с требованиями биомеханики и анатомо-физиологическими особенностями. Апробация методики такой операции через открытый доступ, проведенная в условиях Донецкого НИИ травматологии и ортопедии, показала, что ее преимущества заключаются прежде всего в скорости исполнения, а также минимальном объеме хирургических манипуляций. Проведенное исследование позволяет сделать выводы о том, что операция дистальной остеотомии с параоссальной фиксацией, осуществляемая через открытый доступ, — это эффективная, достаточно малоинвазивная хирургическая процедура, способная эффективно восстановить нормальные анатомические, клинические и динамометрические характеристики стопы. Она показана при большинстве легких и умеренных деформаций и позволяет раннюю нагрузку стопы.

ЛОБКО А.Я., КЛИМОВИЦКИЙ В.Г., ЯКУБЕНКО Я.В., ДЖЕРЕЛЕЙ О.Б.

### Наш опыт использования обогащенной факторами роста плазмы (ОФРП)

В докладе кратко освещена история вопроса применения ОФРП в медицине. Описан опыт использования

ОФРП, изготовленной по технологии фирмы Arthrex, у 49 пациентов с травмами, 30 пациентов с деформирующим остеоартрозом (ДОА) коленного сустава и 19 пациентов с замедленно срастающимися переломами длинных трубчатых костей, проходивших лечение в отделении восстановительной травматологии Донецкого НИИТО. Отмечена достаточная эффективность метода при травмах связочных структур коленного сустава, эффективность выше средней (74 %) — при замедленно срастающихся переломах. Также невысока эффективность ОФРП при хондральных дефектах суставных поверхностей более чем 1 см<sup>2</sup>. Представлен положительный опыт использования УЗ-контроля введения ОФРП и оценки результатов лечения.

КРАВЧЕНКО А.В., БОРЗЫХ А.В., ОПРИЩЕНКО А.А., ТРУФАНОВ И.М.

### Застарелое повреждение малоберцового нерва (клиника, диагностика, лечение)

Приведены наиболее частые причины повреждения малоберцового нерва и рассмотрены виды такого повреждения. Перечислены характерные жалобы пациентов и клинические проявления нарушения функции малоберцового нерва. Рассмотрены методы диагностики, при этом подчеркнуто, что электронейромиография является наиболее информативным дополнительным методом обследования.

Рассмотрены методы консервативного лечения застарелых повреждений малоберцового нерва, их возможности и сроки проведения. Перечислены показания к оперативному лечению.

Оперативные вмешательства разделены на 2 группы. Первая — вмешательство непосредственно на поврежденном нервном стволе с применением микрохирургической техники: невролиз и декомпрессия нерва, шов нерва, нейропластика (их возможности, достоинства