

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЛАМИ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Волынская

больница

медицинский вестник №31 / 2024

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ
КОНФЕРЕНЦИИ
(12.04.2024 г.)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ

КОЛЕННОГО СУСТАВА



ПРЕЗИДИУМ НАУЧНО- ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

**Бояринцев****Валерий Владимирович**

Заместитель начальника Главного медицинского управления УДП РФ, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ.

**Журавлёв****Сергей Викторович**

Главный врач ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, доцент кафедры скорой медицинской помощи, неотложной и экстремальной медицины ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» УДП РФ, к.м.н., заслуженный врач РФ.

**Калиниченко****Александр Юрьевич**

Заместитель главного врача по хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ, к.м.н.

Смотрите
видеозапись
трансляции



ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ МЫШЦЕЛКОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ

*Миронов А.В., врач – травматолог-ортопед, к.м.н.,
Крючков П.В., врач – травматолог-ортопед.*

Введение

Переломы мыщелков большеберцовой кости составляют 1.5-2% от всех переломов костей скелета. Большая их часть относится к внутрисуставным и требует анатомической репозиции с восстановлением тибиаляного плато.

Для лечения данной патологии чаще всего применяется погружной остеосинтез, реже — аппараты наружной фиксации, изолированные винты, комбинированный

osteосинтез. Описано первичное протезирование коленного сустава у лиц старше 55 лет.

Данные переломы характеризуются высокой частотой неблагоприятных функциональных исходов: неправильное сращение перелома, деформирующий остеоартроз, контрактуры и нестабильность сустава. Потребность в эндопротезировании коленного сустава после остеосинтеза данных переломов в 5-ти летний послеоперационный период составляет 5.1%.

Цель работы

Анализ качества оперативного лечения пациентов с переломом мыщелков большеберцовой кости.

Материалы и методы

На базе травматолого-ортопедического отделения ФГБУ «Клиническая больница 1» УДП РФ с 2018 по 2024г. пролечены 52 пациента (30 мужчин — 57,7% и 22 женщины — 42,3%) в возрасте от 26 до 82 лет с разными типами



переломов. Для предоперационного планирования выполнялись рентгенограммы и КТ поврежденного сегмента с оценкой по классификациям Schatzker и AO-Müller. По КТ-данным выявлялась наиболее поврежденная колонна мыщелков и планировалась этапность операции. Степень нагрузки имплантатами выбиралась индивидуально с учетом характера перелома, состояния мягких тканей, коморбидного фона, исходных функциональных данных.

цита сгибания в коленном суставе. В 2 случаях артроз соответствовал 3 стадии, что потребовало эндопротезирования коленного сустава.

Выводы

Хирургическое лечение переломов мыщелков большеберцовой кости требует индивидуального подхода в выборе метода фиксации в зависимости от характера перелома, состояния мягких тканей, коморбидного фона, функциональных

Переломы мыщелков большеберцовой кости отличаются высокой частотой неблагоприятных функциональных исходов: неправильное сращение перелома, деформирующий остеоартроз, контрактуры и нестабильность сустава.

Пожилым пациентам с простым характером перелома специалисты Волынской больницы старались выполнять малоинвазивный остеосинтез с минимальным, но достаточным насыщением имплантатами. В случаях тяжелых повреждений

возможностей и потребностей. Подход к хирургии мыщелков большеберцовой кости следует рассматривать как реконструкции суставных взаимоотношений, а не подготовку к эндопротезированию сустава. Основным ме-

Основным методом лечения переломов мыщелков большеберцовой кости является открытая репозиция и внутренняя фиксация опорной пластиной и винтами.

мягких тканей использовался метод аппарата наружной фиксации с последующей конверсией на погружной остеосинтез. В единичных случаях при переломах типа Schatzker V использование аппарата наружной фиксации являлся основным методом лечения.

тодом лечения является открытая репозиция и внутренняя фиксация опорной пластиной и винтами. Каждая колонна по КТ должна быть фиксирована, но не обязательно отдельными фиксаторами. Основные принципы послеоперационного лечения: ранняя функция, поздняя опора. ■

Результаты

Следует отметить, что в раннем послеоперационном периоде значимых осложнений не отмечалось. Однако, в 2 случаях погружного остеосинтеза потребовалось раннее удаление металлофиксаторов через 8 месяцев после операции ввиду периодически возникающего инфильтративного процесса в мягких тканях. В 11 случаях развился посттравматический артроз 2 стадии с развитием незначительного дефи-



ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПЕРИПРОТЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОГО ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО
СУСТАВА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДВУХЭТАПНОГО МЕТОДА

РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Аникин Н.Ю., врач – травматолог-ортопед,

Редько И.А., заведующий отделением, врач – травматолог-ортопед, д.м.н., заслуженный врач РФ,

Лебедев Э.И. врач – травматолог-ортопед.

Актуальность работы

Эндопротезирование является самым эффективным методом лечения остеоартроза коленного сустава 3-4 стадии.

Эта процедура успешно проводится по всему миру, число выполняемых оперативных вмешательств растет с каждым годом. В Российской Федерации операций эндопротезирования коленного сустава выросло с 36 843, зарегистрированного в 2014 г. до 42 904, зарегистрированного в 2017 г., что отражает общемировые тенденции.

Наиболее распространенной причиной ревизий является перипротезная инфекция (ППИ). На ее долю, по данным регистра эндопротезирования коленного сустава РНИИТО им. Р.Р. Вредена, приходится 58% всех ревизионных вмешательств.

Инфекция после тотального эндопротезирования коленного сустава является самым тяжелым

и угрожающим осложнением данного оперативного вмешательства. В современной литературе частота инфекционных осложнений после первичного эндопротезирования оценивается в 0,5-1,9%, и 8-10% после ревизионного эндопротезирования.

Смертность у пациентов, перенесших ревизию по поводу перипротезной инфекции в 5 раз выше, чем у пациентов, повторно оперированных по поводу асептического расшатывания.

Двухэтапное эндопротезирование по поводу коленного сустава является эффективным методом лечения, что подтверждается достижением положительного результата у 80% пациентов. В виду отсутствия в России единого регистра, невозможно оценить реальные данные.

Цель исследования

Провести анализ результатов первичного эндопротезирования

коленных суставов на предмет развития ППИ и эффективности двухэтапного метода ревизионного эндопротезирования.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов первичного эндопротезирования коленных суставов 1483 пациентов за период с 01.01.2018 по 31.12.2023.

Результаты

Выявлено, что у 31 (2,09%) пациентов выполнено ревизионное эндопротезирование коленного сустава из них 10 (32,3%) по поводу ППИ, что составило 0,67 процентов от общего числа выполняемых первичных эндопротезирований коленного сустава. Во всех случаях выполнялось двухэтапное ревизионное вмешательство.

У двух пациентов (20%) было выполнено повторное ревизионное вмешательство по причине рецидива ППИ с постановкой не артикулирующего спейсера с эрадикацией возбудителя, у одного пациента (10%) результат не известен.

Выводы

Ревизионное вмешательство на коленном суставе по поводу ППИ составляет значительную часть среди всех причин ревизий.■

**Количество первичных и ревизионных ТЭКС,
в КБ № 1 УДП РФ (в т.ч. по поводу ППИ)**





МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЯ РЕКОНСТРУКЦИИ ЗАДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Радьш И.И., заведующий отделением, врач – травматолог-ортопед.

Актуальность

Разрывы задней крестообразной связки (ЗКС) являются серьезными повреждениями с долгосрочными негативными последствиями для коленного сустава. Хотя они встречаются довольно редко — примерно у 1-6% пациентов с изолированными разрывами ЗКС, структурные повреждения ЗКС обнаруживаются у 38% пациентов с острыми травмами колена, сопровождающимися гемартрозом.

Повреждение подколенной артерии является одним из редких, но серьезным и потенциально опасным осложнением при хирургическом лечении разрыва задней крестообразной связки.

Хирургическое лечение разрыва задней крестообразной связки может быть связано с рядом осложнений. В частности, послеоперационные осложнения могут включать в себя инфекции, кровотечения, образование тромбов, повреждения нервов и сосудов, а также неудачное заживление

раны. Кроме того, хирургическое вмешательство может вызвать длительный период реабилитации и ограничения в движении колена.

Повреждение подколенной артерии является одним из редких, но серьезным и потенциально опасным осложнением при хирургическом лечении разрыва задней крестообразной связки. Правильный выбор методики операции, хорошее знание анатомии и тщательное выполнение хирур-

гического вмешательства помогут минимизировать риск возникновения таких осложнений и обеспечить безопасность пациента.

Введение

Данный клинический случай демонстрирует пример диагности-

ки и выбор оптимального хирургического лечения у пациентки с повреждением подколенной артерии во время артроскопической реконструкции задней крестообразной связки.

Материалы и методы

Пациентка Ч. 20 лет, травма ДТП от 2022 года, с жалобами на умеренные боли (ВАШ 6), ограничение движений и нестабильность коленного сустава, обратилась на консультацию к травматологу-ортопеду в 2023 году. По данным МРТ исследования коленного сустава: разрыв передней, задней и внутренней боковой связок; разрыв медиального мениска по типу «ручки лейки». После консультации рекомендовано проведение хирургического лечения: артроскопическая реконструкция передней, задней и внутренней боковой связки, парциальная резекция тела и заднего рога медиального мениска. Госпитализирована в плановом порядке в ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ с целью хирургического лечения.

Результаты

В послеоперационном периоде, спустя 30 минут после окончания оперативного вмешательства, у пациентки отмечается гипотермия кожных покровов, отсутствие пульсации артерий в дистальных отделах стопы прооперированной конечности. Учитывая продолжающееся действие спинномозговой анестезии, адекватная оценка болевого синдрома не представляется возможной.

Пациентке выполнено ультразвуковое исследование вен и артерий нижней конечностей, по результатам которого не регистрируется кровоток в среднем и дистальном сегментах подколенной артерии, а также в передней, задней, малоберцовых артериях. После совместного осмотра пациентки с сосудистыми хирургами, принято решение об экстренном выполнении ангиографии подколенной артерии. По данным селективной ангиографии левой нижней конечности — ОПА, НПА, ВПА, ОБА, ГБА проходимы, не изменены. ПБА — тромботическая окклюзия в д/3. (Рис. 1). Определяется посттравматическая псевдоаневризма левой подколенной артерии размерами до 20×25мм. (Фото 2). Артерии голени слабо заполняются по коллатералям.

Под местной анестезией sol. Novocaini 0,5% — 20,0 ретроградно пунктирована правая ОБА. Введено 5 тыс. ед. гепарина. Проводниковый катетер 6F доставлен в просвет левой ПБА. Далее выполнена реканализация, тромбэкстракция. При контрольной ангиографии выявлена посттравматическая псевдоаневризма левой подколенной артерии с признаками экстравазации.

Выполнены множественные попытки антеградной реканализации ПБА и подколенной артерии. Учитывая невозможность проведения антеградной реканализации выполнена ретроградная пункция ПББА. Выполнена ретроградная реканализация подколенной артерии и ПБА. Эндо-

васкулярно с использованием антеградно заведенной ловушки выполнен захват ретроградно заведенного коронарного проводника. Произведена экстернализация проводника с налаживанием системы монорельс. Затем баллонная вазодилатация левой ПБА и подколенной артерии. Далее выполнена баллонная ангиопластика баллонным катетером 5.0×120мм ПБА и подколенной артерии. Затем выполнена установка стента «Supera» 6.5×80мм.

На контрольной ангиографии отмечается экстравазация контрастного вещества. Выполнена установка стента гравта «Begrift» 6.0×58мм. (Рис. 3). Затем выполнен баллонный гемостаз левой ПББА катетером 2.0×100мм. На контрольной ангиографии признаков экстравазации нет, полость аневризмы не контрастируется, получен хороший ангиографический результат. После проведения ангиографии, проводилось наблюдение гемодинамических показателей в условиях реанимационного отделения. Также ежедневно выполнялся УЗИ контроль вен и артерий нижней конечности по результатам которого определялся кровоток.

Заключение

Данный клинический случай демонстрирует необходимость адекватного визуального контроля и позиционирования хирургического инструментария при формировании большеберцового канала, во время выполнения артроскопической реконструкции задней крестообразной связки с целью возникновения возможных сосудистых осложнений, таких как повреждение подколенной артерии. Также данный клинический случай демонстрирует необходимость выполнения высокотехнологичных симультанных артроскопических операций в условиях многопрофильной клиники, с целью дополнительной оценки клинической ситуации при возникновении хирургического осложнения специалистами других областей. ■



Рис.1. ПБА — тромботическая окклюзия в д/3.

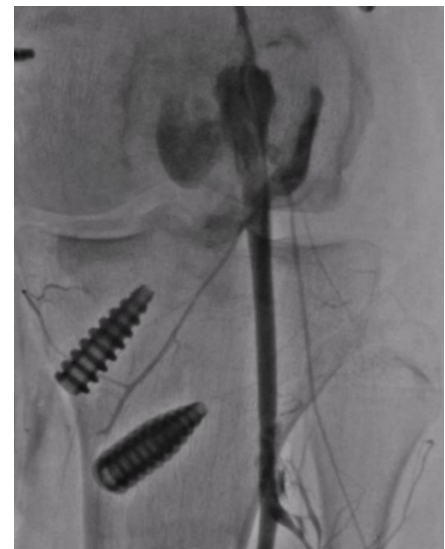


Рис.2. Посттравматическая псевдоаневризма левой подколенной артерии размерами до 20×25мм.

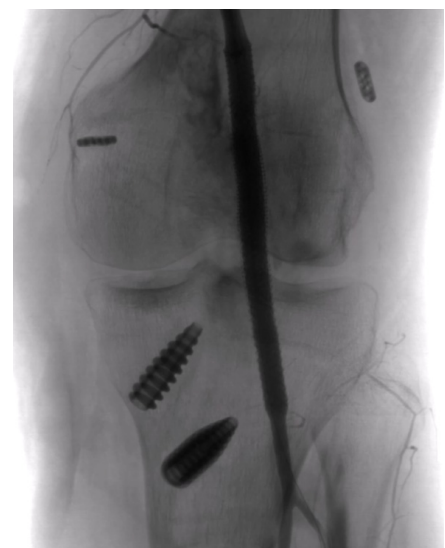


Рис.3. Установленный стент гравт 6.0×58мм.



ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Чепрасова М.Е., врач – травматолог-ортопед.

Актуальность

Наиболее частой причиной первичного эндопротезирования коленного сустава является остеоартроз. Когда консервативное лечение не позволяет контролировать симптомы, проводится эндопротезирование коленного сустава.

Реабилитация является неотъемлемой частью процесса восстановления подвижности оперированного сустава. Таким образом, изучение особенностей реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного сустава в раннем послеоперационном периоде является актуальной задачей и приводит к улучшению социальной и профессиональной активности пациента.

Цель

Изучить особенности реабилитации пациентов после эндопротезирования коленного сустава в раннем послеоперационном периоде.

Методология

Объект исследования составили пациенты после эндопротезиро-

вания коленного сустава в раннем послеоперационном периоде. Для оценки эффективности реабилитации пациентов, перенесших тотальное эндопротезирование коленного сустава, используются клинические, инструментальные методы исследования, а также шкалы, измеряющие степень ограничения активности в повседневной жизни и изменения качества жизни, функциональный индекс Лекена, оценка болевого синдрома по ВАШ, гониометрические показатели, сила мышц нижних конечностей.

Результаты и их анализ

На основании анализа клинических и инструментальных методов, проведена оценка эффективности реабилитации в раннем послеоперационном периоде. Сформирован и введен в практику работы отделения травматологии и реабилитации ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ перечень необходимых мероприятий для реабилитации пациентов в раннем послеоперационном периоде:

- Пассивное восстановление объема движений до 90°.

- Восстановление полного разгибания.

- Увеличение тонуса четырехглавой мышцы бедра (изометрические упражнения) — ЛФК.

- Ранняя осевая нагрузка с использованием двух костылей/ходунков.

- Щадящий двигательный режим.

- Контроль болевого и воспалительного синдромов (НПВС, физиотерапия).

Заключение

Без проведения соответствующей реабилитации сложно восстановить подвижность и функцию оперированного сустава полностью. У таких пациентов повышается риск развития ограничения амплитуды движения в коленном суставе и хронической боли. Ранняя реабилитация ведет к скорейшему восстановлению объема движений в оперированном суставе, снижению болевого синдрома, восстановлению силы мышц бедра, а также уменьшению сроков возврата к социальной и профессиональной активности. ■

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ С СОХРАНЕНИЕМ КУЛЬТИ НАТИВНОЙ СВЯЗКИ

Гусев С.С., врач – травматолог-ортопед.

Актуальность

За последние три десятилетия произошли революционные изменения в представлениях о патологии коленного сустава и методах ее коррекции. Наиболее частой и значимой в функциональном, а также прогностическом отношении патологией коленного сустава для людей молодого и среднего возраста является разрыв передней крестообразной связки, который встречается в среднем у каждого третьего пациента со спортивной травмой этого сегмента.

Успехи в диагностике и лечении повреждения ПКС связаны с ростом компетенции хирургов и совершенствовании медицинского оборудования. Сегодняшние операции при реконструкции ПКС представляют собой технически сложные и постоянно совершенствующиеся хирургические вмешательства. Узкая специализация в травматологии ускорила разработку и внедрение новых подходов, методов, инструментов и материалов.

Разрыв передней крестообразной связки встречается в среднем у каждого третьего пациента со спортивной травмой этого сегмента.

Цель

Сравнить клинические исходы изолированной реконструкции ПКС стандартным методом с тотальным иссечением культы ПКС и реконструкцией ПКС с сохранением культы нативной связки. Определить эффективность гипотезы, что реконструкцией ПКС с сохранением культы нативной связки

приводит лучшей биоинтеграции трансплантата, увеличивает его прочность и положительно влияет на восстановительный период, уменьшая его.

Успехи в диагностике и лечении повреждении передней крестообразной связки связаны с ростом компетенции хирургов и совершенствовании медицинского оборудования.

Методология

Был проведен систематический поиск и анализ литературы, опубликованных исследований в интервале последних 10 лет в базах данных PubMed, Scopus и Cochrane.

Результаты и их анализ

Всего было проанализировано 452 исследования, из которых 15 работ (8 рандомизированных контролируемых исследований и 7 проспективных когортных исследований, n = 970 пациентов) соответствовали критериям отбора. Анатомическая реконструкция ПКС

реконструкция ПКС с сохранением культы нативной связки привела к значительному улучшению показателей прочности трансплантата, отрицательного теста Лахмана,


теста переднего выдвигающего ящика в послеоперационном периоде по сравнению с анатомической реконструкцией ПКС с тотальным иссечением культы нативной связки.

Заключение

На основании полученных данных сравнительного анализа было продемонстрировано, что артроскопическая реконструкция ПКС с сохранением культы нативной связки на сегодняшний день является методом выбора, доказывая актуальность и необходимость в выборе.

Данный метод является безопасным, дает эквивалентные функциональные результаты стандартному методу артроскопической реконструкции, обеспечивает быструю реиннервацию и реваскуляризацию трансплантата, сохраняет проприоцептивную функцию, повышает прочность трансплантата, улучшает функциональное восстановление и уменьшает реабилитационный период. Несмотря на положительные критерии использования данной методики, необходимы дальнейшие наблюдения для оценки долгосрочных результатов и оптимизации метода. ■

стандартным методом с тотальным иссечением культы ПКС продемонстрировала меньшую переднюю нестабильность при использовании артрометра KT-1000 со стандартной средней разницей (SMD) = 0,36 (95% ДИ 0,214-0,513, p < 0,001) и меньшую нестабильность А-Р, измеренную с помощью навигации (SMD = 0,29, 95% ДИ 0,01-0,565, p = 0,042). Анатомическая



ПРОТОКОЛ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ХРОНИЧЕСКОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТЬЮ НАДКОЛЕННИКА

Васильченко Н.В., врач – травматолог-ортопед.

Актуальность

Хроническая нестабильность надколенника представляет собой серьезную проблему, требующую внимания и исследований в медицинском сообществе. Согласно данным исследований, проведенных в последние годы, примерно 30% всех травм коленного сустава связаны с хронической нестабильностью надколенника.

Это состояние может привести к повреждениям хрящевой ткани, развитию артрита и ухудше-

ния физических упражнений, так и с повышенными требованиями к функциональной стабильности коленного сустава при высоких нагрузках.

Таким образом, изучение и разработка эффективных методов диагностики и лечения хронической нестабильности надколенника является актуальной задачей для медицинского сообщества, поскольку это позволит улучшить прогноз заболевания, снизить риск осложнений и повысить качество жизни пациентов.

Примерно 30% всех травм коленного сустава связаны с хронической нестабильностью надколенника.

нию качества жизни пациентов. Кроме того, статистика показывает, что количество случаев хронической нестабильности надколенника увеличивается среди активно занимающихся спортом людей, особенно среди профессиональных спортсменов. Это связано как с повышенным риском получения травм во вре-

Цель

Разработать протокол инструментального обследования для группы пациентов с хронической нестабильностью надколенника с целью стандартизации процесса конвертации полученных данных в способ необходимого хирургического вмешательства.

Методология

Объект исследования составили пациенты с хронической нестабильностью надколенника (два и более вывихов надколенника), выполнившие на амбулаторном этапе КТ-исследование нижней конечности, МРТ исследование коленного сустава, топограмму обеих нижних конечностей.

По данным КТ-исследования нижней конечностей проводилась оценка вертикальной позиции надколенника (высота надколенника) по индексам Insall Salvati, Caton-Deshamps, Blacburne-Peell; расстояние TT-TG; ротационный профиль (большеберцовая торсия, бедренная антеверсия); наклон и глубина борозды бедренной кости; наклон надколенника. По данным МРТ-исследования коленного сустава выполнена оценка медиального удерживателя надколенника; индекс TT-PCL; сохранность хрящевых структур пателло-фemorального сустава по классификации Outbridge. На основании топограммы обеих нижних конеч-

ностей проведена оценка нарушения соосности (вальгусная/варусная деформация); механической оси нижней конечности; углов MPPTA и LDFA.

Результаты и их анализ

На основании полученных данных инструментальных обследований проведена верификация мягкотканых и костных причин хронической нестабильности надколенника. Сформирована таблица конвертации полученных данных в хирургическую тактику лечения пациентов с данной патологией (таб.1).

Сформирован и введен в практику работы отделения травматологии и реабилитации ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ перечень необходимых инструментальных обследований для дальнейшего выбора хирургической тактики лечения (таб.2).

Заключение

Хирургическое лечение является эффективным методом устранения хронической нестабильности надколенника, особенно в случаях, когда консервативные методы не приносят желаемого

Внедрение разработанных таблиц конвертации данных и перечня необходимых обследований в практику работы медицинского учреждения способствует повышению эффективности диагностики и выбора лечебных мероприятий у пациентов с хро-

Хирургическое лечение является эффективным методом устранения хронической нестабильности надколенника, особенно в случаях, когда консервативные методы не приносят желаемого результата.

го результата. Индивидуальный подход к каждому пациенту, основанный на результате комплексного инструментального обследования, позволяет определить оптимальную хирургическую тактику и достичь наилучших результатов в лечении данной патологии.

нической нестабильностью надколенника.

Дальнейшие исследования и наблюдения пациентов после хирургического лечения необходимы для оценки долгосрочных результатов и оптимизации методов лечения. ■

Таблица 1. Конвертирование данных в хирургическую тактику лечения

Патология	Хирургическое вмешательство
Нестабильность + нарушение соосности	Транспозиция бугристости
Нестабильность + без нарушения соосности	Реконструкция MPFL
Нестабильность + высокое стояние надколенника	Транспозиция и дистализация бугристости
Нестабильность + дисплазия борозды	Трохлеопластика
Нестабильность + ротационные нарушения	Деротационная остеотомия

Таблица 2. Необходимые инструментальные обследования и данные у пациентов с хронической нестабильностью надколенника

Инструментальное обследование	Данные
КТ нижней конечности	Индексы Insall Salvati, Caton-Deshamps, Blacburne-Peell Расстояние TT-TG Ротационный профиль Наклон и глубина борозды бедренной кости Наклон надколенника
MPT коленного сустава	Оценка медиального удерживателя надколенника Индекс TT-PCL Оценка хрящевых структур пателло-фemorального сустава по классификации Outbridge
Топограмма обеих нижних конечностей	Нарушение соосности Оценка механической оси нижней конечности Углы MPPTA и LDFA



ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП «СУБВАСТУС» ДЛЯ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

*Редько И.А., заведующий отделением, врач – травматолог-ортопед, д.м.н., заслуженный врач РФ,
Кузнецов А.В., врач – травматолог-ортопед.*

Актуальность работы

В России ежегодно выполняется около 50 000 операций по замене коленного сустава. Хирурги имеют разные мнения о наилучшем хирургическом доступе при тотальном эндопротезировании коленного сустава.

Материалы и методы

В ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ в период 2015-2023 гг. произведено 2394 имплантаций коленного сустава, причем у 730-ти пациентов медиальным парapatеллярным доступом, а у 1664-х пациентов — медиальным доступом «субвастус».

Методология

Хирургический доступ «субвастус» имеет несколько анатомических особенностей и оригинальных модификаций, разработанных и примененных в ФГБУ «Клиническая больница №1» УДП РФ.

Направление кожного разреза сверху выполняется косо сверху вниз и изнутри кнаружи так, что нижняя точка доступа была кнаружи от бугристости большеберцовой кости на 1-1,5 см.

Подкожная клетчатка отделяется кзади на 2-3 см на протяжении всего доступа тупо и остро не нарушая медиальное парapatеллярное кровоснабжение.

Кожно-подкожный лоскут мобилизуется и обнажается дистальная часть *m.vastus medialis obliquus*, надколенник, его сухожилие, медиальный удерживатель надколенника. Волокна *m.vastus* мобилизуются кверху и кпереди единым блоком — тупо проксимально и кпереди, сохраняя полностью мышечный массив. Безопасной протяженностью мобилизации *m.vastus* считается расстояние 4-5 см. кверху от надколенника. Тогда сохраняется иннервация терминальными ветвями подкожного нерва.

Капсула рассекается на 1 см. сзади от линии рассечения клетчатки на всем протяжении, что обеспечивает ушивание ее на расстоянии 1 см. от тканей и формирует разноуровневый шов при зашивании.

Поднадколенниковое жировое тело иссекается частично для денервации и лучшей визуализации надколенника и тibiального плато. Резекция суставных поверхностей, имплантация сустава проводится по общим правилам.

Результаты

Пациенты, у которых тотальное эндопротезирование было выполнено доступом «субвастус», имели менее выраженные трофические изменения мягких тканей, сопряженные с самой операцией, показали большую амплитуду движений силу четырехглавой мышцы имели меньший болевой синдром в раннем послеоперационном периоде, а также через 3 недели и 3 месяца после операции.

Вывод

Главным преимуществом доступа «субвастус» является сохраняемый единый мышечный разгибательный механизм *m.vastus*, который обеспечивает покой, стабильность и лучшие трофические условия для восстановления коленного сустава, а так же скошенное и разноуровневое рассечение тканей, и последующее ушивание мягкотканых слоев операционной раны.

Сравнительный анализ медиального парapatеллярного доступа и медиального доступа «субвастус» показал лучшие результаты доступа «субвастус». ■

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Лебедев Э.И., врач – травматолог-ортопед,
Аникин Н.Ю., врач – травматолог-ортопед.

Актуальность работы

Ожирение, по мнению Всемирной организации здравоохранения, носит характер всемирной эпидемии, при этом является одним из важных факторов риска возникновения и прогрессирования остеоартроза коленного сустава, причем риск развития артроза у населения с повышенным ИМТ возрастает пропорционально увеличению веса.

Цель исследования

Провести анализ результатов первичного тотального эндопротезирования коленного сустава в ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ за 2018-2023 гг. на предмет значения ИМТ у пациентов.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов первичного эндопротезирования коленных суставов 1473 пациентов за период с 01.01.2018 по 31.12.2023.

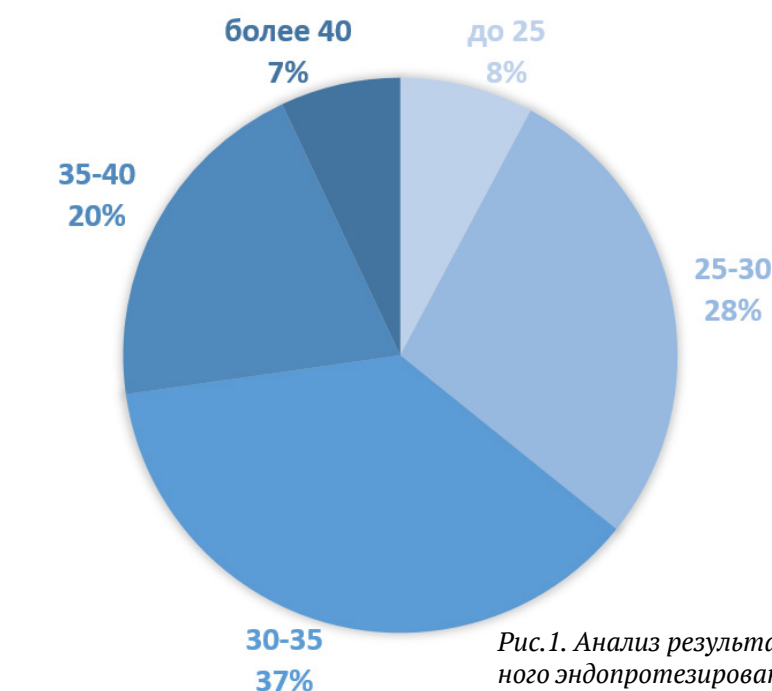


Рис. 1. Анализ результатов первичного эндопротезирования коленных суставов 1473 пациентов за период с 01.01.2018 по 31.12.2023.

Результаты

Выявлено, что только 8% оперированных пациентов имели нормальную массу тела, у 28% из них была избыточная масса тела, и у 64% имелось ожирение, причем в 7% случаев — морбидное.



Выводы

Анализ итогов эндопротезирования коленного сустава свидетельствует о высоком уровне распространения ожирения у лиц с остеоартрозом коленного сустава. При этом риск развития интра- и послеоперационных осложнений при артропластике у пациентов с повышенным индексом массы тела выше, а клинико-функциональные результаты несколько хуже, однако высокий уровень удовлетворенности пациентов результатами замены сустава позволяет широко предлагать и выполнять данный вид помощи при гонартрозах 3-4 степени. ■

ПЕРИПРОТЕЗНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

ЧАСТОТА, ПРИЧИНЫ, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Доронкин Д.А., врач – травматолог-ортопед,

Редько И.А., заведующий отделением, врач – травматолог-ортопед, д.м.н., заслуженный врач РФ,

Крючков П.В., врач – травматолог-ортопед.

Актуальность работы

Перипротезный перелом после ТЭКС чаще всего возникает в бедренной кости. Надмыщелковые переломы бедренной кости наблюдаются у 0,3%-2,5% пациентов с эндопротезом коленного сустава.

Распространенность перипротезных переломов большеберцовой кости составляет 0,4%—1,7%. Перипротезные переломы надколенника составляют еще меньшее количество — всего 0,3% случаев. Соотношение всех видов интра- и послеоперационных переломов 1:4.

Дальнейшие цели включают восстановление оси голени, сращение кости с имплантатом и стабильный сустав, на который влияет общее состояние пациента, а также тип эндопротеза и металлофиксаторов.

Факторы риска надмыщелковых переломов бедренной кости включают: переднее зарезание бедренной кости, компоненты, ограничивающие вращение, остеолит, замедленное ремоделирование кости из-за повреждения сосудов в месте операции, анкилоз коленного сустава, предыдущую ревизию ЭКС, длительное применение глюкокортикостероидов,



Рис.1. Остеопения, остеопороз.

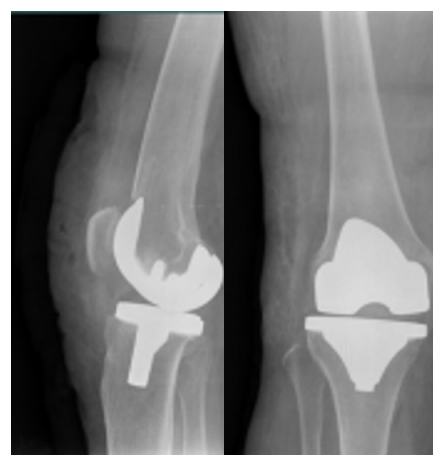


Рис.2. Избыточное зарезание по передней поверхности бедренной кости.

Соблюдение принципов лечения переломов и выбор оптимального хирургического пособия позволяют достигнуть сращения перелома и остеоинтеграции импланта, восстановить функцию конечности, сохранить результат эндопротезирования коленного сустава.

Перипротезные переломы представляют угрозу для жизни многих преимущественно пожилых пациентов, при этом годовой уровень смертности данной патологии составляет по разным данным от 11 до 44,8%. Следовательно, основной целью является достижение ранней мобилизации с хорошей функциональностью для снижения смертности.

остеопороз/osteопения ревматоидный артрит, пожилой возраст, женский пол и неврологические расстройства.

Избыточное зарезание бедренного компонента по передней поверхности бедренной кости в основном является результатом чрезмерной резекции передней поверхности бедренной кости во время операции.

Несколько исследований продемонстрировали, что зарезание по передней поверхности бедренной кости тесно связано с надмыщелковыми переломами бедренной кости: они произошли в 10-46% случаев. Сообщалось, что передняя кортикальная выемка

диаметром 3 мм приводит к снижению прочности кости при скручивании на 30%, что увеличивает риски перелома бедренной кости.

Основными методами лечения являются: консервативное лечение с использованием ортеза, интрамедуллярный остеосинтез стержнями, накостный остеосинтез пластинами и винтами.

Цель исследования

Провести анализ результатов перипротезных переломов, их видов и частоты встречаемости после эндопротезирования коленного сустава, а также результатов лечения после различных видов остеосинтеза перипротезных переломов.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ результатов первичного эндопротезирования коленных суставов 1574 пациентов на базе ФГБУ «Клиническая больница № 1» УДП РФ за период с 01.01.2016 по 31.12.2023.

Методами лечения преимущественно были: остеосинтез пластиной и винтами, остеосинтез аппаратом Илизарова, миниинвазивный остеосинтез винтами. Результаты проведенного анализа сравнивали с литературными данными статистики перипротезных переломов.

Результаты

После первичного эндопротезирования коленных суставов 1574 пациентов было выявлено 6 перипротезных переломов бедренной (0.32%) и 1 — большеберцовой костей (0.06%), что несколько меньше относительно общемировой статистики.

Выводы

Перипротезные переломы после ТЭКС чаще всего — это переломы бедренной кости. Хирургическая тактика зависит от типа перелома, при этом остеосинтез аппара-



Рис.3. Открытый остеосинтез перипротезного перелома бедра блокированной пластиной.

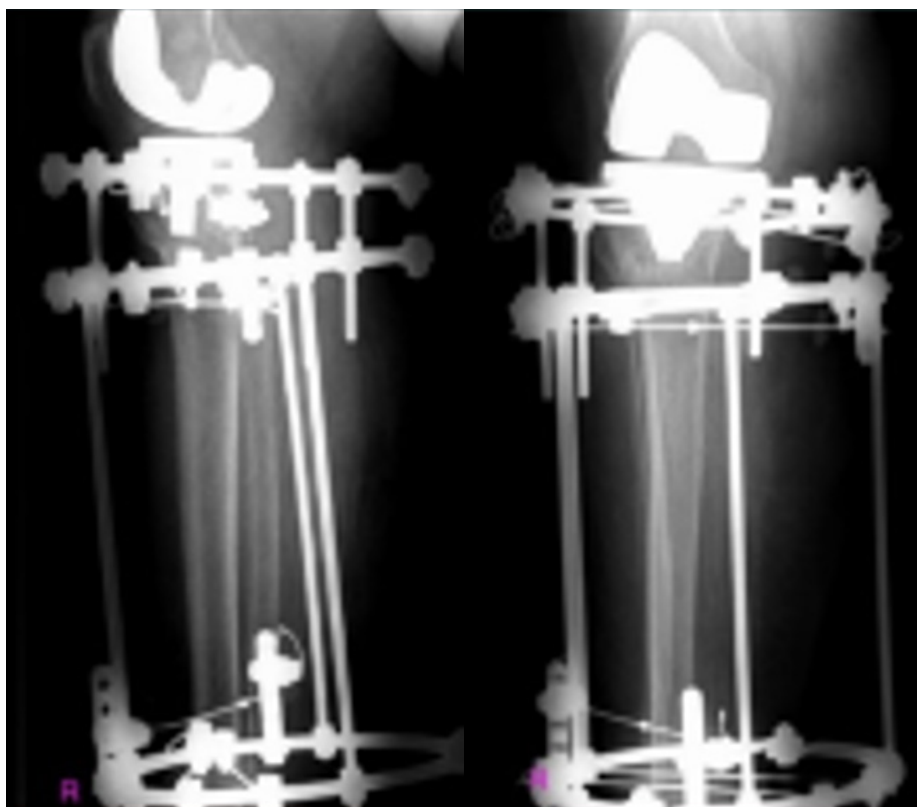


Рис.4. Миниинвазивный закрытый остеосинтез аппаратом Илизарова.

том Илизарова и миниинвазивный метод остеосинтеза винтами не менее эффективны, чем остеосинтез пластиной и винтами. Соблюдение принципов лечения переломов и выбор оптимального

хирургического пособия позволяют достигнуть сращения перелома и остеоинтеграции импланта, восстановить функцию конечности, сохранить результат эндопротезирования коленного сустава. ■

Диагностика и лечение **апноэ** и других нарушений сна

Консультация
врача-сомнолога

Кардио-респираторный
мониторинг

Полисомнографическое
исследование

Множественный тест
латентности сна
(MSLT-тест)

Исследование
по протоколу «split-night»

Подбор CPAP-терапии

Пребывание в комфортной
одноместной палате
на время проведения
исследования



Центр медицины сна



Больше информации
и сомнологические онлайн-тесты
на странице Центра медицины сна
Волынской больницы

volynka.ru/sleep

Обратитесь к сомнологу

если у Вас имеются:

- Храп
- Задержки дыхания во сне
- Чрезмерная дневная сонливость
- Бессонница
- Отсутствие освежающего эффекта ночного сна
- Неприятные ощущения в ногах вечером и ночью
- Избыточный вес
- Головная боль по утрам
- Повышение артериального давления
- Нарушения ритма сердца и проводимости
- Скрежетание зубами во сне (бруксизм)



ФГБУ «Клиническая больница №1» (Волынская) УДП РФ
121352, г. Москва, ул. Староволынская, 10

Колл-центр:
(495) 620-80-95

Сайт:
volynka.ru

Моб. приложение:
«Больница №1»

Telegram канал:
@volynka_vestnik