

ОПЫТ РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА У БОЛЬНЫХ С ВЫВИХАМИ ГОЛЕНИ

Петленко И.С., Акалайнен В.И.

Научный руководитель: д. м. н. профессор Безгодков Ю.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Лечение комплексных повреждений капсульно-связочного аппарата и мультиаксиальной нестабильности коленного сустава, возникающих при вывихах голени, остается сложной и до конца нерешенной проблемой [1; 3].

Цели исследования: Оценить результаты реконструктивного лечения пациентов с травматическими вывихами голени и выработать оптимальную хирургическую тактику.

Материалы и методы: Оценены ближайшие и отдаленные результаты оперативного лечения 18 пациентов по шкале Lysholm [2]. У 4 отмечалась травма малоберцового нерва. Всем выполнено оперативное лечение — артроскопическая реконструкция поврежденных связок, при повреждении малоберцового нерва — его ревизия. Для реконструкции крестообразных связок применялись аутотрансплантаты из собственной связки надколенника и полусухожильной мышцы. Коллатеральные связки восстанавливались с помощью аутотрансплантатов из с/3 связки надколенника или длинного сгибателя большого пальца стопы или ахиллова сухожилия. Из 18 пациентов 14 обследованы в сроки от 2 месяцев до 5 лет после операции.

Результаты: При среднем сроке наблюдения 28 месяцев средняя оценка по шкале Lysholm составила 89, средняя оценка повседневной деятельности — 90 баллов, средний дефицит разгибания — 2°, а средний дефицит сгибания — 17°.

Выводы: Использование разработанного комплексного хирургического реконструктивно-го лечения пациентов с травматическими вывихами голени позволяет получать положительные исходы у большинства пострадавших.

Литература

1. Безгодков Ю.А., Дмитриевич Г.Д., Марков М.В., Аболин А.Б., Нгуен Н.М. Современный подход к биомеханической оценке эффективности применения эндопротезов / Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2012 Т. 19. № 4. С. 68–72.
2. Кикачеишвили Т.Т., Безгодков Ю.А., Соболев И.П. Система документации в международном обществе травматологов и ортопедов / Травматология и ортопедия России. 1998 № 1. С. 79–81.
3. Кузнецов И.А., Безгодков Ю.А., Рябинин М.В., Рыбин А.В. Сберегательная тактика при неполных повреждениях передней крестообразной связки коленного сустава / Травматология и ортопедия России. 2008. № 4(50). С. 85–89.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСЕОСИТЕЗ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА У ПОСТРАДАВШИХ С ПОЛИ ТРАВМОЙ

Петленко И.С., Акалайнен В.И.

Научные руководители: к. м. н., Ганин В.Н., Конарев А.М., д. м. н., профессор Безгодков Ю.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Применение малоинвазивных операций при тяжелых травмах совершенствуется и широко обсуждается.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения пострадавших с сочетанной травмой и нестабильными повреждениями таза путем совершенствования малоинвазивного остеосинтеза.

Материалы и методы: Применялась тактика, включающая остеосинтез стержневым аппаратом АВФ КСТ и окончательные преимущественно малоинвазивные вмешательства: остеосинтез винтами, перкутанная пельвиопластика и дистантная фиксация. Изучены истории болезни 252 пострадавших с переломами таза типа В — у 231, типа С — у 21 [3].

Результаты: Малоинвазивный остеосинтез выполнен у 241 пострадавшего. Все операции выполнялись на 2–15 день после травмы, у всех больных послеоперационное течение без осложнений. Вертикализация пациентов производилась на 3–5 сутки после операции с частичной нагрузкой на поврежденную сторону. Минимальный срок стационарного лечения — 10 суток, средний — 25. Стандарты оказания помощи таким пострадавшим предполагают срок стационарного лечения до 42 дней.

Выводы: Применение малоинвазивных методик остеосинтеза нестабильных повреждений таза при сочетанной травме позволяет сократить сроки стационарного лечения, активизировать пациентов в ранние сроки и улучшить ранние функциональные результаты лечения, но требует изучения отдаленных результатов [1; 2].

Литература

1. Безгодков Ю.А., Ауди К., Воронцова Т.Н., Кудяшев А.Л. Применение биомеханических методов в комплексной оценке и мониторинге состояния пациентов после эндопротезирования тазобедренного сустава / Санкт-Петербург, 2012 88с.
2. Безгодков Ю.А., Воронцова Т.Н., Ауди К. Различные методы объективной оценки состояния пациентов, перенесших эндопротезирование тазобедренного сустава / Профилактическая и клиническая медицина. 2011. № 2–2 (39). С. 93–103.
3. Кикачеишвили Т.Т., Безгодков Ю.А., Соболев И.П. Система документации в международном обществе травматологов и ортопедов / Травматология и ортопедия России. 1998. № 1. С. 79–81.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕФИКСИРОВАННОЙ ФОРМЫ ПРОДОЛЬНОГО ПЛОСКОСТОПИЯ У ДЕТЕЙ МЕТОДОМ ЛАТЕРАЛЬНОГО АРТРОРИЗА ПОДТАРАННОГО СУСТАВА

Потапович Д.И.

Научный руководитель: к. м. н., ассистент Кошман Г.А.
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность исследования. При уплощении продольного свода наблюдается нарушение всех функций стопы, биомеханики нижней конечности, таза и позвоночника, что может приводить к развитию различного рода дегенеративно-воспалительных заболеваний опорно-двигательной системы [1].

Цель исследования. Изучить результаты лечения пациентов с нефиксированной формой продольного плоскостопия у детей методом латерального артрориза подтаранного сустава по данным фотоплантографии.

Материалы и методы. Выполнен сравнительный анализ фотоплантограмм пациентов до операции и через 1 год после выполнения операции латерального артрориза подтаранного сустава у 20 пациентов (40 стоп).

Результаты. Исследуемые показатели М (s) до и после оперативного лечения:

Ширина отпечатка стопы в переднем отделе 74,2 (10,0) мм и 77,6 (11,2) мм $p=0,008$ после операции. Ширина отпечатка стопы в среднем отделе 35,4 (9,7) мм и 30,1 (5,6) мм $p=0,01$ после операции. Ширина отпечатка стопы в заднем отделе 36,4 (6,5) мм и 42,2 (7,5) мм $p=0,02$ после операции. Длина внутренней части отпечатка 116,6 (15,4) мм и 121,3 (14,4) мм $p=0,69$ после операции. Длина наружной части отпечатка 102,6 (от 70,3 до 124,5) мм 109,7 (от 77,3