

Ассоциация травматологов-ортопедов России  
Ассоциация ревматологов России  
Русское общество тазобедренного сустава  
ГБУЗ Московской области  
«Московский областной научно-исследовательский клинический  
институт  
имени М. Ф. Владимирского»  
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России  
ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский  
университет»  
Минздрава России

Тезисы  
Межрегиональной междисциплинарной  
научно-практической конференции  
«Актуальные вопросы оказания помощи больным с  
повреждениями и заболеваниями суставов»

Иваново, 14–15 сентября 2018 г.

ИВАНОВО  
2018

Ответственный редактор:  
Доктор медицинских наук, доцент И.В. Кирпичев

Сборник включает работы ученых из различных регионов России, представленные 14-15 сентября 2018 г. на Межрегиональной междисциплинарной научно-практической конференции «Актуальные вопросы оказания помощи больным с повреждениями и заболеваниями суставов». Рассмотрены вопросы ранней диагностики, лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями и травмами суставов.

Адресован врачам терапевтам, ревматологам, травматологам-ортопедам и реабилитологам.

*Материалы публикуются в авторской редакции*

## СОДЕРЖАНИЕ

### КАФЕДРЕ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ 50 ЛЕТ.

И.В. Кирпичев, В.В. Писарев, Э.П. Рослова, О.Г. Шершнева, А.М. Кузьмин,  
Л.Л. Киселева 6

### ОТДАЛЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ HALLUX RIGIDUS ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ АРТРОПЛАСТИК.

Д.А.Бочаров, А.Ю. Очаковский, И.В. Кирпичев 19

### ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ

В.О. Каленский, П.А. Иванов П.А., Н.Н. Заднепровский

А.В. Неведров 21

### РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ.

И.В. Кирпичев, И.В. Васин, С.Е. Бражкин 24

### СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОЛИКЛИНИКИ.

И.В. Кирпичев, И.В. Бережков 27

### РОЛЬ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ВЫВИХОВ НАДКОЛЕННИКА У ПОДРОСТКОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД

И. В. Кирпичев, Н. Е. Егоров, М. Г. Рашова 30

### НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ СУСТАВОВ

С.В. Корулин, В.В. Дубравина, С.П. Черенков 34

<b>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ 2-ГО УРОВНЯ</b>	
М. Ю. Макурин, Н. А. Верещагин, А. Н. Валуев	37
<b>ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОПЛАСТИКИ</b>	
М.Р. Нурмухаметов, М.А. Макаров, С.А. Макаров, Е.И. Бялик, Я.Б. Хренников, В.Е. Бялик, В.А. Нестеренко.	40
<b>КОМОРБИДНЫЙ ФОН У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РИСК ПАДЕНИЙ</b>	
А.С. Пайкова, С.Е. Ушакова, Н.В. Будникова, М.В. Александров	41
<b>ОЦЕНКА ФУНКЦИИ КИСТИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ</b>	
Е.С.Полтырева, С.Е. Мясоедова, Н.Н. Пануева, С.О., С.О.Фокичева	46
<b>РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ</b>	
В.В. Писарев	49
<b>ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ</b>	
В.В. Писарев	51
<b>ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ</b>	
О.А. Рубцова, С.Е. Мясоедова	54
<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ СИНОВИТОВ С МНОГОЯДЕРНЫМИ ГИГАНТСКИМИ КЛЕТКАМИ В ПРАКТИКЕ МОРФОЛОГА.</b>	
Л.А. Семенова, В.А. Хоменко, А.П. Хапилин	58
<b>МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХТЕРЕВА.</b>	
Л.А. Уколова, Л.А. Богодерева, В.Е. Бондаренко	61

**КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ  
ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК.**

С.Н.Хорошков 64

**ОПЕРАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК С  
ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО  
СИНДЕСМОЗА**

С.Н. Хорошков, Г.И.Чемянов, А.Ю. Костянов 71

**ЧАСТОТА МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ  
ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ  
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.**

А.Э. Храмов, М.А. Макаров, С.А. Макаров, В.П. Павлов,

А.В. Рыбников 74

**РОЛЬ КОНТРАСТНОЙ АРТРОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ  
МЕЖЗАПЯСТНЫХ СВЯЗОК.**

О.Г. Шершнева 76

## Кафедре травматологии и ортопедии 50 лет.

И.В. Кирпичев, В.В. Писарев, Э.П. Рослова, О.Г. Шершнева, А.М. Кузьмин,  
Л.Л. Киселева

23 февраля 1968 года при Ивановском Государственном медицинском институте на основании Приказа № 46 Министра Здравоохранения РСФСР организована кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, которая расположилась в здании госпиталя инвалидов отечественной войны,



Л.С. Хавкин на занятии со студентами

Борис Кузьмич Нечаев и врач ортопед Валерий Николаевич Дудинов.

Путь к открытию кафедры был длительным. С 1951 по 1966 года преподавание травматологии и ВПХ проводилось на кафедре госпитальной хирургии доцентом Л. С. Хавкиным и Капитолиной Григорьевной Выренковой.

С 1955 года базой для изучения травматологии и ортопедии являлся

Ивановский областной госпиталь, где в 1966 году распоряжением МЗ РСФСР при кафедре был выделен курс травматологии и ВПХ. Лечебный и учебный процессы возглавлял доцент Л. С. Хавкин. Первыми преподавателями

в связи с чем лечебное учреждение приобрело статус клиники. Утвержден штат в составе 8 человек. Возглавил кафедру профессор Валентин Израилевич Фишкин. Доцентом стал Леонид Савельевич Хавкин, ассистентами кандидаты мед. наук Капитолина Григорьевна Выренкова, Валентина Андреевна Парубец,



Л.С.Хавкин с группой студентов на крыльце госпиталя в 1956 году.



К.Г. Выренкова  
с боевыми  
наградами

кафедры были и ассистенты К. Г. Выренкова, Б К Нечаев и В.А, Парубец. Леонид Савельевич внес большой вклад в развитие травматологии в Ивановской области.

Им была организована травматологическая служба, подготовлена клиническая база для организации кафедры. В то время травматологическая служба располагала 60 койками на всю область, ортопедической помощи не было.

Валентин Израилевич Фишкин приехал в Иваново по приглашению Л.С. Хавкина. Он тогда был уже известным травматологом не только у нас в стране, но и за рубежом.

Валентин Израилевич был представителем Уральской школы травматологов-ортопедов, основанной профессором В.Д. Чаклиным, учеником члена-корреспондента АМН СССР заслуженного деятеля науки — профессора Ф.Р.Богданова. В Иваново В.И.Фишкин приехал из Свердловска, где с 1951 по 1968 год работал в Свердловском научно-исследовательском институте и прошел путь от клинического ординатора до профессора, заместителя института по научной работе.



Д.м.н. профессор  
В.И. Фишкин

В 1955 году им была защищена кандидатская, а в 1965 году — докторская диссертации. Фишкин В.И. Уделял много времени совершенствованию оперативных методов лечения. Им предложены компрессионные фиксаторы для остеосинтеза диафизов бедренной и плечевой костей, разработаны методики компрессионного артродеза тазобедренного и плечевого суставов, артропластика тазобедренного сустава с применением свода черепа плода, операции замещения дефектов головки и

шейки бедренной кости трансплантатом на питающей ножке, модификация операции Колонна-Заградничека при врожденном вывихе бедра и другие. Его докторская диссертация посвящена реконструктивным операциям на тазобедренном суставе при патологическом вывихе после инфекционных кокситов.



Обход Проф.Фишкина В.И. на травм.отделении (70-е годы)

Валентином Израилевичем опубликовано 160 научных работ, две из которых – монографии, новизна его научных предложений защищена 5



Аспирант В.П. Мочалов проводит операцию на собаке с членами студенческого научного кружка (1980 год)

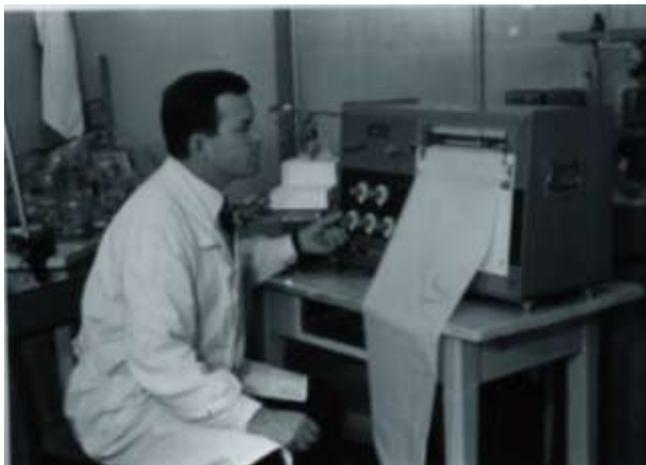
свидетельствами на изобретения и многими удостоверениями на рационализаторские предложения.

Большое внимание Валентин Израилевич уделял преподаванию дисциплины. Обладая даром художника, Валентин Израилевич сам рисовал таблицы, изготавливал наглядные пособия, оформлял стенды. По его инициативе был создан анатомический музей макропрепаратов.

Создавалась и перерабатывалась методическая литература для преподавателей и студентов.

Большое внимание уделялось формированию научного мышления у

студентов. Был создан студенческий научный кружок. В разные годы им руководили преподаватели В.Н. Дудинов, Э.П. Рослова, В.Е. Удальцов, С.Е. Львов, А.В. Кодин, С.В. Русских, В.В. Писарев, И.В. Кирпичев. За эти годы было сделано более 120 докладов, из которых 30 были отмечены почетными грамотами за первые места на различных научных студенческих конференциях. Большинство будущих кандидатских и докторских диссертаций были продолжением студенческих работ.



Лаборатория микроциркуляции в 1975 году. Ассистент В.Е. Удальцов проводит аспполярографическое исследование.

профессором, участие в научно-практических конференциях госпиталя и в работе общества травматологов и ортопедов, привлечение к выполнению научных работ способствовали повышению квалификации, расширяли кругозор врачей, что позволяло осваивать и внедрять новые методы обследования больных и новые оперативные вмешательства. В

совершенстве владея хирургической техникой, им внедрены в клинику сложные оперативные вмешательства на тазобедренном суставе и позвоночнике. Разработанный впервые в мире Валентином Израилевичем анкерный фиксатор носит его имя.

С созданием кафедры улучшилась ортопедо-травматологическая помощь. Были открыты отделения взрослой и детской ортопедии, отделение осложненной травмы, отделение реабилитации. Лекции профессора, обходы, клинические разборы больных, операции совместно с



Аспирант А.Н. Новосельский проводит обследование пациента в лаборатории биомеханики (1975)

Через всю свою жизнь Валентин Израилевич пронес мечту о возможности управления жизнедеятельностью поврежденных тканей. Для решения этой проблемы были созданы лаборатории по изучению макро- и микроциркуляции, биомеханики, гистологии и фотолаборатории. Результаты исследований обобщены в монографии «Регионарная гемодинамика при переломах костей», диссертациях и многочисленных публикациях профессора Фишкина и его учеников.

Большое внимание при В.И. Фишкине уделялось вопросам профилактики и реабилитации травматизма на производстве. В составе ЦНИЛа института была создана группа, занимающаяся проблемами профилактики травматизма на текстильном производстве и восстановления после травм. Накопленный опыт позволил открыть под руководством Валентина Израилевича первую в стране Отраслевую научно-исследовательскую лабораторию реабилитации текстильщиков с заболеваниями и травмами.



Обработка данных  
диссертантом С.Е.  
Львовым (1976 год)

В 1969 году при кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ учреждена аспирантура. Под руководством Фишкина В.И. защитились множество аспирантов: Б.Г.Ерохин, И.А.Серебрянников, В.Е.Удальцов, Д.И.Глазырин, С.Е.Львов, В.П.Мочалов, В.Н.Бухмирова, В.П.Ржавина, Б.Смиллер, А.К.Некрасов, А.В.Воробьев, С.В.Ерофеев, В.Н.Дудинов, Б.Г.Усольцев, Э.П.Рослова, Е.П.Щенников, Г.А.Илизаров, В.В.Демченко, И.В.Новицкая, В.И.Ермилов, Л.С.Шмидт, Е.А.Данилова,

Л.А.Смолянов, А.Н.Новосельский.

По инициативе Валентина Израилевича и его непосредственном участии был разработан проект пристройки к госпиталю инвалидов Отечественной войны, которая была открыта в 1974 году. В ней помимо

палат для больных, операционных, перевязочных были оборудованы учебные комнаты кафедры, аудитория и лаборатории, которые используются в учебном процессе до настоящего времени.

В.И.Фишкин был членом правления Всесоюзного и Всероссийского обществ травматологов, ортопедов, членом научного Совета АМН СССР по проблеме «Травма, травматизм и ортопедические заболевания», членом учебно-методического Совета по преподаванию травматологии и ортопедии при ГУУЗе МЗ РСФСР.



Профессорско-преподавательский состав кафедры в 1983 году ( слева направо) внизу: С.Е.Львов, В.И.Фишкин, Э.П.Рослова, вверху: В.Н.Дудинов, В.Е.Удальцов.

За заслуги в здравоохранении В.И.Фишкин награжден орденом «Дружбы народов», медалями и многочисленными почетными грамотами.

За 22 года работы Валентина Израилевича в Иваново была создана школа ортопедии и травматологии, создавалась база для научных исследований, педагогической деятельности.

За эти годы под руководством профессора В.И. Фишкина были выполнены одна докторская и 14 кандидатских диссертаций, в которых решались вопросы не только травматологии и ортопедии, но и

анестезиологии, нейрохирургии, фундаментальные исследования по изучению регионального кровообращения и биомеханики.



Коллектив кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ с врачами госпиталя: слева направо внизу - Зеленкин В., Усольцев Б.Г., асс. каф. Выренкова К.Г., доцент Рослова Э.П., Зав. каф. проф. Фишкин В.И., ст. лаборант кафедры Киселева Л.Л. и др., вверху асс. Львов С.Е. (крайний справа), Кашинцев Н.К. (второй справа) и др.

В 1991 году ивановские травматологи-ортопеды лишились своего учителя и руководителя – заслуженного деятеля науки РФ, доктора медицинских наук, профессора В.И.Фишкина. Исполнять обязанности заведующей кафедрой было возложено на доцента Эмму Петровну Рослову. Она сумела сохранить традиции кафедры и работоспособность коллектива. Эмма Петровна окончила ИГМИ в 1961 году. Работала врачом в травмпункте госпиталя для ВОВ до 1968 года. После окончания ординатуры и аспирантуры в 1972 году защитила кандидатскую диссертацию. В 1973 году была избрана на должность ассистента кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ, а в 1983 году получила звание доцента.

Эмма Петровна большую часть своей научной и практической деятельности посвятила проблемам хирургии кисти. Накопленный Э.П.Рословой опыт в этой области медицины, особенность промышленности

тех лет в нашем регионе (большое количество ткацких предприятий) убедили коллектив кафедры в необходимости создания отделения, специализирующегося на хирургии кисти и микрохирургии. Так, еще в начале 90-х годов при лаборатории микроциркуляции стал функционировать центр внедрения микрохирургии под руководством кафедры.



К.м.н., доцент Э.П. Рослова

Наибольший вклад в развитие микрохирургии привнесли Эмма Петровна Рослова и к.м.н. доцент Вячеслав Евгеньевич Удальцов, который в те годы руководил лабораторией микроциркуляции. Ему удалось заинтересовать врачей госпиталя ветеранов войны Зуева Владимира Сергеевича, Воронова Сергея Николаевича и других проблемами особенностей и изучения микроциркуляции травмированных тканей. Позднее появилась группа увлеченных студентов-кружковцев, для которых Удальцов В.Е. стал учителем и руководителем. В конце 80-х годов усилиями доцента кафедры В.Е.Удальцова, врачей госпиталя Зуева В.С., Воронова С.Н., студентов Червякова В., Монахова О., Савицкого Г., Лобова К., Гончарук Р., Шершневой О. и других были организованы экспериментальные микрохирургические операции на крысах и собаках. Например, у крысы или собаки пересекалась бедренная артерия, выполнялся ее микрохирургический шов под микроскопом, полярографически оценивалось насыщение тканей

нижней конечности кислородом для контроля восстановления микроциркуляции. Были неудачи и победы. Студенческие работы под руководством Удальцева В.Е., посвященные этим экспериментам, неизменно занимали лидирующие места на студенческих олимпиадах. Эти результаты приобрели широкую огласку, и в конце 80-х годов госпиталь ветеранов войн приобрел стационарный операционный микроскоп. Это позволило продвинуть микрохирургические операции в практику. И в 1989 году врачом Сергеем Николаевичем Вороновым и студентом Червяковым Владимиром Игоревичем была выполнена первая успешная реплантация пальца кисти пострадавшему пациенту. Впоследствии выполнено несколько реплантаций, в том числе реплантация верхней конечности на уровне плеча пациентке, пострадавшей на производстве. Благодаря усилиям Э.П.Рословой, В.Е.Удальцова, С.Е.Львова стало возможным открытие на базе госпиталя отделения микрохирургии и хирургии кисти, оказывающего круглосуточную хирургическую помощь, которое было открыто в 1994 году.



Доцент кафедры В.Е. Удальцов

Э.П.Рослова является автором 78 научных и учебно-методических печатных работ. Ей присвоено звание «Заслуженный врач Российской Федерации».

В 1993 году после защиты докторской диссертации на должность заведующего кафедрой был избран Сергей Евтихиевич Львов. В 1969 году Сергей Евтихиевич поступил в клиническую ординатуру при кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ, возглавляемую с этого года профессором Фишкиным В.И. Уже на 2-ом году ординатуры Сергей Евтихиевич возглавил организующийся травмпункт при 7 городской клинической

больнице. После окончания аспирантуры С.Е.Львов в 1976 году защитил кандидатскую диссертацию.



Д.м.н., профессор С.Е. Львов

После защиты диссертации он — старший научный сотрудник, заведующий группой реабилитации ЦНИЛа при кафедре травматологии, ортопедии и ВПХ, с 1978 по 1981 год — заведующий научно-исследовательским сектором ИГМИ. В 1981 году был избран по конкурсу ассистентом кафедры. Осваивая нелегкую профессию педагога, Сергей Евтихиевич много работал в практическом здравоохранении. В 1993 году С.Е.Львов защитил докторскую диссертацию и после В.И.Фишкина был избран на должность заведующего кафедрой. На базе госпиталя ветеранов войн в 1996 году Сергей Евтихиевич организовал межвузовскую (ИГМА-ИГЭУ) научно-исследовательскую лабораторию «Биомеханика», стал ее научным руководителем.



Коллектив кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ 1996 год

Сергей Евтихиевич являлся автором 166 научно-методических работ, в том числе 1 монографии, 13 авторских свидетельств и патентов на изобретения, 2 свидетельств на полезную модель, 68 рационализаторских предложений отраслевого и местного значения. Он являлся председателем Ивановской областной общественной организации травматологов и ортопедов им. Фишкина В.И., главным травматологом области.

С 2012 года на должность заведующего кафедрой был избран доцент Кирпичев Иван Владимирович. Он закончил ИвГМА в 2000 году по специальности педиатрия. В 2002 году закончил клиническую ординатуру по специальности детская хирургия. После окончания ординатуры поступил в очную аспирантуру по травматологии и ортопедии в 2002 году, в 2004 году – избран по конкурсу на должность ассистента кафедры травматологии, ортопедии и ВПХ ИвГМА. В январе 2006 года защитил диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, а в 2017 – докторскую диссертацию. Он автор 76 научных и учебно-методических работ, 4 патента РФ на изобретение, патента на полезную модель.



Д.м.н. доцент И.В. Кирпичев

В настоящее время на кафедре работают 4 преподавателя, за последние 5 лет сотрудниками было защищено 2 докторские диссертации, организовано 3 научно-практических конференции, разработано 5 патентов на изобретение, опубликовано 58 печатных

работ, в том числе 23 – в ВАК рецензируемых журналах, регулярно проходят заседания Ивановского общества травматологов-ортопедов. Продолжается активная совместная работа с ИГУ и ИЭУ на базе межвузовской лаборатории «Биомеханика», где осуществляются исследования по вопросам применения резонансного вибрационного воздействия в травматологии и ортопедии (регенерация нерва после травматического воздействия, прочность остеосинтеза), сопроматных исследований губчатой кости при дегенеративно-дистрофических заболеваниях коленного и тазобедренного сустава, вопросов математического моделирования репаративных процессов костной ткани в условиях применения искусственных пористых имплантов и др. С 2012 в лаборатории биомеханики ГВВ проводятся работы по изучению клинического анализа движений и статики опорно-двигательного аппарата после реконструктивных операций выполненных по поводу травм и заболеваний. Проводятся совместные работы с фирмой «Нейрософт». На кафедре постоянно работает студенческий научный кружок, участники которого ежегодно выступают с докладами на конференциях, занимают призовые места в конкурсах на лучшие научные работы в Иваново, Москве,

Н.Новгороде. За последние 5 лет на кафедре в клинической ординатуре прошли обучение 36 интернов и 41 ординаторов.

Базами кафедры являются ОБУЗ Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн, ОБУЗ Ивановская областная клиническая детская больница, ОБУЗ Ивановская областная клиническая больница, седьмая городская клиническая больница №7.

Кафедра, созданная Валентином Израилевичем Фишкиным, живет, продолжает развивать его идеи и начинания, сохраняет преемственность поколений.

## ОТДАЛЕННЫЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ HALLUX RIGIDUS ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ АРТРОПЛАСТИК.

Д.А.Бочаров

А.Ю. Очаковский.

И.В. Кирпичев

ОБУЗ "Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн", 153012, г.

Иваново, Демидова, д. 9

ФГБОУ ВО "Ивановская государственная медицинская академия" МЗ РФ,

153000, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

*Ответственный за переписку (corresponding autor): И.В. Кирпичев, телефон +79051079340, e-mail. doc.kirpichev@yandex.ru*

Впервые термин Hallux rigidus ввел Davies-Colley в конце 19 столетия, который ассоциировался с остеоартрозом первого плюсне-фалангового сустава. В настоящее время данная проблема остается актуальной, поскольку данная патология и связанная с ним дисфункция стопы наблюдаются у 35-40% людей. Хирургический метод лечения является одним из наиболее часто используемых способов лечения, применяемых при тяжелых формах заболевания. Анализ доступной литературы показывает, что большинство применяемых операций можно разделить на три группы: артродез, эндопротезирование и артропластики. Из всех представленных групп только резекционные артропластики позволяют сохранить сустава. Однако функциональные результаты лечения пациентов, полученных при анализе современной литературы остаются противоречивыми. Это требует изучения отдаленных результатов после данных операций, что позволит уточнить показания и определить наиболее эффективный способ артропластики.

**Целью** нашей работы было определить отдаленные результаты после резекционных артропластик у пациентов с hallux rigidus

## **Материалы и методы.**

Для достижения поставленной цели были проанализированы функциональные результаты у 94 пациентов при помощи шкалы AOFAS Kitaoka. Среди пациентов в гендерном составе преобладали женщины (84% - женщин, 16% - мужчин). Оперативное лечение оценивали через  $7,5 \pm 1,5$  года после проведенной операции. Все пациенты были разделены на две группы. В первую (42 пациента) вошли больные у которых применяли резекционную артропластику по Келлеру –Брандесу. Во вторую (52 пациента) - аутохондропластику (АХП). Во всех хирургических манипуляциях был применен медиоплантарный доступ. Оба варианта операций позволял выполнить декомпрессию сустава, однако возможность восстановление конгруентности суставной поверхности была только при АХП. В послеоперационном периоде движения в оперированном суставе разрешали с первых дней, нагрузку на передний отдел стопа – через 2,5-3 недели после заживления мягких тканей. При оценке результатов учитывался возраст пациентов.

## **Результаты.**

Результаты анкетирования больных по шкале AOFAS Kitaoka через 7,5 лет после хирургического вмешательства показали следующие результаты. В первой группе количество пациентов с хорошими результатами составил 71,4%, удовлетворительным – 19,1%, неудовлетворительным - 9,5%. Во второй группе - хороший результат выявлен у 82,7%, удовлетворительный – 9,6% и неудовлетворительный – 7,7%. При этом статистически значимых различий результатов между группами выявлено не было. Неудовлетворительные результаты определялись выраженным болевым синдромом, нарушением подвижности в плюсне-фаланговом суставе, хромотой и невозможностью подбора обуви.

## **Выводы.**

1) Резекционные артропластики позволяют в отдаленном периоде получить хорошие клинико-функциональные результаты более чем у 70% пациентов.

2) Через 7,5 лет после проведения операции различия между вариантами резекционных артропластик были статистически не достоверны.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМОВ ПЯТОЧНОЙ КОСТИ**

В.О. Каленский

П.А. Иванов П.А.

Н.Н. Заднепровский

А.В. Неведров

ГБУЗ НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского 129090, Москва,  
Большая Сухаревская площадь, д. 3

*Ответственный за переписку (corresponding autor): Тел: +7-926-784-66-13,  
e-mail: [vsevolod.kalenskiy@gmail.com](mailto:vsevolod.kalenskiy@gmail.com)*

**Актуальность.** Частота поздних осложнений после переломов пяточной кости, таких как сдавление малоберцовых сухожилий, подтаранный артроз с болевым синдромом, варусная или вальгусная деформация заднего отдела стопы, значительна. До 30 % пациентов страдают от одной или нескольких из перечисленных проблем. Предложен ряд хирургических техник для лечения подобных осложнений, однако выбор оптимальной из них представляет сложности.

**Цель.** Проанализировать опыт применения Dwyer и Romash остеотомий пяточной кости в сочетании с латеральной экзостэктомией и подтаранным артродезом у пациентов с последствиями переломов пяточной кости.

**Материалы и методы.** За 2016-2017 годы 9 пациентов прошли лечение по поводу посттравматической деформации заднего отдела стопы после перелома пяточной кости. Все пациенты поступили с жалобами на нарушение походки, неправильную установку стопы и боль под наружной лодыжкой. В качестве инструмента диагностики и предоперационного планирования использовали компьютерную томографию обеих стоп (для сравнения со здоровой стопой).

У двоих пациентов при вторичном плоскостопии применили Romash-osteotomy. Срок с момента травмы у них составил 19 и 3 месяца. До операции балл по шкале FFI составил 75 и 67 баллов. После выполнения остеотомии производили низведение и медиализацию пяточного бугра в дистракционном устройстве и при помощи инструментов. Латеральная экзостэктомия у этих пациентов не потребовалась, так как медиализация и низведение пяточного бугра обеспечивала достаточное пространство под наружной лодыжкой. Подтаранный артрорез не выполняли ввиду хорошего состояния подтаранного сустава.

У семи пациентов с варусной деформацией выполнили Dwyer-osteotomy. Средний срок с момента травмы составил 12,5 месяцев (от 6 до 26). До операции средний балл FFI составил 55,8 баллов. При выполнении этой остеотомии по типу «закрытого клина» по мере необходимости и технической возможности низводили пяточный бугор. Во всех случаях при наличии артротических изменений подтаранного сустава (3-4 степень) или грубого нарушения конгруэнтности суставных поверхностей по данным КТ выполняли подтаранный артрорез (4 пациента). У всех пациентов выполнили латеральную экзостэктомию. После коррекции и временной фиксации спицами выполняли остеосинтез винтами.

Регистрировали ранние осложнения и восстановление безболезненной опороспособности стопы. Функциональный результат оценивали при помощи шкалы Foot Function Index (FFI) до операции и через 6 и 12 месяцев после операции.

**Результаты.** При коррекции вальгусной деформации посредством Romash-остеотомии коррекция достигнута у обоих пациентов. У одного пациента осложнений не было, пяточная кость срослась, коррекция достигнута. Показатель FFI составил 85,3 в срок 6 месяцев и 86,0 в срок 12 месяцев. У второго на фоне низведения бугра ушить рану хирургического доступа не представилось возможным, что потребовало местного лечения раны с целью ее вторичного заживления. При этом нагноения раны не произошло. Показатель FFI составил 82,0 в срок 6 месяцев и 90,3 в срок 12 месяцев.

При использовании Dwyer остеотомии коррекция варусной деформации заднего отдела стопы достигнута у 6 пациентов. У одного пациента коррекция оказалась недостаточной, что потребовало повторной операции. В 1 случае пациенту, которому изначально решили сохранить подтаранный сустав через 6 месяцев потребовался подтаранный артродез из-за сохраняющегося болевого синдрома. Эпизодов воспаления и/или нагноения послеоперационной раны не зарегистрировали. Средний балл FFI составил 65,8 для срока в 6 месяцев, 72,3 для срока в 12 месяцев.

**Заключение.** Оба варианта остеотомий обеспечивают достаточную возможность коррекции в соответствии с показаниями к применению. Так как Romash-остеотомия позволяет выполнить значительное одномоментное низведение бугра, существует риск натяжения кожи и трудностей при ушивании раны. При решении сохранить подтаранный сустав пациент должен быть информирован о возможности повторной операции (подтаранного артродеза).

# РЕЗУЛЬТАТЫ ПЕРВИЧНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВЕРТЛУЖНОЙ ВПАДИНЫ.

И.В. Кирпичев

И.В. Васин

С.Е. Бражкин

ОБУЗ "Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн", 153012, г.

Иваново, Демидова, д.9

ГБОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия" МЗ РФ,

153000, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

*Ответственный за переписку (corresponding autor): И.В. Кирпичев, телефон +79051079340, e-mail. doc.kirpichev@yandex.ru*

**Актуальность.** Артропластика тазобедренного сустава после травмы вертлужной впадины является одной из наиболее сложных проблем современной ортопедии. Данную категорию операций относят к сложным случаям первичного эндопротезирования тазобедренного сустава в связи с вариабельностью оставшимися последствий первичной травмы сустава включающих: нарушение анатомии, кровообращения тазобедренного сустава и окружающих мягких тканей, сохраняющейся дислокаций бедренной кости, наличием металлоконструкций, гетеротопических оссификатов, тяжелыми функциональными нарушениями. В доступной литературе используется два подхода к времени проведения операции. В одних случаях артропластика проводится сразу после полученной травмы, что позволяет проводить раннюю активизацию больных, уменьшает сроки реабилитации, что существенно снижает количество осложнений, связанных с длительным обездвиживанием пострадавших. Однако при данном подходе существует риск развития ранней нестабильности вертлужного компонента. При другом подходе операция проводится вторым этапом после консервативного и/или оперативного лечения поврежденной вертлужной впадины после

консолидации отломков при развитии посттравматического остеоартроза. Это позволяет избежать ранней нестабильности компонентов, при хорошем результате остеосинтеза и отсутствия дегенеративно-дистрофических изменений в суставе и хорошем функциональном результате – отказаться от артропластики. Однако травматичность операции, сроки восстановления после операции возрастает. В доступной литературе функциональные результаты лечения после первичной артропластики тазобедренного сустава весьма вариабельны, что свидетельствует о недостаточной изученности данного вопроса.

**Целью** нашего исследования явилось определение отдаленных результатов лечения пациентов перенесших первичную артропластику сустава по поводу тяжелого посттравматического коксартроза, возникшего после травмы вертлужной впадины.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели нами было обследовано 16 пациентов, перенесших первичную артропластику тазобедренного сустава по поводу посттравматического коксартроза, развившегося после повреждения вертлужной впадины. В гендерном составе преобладали мужчины. Средний возраст составил 48,4 лет (от 31 до 64 лет). Причиной травмы послужила высокоэнергетическая травма (автодорожная – 13 случаев, кататравма – 3). У 10 пострадавших после повреждения проводилось остеосинтез вертлужной впадины, 6 получали консервативное лечение. Ни в одном случае артропластика не проводилась сразу после травмы. Средний срок возникновения дегенеративно-дистрофических изменений составил 3,7 лет, при этом после проведенного остеосинтеза данный показатель составил 4,4 лет, а после консервативного лечения – 2,5 лет ( $p = 0,008$ ). Среднее значение по шкале Harris составил 30,3 балла. Нами оценивались травматичность операции по длительности времени хирургического вмешательства и величине интраоперационной кровопотери, а также результаты анкетирования по шкале Harris через 5 лет после операции. В качестве контрольной группы взяты 16 пациентов,

сопоставимых по возрасту и полу с исследуемой группой, перенесших первичную артропластику по поводу идиопатического коксартроза. В исследование не вошли пациенты с развившимися послеоперационными осложнениями.

**Результаты.** Исследование показало, что травматичность операции у больных в исследуемой группе выше, чем в контрольной. Так средняя продолжительность операции составила 85 минут ( $m=2,33$ ), что в среднем на 41,6 минут больше, чем в контрольной ( $p=0,0003$ ), а интраоперационная кровопотеря составила 381,8 мл ( $m=12,34$ ), что в среднем на 194 мл больше, чем в контрольной группе. Анкетирование по шкале Harris через 5 лет не показало статистически значимых различий между контрольной и исследуемой группами. Так в исследуемой группе средний показатель составил  $84\pm 4$  балла, а в контрольной  $88\pm 6$  баллов, что соответствовало хорошему результату.

**Выводы:**

1. Хирургическое восстановление анатомии поврежденной вертлужной впадины позволяет уменьшить выраженность посттравматических дегенеративно-дистрофических процессов в тазобедренном суставе в 2 раза;
2. Первичное эндопротезирование тазобедренного сустава после восстановленной вертлужной впадины следует относить к категории сложных хирургических вмешательств, сопровождающейся повышенной травматичностью операции;
3. Первичное эндопротезирования тазобедренного сустава после поврежденной вертлужной впадины позволяет в большинстве случаев добиться хороших отдаленных функциональных результатов.

# **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПОСЛЕ ПЕРВИЧНОЙ АРТРОПЛАСТИКИ СУСТАВА В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПОЛИКЛИНИКИ.**

И.В. Кирпичев

И.В. Бережков

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, 153012, г. Иваново, Шереметевский просп., д.8

ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн», 153 000, г.  
Иваново, ул. Демидова, д. 9

*Ответственный за переписку (corresponding autor): И.В. Кирпичев, телефон +79051079340, e-mail. doc.kirpichev@yandex.ru*

**Актуальность.** Гонартроз является одним из наиболее распространенных форм остеоартроза крупных суставов. При тяжелых формах операцией, позволяющей в относительно короткие сроки восстановить функцию сустава, является эндопротезирование. Послеоперационная реабилитация является одной из важнейших составляющих лечения, определяющих эффективность данной операции. Согласно данным доступной литературы первый период реабилитации в большинстве случаев проводится в условиях стационара, второй и третий периоды осуществляются либо в условиях реабилитационного центра, либо в условиях поликлиники.

**Цель исследования** оценить эффективность реабилитационных мероприятий у больных после первичной артропластики коленного сустава в условиях отделения медицинской реабилитации.

**Материалы и методы.** Для достижения данной цели было обследовано 108 пациентов, в возрасте от 48 до 79 лет. Женщины составили 52,7%, мужчин – 47,2%. Было сформировано исследуемая и контрольная группа. В первой пациенты после выписки из стационара поступали в

отделение медицинской, во второй (контрольной) – реабилитационные мероприятия проводились только в амбулаторных условиях.

Из исследования были исключены больные со сложными случаями первичного протезирования коленного сустава (тяжелые деформации во фронтальной плоскости, внесуставными деформациями, фиксированными сгибательными контрактурами), пациенты с двусторонними гонартрозами, с тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями, а также пациенты у которых в послеоперационном периоде фиксировали осложнения.

Всем пациентам для эндопротезирования использовалась система Genesis II фирмы «Smith&Nephew». Фиксация импланта осуществлялась костным цементом, проводилась денервация надколенника без его протезирования. Травматичность операции оцененная по длительности операции и количеству интраоперационной кровопотери статистически значимо не отличалась в обеих группах. Так в исследуемой группе средняя длительность операции составила  $72 \pm 12$  минут, интраоперационная кровопотеря  $290 \pm 40$  мл, а контрольной  $76 \pm 14$  минут и  $305 \pm 35$  мл соответственно. Эффективность мероприятий оценивали через 12 месяцев после операции по купированию болевого синдрома, наличию остаточного болевого синдрома, гипотрофии мышц бедра комплексной оценке оперированного сустава по шкале KSS (Knee Society Score).

### **Результаты.**

В обеих группах через год после операции удалось достичь уменьшения интенсивности болевого синдрома с выраженного до умеренного уровня, увеличения амплитуды движения в оперированном суставе, что нами было оценено как положительный результат. При сравнении послеоперационных клинических показателей в различных группах, лучшие результаты наблюдались у пациентов исследуемой группы, (таблица 1). Так показатели, отражающие восстановление мышц бедра, остаточный болевой синдром у больных исследуемой группы были в 2 раза

лучше, чем у больных из сравниваемой группы, а восстановление разгибания в оперированном коленном суставе в 3 раза было эффективнее у больных, проходивших в отделении медицинской реабилитации.

Таблица 1

Сравнение результатов клинического обследования в обеих группах.

симптом	Исследуемая группа (M±m)		контрольная группа (M±m)	
	До операции	Через 12 месяцев после операции	До операции	Через 12 месяцев после операции
Разница в объемы мышц бедра (см)	3,9±0,12	1,5±0,1	4,2±0,16	3,5±0,12
Дефицит разгибания (в градусах)	36±3,4	5±1,5	38±2,8	19±2,5
Дефицит сгибания (в градусах)	85±5,4	20±4,8	75±5,8	35±5,9
Интенсивность болевого синдрома (ВАШ)	90±7,4	35±4,6	92±8,6	46±6,8

Примечание:  $p < 0,05$ ; дооперационные показатели в группах статистически не значимы.

Результаты комплексной оценки функции коленного сустава с использованием шкалы KSS подтвердил данные ортопедического обследования. Так в исследуемой группе результаты по шкале KSS увеличились с  $25 \pm 14$  до  $92 \pm 8$  баллов, в контрольной с  $23 \pm 11$  до  $73 \pm 9$  баллов.

#### **Выводы:**

1. Первичное эндопротезирование коленного сустава позволяет в течение первых 12 месяцев позволяет снизить интенсивность болевого синдрома до уровня умеренного по ВАШ, восстановить объем движений и улучшить функциональное состояние оперируемого сустава;

2. Применение современных реабилитационных технологий в условиях стационара позволяю получить лучшие функциональные результаты у оперированного коленного сустава по сравнению с аналогичными данными, полученные в амбулаторных условиях.

# РОЛЬ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ ВЫВИХОВ НАДКОЛЕННИКА У ПОДРОСТКОВ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД

И. В. Кирпичев

Н. Е. Егоров

М. Г. Рашова

ОБУЗ "Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн", 153012, г.

Иваново, Демидова, д. 9

ОБУЗ «Ивановская областная детская клиническая больница» 153040 г.

Иваново, улица Любимова, дом 7

*Ответственный за переписку (corresponding autor): И.В. Кирпичев, телефон +79051079340, e-mail. doc.kirpichev@yandex.ru*

**Актуальность.** Острое повреждение коленного сустава варьирует от 10 до 25%, что занимает значительное место - четвертую часть в общей структуре детского травматизма в России. Вывих надколенника является одним из наиболее частых повреждений коленного сустава у детей: каждый пятый (15-20%) из всех госпитализированных больных с травмой КС поступает с данным диагнозом. Промежуточный ретроспективный анализ данных за 20 летний период указывает на увеличение первичного ВН в 2 раза (Архипов С. В. с соавт. 1985-1988гг. – 0,6-11,8% против 15-20% Быков В. М., Тимофеев И. В., 2004). В клинической картине травматического вывиха надколенника на первый план выступает внутрисуставное кровоизлияние, при этом менее половины пациентов описывают факт смещения надколенника. Детский контингент больных не может точно изложить сам момент получения и характер травмы, также из-за частого самопроизвольного вправления надколенника на догоспитальном этапе в совокупности с некоторыми свойствами детского организма: отек проявляется сильнее, чем у взрослых, массивный гемартроз, болевая контрактура – все это затрудняет клинический осмотр пациента.

Прослеживается малая информативность инструментальных методов диагностики: Rg помогает лишь при отрывных переломах, содержащих костную ткань толщиной более 1 мм, при этом хрящевые повреждения не визуализируются. Из всех вышесказанных факторов следует, что нередко диагноз самого ВН просматривается первичным звеном и оформляется как «повреждение связочного аппарата» или «ушиб коленного сустава». Таким образом, вышеназванные обстоятельства затрудняют диагностику вывиха надколенника у детей. Несовпадение клинического и артроскопического диагнозов, по данным литературы, составляет у детей до 13 лет 52%, старше 13 лет – 45%, что подчеркивает диагностическую ценность артроскопии.

**Цель:** выявить артроскопические признаки внутрисуставных повреждений при вывихе надколенника у подростков в острый период.

**Материалы и методы.** В работе проанализированы результаты применения лечебно-диагностической артроскопии у 40 пациентов (24 мальчика, 16 девочек) в возрасте от 11 до 17 лет, с вывихами надколенника, лечившихся в ОДКБ г. Иваново с 2015 по 2018 гг.

Артроскопия коленного сустава выполнялась после клинического, включавшего анамнез травмы, жалобы, данные ортопедического статуса, и лабораторного и рентгенологического обследований в течение 2-15 суток с момента травмы (средний срок 6-7 суток). Операции были выполнены под масочной, спинномозговой анестезией из переднелатерального и переднемедиального доступов с использованием артроскопических комплексов в условиях промывания сустава физиологическим раствором.

**Результаты исследования.** У всех пациентов ВН регистрировался впервые и носил односторонний характер, при этом повреждение в правом КС у 19 детей, в левом у 21. Травму получили при занятиях физической культурой в школе 16 пациентов, при падении на улице – 14, спортивной деятельности – 5, в быту – 5. Ротационный механизм отметили 7 пациентов; при падении на КС – 31, при непосредственном ударе травмирующего агента по суставу – 2. Самопроизвольное вправление надколенника при

форсированном выпрямлении ноги в КС еще на месте получения травмы отметили 10 пациентов.

При артроскопии в верхнем надколенном завороте синовиальная оболочка была гиперемирована, ворсины ее выглядели гипертрофированными, синовит носил генерализованный характер. В целом изменения синовиальной оболочки соответствовали картине острого посттравматического отека и неспецифического воспаления. При осмотре бедренно-надколенного сочленения исследовали конгруэнтность контуров суставных поверхностей и правильность скольжения надколенника: у всех пациентов обнаруживали клиновидное расширение между медиальной половиной надколенника и надколенниковой поверхностью бедра, а также смещение гребня Н кнаружи по отношению к центру межмышцелковой борозды. Степень выраженности наружного подвывиха Н различали по классификации Kohn D., (1991). В обсуждаемой группе латеральный подвывих Н выявили в 100% наблюдений, при этом I степ. у 10 пациентов, II – у 30 детей, III степень у одного ребенка. При разгибании сустава и перемещении артроскопа в медиальный отдел верхнего надколенного заворота оценивали состояние медиального удерживателя надколенника. В области соединения ее с внутренним краем Н в 100% случаев были обнаружены подсиновиальные кровоизлияния и разрывы ретинакулума. Патологически измененные складки: в виде тяжа, хорды, шлейфа диагностированы у 25 (61 %) детей. При осмотре и пальпации крючком были обнаружены повреждения хряща внутрисуставных структур. Степень хондромалиции определяли по классификации Outerbridge R. E., (1961). Хондромалиции надколенника, локализующиеся в области медиальной фасетки и мед. края, были выявлены в 80 % случаев. Первую степень хондромалиции наблюдали у 13, пациентов, вторую - у 9 пациентов, третью – у 10.

Повреждение хряща надколенниковой поверхности бедра, медиального мышцелка бедра и мышцелков большеберцовой кости соответствовало в

основном хондромалиции I степени. Изменение суставной поверхности латерального мыщелка бедренной кости в виде хондромалиции I степени обнаружено у 6 детей, II – у одного, III – 1 подросток, а у 12 пациентов хрящ оставался интактным. В остальных 20 случаях обнаруживали костно-хрящевые дефекты, при этом свободные фрагменты выявили у 10 пациентов, у остальных 10 – дефекты суставной поверхности с образованием несвободных лоскутов отслоенного хряща. Повреждение в области медиальной фасетки надколенника, возникшее в результате перелома медиального края Н при патологическом соскальзывании Н с наружного мыщелка бедра и последующем его самовправлении в момент травмы, диагностировали у 8 пациентов. Сочетание повреждения хряща латерального мыщелка бедра и надколенника в виде переломов выявлено у 6 пациентов. Таким образом, в исследуемой группе пациентов диагноз первичного вывиха надколенника, осложненного остео- и перихондральными переломами, диагностирован у 55%, при этом свободные внутрисуставные тела выявили в 60% случаев.

Несоответствие клинического и артроскопического диагнозов выявлено у 53% обследуемых, при этом диагноз «ушиб коленного сустава» был поставлен у 8 из 21 пациентов, а «повреждение связочного аппарата» - у 13 детей.

### **Выводы**

1. При сравнительном анализе несоответствие клинического и артроскопического диагнозов выявлено у 53 %. Несовпадение связано с повреждениями, которые не можем визуализировать другими методами обследования.

2. Выявлены диагностические критерии вывихов надколенника: разрыв МУН, латеральный подвывих Н, хондромалиции суставных поверхностей, переломы Н и латерального мыщелка бедра.

3. Необходимо с большим вниманием относиться к пациентам с самовправившимся вывихом, поскольку в нашем исследовании у них у всех

выявлен внутрисуставной перелом.

4. Выявленные внутрисуставные повреждения необходимо учитывать при назначении лечения.

5. медицина. -2014. -№3 (32). –С. 108-112.

## **НПВП-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ТРАВМАМИ СУСТАВОВ**

С.В. Корулин,

В.В. Дубравина,

С.П. Черенков,

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметьевский проспект, д.  
8

*Ответственный за переписку (corresponding autor): В.В. Дубравина,  
телефон: +7-910-989-0-100, e-mail: d-valeriya-v@rambler.ru*

В настоящее время трудно представить себе лечение пациентов с заболеваниями и травмами суставов без нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Современные представители этой группы медикаментов являются надёжным, эффективным и доступным средством борьбы с болью и воспалением. Но их употребление может вызвать нежелательные последствия. При эндоскопическом исследовании почти у половины принимающих НПВП пациентов обнаруживаются эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны (ГДЗ), а риск кровотечений возрастает в 5 раз. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) угрожают жизни пациента и остаются актуальной проблемой экстренной абдоминальной хирургии. Анализ результатов многолетних наблюдений указывает на тенденцию к снижению смертности от кровотечений и перфорации при язвенной болезни, но у

больных, получавших НПВП, смертность от кровотечений и перфорации возросла с 14,7% до 20,9%.

**Цель исследования:** изучить контингент пациентов с гастродуоденальными кровотечениями (ГДК), принимавших НПВП по поводу заболеваний и травм суставов; изучить особенности клинической картины кровотечений и оценить распространённость факторов риска (ФР) возникновения ГДК у данной категории лиц.

**Материалы и методы.** Проведён анализ 92 случаев госпитализации в хирургическое отделение ОБУЗ Городская клиническая больница №7 города Иваново в 2016-2017 гг. по экстренным показаниям по поводу ГДК. У 42 больных кровотечение развилось на фоне приёма НПВП по поводу заболеваний и травм суставов (основная группа). У 50 пациентов возникновение ГДК не было связано с назначением НПВП (группа сравнения). Основную группу составили 14 мужчин (33,3%) и 28 женщин (66,7%) в возрасте от 35 до 78 лет. Группу сравнения составили 38 мужчин (76%) и 12 женщин (24%) в возрасте от 29 до 70 лет. Всем больным при поступлении проводились стандартные диагностические процедуры, в том числе ФЭГДС. В основной группе в 29 случаях (69%) причиной ГДК стало эрозивное поражение ГДЗ, в 5 случаях (11,9%) — эрозивно-язвенное и в 8 случаях (19,1%) — язвенное поражение ГДЗ. В группе сравнения эрозивное поражение ГДЗ отмечалось у 12 пациентов (24%), эрозивно-язвенное — у 3 пациентов (6%), язвенное — у 35 пациентов (70%). В соответствии с классификацией по Forrest (1974) в 5 случаях (5,4%) установлен класс кровотечения Па, в 43 (46,8%) — Пб, в 39 (42,4%) — Пс, в 5 (5,4%) — Пг. В основной группе оперативное лечение понадобилось 7 больным (16,7%), в группе сравнения — 8 пациентам (16%). В остальных случаях проводилась консервативная гемостатическая терапия. Все пациенты были выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

**Результаты исследования.** При анализе структуры двух групп по возрасту и полу отмечено: в основной группе преобладали женщины, а в

группе сравнения мужчины; средний возраст пациентов основной группы был достоверно больше. У 22 больных основной группы (52,4%) ГДК стало первым проявлением поражения ГДЗ, у 15 больных (35,7%) возникновению кровотечения предшествовало ощущение дискомфорта в эпигастрии, у 5 (11,9%) — тошнота и незначительная боль в эпигастральтной области. В группе сравнения какие-либо симптомы со стороны ЖКТ отсутствовали у 10 пациентов (20%), дискомфорт в эпигастральтной области отмечали 22 человека (44%), тошнота и боль в эпигастрии беспокоили 18 пациентов (36%). У большинства больных основной группы поражение ГДЗ носило эрозивный характер, в группе сравнения преобладало язвенное поражение ГДЗ.

При оценке распространённости ФР возникновения ГДК в двух группах выявлено, что табакокурение и заболевания сердечно-сосудистой системы встречались с близкой частотой. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с большей частотой встречалась в группе сравнения, чем в основной (48% и 28,6% соответственно). По-видимому, и язвенный анамнез, и приём НПВП являются значимыми и «достаточными» ФР ГДК независимо друг от друга. У всех пациентов основной группы кровотечение возникло на фоне длительного приёма НПВП, что позволяет оценить продолжительное назначение данных препаратов как значимый ФР ГДК. Только 6 из 42 пациентов основной группы (14,3%) принимали преимущественно селективные ингибиторы ЦОГ-2 (нимесулид и мелоксикам), остальные 36 (85,7%) — неселективные ингибиторы ЦОГ (диклофенак, кеторолак, кетопрофен); при этом 12 больных (28,6%) дополнительно принимали аспирин в качестве антиагреганта. Полученные нами данные согласуются с приводимыми в литературе сведениями о степени риска развития осложнений со стороны ЖКТ при использовании НПВП разных групп. Значительная часть пациентов не была достаточно информирована о возможных гастродуоденальных осложнениях, характерных для данных препаратов. «Фактор цены» играл для большинства

больных существенную роль при выборе НПВП. Ни один из пациентов не принимал ингибиторы протонной помпы (ИПП) совместно с НПВП.

**Заключение.** НПВП-индуцированные гастродуоденальные кровотечения чаще развиваются у женщин старшего возраста. Их субстратом в большинстве случаев является эрозивное повреждение гастродуоденальной зоны, которое часто протекает бессимптомно. Длительность приёма НПВП и выбор препарата могут значительно повысить риск возникновения кровотечения. Информирование пациентов врачами и фармацевтами о побочных эффектах медикаментов и соотношении «цена/риск», строгое соблюдение клинических рекомендаций по выбору и назначению НПВП (включающих назначение ИПП), динамическое наблюдение во время лечения позволят снизить частоту осложнений.

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НЕСТАБИЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ТАЗА В ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ 2-ГО УРОВНЯ**

М. Ю. Макурин

Н. А. Верещагин

А. Н. Валуев

ГБУЗ НО «Кстовская Центральная Районная Больница», 607650, Россия, Нижегородская область, г. Кстово, ул. Талалушкина, д. 14, e-mail: [Kstovo-CRB@yandex.ru](mailto:Kstovo-CRB@yandex.ru)

ФГБОУ ВО «Приволжский Исследовательский Медицинский Университет» Минздрава России, 603005, Россия, г. Нижний Новгород, пл. Минина и Пожарского, д. 10/1, e-mail: [rector@pimunn.ru](mailto:rector@pimunn.ru).

Ответственный за переписку (corresponding autor): М.Ю. Макурин, телефон: 89027826737, e-mail: [mikhail-makurin@yandex.ru](mailto:mikhail-makurin@yandex.ru)

**Актуальность проблемы.** Повреждения тазового кольца — это наиболее сложное поражение опорно-двигательного аппарата. Чаще всего такие повреждения люди получают вследствие высокоэнергетической травмы: производственная травма, дорожно-транспортные происшествия,

техногенные катастрофы. По данным разных авторов частота таких травм составляет от 4 до 7 % от всех переломов опорно–двигательного аппарата.

**Цель исследования.** Анализ результатов лечения пострадавших с нестабильными повреждениями тазового кольца в травмцентре II уровня.

**Материалы и методы.** В нашей клинике, на базе круглосуточного стационара травматологического отделения на 54 койки за период с 2010 по 2017 гг. пролечено 68 пациентов с нестабильными повреждениями тазового кольца в возрасте от 16 до 89 лет. В 49 (72,1%) случаях повреждения получены в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), в остальных случаях травма была получена при падении с высоты- 18 (26,5%) случаев, сдавлении при несчастном случае на производстве- 1(1,4%) случай.

Тактику лечения повреждений тазового кольца определяли после выполнения комплекса лечебно–диагностических мероприятий.

Первоочередной задачей в лечении пострадавших была остановка внутреннего кровотечения. Приоритет отдавался остановке внутрибрюшного кровотечения, и фиксация тазового кольца выполнялась простейшими методами, например бандажом. Неотложную стабилизацию таза, как один из основных способов гемостаза, выполняли при повреждении тазового кольца типа «открытая книга», при переломах лонных и седалищных костей с разрывами крестцово–подвздошных сочленений. Для этого использовали стержневой аппарат внешней фиксации (АВФ).

При устранении угрозы жизни и стабильной гемодинамике выполняли окончательный остеосинтез поврежденного тазового кольца. Задние отделы стабилизировались илеосакральными канюлированными винтами, передние—реконструктивными пластинами, канюлированными винтами или стержневыми АВФ.

Консервативное лечение проводилось в случаях категорического отказа пациента от операции, а также, в некоторых случаях, при сочетании повреждений таза типа В2 с внутрисуставными переломами костей нижних конечностей.

**Результаты и обсуждение.** Экстренная фиксация тазового кольца АВФ в простейшей конфигурации выполнена в 25 (36,8%) случаях. 37 (54,4%) пострадавшим в сроки от 2 до 10 суток выполнены исчерпывающие реконструктивно-восстановительные операции на поврежденных отделах тазового кольца.

Для остеосинтеза задних отделов тазового кольца использовались канюлированные илеосакральные винты- 21 (56,8%) случай. Для остеосинтеза передних отделов применялись канюлированные винты- 4 (10,8%) случая, реконструктивные пластины- 5 (13,5%) случаев, аппараты внешней фиксации (АВФ)- 28 (75,7%) случаев.

В 9 случаях окончательная фиксация таза не выполнена в связи с переводом пострадавших в вышестоящие учреждения. В 22 (32,4%) случаях пострадавшим проводилось консервативное лечение.

Общими осложнениями были пневмонии, гнойные трахеобронхиты (27%), циститы (42%) Местные осложнения представлены воспалением в местах введения опорных элементов АВФ (18%), пролежнями (18,5%).

Летальность составила 11,8% (8 пациентов). Причинами смерти были шок и кровопотеря, тромбоэмболия легочной артерии, сепсис, двусторонняя пневмония.

Оценка отдаленных результатов лечения проведена у 35 пациентов в сроки до 1 года по шкале Majeed S. A. (1989). Количественная оценка функционального состояния таза у 25 пострадавших по шкале Majeed составила не менее 87 баллов. Хорошие анатомо-функциональные отдаленные результаты получены у всех пострадавших.

#### **Выводы.**

1. Переломы костей таза — наиболее сложная травма опорно-двигательного аппарата
2. Принятие решения о выполнении хирургической стабилизации или консервативном лечении зависит от вида повреждения тазового кольца и сопутствующих повреждений.

3. Раннее восстановление анатомической конфигурации тазового кольца существенно улучшает исходы лечения.

## **ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРИТОМ ПЕРВОГО ПЛЮСНЕФАЛАНГОВОГО СУСТАВА. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ХОНДРОПЛАСТИКИ**

М.Р. Нурмухаметов,

М.А. Макаров,

С.А. Макаров,

Е.И. Бялик,

Я.Б. Хренников,

В.Е. Бялик,

В.А. Нестеренко.

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии» им. В. А. Насоновой. 115522, Россия, г. Москва, Каширское шоссе, д. 34А

*Ответственный за переписку (corresponding autor): Нурмухаметов Максим Ринатович; тел. 89166451885; [nurmi91@mail.ru](mailto:nurmi91@mail.ru)*

**Цель исследования:** проанализировать данные литературы по вопросу хирургического лечения больных с остеоартритом (ОА) первого плюснефалангового сустава (1 ПФС), предложить в качестве хирургического лечения хондроластику 1 ПФС.

**Материалы и методы исследования:** проанализированы результаты лечения ОА 1 ПФС с использованием таких методов, как хейлэктомия, артродез 1 ПФС, различные остеотомии и артропластики первой плюсневой кости, а также гемиартропластика и тотальное эндопротезирование 1 ПФС. Предложена новая методика – хондроластика 1 ПФС по технике аутологичного матрикс-индуцированного хондрогенеза (Authologous Matrix Induced Chondrogenesis – АМІС).

**Результаты:** в настоящее время нет общего подхода к выбору хирургической тактики при ОА 1 ПФС. Существует множество способов хирургического лечения, актуальных при разных стадиях заболевания. Тем не менее, данный факт также свидетельствует о том, что все предложенные методы имеют те или иные недостатки. При этом зачастую «золотым стандартом» остается артродез 1 ПФС, избавляющий пациентов от боли, но в функциональном плане уступающий суставосберегающим операциям. Однако, в связи с тем, что, помимо людей старше 50 лет, ОА 1 ПФС нередко страдают и более молодые пациенты, наиболее щадящим вариантом суставосберегающих операций представляется хейлэктомия с хондропластикой 1 ПФС, позволяющая восстановить безболезненные движения в суставе, при этом не изменяя анатомию стопы. Хондропластика по технике АМС описана при наличии дефектов хряща в коленном, тазобедренном и голеностопном суставах. Описание подобной хондропластики 1 ПФС не встречается ни в отечественной, ни в зарубежной литературе.

**Заключение:** Хондропластика 1 ПФС по технике АМС представляется довольно перспективным методом за счет малоинвазивности, небольших сроков послеоперационного восстановления и сохранения анатомии стопы. Необходимо дальнейшее изучение особенностей данного направления.

## **КОМОРБИДНЫЙ ФОН У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С СУСТАВНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И РИСК ПАДЕНИЙ**

А.С. Пайкова,

С.Е. Ушакова

Н.В. Будникова

М.В. Александров

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»  
Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

*Ответственный за переписку (corresponding autor): А. С. Пайкова, телефон 89612456425, г. Иваново, ул. Почтовая, 84, 153000, aleksandra-zimicheva@rambler.ru.*

**Введение.** В медицинской практике врачам часто приходится лечить больных с сочетанием нескольких заболеваний и синдромов. С одной стороны, такие ситуации обусловлены широкой распространенностью основных хронических неинфекционных заболеваний и их тесными патогенетическими взаимосвязям, с другой стороны, сочетанная патология создает новую клиническую ситуацию, требующую учета ее особенностей при выборе лекарственной терапии.

Проблема коморбидности (от лат. со- вместе, morbus- болезнь) становится особенно актуальной в условиях демографического старения населения. Так показано, что если в возрасте 50 - 59 лет 36% пациентов имеют два - три заболевания, то в возрасте 60-69 лет уже у 40,2% пациентов обнаруживаются до четырех - пяти заболеваний; в возрасте 75 лет и старше - 65,9% имеют более пяти заболеваний.

Суставная патология - одна из лидирующих причин функциональной недостаточности, инвалидизации и потребности в посторонней помощи у лиц пожилого и старческого возраста. Суставной синдром относят к заболеваниям с высоким уровнем коморбидности у данной категории больных. В гериатрии суставной синдром часто сочетается с другими скелетно-мышечными заболеваниями (в том числе с остеопорозом) и соматической патологией: артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС), сердечной недостаточностью (СН), ожирением, сахарным диабетом (СД), хронической ишемией головного мозга (ХИГМ), хроническими заболеваниями легких и желудочно-кишечного тракта.

Влияние коморбидной патологии на клинические проявления, диагностику, прогноз и лечение многих состояний многогранно и индивидуально. В частности, у пациентов пожилого и старческого возраста наличие определенного спектра заболеваний связывают с таким

гериатрическим синдромом как «нарушение мобильности и риск падений», отражающие способность безопасно перемещаться и передвигаться. Пациенты с нарушенной мобильностью имеют повышенный риск развития недержания кала и мочи, нарушения целостности кожи (язвы и пролежни), развития депрессии, социальной изоляции, зависимости от окружающих, что влечет за собой увеличение финансового бремени для человека и общества (повышение потребности в госпитализациях, необходимость помещения в дома престарелых, увеличение потребности в обслуживании социальными работниками на дому). Существует множество факторов, влияющих на способность передвигаться – сила и масса мышечной ткани, функция суставов, боль, функция нервов. Большинство этих состояний в той или иной степени обусловлено наличием суставной патологии. Были получены доказательства участия ряда факторов, не имеющих прямого отношения к состоянию опорно-двигательного аппарата, в снижении мобильности, так на риск падений могут оказать влияние многие заболевания и состояния сердечно-сосудистой и центральной нервной системы (гипертоническая болезнь, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз, постоянная форма фибрилляции предсердий, хроническая сердечная недостаточность, ХИГМ), приводящие к нарушению координации.

**Цель** – изучить коморбидный фон у лиц пожилого и старческого возраста с суставной патологией и оценить у них риск падений.

**Материалы и методы.** На базе Гериатрического центра ОБУЗ ИКБ им. Куваевых обследован 71 пациент, средний возраст которых составил  $75,6 \pm 7,6$  года. Из них было 70,4% женщин (средний возраст -  $76,5 \pm 7,4$  года) и 29,6% мужчины (средний возраст -  $73,5 \pm 7,3$  года). Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование для уточнения суставной патологии и сопутствующих заболеваний. Для определения индивидуального риска падений использовались функциональные тесты («встань и иди», «встать со стула без помощи рук и сесть снова», «тандемный шаг»,

«равновесие на одной ноге»), рекомендованные Российским геронтологическим научно-клиническим центром.

**Результаты.** У всех обследованных был выявлен полиостеоартроз коленных, голеностопных, плюснефаланговых суставов и дегенеративные заболевания позвоночника. У 21,2% пациентов было выявлено клинически значимое поражение тазобедренных суставов. У 4,22% было выполнено эндопротезирование тазобедренных суставов. 4,2% обследованных имели подагру и 2,8% ревматоидный артрит. У большинства больных диагностирована недостаточность функции суставов (НФС): 1 степени - 46,6%, 2 степени - 40% и 3 степени - 13,4%.

При проведении клинического обследования у всех пациентов была зафиксирована коморбидность.

Для выявления индивидуального риска падений применялись специальные функциональные пробы. Тест «встань и иди» 38,1% выполнили удовлетворительно; 29,6% - медленно, но без нарушения равновесия; 18,3% - самостоятельно, медленно, но с нарушением равновесия; 11,2% - с помощью врача медленно, с нарушением равновесия; 2,8% - не смогли выполнить.

Тест «встать со стула без помощи рук и сесть снова» 30,9% выполнили удовлетворительно; 29,6% - медленно, но без нарушения равновесия; 16,9% - самостоятельно, медленно, но с нарушением равновесия; 9,9% - с помощью врача медленно, с нарушением равновесия; 12,7% - не смогли выполнить.

Тест «удержать равновесие в положении тандемного шага» 8,5% выполнили удовлетворительно; 19,8% - медленно, но без нарушения равновесия; 26,6% - самостоятельно, медленно, но с нарушением равновесия; 19,8% - с помощью врача медленно, с нарушением равновесия; 25,3% - не смогли выполнить.

Только 11,2% обследованных были способны поддерживать равновесие на правой и левой ноге более 10 секунд; 1,6% способны поддерживать равновесие на одной ноге более 10 секунд, на другой ноге – 5 секунд; 30,9%

способны поддерживать равновесие на правой и левой ноге в течение 5 секунд; 56,3% не способны удерживать равновесие.

С учетом данных комплекса функциональных тестов, у 87,2% обследованных был выявлен риск падений, а 7,04% пациентов уже имели в анамнезе переломы, обусловленные падениями.

В повышение риска падений у гериатрических больных значительный вклад может вносить сопутствующая патология сердечно-сосудистой и нервной систем, которая диагностирована у большинства обследованных. У каждого пациента зафиксировано от 3 до 11 хронических заболеваний. Так гипертоническая болезнь II-III стадии была отмечена у 95,7% пациентов, стенокардия напряжения 2-3 функционального класса у 18,3%, постинфарктный кардиосклероз у 5,6%, постоянная форма фибрилляции предсердий у 16,9%, хроническая СН у 38%, хроническая ишемия головного мозга у 74,6%, хроническая болезнь почек у 22,5 %, СД 2 типа у 19,7%, заболевания желудочно-кишечного тракта у 46,4%.

**Выводы.** Таким образом, у 87,2% пациентов пожилого и старческого возраста с суставной патологией выявлен риск падений. У данной группы пациентов дегенеративные заболевания суставов и позвоночника сочетаются с гипертонической болезнью, различными формами ИБС, ХИГМ и СД. Оценка суставной патологии и коморбидного фона у лиц пожилого и старческого возраста имеет большое клиническое значение для разработки мероприятий по снижению риска падений.

## ОЦЕНКА ФУНКЦИИ КИСТИ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Е.С.Полтырева,

С.Е.Мясоедова,

Н.Н.Пануева,

С.О.Фокичева,

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

*Ответственный за переписку (corresponding autor): Е. С. Полтырева, 89109802487, espo4@yandex.ru.*

**Введение.** Поражение кисти занимает особое место в клинической картине ревматоидного артрита (РА). При РА объем движений может быть ограничен до 45° и менее как при сгибании, так и при разгибании вплоть до развития анкилоза. Прогрессирование болезни со временем приводит к деструкции суставного хряща и костей, поражению связок и сухожилий и сопровождается гипотрофией межкостных мышц и мышц предплечий, что обуславливает нарушение функции кисти и является одной из главных причин инвалидности пациентов. В настоящее время, наряду с разработкой новых фармакологических подходов и схем, существенное внимание уделяется проблеме медицинской, профессиональной и социальной реабилитации больных РА.

**Цель.** Оценить степень нарушения функции кисти и предплечий у больных РА и определить эффективность лечебно-реабилитационных мероприятий для улучшения силы региональных мышц.

**Материалы и методы.** В исследование включены 24 пациента с достоверным РА, согласно критериям РА ACR/EULAR 2010г. (American College of Rheumatology/European League), в возрасте от 40 до 78 лет (средний возраст 62,92±9,51 лет) с длительностью основного заболевания 10,24±10,19 лет или 123,21±122,09 месяцев, госпитализированных в отделение реабилитации пациентов соматическими заболеваниями клиники

ИВГМА. 14 пациентов (58,33%) имели серопозитивный РА, 45,83% имели АЦЦП-позитивный РА. Большинство пациентов имели 2 степень активности (70,83%), 2 рентгенологическая стадия (58,33%), III ФК 70,83%. Индекс DAS 28 составил  $3,89 \pm 0,87$ , HAQ-DI –  $1,02 \pm 0,62$ . Ведущая рука – правая. Лечебно-реабилитационные мероприятия проводились в течение 12 дней и включали: ЛФК для увеличения подвижности суставов и укрепления мышц по 15-30 мин в день, занятия ЛФК в малой группе для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, занятия на кардиотренажерах Kardioded 700, физиолечение (лазеротерапия, ультрафонофорез с гидрокортизоном, магнитотерапия на область пораженных суставов). Всем пациентам в динамике проводилось измерение силы супинации предплечий с подсчетом процентной разницы на аппарате PrimusRS (BTE Technologies, США). Данный аппарат используется в диагностических и реабилитационных целях. Мы использовали аппарат в качестве диагностики статической и динамической выносливости отдельных мышечных групп при выполнении изолированных движений в суставах верхней конечности (супинация). Параллельно проводилась кистевая динамометрия, определение ревматоидного фактора (РФ) крови, субъективная оценка активности и боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценка качества жизни по шкалам EuroQol-5D и Health State. Группу сравнения составили 18 здоровых лиц без признаков РА в возрасте от 28 до 82 лет (средний возраст  $59,61 \pm 12,14$  лет). Ведущая рука – правая.

Результаты. У больных РА в отличие от группы сравнения была резко снижена сила супинации левого ( $5,6 \pm 4,18$  и  $8,19 \pm 2,82$  Нм,  $p=0,03$ ) и правого предплечий ( $5,07 \pm 2,78$  и  $7,8 \pm 2,64$  Нм,  $p=0,00$ ). Процентная разница силы супинации между правой и левой рукой была значительно выше у больных РА ( $36,3 \pm 23,93$  и  $15,84 \pm 13,84\%$ ,  $p=0,00$ ). Выявлена обратная зависимость между процентной разницей супинации между руками и активностью РА по DAS 28 ( $r=-0,55$ ,  $p<0,05$ ), ее степенью ( $r=-0,43$ ,  $p<0,05$ ), числом болезненных суставов ( $r=-0,5$ ,  $p<0,05$ ), серопозитивностью ( $r=-0,41$ ,  $p<0,05$ ) и уровнем РФ крови ( $r=-0,41$ ,  $p<0,05$ ). После проведения лечебно-реабилитационных

мероприятий супинация правого предплечья достоверно усилилась до  $7,01 \pm 3,34$  Нм ( $p=0,01$ ), а процентная разница силы супинации уменьшилась до  $20,7 \pm 19,18$  Нм ( $p=0,01$ ), что достоверно не отличалось от группы сравнения по обоим показателям ( $p=0,09$  и  $p=0,13$  соответственно). Сила супинации левого предплечья при выписке оставалась достоверно ниже группы сравнения ( $5,94 \pm 2,48$  и  $8,19 \pm 2,82$ ,  $p=0,02$ ). Показатели силы супинации предплечий в одноименных конечностях коррелировали с показателями динамометрии в правой и левой руках соответственно при выписке из стационара ( $r=0,62$  и  $r=0,69$ ,  $p<0,05$ ). Положительная динамика данных показателей была сопряжена с достоверным снижением индекса DAS 28 ( $3,89 \pm 0,87$  и  $3,74 \pm 0,86$ ,  $p=0,03$ ), HAQ-DI ( $1,02 \pm 0,62$  и  $0,86 \pm 0,65$ ,  $p=0,01$ ), оценкой больным состояния здоровья по ВАШ ( $44,61 \pm 20,17$  и  $35,52 \pm 22,85$ ,  $p=0,03$ ), а также боли по ВАШ ( $48,11 \pm 21,8$  и  $31,89 \pm 24,05$ ,  $p=0,00$ ), улучшением качества жизни по шкалам EuroQol-5D ( $6,17 \pm 3,16$  и  $4,75 \pm 2,82$ ,  $p=0,01$ ) и Health State ( $56,25 \pm 16,1$  и  $69,17 \pm 17,24$ ,  $p=0,00$ ).

Выводы. Больные РА в сравнении с лицами без РА имеют более низкую силу супинации обоих предплечий, особенно правого. Процентная разница при поступлении была высокой, однако выявленная обратная зависимость с показателями хронического воспаления свидетельствует о том, что разница между обеими руками снижается по мере возрастания активности РА. Комплекс реабилитационных мероприятий эффективен в отношении улучшения функции кистей за счет увеличения силы региональных мышц. Положительная динамика отмечается на фоне улучшения функционального статуса, улучшения общего состояния, уменьшения боли и сопровождается повышением качества жизни.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ**

В.В. Писарев

ФГБОУ ВО "Ивановская государственная медицинская академия" МЗ РФ,  
153000, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

Ответственный за переписку (corresponding autor) В.В. Писарев (4932)37-03-16, E-mail: [drpisarev@mail.ru](mailto:drpisarev@mail.ru)

Диафизарные переломы костей голени являются одними из наиболее распространенных повреждений, достигая 10% всех повреждений костей скелета. В настоящее время остается актуальным вопрос о способе фиксации перелома в зависимости от варианта повреждения кости, степени травмирования мягких тканей.

**Цель** – изучить результаты оперативного лечения диафизарных переломов костей голени при внутрикостном блокированном остеосинтезе.

### **Материалы и методы**

Обследовано 122 пациентов с консолидированными диафизарными переломами костей голени, которым выполнялась закрытая репозиция, внутрикостный блокированный остеосинтез без рассверливания костномозгового канала. Согласно АО классификации переломов обследуемые разделены на 3 группы. В первую группу вошло 56 пациентов с переломами типа А, во вторую 38 пациента с переломами типа В, в третью 28 пациентов с переломами типа С. Группа сравнения 20 практически здоровых лиц. Группы сопоставимы по основным параметрам исследования.

Оценка результатов проводилась путем анкетирования, применялся опростник SF – 36, анализа амбулаторных карт, карты изучения исходов переломов, выполнения реовазографии, электронейромиографии.

### **Результаты**

Оценка качества жизни по опростнику SF-36 у пациентов с переломами костей голени через 2 года после оперативного лечения, свидетельствуют, что изучаемые параметры были достоверно ниже чем в контрольной группе

только у обследуемых 3 группы (переломы типа С) ( $p < 0,05$ ). В 1 и 2 группах величина параметров качества жизни не отличалась от значений группы контроля ( $p > 0,05$ ).

Оценка по карте исходов лечения показала, что в группах между типами переломов имеется достоверная разница. Количество баллов у больных с переломами типа А и В достоверно больше аналогичного значения типа С ( $p < 0,05$ ). Снижения результатов при остеосинтезе стержнями обусловлено наличием боли у 80% пациентов. Чаще всего она локализовалась в области коленного сустава, что связано с операционной травмой данного участка конечности. В 38% случаев в отдаленные сроки лечения сохранялись нарушения венозного оттока в виде отеков поврежденной голени.

Установлено, что сроки нетрудоспособности в группах с переломами типа А и В достоверно меньше чем в группе с переломами типа С ( $p < 0,05$ ).

По данным реовазографии показатель пульсового объема крови в отдаленные сроки лечения переломов костей голени методом внутрикостного остеосинтеза с блокированием имеет достоверные отличия в группе с переломами типа С на поврежденной конечности от значений группы контроля ( $p < 0,01$ ). При переломах типа А уровень кровотока аналогичный группе контроля. Полученные данные реовазографии поврежденной конечности сопоставимы с результатами опросника SF – 36 по шкале физической активности, имеется прямая корреляционная связь между этими показателями ( $r = + 0,85$ ;  $p < 0,01$ ).

Максимальная амплитуда интерференционной кривой, характеризующая сократительную способность мышечной ткани, оказалась достоверно ниже ( $p < 0,01$ ) с икроножной мышцы оперированной голени у обследуемых с переломами типа С, по отношению к переломам типа А и В.

## **Выводы**

1. У пациентов с переломами костей голени типа А и В оперированных методом блокированного остеосинтеза в отдаленные сроки

наблюдения функциональные показатели поврежденной конечности восстанавливаются до границ нормальных значений.

2. У пациентов оперированных по поводу переломов костей голени типа С методом блокированного остеосинтеза в отдаленные сроки после окончания лечения функциональные показатели поврежденной конечности ниже границ нормальных значений, что приводит к изменению психологической компоненты здоровья.

## **ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

В.В. Писарев

ФГБОУ ВО "Ивановская государственная медицинская академия" МЗ РФ,  
153000, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

Ответственный за переписку (corresponding autor) В.В. Писарев (4932)37-03-16, E-mail: [drpisarev@mail.ru](mailto:drpisarev@mail.ru)

**Актуальность.** Переломы пилона (дистального метаэпифиза большеберцовой кости) составляют 5–7% (до 10%) от всех повреждений большеберцовой кости, 10% всех переломов голени и 1% от всех переломов нижних конечностей. Частота раневых осложнений колеблется в среднем 11–14%, глубоких нагноений – от 2,5 до 10%. При данных переломах наблюдается раннее развитие посттравматического деформирующего артроза в 60–80% случаев, возникновение стойких контрактур – 29–50% и деформаций суставов 12–20%. У 62,5% пострадавших регистрируются неудовлетворительные результаты лечения.

**Цель** – оценить тактику хирургического лечения переломов дистального метаэпифиза большеберцовой кости.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ 51 историй болезни пациентов, проходившие лечение в травматологическом отделении ОБУЗ «Ивановский госпиталь ветеранов войн», за период 2012–2017 гг с

переломами дистального отдела костей голени. Средний возраст пациентов составил  $44,6 \pm 1,84$  года, в исследовании было 20 женщин и 31 мужчина. В ходе проводимого исследования анализировалась частота встречаемости изучаемых переломов, распределение переломов по универсальной классификации переломов (AO/ASIF), влияние сроки выполнения остеосинтеза на количество послеоперационных осложнений и длительность лечения в стационаре. Проанализированы виды остеосинтеза переломов дистальных метафизов костей голени.

Статистическая обработка данных производилась с помощью программы Microsoft Excel 2016.

**Результаты и их обсуждения.** Общее количество больных с переломами длинных трубчатых костей пролеченных в ОБУЗ «Ивановский госпиталь ветеранов войн» за 2012 -2017 годы составило 4117 пациентов из них с переломами дистального метафиза большеберцовой кости 51 пациент или 1,2%. Общее количество больных с переломами костей голени за 2012 -2017 годы составило 1598 пациентов из них с переломами дистального метафиза большеберцовой кости 51 пациент или 3,2%.

17 больных (33%) оперированы в день травмы, одноэтапное хирургическое лечение. Выполнение остеосинтеза переломов дистального метафиза в течении 48 часов после травмы является по мнению ряда авторов многообещающим подходом к лечению данного повреждения, позволяющим уменьшить частоту послеоперационных осложнений и улучшить отдаленные результаты лечения. Средняя продолжительность лечения в стационаре у данных пациентов составила  $11 \pm 0,44$  дня. 50% пациентов оперированных в первые двое суток после травмы имели переломы типа В и С (AO/ASIF).

Остальные 67% больных проходили двухэтапное хирургическое лечение, принятое в большинстве клиник страны. Первым этапом больным накладывалось скелетное вытяжение, на котором они находятся до улучшения состояния мягких тканей в области перелома. Вторым этапом выполняется остеосинтез. Средняя продолжительность предоперационного

периода у них составила –  $5,8 \pm 0,54$  дня. Средняя продолжительность лечения в стационаре у данных пациентов составила  $14,7 \pm 0,42$  дня. У трех больных в раннем послеоперационном периоде наблюдалось развитие послеоперационных осложнений. У двоих это были некрозы кожи области послеоперационной раны, у одного глубокое нагноение в зоне повреждения.

Выявлено, что средняя продолжительность лечения в стационаре у пациентов, которым остеосинтез выполнен в первые 48 часов с момента травмы достоверно меньше, чем у исследуемых с двухэтапным хирургическим лечением ( $p < 0,05$ ). Частота развития осложнений в 3 раза выше при отсроченном остеосинтезе.

Основным методом лечения изучаемых переломов была открытая репозиция остеосинтез большеберцовой кости пластиной с угловой стабильностью, анатомически предмоделированной (LCP). Данный вид остеосинтеза применялся у 50% пациентов. 12 пациентам по поводу аналогичного перелома остеосинтез выполнялся T или L-образными пластинами. У 6 пациентов с переломами типа C1 и B при остеосинтезе применялись только губчатые винты диаметром 4 и 6,5 мм. При оперативном лечении 4 больных использовали пластину «Лист клевера». 4 больным с переломами типа A выполнялся внутрикостный остеосинтез с блокированием.

У 43 пациентов перелом дистального метаэпифиза большеберцовой кости сопровождался переломом малоберцовой кости на различных уровнях. Большинство переломов малоберцовой кости располагалось в области её нижней трети и наружной лодыжки. При сочетании перелома дистального метафиза большеберцовой кости и наружной лодыжки у 24 обследуемых, выполнялся накостный остеосинтез обоих переломов. Отсутствие фиксации малоберцовой кости в послеоперационном периоде требовало более длительной иммобилизации голеностопного сустава в гипсовой повязке. При фиксации обеих переломов гипсовая лонгета применялась до снятия швов, для покоя поврежденных тканей после оперативного их повреждения.

Распределение по универсальной классификации (АО/ASIF) выявило, что наибольшее количество пациентов проходило лечение с оскольчатыми внутрисуставными переломами дистального метафиза большеберцовой кости типа С (44%), 26% с переломами типа В и 30% с переломами типа А.

**Заключение.** Остеосинтез у пациентов с переломами дистального отдела большеберцовой кости выполненный в первые 48 часов после травмы позволяет уменьшить количество ранних послеоперационных осложнений и уменьшить длительность нахождения больных в стационаре.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ОСТЕОПОРОЗА И ПЕРЕЛОМОВ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

О.А. Рубцова, врач-ревматолог

С.Е. Мясоедова, доктор медицинских наук, профессор

ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»

Минздрава России, 153012, Россия, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

Ответственный за переписку: Мясоедова С.Е., [msemee@mail.ru](mailto:msemee@mail.ru), тел.

**Введение.** Остеопороз (ОП) – заболевание скелета, характеризующееся снижением прочности костной ткани и повышением риска переломов вследствие уменьшения минеральной массы и плотности кости, изменением качества кости из-за нарушения микроархитектоники, накопления микроповреждений, нарушения минерализации и скорости ремоделирования костной ткани. (Дыдыкина И.С., Алексеева Л.И., 2011). ОП является не только самостоятельным заболеванием, но и осложнением многих ревматологических заболеваний, чаще ревматоидного артрита (РА). РА - аутоиммунное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом (синовитом) и системным поражением внутренних органов (Насонов Е.Л., 2012). В современной литературе многие авторы уделяют внимание изучению факторов риска (ФР) развития ОП и переломов. Их условно разделяют на две группы: связанные с РА и не зависящие от него. Однако не выявлены

особенности структуры факторов риска переломов и ОП при РА, а также их возрастные особенности.

**Цель исследования.** Выявить структуру ФР ОП и переломов при РА, а также определить их возрастные особенности.

**Материалы и методы.** Обследованы 104 женщины с РА средний возраст составил  $58,8 \pm 8,83$  лет, преимущественно с серопозитивным РА (71,2%), 1-2 степенью активности (86,5%), II рентгенологической стадией (82,7%), I-II функциональным классом (90,4%). Длительность заболевания составляла  $8,28 \pm 9,09$  лет. Группу сравнения: 86 женщин без признаков РА, сопоставимые по возрасту с основной группой. Минеральную плотность костной ткани (МПКТ) и композиционного состава тела определяли с помощью аппарата Lunar Prodigy (General Electric). Оценка факторов риска переломов и падений, повышенный риск падений выполнялась по рекомендациям Российской ассоциации по остеопорозу (2012). С помощью модели FRAX оценивался риск основных остеопоротических переломов и переломов проксимального отдела бедра. Статистическая обработка материала выполнена с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

**Результаты.** С учетом данных денситометрии и наличия малотравматичных переломов в анамнезе ОП был выявлен у 38 пациенток (35,8%) с РА и у 18 женщин (20,9%) в группе сравнения. Следовательно, ОП у женщин с РА встречался в 1,7 раза чаще, чем в контрольной группе ( $\chi^2=5,12$ ;  $p=0,02$ ). Показатели МПКТ в проксимальном отделе бедра были достоверно ниже ( $p<0,05$ ), в поясничном отделе позвоночника не отличались от группы сравнения.

Наиболее тесно МПКТ в позвоночнике, шейке бедра, бедре положительно коррелировала с массой тела ( $r=0,4$ ;  $r=0,4$ ;  $r=0,5$  соответственно) и клиренсом креатинина ( $r=0,4$ ;  $r=0,4$ ;  $r=0,4$ ). Получены отрицательные корреляционные связи МПКТ в соответствующих областях с длительностью менопаузы ( $r=-0,3$ ;  $r=-0,45$ ;  $r=-0,3$ ). При этом МПКТ в области

поясничного отдела позвоночника обратно коррелировала также с показателями FRAX ( $r=-0,5$ ) и количеством падений за последний год ( $r=-0,27$ ), а МПКТ шейки бедра с наличием у пациента головокружений ( $r=-0,28$ ) и приемом антиостеопоротической терапии ( $r=-0,2$ ). МПКТ в бедре связана с ИЖМ ( $r=0,5$ ), ИТМ ( $r=0,33$ ), обратная корреляция получена с показателями FRAX ( $r=-0,8$ ). По результатам регрессионного анализа наиболее значимыми показателями, связанными с МПКТ в позвоночнике являются риск основных остеопоротических переломов по FRAX ( $B=-0,076$ ;  $p=0,02$ ) и длительность менопаузы ( $B=-0,045$ ;  $p=0,047$ ); с МПКТ в шейке бедра – длительность менопаузы ( $B=-0,031$ ;  $p=0,01$ ); с МПКТ в бедре - риск основных остеопоротических переломов по FRAX ( $B=-0,051$ ;  $p=0,018$ ) и масса тела ( $B=0,036$ ;  $p=0,013$ ).

Среди ФР развития ОП и переломов у больных РА наиболее часто встречались: низкое потребление кальция с пищей (98,2%), низкая физическая активность (85,7%), низкая МПКТ (74,5%).

У пациентов РА в 2,5 раза чаще, чем в группе сравнения выявлялись низкоэнергетические переломы. Первое место по частоте встречаемости занимают переломы луча в типичном месте (13%), которые встречались достоверно чаще, чем в группе сравнения ( $\chi^2=4,81$ ;  $p=0,028$ ), второе - переломы малоберцовой кости (3,57%). Значительно реже встречались переломы тел позвонков (1,8%), плечевой кости (0,9%), шейки бедра (0,9%), V пястной кости (0,9%), плюсневой кости (0,9%). Обращают на себя внимание особенности структуры переломов при РА: отмечены единичные переломы плечевой кости и шейки бедра у женщин в возрасте 58-63 лет, характерные для сенильного ОП.

У женщин с РА по сравнению с лицами без РА был выше риск основных остеопоротических переломов ( $p<0,05$ ) и 10-летний риск переломов бедра по FRAX ( $p<0,05$ ).

Для определения возрастных особенностей ФР ОП и переломов пациентки с РА были разделены на три группы:  $\leq 50$  лет, 51-60 лет и  $> 60$  лет.

Установлено, что с увеличением возраста увеличивались длительность РА, число больных с остеопоротическими переломами в анамнезе, риск основных остеопоротических переломов и переломов шейки бедра по FRAX. Также отмечено снижение СКФ, Т- критерия в позвоночнике и шейки бедра. При этом для каждой возрастной категории характерны определенные особенности ФР ОП и переломов: у женщин в возрасте до 50 лет получены корреляции МПКТ с приемом препаратов кальция и витамина D ( $r=0,67$ ), дозой метотрексата ( $r=0,6$ ), что, очевидно, косвенно отражало влияние активности РА; в 51-60 лет – со скоростью клубочковой фильтрации ( $r=0,39$ ), ФР падений ( $r=-0,41$ ), ФК ( $r=-0,47$ ); старше 60 лет - со скоростью клубочковой фильтрации ( $r=0,32$ ), длительностью менопаузы ( $r=-0,42$ ), длительностью утренней скованности ( $r=-0,31$ ) и выраженностью боли по ВАШ ( $r=-0,27$ ).

### **Выводы**

1. МПКТ у больных РА в сравнении с контрольной группой в области шейки бедра достоверно ниже. ОП у них встречался в 1,7 раза, а остеопоротические переломы в 2,5 раза чаще. Среди женщин с РА 58-63 лет выявлены переломы плечевой кости и шейки бедра, характерные для сенильного ОП. Самыми частыми ФР развития ОП и остеопоротических переломов являлись низкое потребление кальция с пищей, низкая физическая активность и снижение МПКТ, что необходимо учитывать при работе с больными РА.

2. С возрастом и увеличением длительности РА нарастают частота остеопоротических переломов, риск их развития по FRAX, снижается МПКТ как в области поясничного отдела позвоночника, так и в области бедра. Количество ФР переломов возрастает с возрастом, особенно после 50 и 60 лет. Для каждой возрастной категории характерны определенные ФР переломов и ОП, что предполагает дифференцированный подход к профилактике.

# **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКИХ СИНОВИТОВ С МНОГОЯДЕРНЫМИ ГИГАНТСКИМИ КЛЕТКАМИ В ПРАКТИКЕ МОРФОЛОГА.**

Л.А. Семенова,

В.А. Хоменко,

А.П. Хапилин

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение

«Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»<sup>1</sup> 107564

г.Москва, Яузская аллея, д.2

Федеральный научно-клинический центр специализированных видов

медицинской помощи и медицинских технологий ФМБА России <sup>2</sup> 115682, г.

Москва, Ореховый бульвар д. 28

Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-

исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой» <sup>3</sup> 115522,

Москва, Каширское шоссе, дом 34А *Ответственный за переписку*

*(corresponding autor): Л. А. Семенова, телефон +7 905 794 98 22, e-mail.*

*lu.kk@yandex.ru*

**Цель исследования.** Изучить морфологические особенности хронических синовитов различного генеза с наличием гигантских многоядерных клеток для оптимизации диагностики, достоверной верификации патологического процесса.

**Материал и методы.** Просмотрены гистологические препараты 119 пациентов с клиническим диагнозом хронического синовита. Синовиальная оболочка была окрашена гематоксилином и эозином, по ван Гизон, Малори, Циль-Нильсену.

**Результаты.** При гистологическом исследовании большинство хронических синовитов в своем клеточном составе содержали многоядерные гигантские клетки, которые сопровождали целый ряд патологических процессов. Среди них: хронический воспалительный процесс без определенных признаков специфичности - 18; гигантоклеточная опухоль –

17; синовит с гигантоклеточной реакцией рассасывания инородного материала - 4; по 2 наблюдения туберкулез, ревматологические заболевания (ревматоидный артрит, системная красная волчанка) соответственно; микрокристаллически артропатия (подагра) – 1; остальные заключения носили описательный характер, без уточнения нозологической принадлежности.

**Хронический воспалительный процесс** без определенных признаков специфичности был представлен очагами некроза, преимущественно фибриноидного (как свежего, так и старого), воспалительной инфильтрацией смешанного характера и немногочисленными многоядерными макрофагами фагоцитарного типа. Были обнаружены гипертрофированные, пролиферирующие синовиоциты (симпласты), напоминающие гигантские многоядерные клетки.

**Гигантоклеточная опухоль** состояла из полиморфного клеточного состава: синовиоцитов, гистиоцитов, лимфоцитов, многоядерных гигантских, пенистых и ксантомных клеток. Некротические изменения отсутствовали. Внутри- и внеклеточно обнаружены включения и скопления гемосидерина.

**Синовит с гигантоклеточной реакцией** - выявлена выраженная макрофагальная реакция с большим количеством многоядерных гигантских фагоцитов. Последние содержали крупные вакуоли, в составе которых можно было видеть фрагменты/ частицы инородного материала. Местами скопления многоядерных макрофагов формировали характерные гранулемы инородных тел. Имело место воспалительная инфильтрация смешанного характера, без некротических изменений. В ряде случаев можно было наблюдать формирование грануляционной ткани разной степени зрелости, в том числе и с признаками выраженного фиброза.

**При туберкулезном воспалении** в структуре синовиальной оболочки были видны характерные очаги казеозного некроза. Казеозный некроз сопровождался клеточной инфильтрацией с преобладанием нейтрофильных

лейкоцитов (острый процесс) или организацией в виде выраженного фибрирования очага инфекции (заживление). Перифокально в синовии можно было наблюдать разновеликие, сливающиеся между собой эпителиоидно-клеточные гранулемы с признаками некроза или без него. В составе гранулем присутствовали немногочисленные многоядерные макрофаги типа инородных тел и характерные клетки Пирогова-Лангганса. Гранулемы были окружены «валом» лимфоидных элементов различной степени выраженности. Вместе с тем, при окраске по Циль-Нильсену кислотоустойчивые микобактерии выявлены не во всех случаях туберкулезного синовита.

Гигантские многоядерные клетки **при ревматоидном артрите** обнаружены при длительно текущем заболевании в его развернутой стадии (анамнез). Синовиальная оболочка утолщена за счет гипертрофии и гиперплазии ворсинчатых структур. Выявлена характерная выраженная палисадообразная пролиферация кроющих синовиоцитов в виде «частокола» с примесью единичных многоядерных гигантских клеток. Строма синовии инфильтрирована воспалительным лейко-лимфоцитарным инфильтратом. Одновременно наблюдали очаговый ангиоматоз и продуктивные васкулиты реактивного генеза.

**Подагра** была представлена очагами-тофусами аморфно-кристаллических отложений в строме синовиальной оболочки с инфильтратом из лимфоцитов, макрофагов, гигантских многоядерных клеток инородных тел, фибробластов - по периферии.

### **Заключение**

Гигантские многоядерные клетки встречаются при многих патологических процессах в синовиальной оболочке, что требует:

- 1.определения характера макрофагальной реакции в каждом конкретном случае;
- 2.структурных особенностей многоядерных клеток;
- 3.возможности формирования с их участием гранулем разного типа.

При изучении операционного и биопсийного материала рекомендуем применять как минимум три окраски: гематоксилином и эозином (обзорная), по ван Гизон и Малори (фибрин, характер некроза). При подозрении на туберкулезный характер воспалительного процесса необходима окраска по Циль-Нильсену.

Врачам общей практики, травматологам-ортопедам при оценке морфологического исследования необходимо учитывать результаты дополнительного окрашивания, клеточный состав, соотношение клеток в зоне воспалительного процесса, что может способствовать определению дифференциально-диагностического ряда, выбору метода лечения, программы последующей реабилитации и дальнейшего прогноза.

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХТЕРЕВА.**

Л.А. Уколова,

Л.А. Богодерова

В.Е. Бондаренко

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава Российской Федерации, 630091, Новосибирск, Красный просп., д.  
52. О.С. Шубина, кандидат медицинских наук,

ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая  
больница», 630071, Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130. , ГБУЗ  
НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»,  
630071, Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130.

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский университет»  
Минздрава Российской Федерации, 630091, Новосибирск, Красный просп., д.  
52.

*Ответственный за переписку: Л.А. Богодерова, 8-983-315-3949, e-mail*  
[bogoderova\\_okb@mail.ru](mailto:bogoderova_okb@mail.ru), Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, д. 130

**Актуальность.** Анкилозирующий спондилоартрит (АС) - заболевание с существенными медицинско-социальными последствиями. Ранний дебют и неизбежное прогрессирование заболевания приводят к профессиональной непригодности пациентов и ограничивают их повседневную деятельность, что в сочетании с низкой эффективностью лечения на поздних стадиях болезни приводит к психо-социальным проблемам, ухудшению качества жизни. Опосредованное воздействие болезни на личность в виде психологических переживаний пациентом своего состояния приводит к возникновению психосоматических расстройств, которые ухудшают приверженность больных к лечению и оказывают негативное влияние на прогноз. В таком случае лечение пациента выходит за рамки компетенции врача ревматолога.

**Цель исследования.** 1. Определить ведущие личностные черты пациентов с АС.

2. Выявить превалирующие типы отношения к болезни у пациентов с АС.

3. Изучить корреляционные связи между длительностью заболевания и развитием отдельных типов отношения к болезни.

**Материалы и методы.** На базе ревматологического отделения ГНОКБ и ревматологического кабинета КДП были обследованы и проанкетированы 26 человек с верифицированным диагнозом АС за период с 1.10.2017 по 10.02.2018. При обследовании и анкетировании были использованы: отечественная рабочая классификация АС 2013 года, опросник Мини-смил тест, личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Статистическая обработка проводилась с помощью программы Excel 2010.

**Результаты и обсуждения.** Среди 26 пациентов с диагнозом АС 20 - мужчины, 6 - женщины. 35% пациентов с поздней стадией АС. Средний возраст мужчин  $39.1 \pm 8.8$ , средний возраст женщин  $41 \pm 8.5$ . Длительность заболевания у мужчин  $10.6 \pm 5.1$ , у женщин  $12 \pm 8.5$ . Средний возраст дебюта у мужчин  $27 \pm 4.5$ , у женщин  $29 \pm 3.6$ . Личностные черты у мужчин по

результатам Мини-смил: эмоциональная незрелость, отсутствие критики к своему состоянию – 65%, ипохондричность - 60%, повышенная тревожность – 50%, импульсивность 25%, подозрительность 15%. У женщин: ипохондричность- 66%, импульсивность– 50%, стремление подчеркнуть мужественность – 100%, состояние тревоги – 66%, депрессия 33%. Встречаемость типов отношения к болезни по результатам ЛОБИ у мужчин: неврастенический 40%, паранойяльный 30%, обсессивно-фобический 25%, сенситивный 20%, гармоничный 10%. У женщин: сенситивный 83.3%, ипохондрический 50%, неврастенический 50%, эргопатический 16%. Корреляция между длительностью заболевания у мужчин и неврастеническим типом отношения к болезни ( $p<0.05$ ), ( $r=-0.51$ ). Корреляция между длительностью заболевания у мужчин и паранойяльным типом отношения к болезни ( $p<0.05$ ) ( $r=0.53$ ).

**Выводы:** 1. Диагноз АС устанавливается поздно, особенно у женщин - через 9.4 года от начала заболевания, у мужчин – через 7.6 лет. 2. Непрерывный режим дозирования НПВП отмечался только у пациентов в поздней стадии заболевания. 3. Ведущие личностные черты у мужчин - отсутствие критики к своему состоянию, ипохондричность, тревожность. У женщин – ипохондричность, импульсивность. 4. Превалирующие типы отношения к болезни у мужчин - неврастенический, паранойяльный, у женщин – сенситивный, ипохондрический. 5. У мужчин выявлена статистически значимая отрицательная корреляция между длительностью заболевания и неврастеническим типом отношения к болезни и статистически значимая положительная корреляция между длительностью заболевания и паранойяльным типом отношения к болезни. 6. Поздняя постановка диагноза и несвоевременное назначение базисной терапии НПВП приводит к возникновению психосоматических расстройств у больных АС. 7. Абсолютному большинству (92%) обследованных пациентов показана психокоррекция с участием в ведении больного психотерапевта с

использованием следующих методов: рациональная разъяснительная психотерапия, аутодидактика, гештальт терапия, групповая психотерапия.

## **КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК.**

С.Н.Хорошков

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 127473, г.

Москва, ул. Делегатская, д.20, стр. 1

*Ответственный за переписку (corresponding autor): С.Н.Хорошков,*

*тел: 8-916-181-47-73, e-mail: [Khoroshkov@yandex.ru](mailto:Khoroshkov@yandex.ru)*

**Цель.** Улучшить результаты консервативного лечения пациентов с переломами лодыжек, с учетом внедрения в клиническую практику новых технологий его проведения, основываясь на новой концепции развития консервативного метода лечения пациентов с переломами лодыжек.

**Материал и методы.** Больные с переломами лодыжек, которым проводилось функциональное консервативное лечение, при котором восстановление опорной и двигательной функции поврежденного голеностопного сустава происходит одновременно, распределились по типу повреждения следующим образом: переломы типа А – 4 (1,6%) пациента, чрессиндесмозные повреждения тип В -180 (74,1%) больных, надсиндесмозные повреждения тип С у 59 (14,3%).

### **Обсуждение и результаты.**

Активное внедрение открытой репозиции и внутреннего остеосинтеза при лечении пациентов с переломами лодыжек в арсенал технических средств российских травматологов сопровождается тем, что в настоящее время наблюдается общая тенденция предпочтения оперативных методов консервативным, и даже в тех случаях, когда существует выбор. Один из весомых аргументов в пользу оперативного лечения является улучшение качества жизни пациента в постоперационном периоде, поскольку ему не

будут накладывать гипсовую повязку. Этот аргумент порой возводится в ранг абсолютного показания. Больному не разъясняют, что закрытый перелом во время операции переводят в открытый, и любое инфекционное осложнение может закончиться остеомиелитом. Кроме того, пациенту не избежать повторного вмешательства для удаления фиксирующих металлоконструкций.

Личный многолетний опыт консервативного лечения пациентов с переломами лодыжек, позволил сформулировать три основных положения предлагаемой новой концепции развития консервативного метода лечения пациентов с переломами лодыжек.

Первое положение - от иммобилизации переломов лодыжек в накладываемых гипсовых или полимерных повязках, в которых точки (площадки) фиксации не определены, следует перейти к их стабилизации. По новой технологии стабилизации перелома лодыжек гипсовыми или полимерными повязками в них целенаправленно следует формировать точки (площадки) фиксации отломков лодыжек, расположенные на разных уровнях поврежденного сегмента конечности «голень-стопа».

Второе положение - от ручной репозиции переломов лодыжек следует перейти к аппаратной. Для проведения закрытой репозиции и внешней фиксации в накладываемых гипсовых или полимерных повязках на более высоком технологическом уровне, следует шире использовать средства малой механизации (аппараты). Аппараты позволяют унифицировать физические возможности травматологов, производить закрытую репозицию отломков лодыжек и одновременно формировать на разных уровнях в накладываемых затвердевающих гипсовых или полимерных повязках точки (площадки) фиксации.

Третье положение - восстановление опорной и двигательной функции поврежденного сегмента конечности «голень-стопа» в накладываемых гипсовых или полимерных повязках следует проводить одновременно, в

иммобилизационный период лечения, а не постиммобилизационный как принято при традиционном лечении.

В решении проблем консервативного лечения пациентов с переломами лодыжек мы исходили из следующего биомеханического положения - сколько возможно нормальных поступательных и вращательных движений таранной кости в неповрежденном голеностопном суставе, столько будет таких же по направлению ее травматических смещений отломков при повреждении. Это диктует в каждом конкретном случае индивидуальную тактику лечения, направление выполнения закрытой репозиции отломков, варианты выполнения внешней фиксации перелома лодыжек гипсовыми и полимерными повязками при консервативном лечении. Взаимное воздействие отломков относительно друг друга в области перелома, зависит в большей степени от биомеханической характеристики отломков, составляющих тот или иной перелом, а не только от анатомических особенностей поврежденного сегмента, от варианта накладываемых повязок, их длины, формы.

Знание основ биомеханической концепции фиксации отломков позволяет оптимизировать рычаговое воздействие на отломки для достижения их сопоставления и разработать условия нейтрализации рычаговых свойств отломков средствами стабилизации. С биомеханической точки зрения наложенная на поврежденный сегмент конечности «голень-стопа» гипсовая или полимерная повязка «сапожок» подразумевает создание «точек» (площадок) фиксации в ней, которые опосредованно, через окружающие их мягкие ткани, препятствуют смещению длинных отломков, нейтрализуя их рычаговые свойства.

Поэтому диагностика переломов лодыжек, а также выбор метода и способа их лечения нами выстроена не только на классификации переломов длинных костей, основывающейся на анатомическом признаке, а также с учетом классификации независимых направлений движения таранной кости

при переломах лодыжек и анатомо-биомеханической классификации переломов длинных костей.

По разработанной новой технологии проведения стабилизации переломов лодыжек гипсовыми и полимерными повязками врач должен планировать уровни фиксации каждого «отломка» поврежденного сегмента конечности, образующего перелом, расположение «точек» (площадок) фиксации, как на выбранных уровнях, так и между ними, уметь правильно их сформировать в зависимости от направления смещения отломков и биомеханической характеристики перелома.

Качество получаемого стандартного результата при консервативном лечении пациентов с переломами лодыжек, непосредственно зависит от соблюдения принятой технологии, при проведении закрытой репозиции отломков и стабилизации переломов гипсовыми или полимерными повязками.

*Первое условие.* При проведении закрытой репозиции перелома, необходимо пространственное закрепление поврежденного сегмента конечности.

*Второе условие.* Необходимо найти в объеме поврежденного сегмента «точку» отсчета, относительно которой репозируется перелом. Не условно, а реально, создать ее стабильную фиксацию, максимально приближенную к области перелома, относительно которой и будет производиться репозиция.

*Третье условие.* При проведении закрытой репозиции перелома необходимо дистальный и проксимальный костные фрагменты поврежденного сегмента конечности удерживать в функционально выгодном для репозиции положении и нейтрализовать действующую на них силу тяжести.

*Четвертое условие.* При закрытой репозиции отломков необходимо учитывать возможность выигрыша в моменте прилагаемых сил за счет длины плеча отломков относительно зоны перелома. При этом направление «точек» (площадок) приложения репозирующих усилий на поврежденный сегмент

конечности должно быть строго перпендикулярно к продольной оси поврежденного сегмента конечности.

*Пятое условие.* При выполнении стабилизации переломов гипсовыми или полимерными повязками выбор числа уровней и количество сформированных на этих уровнях «точек» (площадок) фиксации должны планироваться хирургом с учетом биомеханической характеристики конкретного перелома - размеров каждого отломка сломанной кости и их рычаговых свойств.

*Шестое условие.* Проведение стабилизации при переломах зависит от максимального уменьшения «лишнего» пространства между отломками и накладываемой гипсовой или полимерной повязкой на всех необходимых выбранных уровнях их фиксации, включая местное устранение посттравматического отека и гематомы на этих уровнях.

*Седьмое условие.* Каждый проксимальный и дистальный «отломок-тело» при переломе следует стабилизировать в накладываемой гипсовой или полимерной повязке минимум тремя «точками» (площадками) фиксации, не лежащими на одной прямой, которые следует формировать как на выбранных уровнях фиксации, так и между ними. При этом следует помнить, чем дальше друг от друга находятся три «точки» (площадки) фиксации отломка, не лежащие на одной прямой, тем его положение устойчивее, а рычаговое воздействие на отломки менее эффективно.

*Восьмое условие.* «Точки» (площадки) фиксации в гипсовой или полимерной повязке на всех выбранных уровнях фиксации отломков должны закладываться только в затвердевающую повязку с усилием несколько большим, чем необходимо для репозиции, формироваться над анатомическими костными образованиями, лежащими под минимальной толщиной мягких тканей.

*Девятое условие.* При лечении пациентов с переломами лодыжек следует использовать принцип функциональной стабилизации, при котором в наложенной повязке вначале блокируют движения ближайших от зоны

перелома суставов - голеностопного и суставов стопы, а затем поэтапно разблокируют.

*Десятое условие.* Восстановление опорной и двигательной функций поврежденного сегмента конечности «голень-стопа» при переломах лодыжек должно происходить одновременно еще в наложенной гипсовой или полимерной повязке, то есть в иммобилизационный период лечения, а не постиммобилизационный - после ее снятия.

Результаты функционального консервативного метода лечения больных с переломами лодыжек изучены у 154 (63,4%) больных из 243, у которых при поступлении выявлено смещение отломков, подвывих или вывих стопы. При функциональном консервативном лечении отличные результаты наблюдались у 97 (61,9%), хорошие у 44 (18,6%), удовлетворительные у 13 (8,5%), неудовлетворительных результатов не было. В период функционального консервативного лечения 47,4% пациентов работали по специальности.

Разработанный функциональный консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек гипсовыми или полимерными повязками, при котором восстановление опорной и двигательной функции повреждённого сегмента конечности «голень-стопа» происходит одновременно, полностью соответствует современной концепции лечения переломов. Основным условием, которого являются ранние и безболезненные движения в ближайших к месту перелома суставов, является оптимальным с биологической точки зрения. Мы не вмешиваемся в естественный процесс регенерации переломов, мы просто убрали с дороги воссоздания костной ткани те патологические влияния, те препятствия, которые задерживали нормальное образование костной мозоли при традиционном консервативном методе лечения переломов лодыжек гипсовыми и полимерными повязками. На данный метод лечения пациентов с переломами лодыжек получен 21 патент РФ на изобретения.

Системный подход к биомеханическому обеспечению качества проводимого лечения пациентов с переломами лодыжек позволяет повысить «качество жизни» пациентов в период проводимого лечения, увеличивает количественные показатели эффективности его использования в клинической практике.

Надеемся, что все изложенное позволит переосмыслить некоторые положения общепринятых, устоявшихся взглядов на консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек и побудит других к реализации и разработке нового в этом направлении.

Разработанный функциональный консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек способен значительно повысить экономическую эффективность проводимого консервативного лечения данной категории больных, позволяет врачу выполнить более сложные лечебные задачи, стоящие перед ним, однако это не делает разработанный метод лечения переломов лодыжек универсальным.

В случае, когда обеспечить точность репозиции и условия стабильной внешней фиксации отломков лодыжек гипсовыми или полимерными повязками не удастся, следует ставить показания к другим методам лечения. Практическая необходимость диктует применение всех методов по оптимальным показаниям и в наиболее развитой их форме.

### **Выводы.**

1. Разработанный функциональный консервативный метод лечения пациентов с переломами лодыжек позволяет повысить «качество жизни» пациентов в иммобилизационный период лечения, увеличивает количественные показатели эффективности его использования в клинической практике.

2. Для того чтобы повысилась эффективность консервативного лечения пациентов, следует усилить функциональность и надежность средств

внешней стабилизации переломов, техническую оснащенность травматологов – ортопедов.

3. Консервативным методом лечения пациентов с переломами лодыжек можно добиться хороших результатов, если его применять по показаниям и поэтому этот метод нельзя окончательно отклонить и не развивать.

## **ОПЕРАТИВНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ЛОДЫЖЕК С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ДИСТАЛЬНОГО МЕЖБЕРЦОВОГО СИНДЕСМОЗА**

С.Н. Хорошков,

Г.И. Чемянов,

А.Ю. Костянов,

ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 127473, г.

Москва, ул. Делегатская, д.20, стр. 1

Ответственный за переписку (corresponding autor): С.Н.Хорошков, тел: 8-916-181-47-73, e-mail: [Khoroshkov@yandex.ru](mailto:Khoroshkov@yandex.ru)

**Цель:** сокращение сроков лечения больных с надсиндесмозными переломами малоберцовой кости сочетающихся с повреждением дистального межберцового синдесмоза.

**Материалы и методы.** Первая группа - 36 больных с надсиндесмозными переломами лодыжек. Операция восстановления дистального межберцового синдесмоза проводилась по традиционной методике с применением позиционного винта. Полная нагрузка на оперированную конечность разрешалась после удаления позиционного винта, через 5-7 недель после операции. Трудоспособность в контрольной группе восстановилась в среднем через  $136,3 \pm 11,7$  дня.

Вторая группа больных – 79 больных, лечение проводилось по разработанной методике. Восстановление дистального межберцового

синдесмоза осуществляют без применения конструкций, стягивающих берцовых кости между собой на уровне или выше дистального межберцового синдесмоза, а обходным путем за счет восстановления анатомии поврежденных костно-связочных элементов наружного и внутреннего отделов поврежденного сегмента конечности «голень-стопа». Полная нагрузка на оперированную конечность разрешалась на 12-15 сутки после проведенной операции. После выполненной операции и снятия послеоперационных швов, осуществлялась внешняя стабилизация поврежденного сегмента конечности «голень-стопа» съёмным ортезом на 4-6 недель изготовленным из полимерных бинтов Scotchcast и Soft Cast. Трудоспособность в контрольной группе восстановилась в среднем через  $96,3 \pm 6,7$  дня. Вне зависимости от варианта надсиндесмозного перелома, у всех больных получены благоприятные результаты до 4-х месяцев со дня травмы, а случаев выхода на инвалидность не было. Многие больные через 3-4 недели, после проведенной операции, выходили на работу, самостоятельно водили личный транспорт.

#### **Обсуждение и результаты.**

Повреждение лодыжек тип С может быть связочным, костно-связочным и костным.

Связочный тип повреждения выявлен в (50,4%), связки синдесмоза разрываются на протяжении. При рентгенологическом обследовании выявляется межберцовый диастаз, отсутствуют признаки отрыва связок синдесмоза от места их прикрепления, нет перелома переднего или заднего краев большеберцовой кости.

Костно-связочный тип повреждения синдесмоза выявлен в (48%), разрывается только одна из межберцовых связок, а вторая отрывается с кортикальным участком подлежащей кости в месте ее прикрепления. При рентгенографии выявляется межберцовый диастаз, перелом переднего или заднего краев большеберцовой кости.

Костный тип повреждения синдесмоза выявлен в (1,6%), происходит отрыв передней и задней межберцовой связки от места их прикрепления с участком подлежащей кости. При рентгенографии голеностопного сустава выявляется межберцовый диастаз, перелом переднего или заднего бугорков межберцовой вырезки большеберцовой кости.

Сущность способа в том, что восстановление дистального межберцового синдесмоза осуществляют без применения конструкций, стягивающих берцовых кости между собой на уровне или выше дистального межберцового синдесмоза, а обходным путем за счет восстановления анатомии поврежденных костно-связочных элементов наружного и внутреннего отделов поврежденного сегмента конечности «голень-стопа». Это приводит к сближению (правильной адаптации) концов, разорванных межберцовых связок, анатомическому восстановлению дистального межберцового синдесмоза, стабилизации ширины межлодыжечной вилки голеностопного сустава (Патент РФ № 2252721). После снятия послеоперационных швов, на поврежденный сегмент конечности «голень-стопа» накладывали съёмную полимерную повязку - ортез, изготовленную из полимерных бинтов Soft Cast и Scotchcast. Пациентов сразу обучают ходьбе с полной нагрузкой на поврежденную конечность без дополнительной опоры в съёмном ортезе. Двигательную функцию поврежденного голеностопного сустава разрабатывают в любой период стабилизации поврежденного сегмента конечности голень - стопа, для этого с поврежденного сегмента конечности «голень-стопа» снимают съёмный ортез, при необходимости, возможно проводить поэтапное укорочение ортеза.

Применение дополнительной внешней фиксации поврежденного сегмента конечности «голень – стопа» съёмным ортезом необходимо, для исключения пронационных и супинационных установок стопы при ранней полной опорной функции поврежденной конечности. Съёмный ортез исключает «избыточные» нагрузки на область остеосинтеза внутренней лодыжки, шов дельтовидной связки, восстановленные межберцовые связки и

малоберцовой кости, которые могут привести к вторичному смещению отломков, после их остеосинтеза и повторному разрыву восстановленных связок, особенно у лиц пожилого возраста с выявленным у них остеопорозом костей, на фоне сопутствующих соматических заболеваний.

Результаты лечения переломов лодыжек тип С по разработанной методике прослежены у 72 больных в сроки от 1 до 5 лет, анализировались по 100 - бальной клинико-рентгенологической оценке «Ankle Scoring System». Отличные результаты были получены у 43 (59,6%) пациентов, хорошие у 23 (32,7%), удовлетворительные в 6 (7,8%) наблюдениях, неудовлетворительных результатов не выявлено

**Вывод:** при оперативном лечении больных с переломами лодыжек и повреждением дистального межберцового синдесмоза, целесообразно восстанавливать поврежденные межберцовые связи, без внедрения фиксаторов непосредственно в зону синдесмоза.

## **ЧАСТОТА МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.**

А.Э. Храмов,

М.А. Макаров,

С.А. Макаров,

В.П. Павлов,

А.В. Рыбников,

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение "Научно-исследовательский институт ревматологии" (ФГБНУ НИИР им В. А.

Насоновой), 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34А.

*Ответственный за переписку (corresponding autor): А.Э. Храмов, телефон +7(906)-726-03-90, e-mail – khramov\_doctor@mail.ru.*

**Введение:** Оперативное лечение больных ревматическими заболеваниями (РЗ) связано с повышением риска осложнений. Это

обусловлено наличием воспалительного процесса, множеством вариантов течения заболевания, сниженной физической активностью, тяжестью функциональных нарушений, длительной терапией глюкокортикоидами, болезнь-модифицирующими и генно-инженерными биологическими препаратами, остеопорозом. Все это способствуют замедлению заживления послеоперационной раны, развитию инфекционных осложнений, повышению риска перипротезных переломов.

**Цель:** изучить частоту местных осложнений эндопротезирования тазобедренного сустава у больных воспалительными РЗ и остеоартритом (ОА).

**Материал и методы:** Было проанализирована 1591 операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС), которые были выполнены в период с 1998 по 2017 годы больным с РЗ.

**Результаты:** Из всех ТЭТС 882 операции произведены пациентам с воспалительными РЗ, которые составили больные ревматоидным артритом (РА), системной красной волчанкой (СКВ), ювенильным ревматоидным артритом (ЮРА), анкилозирующим спондилитом (АС), системной склеродермией (ССД), а также 709 операций были выполнены пациентам с ОА. Местные осложнения после ТЭТС составили – 120 (7,54%). Из них – 83 (9,41%) у пациентов с воспалительными РЗ и 37 (5,22%) у пациентов с ОА. При статистическом анализе полученных данных выявлено достоверно большее число осложнений в группе больных воспалительными РЗ ( $p < 0,005$ ).

**Заключение:** Местных осложнений после ТЭТС у пациентов с воспалительными РЗ (РА, СКВ, ЮРА, АС, ССД) (9,41%) больше, чем у больных ОА (5,22%) в 1,8 раза. Из этого следует, что оперативное лечение пациентов с РЗ требует особого подхода, который заключается в грамотном медикаментозном ведении пациента совместно с ревматологом и бережном обращении с костью и окружающими тканями во время операции.

## **РОЛЬ КОНТРАСТНОЙ АРТРОГРАФИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖЗАПЯСТНЫХ СВЯЗОК.**

О.Г. Шершнева

ГБОУ ВПО "Ивановская государственная медицинская академия" МЗ РФ,

153000, г. Иваново, Шереметевский просп., д. 8

*Ответственный за переписку (corresponding autor): О.Г.Шершнева, телефон +79051578445, e-mail. elga9411@rambler.ru*

**Актуальность** повреждений межзапястных связок определяется тем, что возникают они наиболее часто у лиц трудоспособного возраста (Parrou I.P, 2013) и неизбежно влекут за собой ограничение функции кистевого сустава и трудоспособности пациентов. Наиболее уязвимой является ладьевидно-полулунная связка (SL). По различным данным 5% всех травм запястья сочетаются с разрывом SL связки, до 40% повреждений SL связки сочетаются с переломами лучевой кости, причем в 13,2% при таких переломах травма SL диагностируется сразу, а в 3% - позднее. Следствием повреждения ладьевидно-полулунной связки являются ротационный подвывих ладьевидной кости и нестабильность кистевого сустава, прогрессирующий артрит кистевого сустава и коллапс запястья.

Диагностика подобных повреждений складывается из физикальных методов исследования запястья, которые позволяют только заподозрить патологию, рентгенографических методов, которые зачастую не позволяют диагностировать повреждения связок до формирования нестабильность запястья. Наиболее информативными способами диагностики являются МРТ и артроскопия кистевого сустава. Последние два метода имеют свои недостатки: дороговизна, незначительных охват пациентов, необходимость в наличии специалистов.

Контрастная артрография – это методика искусственного контрастирования сустава с целью изучения его мягкотканых элементов (Маркварде М.М., Сергеева И.И.,1987). Метод контрастной артрографии

кистевых суставов основан на представлении о том, что полости лучезапястного, среднекарпального и дистального луче-локтевых суставов изолированы друг от друга. Наиболее эффективной является трехэтапная артрография с последовательным введением контраста во все суставы.

Как и любой метод, контрастная артрография кистевого сустава имеет свои недостатки: необходим навык пунктирования суставов кисти, стерильные условия для выполнения, болезненные ощущения и страха у пациента и необходимость анестезии, наличие противопоказаний. К преимуществам данной процедуры относятся простота выполнения, доступность контраста, выполнение после процедуры обычной рентгенографии, возможность выполнения в остром периоде после травмы, когда обычная рентгенография не информативна, выполнение при переломе лучевой кости, дешевизна метода.

В последнее время практикуется выполнение МР-артрографии.

Показаниями для выполнения контрастной артрографии кистевого сустава являются: хроническая патология кистевого сустава, изолированное свежее повреждение связок кистевого сустава, сочетание переломов костей с разрывом межзапястных связок и треугольного комплекса.

**Цель исследования.** Целью нашего исследования являлась оценка информативности контрастной артрографии кистевого сустава.

Для достижения этой цели были поставлены следующие задачи: оценить эффективность контрастирования кистевого сустава при выполнении рентгенографического обследования в отличии от стандартной рентгенографии для диагностирования внутрикарпальной патологии; выявить частоту встречаемости патологии структур запястья при хронической патологии и острой травме – переломе лучевой кости.

**Материалы и методы.** Для достижения цели исследования и поставленных задач на базе ОБУЗ «Ивановский областной госпиталь для ветеранов войн» было обследовано 82 пациента с хронической патологией кистевого сустава. Всем пациентам выполнялось физикальное обследование

запястья для выявления признаков повреждения ладьевидно-полулунной связки, полулунно-трехгранной связки и триангулярного комплекса, рентгенография запястья и контрастная артрография лучезапястного, среднекарпального и дистального лучелоктевого сустава. Производилось сравнение выявленных при данных методах обследования симптомов патологии связок. В качестве контрастирующего препарата использовался 76% раствор урографина. Применялось контрастирование как одного из вышеперечисленных суставов, так и двух или трех суставов последовательно (Рис.1). Перед выполнением процедуры проводилось блокирование тыльного межкостного нерва раствором местного анестетика (лидокаин, новокаин). Пунктирование суставов производилось через общепринятые артроскопические порталы. В лучезапястный сустав контраст вводился через 3-4 портал, в среднекарпальный сустав – через лучевой среднекарпальный портал, в дистальное лучелоктевое сочленение – через дистальный лучелоктевой портал.

**Результаты.** У всех 82 пациентов имелись физикальные признаки повреждений связок. При проведении контрастной артрографии у 39 из них признаки повреждений связок не обнаружено, у 14 выявлено повреждение ладьевидно-полулунной связки, у 3-х – полулунно-трехгранной, у 15 – триангулярного комплекса и у 11 – сочетанные повреждения. Таким образом, внутрикarpальные повреждения при контрастной артрографии выявлены в 52,4% случаев.

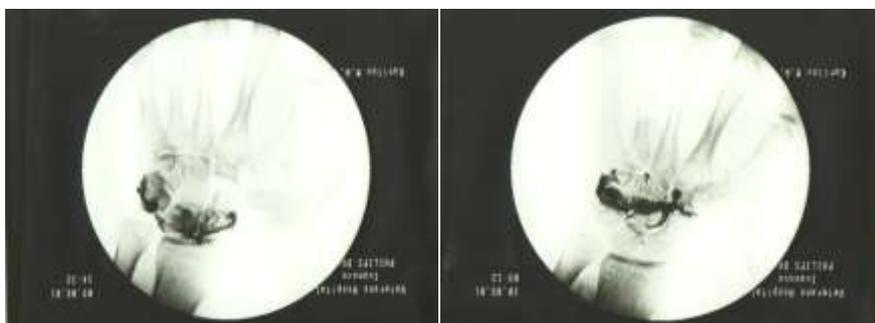


Рис. 1. Двухэтапная артрография (лучезапястного и среднекарпального суставов последовательно).

Наиболее часто при выполнении контрастной артрографии встречались повреждения триангулярного комплекса (15 пациентов). Симптомы повреждения триангулярного комплекса физикально выявлены у 22 пациентов (100%), из них только у 3-х имелись рентгенологические признаки (13,6%). У 15 повреждение выявлено при артрографии (67%) (Рис.2), у 18 – при артроскопии (80%).



Рис. 2. Проникновение контраста в дистальное лучелоктевое сочленение (повреждение триангулярного комплекса) изолированно и в сочетании с проникновением в среднекарпальный сустав.

Обследовано 44 пациента с переломом дистального метаэпифиза лучевой кости. У 4 (9%) человек выявлено повреждение полулунно-треугольной связки, у 18 (41%) – ладьевидно-полулунной связки.

**Выводы.** Таким образом, контрастная артрография достаточно информативный метод, незаменим при невозможности выполнения МРТ, артроскопии, особенно полезен при острой травме и в начале заболевания, когда еще нет изменений в кистевом суставе рентгенологически, достаточно простой, дешевый, доступный метод.