

14. Barker J.H., Hammersen F., Galla T.J. et al. //Ibid. — 1990. — Vol. 86, N 5. — P. 946—954.
15. Boyd J.B., Markland B., Dorion D. et al. //Ibid. — Vol. 86, N 4. — P. 731—738.
16. Bricont N., Arrouvel C., Banzet P. //Ann. Chir. Plast. Esthet. — 1984. — Vol. 29, N 4. — P. 376—380.
17. Chow S.P., Chen D.Z., Gu. Y.D. //Plast. Reconstr. Surg. — 1993. — Vol. 91, N 4. — P. 713—715.
18. Cooney W.P., Wilson M.R., Wood M.B. //J. Hand Surg. — 1983. — N 8. — P. 131—135.
19. Das D.K. //Ann. N.Y.A.S. — 1994. — Vol. 723. — P. 1—4.
20. Eddy C.A., Laufe L.E., Dunn R.L. et al. //Plast. Reconstr. Surg. — 1986. — Vol. 78, N 4. — P. 504—510.
21. Edwards R.J., Im M.J., Hoopes J.E. //Ann. Plast. Surg. — 1991. — Vol. 27, N 1. — P. 31—35.
22. Hickerson W., Colgin S.L., Proctor K.G. //Plast. Reconstr. Surg. — 1990. — Vol. 86, N 2. — P. 319—326.
23. Johnson P.C. //Ibid. — Vol. 86, N 2. — P. 359—367.
24. Kaelin C.M., Im M.J., Myers R.A.M. et al. //Arch. Surg. — 1990. — Vol. 125. — P. 607—612.
25. Khouri R.K., Cooley B.C., Kenna D.M. et al. //Plast. Reconstr. Surg. — 1990. — Vol. 86, N 1. — P. 110—117.
26. Knight K.R., Kawabata H., Coe S.A. et al. //Br. J. Plast. Surg. — 1990. — Vol. 43, N 4. — P. 447—451.
27. Kuzuya M., Naito M., Funaki C. et al. //Artery. — 1991. — Vol. 18, N 3. — P. 115—124.
28. Lee C., Kerrigan C.L., Picard-Ami L.A. //Plast. Reconstr. Surg. — 1992. — Vol. 89, N 6. — P. 1092—1097.
29. Leighton W.D., Russell R.C., Feller A.M. et al. //Ibid. — 1988. — Vol. 82, N 1. — P. 76—84.
30. Lipton H.A., Jupiter J.B. //Ibid. — 1987. — Vol. 79, N 6. — P. 977—981.
31. Mellow C.G., Knight K.R., Angel M.F., et al. //Ibid. — 1990. — Vol. 86, N 2. — P. 329—334.
32. Morris S.F., Pang C.Y., Lofchy N.M. et al. //Ibid. — 1993. — Vol. 92, N 1. — P. 120—132.
33. Negre-Salvayre A., Affany A., Hariton C. et al. //Pharmacology. — 1991. — Vol. 42, N 5. — P. 262—272.
34. Nichter L.S., Bindiger A. //Microsurgery. — 1988. — N 9. — P. 235—241.
35. Picard-Ami L.A., MacKay A., Kerrigan C.L. //Plast. Reconstr. Surg. — 1992. — Vol. 89, N 6. — P. 1098—1103.
36. Rosen H.M., Slivjak M.J., McBrearty F.X. //Ibid. — 1987. — Vol. 80, N 4. P. 595—602.
37. Sagi A., Ferder M., Yu H.-L. et al. //Ann. Plast. Surg. — 1990. — Vol. 24, N 6. — P. 521—523.
38. Salemark L., Knudsen F., Dougan P. //Br. J. Plast. Surg. — 1995. — Vol. 48, N 3. — P. 121—126.
39. Schmidt J.H., Caffee H.H. //Plast. Reconstr. Surg. — 1990. — Vol. 86, N 6. — P. 1148—1151.
40. Silverman D.G., Brousseau D.A., Norton K.J. et al. //Ibid. — 1989. — Vol. 84, N 5. — P. 794—799.
41. Stein H.J. //Surgery. — 1989. — Vol. 106. — P. 617—620.
42. Stockmans F., Deckmyn H., Vermeylen J. //Plast. Reconstr. Surg. — 1991. — Vol. 88, N 1. — P. 174—175.
43. Weiss A.-P.C., Carey L.A., Randolph M.A. et al. //Ibid. — 1989. — Vol. 84, N 1. — P. 117—123.
44. Wendt J.R. //Ibid. — 1990. — Vol. 86, N 5. — P. 1044—1046.
45. Yokoyama K., Itoman M., Takagishi K. et al. //Ibid. — 1992. — Vol. 90, N 5. — P. 890—898.
46. Zamboni W.A., Roth A.C., Russell R.C. et al. //Ibid. — 1993. — Vol. 91, N 6. — P. 1110—1123.
47. Zarem H.A., Hayden B., Sodeberg R. et al. //Ibid. — 1988. — Vol. 82, N 5. — P. 865—871.
48. Zhang B., Dougan P., Wieslander J.B. //Ann. Plast. Surg. — 1993. — Vol. 31, N 2. — P. 255—261.
49. Zinberg E.M., Cheo D.I., Zotter L.A. //Microsurgery. — 1989. — Vol. 10. — P. 103—106.



ИНФОРМАЦИЯ

Общество травматологов-ортопедов и протезистов Москвы и Московской области

687-е заседание (27.03.97)

Д о к л а д ы

1. А.М. Боровиков, А.М. Иванов, А.П. Кузнецкин, В.Э. Кудряшов, А.В. Гнездилов, А.С. Витензон, С.Ф. Крагин, Б.Г. Сливак (Центральный институт протезирования и протезостроения): «ЦНИИПП — центр медицинской реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата». Центральный НИИ протезирования и протезостроения является научно-медико-техническим комплексом, предмет деятельности которого — восстановление или улучшение опорно-двигательных функций и форм тела, утраченных в ре-

зультате травм, врожденных, приобретенных заболеваний или возрастной дегенерации. Цель медико-технической реабилитации — улучшение качества жизни инвалидов без ограничений в возрасте. Центр объединяет в рамках единой функциональной системы современную нейрофизиологическую, ангиологическую, ортопедо-травматологическую диагностику, реконструктивную ортопедическую и пластическую хирургию с широким использованием микрохирургических приемов, применение физических методов лечения, современных средств протезно-ортопедической и вспомогательной техники для инвалидов. Давние традиции восстановительного лечения и протезирования, хорошее понимание специфики контингента больных, отсутствие пределов и ограничений в методиках и сроках — преимущества центра.

2. В.П. Охотский, И.Ю. Мигулева (Институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского): «Пластика сухожильев сгибателей пальцев кисти». За период с 1983 по 1996 г. пластика сухожильев сгибателей произведена 442 пациентам на 530 пальцах. Давность травмы — от нескольких часов до 14 лет. Выполнены 279 одномоментных и 251 двухэтапная операции. Применено несколько методов, разработанных в клинике неотложной травмы НИИСП им. Н.В. Склифосовского. Отдаленные результаты изучены через год после операции у 320 пациентов (369 пальцев). В целом в 50,4% случаев восстановлена полная амплитуда активных движений.

688-е заседание (24.04.97)

Д о к л а д ы

1. С.Т. Ветрилл, В.В. Швец, А.А. Кулешов (Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова): «Хирургическое лечение тяжелых форм сколиоза». В отделении патологии позвоночника ЦИТО на протяжении многих лет осуществляется хирургическое лечение тяжелых форм сколиоза. Одним из первых методов, применявшихся с целью коррекции сколиотических деформаций, был двухэтапный метод по А.И. Казьмину. Результаты этих операций, проанализированные у 147 больных, оказались малоутешительными. С появлением новых металлоконструкций в отделении стало применяться лечение с помощью дистрактора Харрингтона в различных сочетаниях с другими методиками (108 больных). Результаты этих операций были более обнадеживающими. Наиболее эффективным оказалось сочетание сегментарной клиновидной резекции тел позвонков на вершине искривления с коррекцией дистрактором Харрингтона и боковой тягой за стержень Люке. Совершенствовалась металлофиксация, что благоприятно сказывалось не только на степени коррекции, но и на ее сохранении в отдаленные сроки. В частности, стала применяться поддужечная фиксация проволокой к стержню дистрактора — как самостоятельно, так и в сочетании с боковой тягой (28 больных). Все это позволило улучшить результаты хирургического лечения тяжелых степеней сколиоза.

2. О.А. Малахов, О.В. Кожевников, И.В. Леванова, И.А. Петров, А.В. Иванов, В.Е. Цуканов (Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова): «Удлинение длинных костей у детей с ортопедической патологией». Обобщен опыт компенсации укорочения конечностей у 189 больных в возрасте от 3 до 17 лет с врожденной и приобретенной патологией опорно-двигательного аппарата. Проведена оценка сроков лечения, результатов коррекции при использовании различных аппаратов внеочагового остеосинтеза. На основе анализа накопленного опыта разработана собственная биомеханически и анатомически обоснованная методика удлинения с использованием аппарата, запатентованного клиникой, и применением биоактивных фетальных тканей человека.

689-е заседание (22.05.97)

Д о к л а д ы

1. Ю.Г. Шапошников (Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова): «Сравнительный анализ методов лечения с использованием современных конструкций тотальных эндопротезов тазобедренного сустава». Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава проводится в ЦИТО с 1959 г. За 40 лет тотальный протез К.М. Сиваша применен более чем у 1000 пациентов. У большинства из них срок службы протеза составил не менее 10 лет, а в отдельных случаях — до 30 лет.

За период с апреля 1990 г. по апрель 1997 г. в отделении эндопротезирования крупных суставов произведены 1324 операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Применялись следующие модели эндопротезов: «Биомет» — 255, Герчева — 146, «Компомед» — 337, комбинированные протезы («Биомет», «Компомед») — 51, «ЭСИ» — 360, Чанли — 20, Вирабова — 2, «ЭСКА-медикал» — 15, «Интермедикс-Ортопедикс» — 5, «Остеоникс» — 8, «Зиммер» — 20, «Протек» — 18, «Эндопротетик Плюс» — 3, «Страйкер» — 20. У 64 пациентов выполнена повторная операция: произведена замена эндопротезов Сиваша, Герчева, «Компомед», Мура—ЦИТО, Воронцова, Мовшовича, Вирабова, Шершера, «Эскулап», «Феникс». Ревизионные эндопротезы использованы в 50 случаях. Из 1324 больных у 5 тотальное эндопротезирование осложнилось нагноением раны, которое в 3 случаях потребовало удаления эндопротеза. У 5 больных произошел

вывих головки эндопротеза; закрытое вправление и иммобилизация в течение 3 нед кокситной гипсовой повязкой позволили в последующем получить у них хороший результат. Нестабильность эндопротезов Герчева и «Компомед» наблюдалась у 25 больных. У 7 пациентов после операции выявлен парез малоберцовой порции седалищного и у 2 — большеберцового нерва. После проведенного лечения у 7 больных иннервация конечности полностью восстановилась. Летальный исход имел место в 7 случаях, основная причина смерти — тромбоэмболия легочной артерии. Отдаленные результаты, прослеженные в сроки от 2 до 6 лет, благоприятные. Пациенты восстановили трудоспособность. По нашим наблюдениям, наиболее пригодными для эндопротезирования тазобедренного сустава являются протезы фирм «ЭСКА-медикал», «Биомет», «Эндопротетик Плюс», а отечественных — фирмы «ЭСИ».

2. В.В. Кузин, Ю.С. Володин, А.Ф. Маздыков, С.С. Шевченко (Центральный военный клинический госпиталь № 3 им. А.А. Вишневого): «Роль предоперационного планирования при эндопротезировании тазобедренного сустава». Представлен опыт тотального замещения тазобедренного сустава у 30 больных протезами фирмы «Зиммер» (США). В 25 случаях бедренный компонент установлен методом цементной фиксации (тип имплантата — «Центролайн»), в 5 — бесцементной («Мультилок»). Ацетабулярный компонент во всех случаях был представлен чашками бесцементной фиксации («Триложи»). Распределение оперированных больных по видам патологии: болезнь Педжета — 1, застарелый перелом шейки бедра — 2, посттравматический коксартроз — 1, диспластический коксартроз — 6, идиопатический коксартроз — 20. Во всех случаях проводилось предоперационное планирование с помощью стандартных шаблонов фирмы, которое включало: 1) определение вида эндопротеза, прежде всего по признаку способа фиксации имплантата в кости; 2) определение размера бедренного компонента эндопротеза; 3) ориентацию его в кости и на основании этого определение уровня спилов шейки бедра; 4) определение размера вертлужного компонента искусственного сустава; 5) прогнозирование степени удлинения конечности. Результаты планирования были в точности соблюдены во время операции в 27 случаях, в 3 случаях имели место отклонения от плана на 1 размер имплантата. В срок наблюдения от 3 до 7 мес результаты у всех больных отличные и хорошие. Таким образом, предоперационное планирование является важным этапом подготовки операции.

3. Н.В. Загородний (Российский университет Дружбы народов): «Эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезом СРТ фирмы «Зиммер». Эндопротезы тазобедренного сустава СРТ предназначены для первичного и ревизионного эндопротезирования. В основе ножки эндопротеза лежит трехмерный конус с полированной поверхностью. Это способствует правильному и равномерному распределению нагрузки на проксимальную часть бедренной кости. Использование эндопротеза в качестве ревизионного предполагает предварительную пластику костной стенки бедра стружкой, получаемой из резецированной головки. Фиксация эндопротеза осуществляется с помощью костного цемента. Небольшое число необходимых для выполнения операции инструментов, достаточное количество типоразмеров, высокое качество эндопротеза выгодно отличают систему СРТ от имплантатов других фирм.

В фойе зала заседаний была развернута выставка образцов изделий фирмы «ZIMMER» (США), занимающейся разработкой, производством и продажей на мировом рынке (в том числе в России и странах СНГ) продукции для ортопедии-травматологии, микро- и нейрохирургии, эндоскопического оборудования, аппаратов для пересадки кожи, предметов ухода за больными.