

область дефекта, распределялась зажимом Микулича и уплотнялась импактором. При III стадии пластика дефекта дна вертлужной впадины осуществлялась массивным костным трансплантатом, предварительно изготовленным из головки бедренной кости.

Результаты эндопротезирования оценены в сроки от 1 года до 3 лет по шкале Harris. В группе больных с I и II степенью протрузии вертлужной впадины до операции эндопротезирования тазобедренного сустава средние баллы по шкале Harris составили 35 и 27 соответственно, после операции показатели составили 70 и 54 соответственно. Через год после операции средние баллы по шкале Harris составили 90 и 92, что соответствует отличному результату. В группе больных с III степенью протрузии вертлужной впадины до операции эндопротезирования средний балл по шкале Harris составил 20, после операции средний балл по шкале Harris увеличился до 48, а уже через год составил 87, что соответствует хорошему результату. Динамика восстановления функции сустава при всех степенях протрузии вертлужной впадины демонстрирует стабильность и тенденцию к восстановлению функции сустава уже к четвертому месяцу после операции, что свидетельствует о рациональном применении ввинчивающегося вертлужного компонента системы «ОРТЭН».

Выводы.

1. Протрузионный коксартроз является распространенным патологическим состоянием, которое приводит к выраженным статико-динамическим нарушениям нижней конечности и стойкой инвалидности пациентов.

2. Использование ввинчивающейся конструкции вертлужного компонента системы «ОРТЭН» позволяет полноценно восстановить функцию тазобедренного сустава.

НАШ ОПЫТ ОПТИМИЗАЦИИ РЕПАРАТИВНОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Носивец Д. С., Науменко Л. Ю., *Носивец С. М., **Зеленько Н. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

**ООО «МЦ «Клиника семейной медицины»,*

***ГУ «Специализированная медико-санитарная часть №6»*

Днепропетровск, Украина

Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) в структуре травм ОДА составляют до 2%, а среди переломов в области локтевого сустава (ЛС) около 30%. Несмотря на всеобщее признание и использование оперативных методов лечения, широкий диапазон средств хирургической реабилитации, положительные результаты отмечаются у 79% пострадавших с изолированными переломами мыщелков. Переломы ДМПК приводят к осложнениям и неудовлетворительным результатам в 18-85% случаев, а в 18-20% случаев пострадавшему устанавливается группа инвалидности.

Цель - представить наш опыт оптимизации репаративной регенерации при переломах ДМПК.

Нами изучены результаты лечения 194 больных с переломами ДМПК средним



возрастом 50,2 года (от 19 до 89 лет), мужчин – 63 (32,5%), женщин – 131 (67,5%). Консервативное лечение применено у 58 (29,9%) пациентов, оперативное у 136 (70,1%). По классификации АО/ASIF больных с переломами типа 13А было 15 (7,7%), 13В – 40 (20,6%) и 13С – 139 (71,7%).

Восстановительное лечение в зависимости от периода, способа лечения и типа перелома включало медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, ЛФК и механотерапию. Медикаментозное лечение включало профилактику инфекционных осложнений, вегето-дистрофического синдрома, формирования гетеротопической оссификации (индометацин 25 мг 3-6 раз в день), назначались миорелаксанты и анальгетики. Через месяц после оперативного вмешательства проводилась коррекция процессов костной регенерации. Профилактика формирования гетеротопической оссификации у всех больных проводилась в течение 3 мес. с момента травмы. Физиотерапевтическое лечение проводили у всех больных во всех периодах восстановительного лечения. Так, в остром периоде травмы (до 3 сут. после травмы) и в течение 3 сут. после операции назначали электрофорез раствора новокаина или лидокаина. С 4 сут. после травмы или оперативного вмешательства применяли фонофорез с мазью гидрокортизона и гелевых форм НПВП, ультразвук, лазеротерапию, магнитотерапию. Для профилактики атрофии мышечной ткани рекомендовали электростимуляцию мышц плеча и предплечья. Тепловые процедуры на ЛС категорически не рекомендовали, а массаж назначали через 3 мес. после травмы и только мышц плеча и предплечья. Длительность курса физиотерапевтического лечения составляла 10-14 процедур. Для мобилизации ЛС нами применялась методика ЛФК, разработанная К. Ф. Древинг, которая была дополнена изометрическими и изостатическими упражнениями со жгутом и упражнениями на тренажерах. Механотерапия использовалась для воспроизведения сгибательно/разгибательных, просупинационных движений в ЛС и укрепления мышц верхней конечности на аппаратах маятникового и блокового типов.

Таким образом, дифференцированный подход к выбору способа лечения и комплексное восстановительное лечение обеспечили условия для оптимизации репаративной регенерации при переломах ДМПК, что подтверждается положительными результатами лечения у 91,4% больных ($p < 0,001$).

КОМБИНИРОВАННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Носивец Д. С., Науменко Л. Ю., *Носивец С. М., **Зеленько Н. В.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,

**ООО «МЦ «Клиника семейной медицины»,*

***ГУ «Специализированная медико-санитарная часть №6»*

Днепропетровск, Украина

Цель – улучшить результаты лечения больных с переломами дистального метаэпифиза плечевой кости (ДМПК) путем разработки и обоснования оригинального способа остеосинтеза.

Материал и методы. В работе проведен анализ результатов математического моделирования напряженно-деформированного состояния ДМПК при фиксации