**Ярославское-Костромское-Вологодское общество травматологов-ортопедов**

Приглашение

426 заседание состоится 26 апреля 2012г в 14:00 в аудитории

диагностического центра детской клинической больницы №3

(проезд троллейбус №4 до остановки «Сельхозакадемия»)

**Ярославль 2012**

Презентации

1. **Кинезитерапия по методу С.М. Бубновского**

В.В. КРЕНДИКОВ врач травматолог-ортопед

Метод кинезитерапии доктора медицинских наук Сергея Бубновского – это система лечения движением заболеваний костно-мышечной системы, основанная на новейших достижениях и исследованиях в области физиологии и биохимии сокращения мышц, структурно влияющих на кости и суставы. С.М. Бубновский не понаслышке знал, что такое боль, неподвижность и костыли. В 22 года он попал в автокатастрофу, проходя службу в армии, пережил несколько операций, но тем не менее смог избавиться от костылей и вернуться к полноценной жизни. На это ушло 27 лет. За это время им были переосмыслены все, казалось бы, незыблемые постулаты медицинской науки в области травматологии, ортопедии, неврологии и ЛФК. Так возник метод лечения движением в современном его исполнении с использованием специальных тренажеров и правильно поставленного диафрагмального дыхания.

Метод Бубновского не имеет аналогов в мире по конечным результатам. С его помощью успешно лечатся: острые и хронические боли в спине и суставах, шейно-грудной и поясничный остеохондроз с грыжами межпозвоночных дисков, плечелопаточный периартрит, головные боли, артрозы тазобедренных, коленных, и голеностопных суставов; проводится коррекция сколиозов, системных заболеваний, реабилитация после травм, родов, эндопротезирования крупных суставов, инфаркта миокарда и инсульта. Зал кинезитерапии «Гермес» - это единственный центр в Ярославле (ул. Максимова, д. 8б), входящий в число официальных российских центров кинезитерапии. Врачи и инструкторы кинезитерапевты центра «Гермес» прошли сертификацию у автора метода и имеют опыт работы с самыми разнообразными заболеваниями.

1. **Подходы и решения в области защиты и безопасности медицинских сотрудников**

ЕКАТЕРИНА ГРИБАНОВА, менеджер госпитального направления ООО «Медком-МП» г. Ярославля

В презентации будут представлены изделия для защиты органов зрения и синтетические перчатки в условиях повышенного риска.

Демонстрации

1. **Отдаленный результат (30лет) удлинение; утолщение голени; типичный трехсуставной артродез стопы; остеотомия пяточной кости**

В.И. ВЕДЕНОВ, А.М. ДОБРЫНИН, Н.В. ГАНОВА, В.Б. ГУРЬЕВ, А.Н. МУРАВЬЕВ(г. Кострома ортопедическое отделение госпиталя ВОИ, гл. врач Л.В. Скобёлкина)

Фр-ова Л 1960 год рождения, диагноз: полиомиелит, вялый порез левой ноги. Укорочение 8 см, атрофия, разболтанность стопы с пяточной установкой. Без тутора на стопу и голень нага не опорная. Операция (1983 год) – наложены 2 кольцевые опоры на голень и 2 на стопу, выполнен типичный трехсуставной артродез стопы, остеотомия пяточной кости. Стопа закреплена. Выполнен отщеп ББК 20 см., три косые остеотомии МБК, остеоклазия ББК в верхней трети. Через отщеп ББК проведены 3 поперечные спицы с напайками и закреплены тягунками к внутренней балке. Проведены 3 поперечные спицы с напайками в переднезаднем направлении через отломки МБК. Аппарат фиксирован, дана дистракция во всех направлениях. Выполнен рентгенконтроль.

Дистракция с шестого дня 1 мм в сутки. С подстопником на стержнях больная стала нагружать ногу. На стопе аппарат снят через 6 недель.

Удлинение и утолщение голени продолжалось до полного сращения – 3,5 месяца. Костные регенераты были настолько прочны, что удлинение в 8 см не получено. Повторной остеотомии не делали, добились утолщения 11 см по окружности.

Цель демонстрации:

1. Больная бросила фиксирующий ортез, т.к. коленный сустав стал легко замыкаться.
2. Получено удлинение и утолщение голени.
3. Нога стала опорной.
4. **Оперативное лечение больной с врожденным грудным кифосколиозом**

О.Р. ГЕРАСИМОВ, В.В. ВРЖЕСИНСКИЙ (отделение хирургии позвоночника, зав. засл. врач РФ, к.м.н. О.Р. Герасимов, КБ СМП им. Н.В. Соловьева г. Ярославль, главный врач засл. врач РФ, к.м.н. А.А. Дегтярев), В.А. ТЕТЕРЕВ (кафедра детской хирургии ЯГМА, зав. кафедрой проф. В.Ф. Бландинский)

Больная Д., 14 лет, лечилась в 3 нхо больницы им. Соловьева с 08.12.11 по 30.12.11 с DS: Врожденный правосторонний грудной кифосколиоз IY cтепени: нарушение формирования, роста и сегментации Th5Th6Th7 позвонков. Прогрессирующее течение, нестабильная форма, стойкий болевой синдром.

Величина правосторонней грудной дуги (основной) 64о, компенсаторная грудопоясничная дуга – 41о. Деформация декомпенсирована, ригидна: мобильность после проведенной мобилизационной подготовки – менее 10%. Больную беспокоили усталостные боли в шейно-грудном отделе позвоночника

16.12.11 выполнена операция одномоментная коррекция сколиотической деформации: двухсторонняя костотрансверзэктомия, тотальная спондилэктомия Th7 позвонка. Корпородез Th6-Th8 титановой сеткой “Synmesh”(Synthes) и аутотрансплантатами. Коррекция кифосколиотической деформации, задний спондилодез Th3-L2 фиксатором «URS»(Synthes), костная аутопластика.

Вертикализирована на 6-й день, начала ходить. Операционная рана зажила первично. Остаточная величина грудной дуги 8 градусов, компенсаторной - 0 (полная коррекция). Общая ось позвоночника восстановлена полностью.

На настоящее время после операции 4 месяца. Достигнутая коррекция сохраняется, болей нет. Проходит курс реабилитации.

1. **Оперативное лечение больной с врожденным грудопоясничным кифосколиозом**

О.Р. ГЕРАСИМОВ, В.В. ВРЖЕСИНСКИЙ, В.А. ТЕТЕРЕВ

Больная К., 15 лет, лечилась в 3 н.х.о. больницы им. Соловьева с 14.11.11 по 23.12.11 с диагнозом врожденный правосторонний грудопоясничный кифосколиоз IY cтепени: нарушение сегментации Th11Th12L1 позвонков. Прогрессирующее течение, нестабильная форма, стойкий болевой с-м.

Величина правосторонней грудной дуги (основной) 76 градусов. Деформация декомпенсирована, ригидна: мобильность после проведенной мобилизационной подготовки – менее 10%.

25.11.11 выполнена операция: Тотальная спондилэктомия L1 позвонка. Коррекция кифосколиотической деформации; задний спондилодез Th6-L4 фиксатором «URS»(Synthes), костная аутопластика.

Остаточная величина грудопоясничной дуги 20 градусов. Общая ось позвоночника восстановлена полностью.

На настоящее время после операции 5 месяцев. Достигнутая коррекция сохраняется, жалоб нет.

1. **Отдаленный результат одномоментной трехэтапной коррекции юношеского двойного грудного сколиоза IY степени по методике Котреля-Дюбуссе с использованием инструментария «Остеосинтез»**

О.Р. ГЕРАСИМОВ, В.В. ВРЖЕСИНСКИЙ, В.Ф. БЛАНДИНСКИЙ, В.А. ТЕТЕРЕВ

Больная А., 21 года, студентка, в 2007 году в возрасте 16 лет оперирована в больнице им. Н.В. Соловьева по поводу юношеского идиопатического двойного грудного (King Y) сколиоза. Были выполнены: 1) трансторакальный доступ, дискэктомия Th7Th8, Th8Th9, Th9Th10, межтеловой спондилодез на этих уровнях фрагментами резецированного ребра; 2) скелетное вытяжение за теменные бугры и пяточные кости; 3) задний спондилодез Th2-L3 фиксатором «Остеосинтез», коррекция сколиотической деформации по Котрелю-Дюбуссе, костная аутопластика заднего опорного комплекса. Коррекция составила 61% (с 82° до 32°) с хорошим косметическим результатом.

За 5 лет после операции больная окончила школу, сейчас учится на 4 курсе института. Активна, очень хорошо себя чувствует. Достигнутая коррекция сохраняется.

1. **Патологический вывих левого бедра после перенесенного острого гематогенного остеомиелита**

В.А. ЯРЦЕВ асс. каф. В.А.ТЕТЕРЕВ, М.А. ВАВИЛОВ (ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», главный врач – Т. Н. Нечаева г. Ярославль)

Больной 9 лет. В возрасте 1,5 месяцев перенес острый гематогенный остеомиелит проксимального конца левого бедра. Лечился в реанимационном отделении патологии новорожденных (посиндромная, инфузионная и антибактериальная терапия), методом функционального липкопластырного вытяжения за обе ножки. Проводимое лечение было эффективным, проксимальный отдел левого бедра центрировался в вертлужной впадине. Через 1,5 месяца мальчик выписан домой в подушке Фрейка под наблюдение ортопеда. Лечение было эффективным. На рентгенограмме в возрасте 7 мес. появилось ядро окостенения головки левого бедра. В возрасте 1г 2 м ребёнок начал ходить. От подушки Фрейка, шины Виленского семья отказалась. В возрасте 2,5 лет на рентгенограмме отмечен лизис головки и шейки бедра, вывих проксимального отдела бедра. В возрасте 3 лет у ребенка сформировалось укорочение левого бедра на 3 см, и приводящая, сгибательная контрактура в левом т/бедренном суставе. 16.05.2006 года выполнена операция – открытое вправление проксимального метафиза бедра. Низведение большого вертела по Во – Лами. Послеопрационный период протекал без осложнений. Мальчик выписан домой через 2 недели в кокситной гипсовой повязке. Через 2 месяца после операции начата реабилитация. Через 7 месяцев удален винт из проксимального отдела бедра. Разрешена опора на ногу через 8 месяцев. После операции прошло 6 лет. Ребенок ходит не хромая. Укорочение левого бедра на 0,3 – 0,4 см. Движения в левом т/бедренном суставе: сгибание до 900 , разгибание до 1800, отведении в положении лежа до 500, ротационные движения 250.

Цель демонстрации – показать возможности при минимальной инвазивности операции восстановить функцию сустава. Дать возможность ребенку полноценно развиваться.

1. Внутрикостный остеосинтез диффузного перелома бедра у мальчика 8 лет

Федосеев Егор 8 лет доставлен в клинику 16.01.12 по поводу закрытго перелом диафиза бедра в средней трети. Наложено вытяжение за проксимальный метафиз бедра. 19.01.12 – операция: ретроградный интрамедуллярный остеосинтез гибкими стержнями («тены»). Послеоперационный период без осложнений. Выписан из клиники 27.01.12. Начало опоры на оперированную ногу с костылями через месяц. Через 2 месяца ходит с полной опорой на ногу.

1. Оперативное лечение контрактуры Фолькмана.

Яковлев Г., 5 лет, в возрасте 3-х лет получил травму правого плеча - чрезмыщелковый перелом плечевой кости. Развилась ишемическая контрактура Фолькмана. Выполнялось этапное оперативное лечение: иссечение ишемически измененных мышц, пересадка стройной мышцы бедра для сгибания пальцев (хирург Новиков М.Л.).

Доклады

1. **МЕТОД ДОББСА В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛЫМИ ВРОЖДЁННЫМИ ПЛОСКО-ВАЛЬГУСНЫМИ ДЕФОРМАЦИЯМИ СТОП**

В.Ф. БЛАНДИНСКИЙ 1,М.А. ВАВИЛОВ М.А.2, , Ю.М. ГУРОЧКИНА 2, И.В. ГРОМОВ.1 (ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия» минздравсоцразвития России, ректор – д.м.н. профессор А.В. Павлов, ГБУЗ ЯО «Областная детская клиническая больница», главный врач – Т. Н. Нечаева г. Ярославль)

В период с 2000 по 2011 годы в нашей клинике находились на лечении 23 ребенка с врожденными плоско-вальгусными деформациями 38 стоп. Возраст пациентов варьировал от 1 месяца до 13 лет. Этим детям были выполнены 40 операций. До 2007 года мы придерживались традиционных подходов в лечении данного контингента больных. По аналогии с методом Т.С. Зацепина в лечении косолапости мы применяли метод этапных гипсований голеней и стоп с целью уменьшения деформаций к этапу оперативного лечения, которое осуществлялось в возрасте старше 3-4 лет. Соответственно возрасту детей операции на деформированных стопах включали вмешательства преимущественно на мягко-тканных (дети младшего возраста) или костных структурах (подростки).

В 2007 году мы стали эффективно применять метод Ponseti в лечении детей с тяжелыми эквино-варусными деформациями стоп. Высокая эффективность и щадящий характер этого подхода в лечении детей с косолапостью за рубежом и в нашей стране закономерно привела к идее его использования в лечении детей с врожденными плоско-вальгусными деформациями стоп. После совместной научно-практической конференции и мастер-класса с участием М. Dobbs (Ярославль, 2006) стали активно использовать эту технологию у наших пациентов. Стремились начинать лечение как можно раньше, с момента их первого обращения в клинику. Среди пациентов были дети из нашего региона, которым диагноз вертикального тарана был установлен в первые 6 месяцев жизни, и дети из других регионов нашей страны, которые обращались в возрасте старше 1-2 лет. Метод Dobbs был использован у 9 пациентов на 17 стопах. Он включал 5-6 сеансов (один сеанс в неделю) щадящих мануальных коррекций деформаций стоп. Каждый сеанс коррекции завершался гипсованием вовлечённых нижних конечностей для надёжного удержания стоп в положении максимально возможной коррекции. Гипсовую повязку накладывали от верхней трети бедра до кончиков пальцев с согнутым коленным суставом до 90 градусов. Возрастная растяжимость мягких тканей у детей позволяла постепенно от сеанса к сеансу без наркоза устранить абдукцию, пронацию и дорзифлексию переднего отдела стоп и вывести его в положение плантофлексии, варуса и супинации. За 5-6 сеансов достигалась нормализация анатомических взаимоотношений в суставах заднего и среднего отделов стоп. Последний сеанс завершали двумя хирургическими манипуляциями: под контролем электронно-оптического преобразователя мы чрескожно фиксировали спицей Киршнера таранно-ладьевидный сустав в правильном положении и производили полную чрескожную ахиллотомию (17 операций). После операций накладывали гипсовую повязку на срок 8 недель. После удаления спиц дети находились в гипсовых сапожках с выкладкой продольного свода без фиксации коленного сустава, с возможностью полной опоры на ноги. Далее им назначался ортопедический режим «жизни в брейсах» до возраста 4 лет для предупреждения рецидивов деформаций стоп. Дети начинали носить брейсы сначала 23 часа в сутки первые 4 месяца, с постепенным ежемесячным сокращением этого времени на 2-3 часа. В дальнейшем брейсы использовались на время дневного и ночного сна. Всем назначалась ортопедическая обувь с выполнением продольного свода. У двух детей, пролеченных методом Dobbs, произошли рецидивы деформаций. Мы объясняем это поздним началом лечения (возраст пациентов был, соответственно, 1,5 и 2,5 года) и очень выраженной ригидностью деформации. Детям в возрасте 3-5 лет (6 детей, 10 стоп) мы произвели открытое вправление таранной кости по методике Kumar, Cowell, Ramsey (10 операций).

Наш небольшой опыт показывает, что эффективность метода Dobbs тем выше, чем раньше он применяется, поскольку возрастная мобильность мягких тканей стоп позволяет постепенно за 5-6 сеансов мануальных коррекций без наркоза устранить деформацию. Выраженная изначальная ригидность тканей стопы и возраст детей старше одного года не являются противопоказаниями к методу Dobbs. Внедрение в нашей клинике метода Dobbs для лечения пациентов в возрасте младше 3-х лет мы считаем существенным технологическим прорывом в оказании специализированной помощи детям с тяжелыми плоско-вальгусными деформациями стоп. Частота открытого вправления таранной кости как операции выбора у данного контингента больных в нашей клинике существенно снизилась за счет раннего использования методу Dobbs. Метод практически исключает возможность появления обезображивающих рубцов на стопе и голени, сопровождается минимальным риском воспаления. В настоящее время в нашей клинике оперативные вмешательства Kumar, Cowell, Ramsey и Coleman, являются резервными для лечения детей, у которых по разным причинам эти деформации стоп выявлены очень поздно или метод Dobbs оказался неэффективным.

1. «Стационаро-замещающие технологии в детской амбулаторной травматолого-ортопедической службе».

И.Л. Макин (ГБУЗ детская поликлиника № 3. Главный врач Комарова И.Н.)

1. «Оказание специализированной амбулаторной травматолого-ортопедической помощи детям в городе Ярославле».

О.В. Белова (ГБУЗ детская поликлиника № 3. Главный врач Комарова И.Н.)

1. «Компьютерная оптическая топография (КОМОТ) в диагностике заболеваний позвоночника у детей».

А.Л. Складнева (ГБУЗ ЯО «ОДКБ», главный врач – Т. Н. Нечаева г. Ярославль)

1. **Современное состояние специализированной помощи детям и подросткам со сколиозом в Ярославской области**

В.Ф. БЛАНДИНСКИЙ1, О.Р. ГЕРАСИМОВ2 , В.А.ТЕТЕРЕВ1, В.В. ВРЖЕСИНСКИЙ2, А.Л. СКЛАДНЕВА3, О.В.БЕЛОВА4 (1-кафедра детской хирургии ЯГМА, ректор - профессор А.В. Павлов, 2-отделение хирургии позвоночника ГУЗ КБ СМП им. Н.В. Соловьёва, гл. врач - к.м.н. А.А. Дегтярёв, 3 – ГБУЗ ЯО ОДКБ, гл. врач – Т.Н. Нечаева; 4-ГУЗ Детская поликлиника №3, гл. врач – И.Н. Комарова)

Высокий уровень оказания помощи при детском и подростковом сколиозе в Ярославской области – результат 10 лет совместного труда педиатров, детских хирургов и ортопедов-травматологов. За это время удалось полностью внедрить действующую в большинстве передовых стран схему: «скрининг – наблюдение – консервативное лечение – корсет – операция».

Задача сегодняшнего дня – безусловное следование международным стандартам помощи:

1) выявление деформаций (скрининг) силами участковых педиатров, школьных врачей, детских хирургов. Массовые обследования школьников (не менее 2 раз за период ростового спурта) с использованием КОМОТ. Направление детей, подозрительных на наличие деформаций позвоночника, на прием к детскому ортопеду.

2) выполнение детским ортопедом спондилограмм, выявление детей, имеющих деформации позвоночника, постановка их на диспансерный учет. Осуществление наблюдения за Д-группой: не реже, чем 1 раз в 6 месяцев. Направление на консервативное лечение: ЛФК, массаж и пр. Выявление детей со структурными деформациями и направление их на специализированный сколиозный прием.

3) наблюдение, решение вопроса специалистом-сколиологом о тактике лечения, в том числе направление на корсетирование по Шено и на оперативное лечение.

Соблюдение стандартов оказания помощи оказывается наиболее сложным. Необходимо помнить:

- осмотры детей на наличие деформаций позвоночника, особенно в периоды интенсивного роста, должны носить систематический характер. При подозрении на наличие деформации позвоночника решение о необходимости Д-учета должен принимать детский ортопед после выполнения рентгенограмм;

- при наличие структурной дуги позвоночника величиной более 5° категорически противопоказаны все виды мобилизаций: мануальная терапия, вытяжки, кинезотерапия. Это приводит к неконтролируемому прогрессированию дуги за счет перерастяжения связочного аппарата позвоночника;

- применение т.н. корректора осанки (лямки, пропущенные за надплечья) при структурном сколиозе не принесет ничего, кроме гипотрофии мышц спины и нарушения самочувствия;

- при наличие структурной дуги 20° и более показано корсетное лечение. Современные корсеты типа Шено – корсеты «открытого» типа, не вызывают мышечных атрофий и изменений внутренних органов;

- современные операции при сколиозе стали значительно безопаснее и легче переносятся. При небольших деформациях возможен возврат, например, к учебе через 1,5-2 месяца после хирургического вмешательства. Эти операции выполняются в большинстве случаев бесплатно – за счет квот и средств различных фондов.

**Ошибки при лечении переломов**

Вохромеева Е.Н. 30 лет, госпитализирована в Переславскую ЦРБ 1 января 2012 года, по поводу закрытого неосложненного простого поперечного диафизарного перелома правой бедренной кости (на уровне равномерного сужения костной трубки). Упала с 3-го этажа. Проведена противошоковая терапия, наложено скелетное вытяжение. 19.01.12 операция – остеосинтез дважды моделированным стержнем по Митюнину. Стержень не габаритен – он не заклинился в костной трубке. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на костылях 01.02.12.

16.03.12 (2,5 месяца после травмы и 2 месяца после остеосинтеза) осмотрен в клинике. Признаков сращения нет.

Выполнен реостеосинтез стержнем с блокированием.

Ошибки:

* Остеосинтез перелома бедренной кости дваждымоделированным стержнем из мягкого титанового сплава (ВТ-1, ВТ-2) не применяется в клинике уже 25 лет. Используем жесткий стержень (ВТ-5, ВТ-6) и верхний конец его не моделируем даже дистально Е.В. Зверев 1990г., (докторская диссертация И.И. Литвинова, 2005г.);
* Стержень должен быть габаритен равномерно-суженной части костного канала. Он должен заклинится в istmus своими гранями.

Переславсие травматологи во главе с В.И. Андреевым, пора давным-давно перейти на современный внутренний остеосинтез или блокирующими стержнями или по Митюнину-Звереву-Литвинову стержнями прямоугольного сечения уз жестких титановых сплавов( ВТ-5, ВТ-6)

**Информация**

В связи с вводом в эксплуатацию в больнице СМП им. Н.В. Соловьева г. Ярославля нового хирургического корпуса на 80 коек с приемным отделением и 11 операционными залами, сообщаем о смене телефонных номеров для связи:

**1-й этаж**

**Приемное отделение**

73-35-94 - заведующий отделением Корнилов Александр Александрович

75-74-42 - прием травматологических больных

**2-й этаж**

**7 отделение** - эндопротезирования крупных суставов

73-27-85 - заведующий отделением Белов Михаил Викторович

75-76-05 - ординаторская

73-30-92 - пост медсестры

**3-й этаж**

**3 отделение** – хирургии позвоночника

73-39-03 - заведующий отделением Герасимов Олег Рудольфович

73-28-39 - ординаторская, пост медсестры