более значительным. Уже к третьим суткам интенсивность боли снижалась и регистрировалась, соответственно, как умеренная и легкая. EQ-5D-индекс, являющийся интегральным показателем опросника у пациентов перенесших ТАПП также были ниже, чем после ТЭП, отражая, таким образом, более высокую субъективную оценку своего качества жизни в этот период у последних (значения медиан, верхних и нижних квартилей для EQ-5D-индекса пациентов после герниопластики методами ТАПП и ТЭП, соответственно, 0,37 (0,3; 0,42) и 0,46 (0,35; 0,6)). Определяемые через 12 месяцев, показатели, свидетельствовали о повышении качества жизни и отсутствии различий их величин у прооперированных методами ТАПП и ТЭП (значения медиан, верхних и нижних квартилей для EQ-5D-индекса 0,52 (0,4; 0,58) и 0,58 (0,45; 0,65), соответственно).

Заключение

Ограничения подвижности, самообслуживания, выполнения повседневных дел, тревога, боль и дискомфорт в области вмешательства, отразились в низкой оценке состояния своего здоровья пациентами по шкалам опросника EQ-5D, прежде всего, в ранний послеоперационный период. Сравнительная оценка показала, на этом этапе более позитивный характер компонентов, отражающих качество жизни и интенсивность болевого синдрома, имеют пациенты после ТЭП. К 12 месяцу после операции определяемые различия нивелируются и оптимизируются.

Вахитов Б.И.¹, Панков И.О.², Вахитов И.Х.¹, Вахитов Л.И.¹, Ибатуллин И.Р.³
Принципы лечения пациентов с переломами проксимального суставного конца
большеберцовой кости

¹*Казанский Федеральный Университет*

²*Казанская государственная медицинская академия*

³*Казанский инновационный университет имени В.Г. Тимирязова*
(Россия, Сургут)

doi:10.18411/spc-15-04-2018-03

ids: 000001:spc-15-04-2018-03

Переломы области коленного сустава относятся к одним из наиболее тяжелых повреждений костей конечностей. Частота таких переломов составляет от 4,0 до 6,1% всех переломов нижних конечностей и от 4,0 до 12,0% всех внутрисуставных переломов [9]. Большинство авторов отмечает значительно большую частоту переломов проксимального суставного конца большеберцовой кости по сравнению с переломами дистального отдела бедра [4,7].

Чрескостный остеосинтез аппаратами внешней фиксации в настоящее время является методом выбора при лечении внутрисуставных переломов области коленного сустава, так как позволяет произвести точную репозицию перелома с устранением всех видов смещений и обеспечивает стабильную фиксацию на период консолидации [2,3,8,9].

Компоновка аппарата зависит от типа перелома, степени смещения и величины отломков, вида оперативного вмешательства и, как правило, включает две или три кольцевые опоры комплекта Илизарова и один или два подвижных репозиционных узла. Каждый узел состоит из дуговой опоры с кронштейнами, которая устанавливается на кольцевой опоре в области поврежденных мышечных комков с возможностью перемещения в трех плоскостях.

Основные принципы оперативного лечения внутрисуставных переломов области коленного сустава.

Операция чрескостного остеосинтеза выполнялась на операционном ортопедическом столе. Обезболивание – центральная сегментарная блокада. По достижении обезболивающего эффекта производилась артроскопия с промыванием и

ревизией коленного сустава. Далее, на ортопедическом столе осуществлялась тракция вдоль оси нижней конечности с целью репозиции и устранения грубых смещений отломков, что контролировалось рентгенографией коленного сустава в стандартных проекциях. При этом, по достижении репозиции с восстановлением конгруэнтности суставных поверхностей применялся закрытый чрескостный остеосинтез (ЧКОС) аппаратом внешней фиксации. В случае безуспешности закрытой репозиции (в 36 случаях переломов мыщелков большеберцовой кости) применялось открытое оперативное вмешательство, обеспечивающее устранение всех видов смещений, после чего через мыщелки бедренной и большеберцовой костей проводились спицы с упорами, а также в них вводились винты-стержни Шанца, обеспечивающие плотную коаптацию фрагментов, а также оптимальную стабильность фиксации. В основные отломки бедренной или большеберцовой кости вводили аналогичные винты-стержни Шанца, которые закреплялись на опорах аппарата внешней фиксации. Опоры соединялись между собой резьбовыми стержнями.

В случаях значительных по величине вдавливаниях мыщелка, а также оскольчатых импрессионно-компрессионных переломах, когда закрытая репозиция перелома на операционном ортопедическом столе оказывалась безуспешной, нами применялось открытое оперативное вмешательство. Под визуальным контролем производилась репозиция с восстановлением конгруэнтности суставных поверхностей костей и костной аутопластикой дефекта мыщелка большеберцовой кости. Через мыщелки большеберцовой кости с учетом установленного аутотрансплантата проводились спицы с упорами во встречных направлениях и фиксировались в опоре аппарата. В мыщелки бедренной кости и большеберцовую кость на уровне границы верхней и средней трети диафиза вводились винты-стержни Шанца, которые закреплялись в кронштейнах на соответствующих опорах. Все опоры попарно соединялись резьбовыми стержнями. Осуществлялся монтаж трехсекционного аппарата внешней фиксации. Сроки фиксации аппаратом составляли в среднем 2,5 месяца.

Проведен анализ лечения 136 пациентов с переломами области коленного сустава, из них пациентов с внутрисуставными переломами мыщелков бедренной кости 24, с переломами мыщелков большеберцовой кости – 112. Сроки наблюдений составили от 1 года до 12 лет с момента операции.

Результаты лечения переломов области коленного сустава приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Результаты лечения переломов области коленного сустава.

№ п/п	Вид перелома	Оценка результата				Всего
		Отл.	Хор.	Удовл.	Неудовл.	
1.	Переломы мыщелков бедренной кости	6	14	4	-	24
2.	Переломы мыщелков большеберцовой кости	42	56	12	2	112
	Итого переломов	48	70	16	2	136

Как следует из данных таблицы, из всех внутрисуставных переломов области коленного сустава отличные исходы достигнуты при лечении 48 (35,3%), хорошие – при лечении 70 (51,5%), удовлетворительные – при лечении 16 (11,8%) и неудовлетворительные – при лечении 2 (1,5%) пациентов.

Анализ результатов лечения пациентов с внутрисуставными переломами области коленного сустава показал, что исходы зависят от вида и тяжести повреждения, качества и точности репозиции с восстановлением конгруэнтности в коленном суставе. Наибольшее число удовлетворительных, а также неудовлетворительные результаты получены при полифрагментарных и импрессионно-

компрессионных переломах мыщелков большеберцовой кости, что определялось тяжестью повреждений с массивными разрушениями суставных поверхностей костей, составляющих коленный сустав.

Таким образом, анализ отдаленных результатов лечения пациентов с различными видами и типами внутрисуставных переломов области коленного сустава показал хорошие репозиционные возможности чрескостного остеосинтеза аппаратами внешней фиксации. Во всех случаях репозиция достигалась на операционном столе. Полученные в большинстве случаев положительные результаты позволяют считать данный метод лечения методом выбора при внутрисуставных переломах области коленного сустава.

1. Витюгов И.А. Оперативное лечение посттравматического деформирующего артроза коленного сустава / И.А. Витюгов, В.С. Степанов // Ортопед.травматол. – 1979. - №7. – С. 7-12.
2. Голубев В.Г. Тактика лечения внутрисуставных переломов мыщелков бедренной и большеберцовой костей с использованием метода чрескостного остеосинтеза / В.Г. Голубев, С.М. Пулягин, Д.Ю. Шестаков // Новые технологии в медицине: Сб. научных трудов. – Курган, 2000. – ч. 1. – С. 61.
3. Городниченко А.И. Лечение внутрисуставных переломов коленного сустава с применением артроскопии / А.И. Городниченко, А.Н.Минаев, В.И.Горбатов, О.Н.Усков // Травматология и ортопедия России. – 2006. – № 2. – С. 83 - 84.
4. Литвина Е.А. Оперативное лечение переломов дистального отдела бедра у больных с сочетанной и множественной травмой / Е.А.Литвина, А.В.Скороглядов, С.Ю.Мельниченко, С.А.Радкевич // Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова. – 2005. - № 4. – С. 3 – 8.
5. Маттис Э.Р. Оценка исходов переломов костей опорно-двигательного аппарата и их последствий: Метод.рекомендации. – М., 1983. – 12с.
6. Нигматуллин К.К. Чрескостный остеосинтез при лечении переломов в области коленного сустава / К.К. Нигматуллин // Гений ортопедии. – 1996. - №1. – С.71-73.
7. Оганесян О.В. Восстановление поврежденных компонентов сустава с использованием шарнирно-дистракционного аппарата / О.В. Оганесян // Вестник травматол. и ортопед.им. Н.Н. Приорова. – 2008. - №2. – С. 68 - 70.
8. Пулягин С.М. Лечение переломов плато большеберцовой кости методом чрескостного остеосинтеза по Илизарову / С.М. Пулягин, Д.Ю. Шестаков, В.Г. Голубев // Вестник травматол. и ортопед.им. Н.Н. Приорова. – 2002. - №4. – С.17-23.
9. Швед С.И. Способ лечения переломов мыщелков бедренной и большеберцовой кости методом чрескостного остеосинтеза / С.И. Швед, Г.Е. Карагодин, В.К. Носков // Ортопед.травматол. – 1986. - №2. – С.42-43.
10. Lundy D.W. Floating Knee Injuries: Ipsilateral fractures of the Femur and Tibia / D.W. Lundy, K.D. Johnson // J. Am. Acad. Orthop. Surg. – 2001. – V. 9(4). – P.238-245.
11. Volpin G. Degenerative Arthritis after Intra-Articular Fractures of the Knee. Long-Term Results / G. Volpin, G.S.E. Dowd, A. Stein // J. Bone Joint Surg. – 1990. – V.72B(4). – P. 634-638.

**Вечеркина Ж.В., Смолина А.А., Полякова Л.Н., Чиркова Н.В, Чубаров Т.В.
Некоторые особенности механизма реминерализации в эффективности лечебно-
профилактических мероприятий кариеса у детей**

*Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко
(Россия, Воронеж)*

doi:10.18411/spc-15-04-2018-04

idsp: 000001:spc-15-04-2018-04

Аннотация

Снижение уровня стоматологической заболеваемости у детей и подростков, в первую очередь кариозного поражения зубов - приоритетное направление современной стоматологии, так как имеет высокую интенсивность и распространенность. А здоровое состояние полости рта – это важный фактор, определяющий уровень полноценной модели здоровья. В понимании комплексной заботы о здоровье человека на первый план выступает профилактическая точка зрения. Детский возраст является наиболее значимым и благодатным периодом жизни человека в вопросах стратегии сохранения стоматологического здоровья. Комплексные программы лечебно- профилактических