На фоне проводимого лечения у абсолютного большинства пациентов на момент проведения исследования достигнута стабилизация опухолевого процесса.

Умерла 1 пациентка с опухолью больших размеров S2-S5 позвонков с грубой сопутствующей патологией (выполнялась биопсия образования, специальное лечение не получала).

Выводы. Золотым стандартом лечения гигантоклеточных опухолей в настоящее время остается максимальная хирургическая резекция. Для определения эффективности и безопасности деносумаба в качестве долгосрочного лечения ГКО потребуются дополнительные исследования, которые сложно провести из-за небольшого количества участников, в настоящее время нет единого мнения относительно подходящей продолжительности терапии данным препаратом. Несмотря на высокую радиочувствительность данного типа опухолей, к назначению лучевой терапии следует подходить с осторожностью с учетом описанного в литературе риска малигнизации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Hosseinzadeh, S. Giant Cell Tumor (Osteoclastoma) / S. Hosseinzadeh, V. Tiwari, O. De Jesus // StatPearls. Treasure Island (FL) : StatPearls Publishing, 2025 Jan-. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559229/ (date of access: 31.01.2024).

2. Current Concepts in the Treatment of Giant Cell Tumors of Bone / S. Tsukamoto, A. F. Mavrogenis, A. Kido, C. Errani // Cancers. – 2021. – Vol. 13. – P. 3647. – doi: 10.3390/cancers13153647.

ПРИМЕНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ РЕМПЛИССАЖ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ ПЛЕЧА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ДЕФЕКТОМ ХИЛЛА-САКСА

Савчук А.В.

6-я городская клиническая больница г. Минска, Минск, Беларусь

Введение. Нестабильность плечевого сустава встречается примерно у 1-2% населения. Молодые пациенты, активно занимающиеся спортом, особенно подвержены передней нестабильности плеча, что составляет по данным литературы 95% случаев. Ремплиссаж – это артроскопическая операция, используемая для лечения привычного вывиха плеча, при которой травматический дефект Хилл-Сакса (костная впадина на головке плеча) заполняется сухожилием подостной мышцы и задней капсулой сустава. Данный вид оперативного вмешательства устраняет «зацепление» дефекта за край суставной впадины, значительно повышая стабильность плеча [1; 2; 3, с. 3197].

Репозиторий ГрГМУ

Цель. Провести анализ отдалённых результатов предложенного способа оперативного лечения, который позволит устранить причину передней нестабильности плеча.

Методы исследования. По разработанному нами способу лечения было осуществлено 16 операций. Прооперированные пациенты n=16 характеризовались наличием хронической рецидивирующей передней нестабильностью плеча (в течение 12 месяцев более 3-ех эпизодов вывихов, констатированных медицинской документацией и рентгенологическими данными). Инструментальными методами диагностики было верифицировано наличие дефекта Хилл-Сакса до 6±3 мм. в глубину, ассоциированного с потерей костной ткани суставной впадины менее 15±8%.

Всем пациентам было выполнено оперативное лечение, включающее следующие этапы:

1) Диагностическая артроскопия (определение объема дефекта Хилл-Сакса, оценка изменений со стороны ротаторно-бицепитального комплекса). При необходимости выполнялся дебридмент суставной губы или ее шов.

2) Осуществление техники ремплиссаж по разработанному способу. При этом оригинальный способ отличается от первоначальной техники, предложенной Wolf (2007) и техники Burkhart (2009), так как не подразумевает использование анкерного фиксатора, а сухожилие подостной мышцы фиксируется в дефект чрескостно под артроскопическим контролем.

После операции конечность фиксировалась в нейтральном положении на срок до 5 недель. Средний срок нахождения в стационаре после операции составил 2-3 дня.

Результаты и их обсуждение. Контрольный осмотр проводился в срок 1 месяц после операции и через 12 месяцев после операции. Все пациенты (n=16) отметили положительный эффект после проведенной операции. Производилась оценка результатов лечения по двум шкалам опросников UCLA и ASES, в 93,75% случаев у n=15 пациентов отмечен положительный результат лечения. Рецидивов передней нестабильности плеча, осложнений и ангионеврологических расстройств после проведенного лечения в отдалённые сроки отмечено не было. Один случай был определен как неудовлетворительный, однако пациент не соблюдал режим иммобилизации, и в последующем был повторно прооперирован с удовлетворительным результатом.

Выводы. Предложенный способ является перспективным путем улучшения результатов лечения у пациентов с передней нестабильностью плеча.

Диагностическая артроскопия позволяет объективно дополнить МРТ картину повреждений, визуализировать размер дефекта Хилл-Сакса и произвести визуальный контроль фиксации сухожилия подостной мышцы в область дефекта.

Экономический эффект на этапе стационарного лечения характеризуется снижением длительности госпитализации в послеоперационном периоде. При проведении операции не используются дорогостоящие изделия

Репозиторий ГрГМУ

медицинского назначения (анкерные фиксаторы), что имеет прямой экономический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Surgical decision making based on the on-track/off-track concept for anterior shoulder instability: a case-control study / T. Hatta, N. Yamamoto, K. Shinagawa [et al.] // JSES Open Access. – 2019. – Vol. 3, № 1. – P. 25-28.

2. Peripheral-Track and Central-Track Hill-Sachs Lesions: A New Concept of Assessing an On-Track Lesion / N. Yamamoto, K. Shinagawa, T. Hatta, E. Itoi // The American journal of sports medicine. – 2020. – Vol. 48, № 1. – P. 33-38. – doi: 10.1177/036354651988631

3. Similar outcomes in collision athletes with subcritical glenoid bone loss and on-Track Hill Sachs lesion versus off-track Hill Sachs lesion managed with open Bankart repair plus inferior capsular shift / I. J. Bitar, L. D. Marangoni, D. G. Bustos [et al.] // Archives of orthopaedic and trauma surgery. – 2024. – Vol. 144, № 7. – P. 3197-3204. – doi: 10.1007/s00402-024-05420-4

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ С ПОМОЩЬЮ СУПРАПАТЕЛЛЯРНОГО ИНТРАМЕДУЛЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА

Ситник А.А., Кочубинский А.В., Корзун О.А., Волотовский П.А., Платонов А.В., Герасименко М.А.

Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии, Минск, Беларусь

Введение. Интрамедуллярный остеосинтез является стандартом лечения диафизарных переломов большеберцовой кости. Его преимуществами являются малая инвазивность, относительная техническая простота и возможность ранней нагрузки конечности массой тела. Однако, его применение в области метафизов большеберцовой кости сопровождалось существенными техническими сложностями и высоким количеством осложнений. Основной причиной является расширение костно-мозгового канала. При переломах проксимальных отделов голени дополнительные сложности вызывает достижение правильной точки вскрытия костно-мозгового канала, а также выраженные деформирующие силы мышц данной области. Частота фиксации отломков в неправильном положении при переломах проксимального и дистального отделов голени достигала 20% [1; 2, с. 2350].

Одним из вариантов преодоления обозначенных проблем является выполнение супрапателлярного интрамедуллярного остеосинтеза большеберцовой кости в положении полуразгибания голени. Данное положение обеспечивает устранение грубых деформаций при переломах проксимального отдела голени за счет уравновешивания тяги прикрепляющихся к костным фрагментам мышц, облегчает выполнение интраоперационного рентген-контроля [3, с. 19].

Репозиторий ГрГМУ