

Е.С. Шигаев, В.Р. Иванов, В.А. Шагдуров

ЧРЕСКОСТНЫЙ НАПРЯЖЕННЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМА ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)*

Лечение переломов шейки бедренной кости остается важнейшей медицинской и социально-экономической проблемой. Пожилой возраст, множество сопутствующих заболеваний, которые обостряются в связи с травматическими повреждениями и стрессом, резко повышают риск оперативного лечения.

Нами предложен метод чрескостного напряженного остеосинтеза шейки бедренной кости стержневым аппаратом.

Аппарат состоит из одного сектора длиной 135 мм, $R = 60^\circ$; 4–5 стержней $d = 6$ мм, из которых 2 метафизарные, и 2–3 — диафизарные. Стержни фиксируются к дуге с помощью кронштейнов.

Предлагаемая методика чрескостного напряженного остеосинтеза шейки бедренной кости заключается в закрытой репозиции отломков бедренной кости по Литбеттеру со стандартной фиксацией оперируемой конечности на ортопедическом столе. Затем в шейку бедра через линию перелома из подвертельной области под рентген-контролем вводится 2 метафизарных стержня. В верхнюю треть диафиза бедренной кости вводится 2 или 3 диафизарных стержня, к которым крепится сектор перпендикулярно оси бедренной кости. Введенные ранее в шейку бедра метафизарные стержни фиксируются к сектору при помощи кронштейнов. При помощи метафизарных стержней производится дозированная компрессия между отломками шейки бедренной кости.

На 2-е сутки после операции пациент начинает ходить при помощи костылей, с дозированной нагрузкой на оперированную конечность. На 5–7-е сутки выписывается из стационара на амбулаторное лечение. На амбулаторном этапе лечения пациент постепенно увеличивает нагрузку на оперированную конечность. Через 3,5–4 месяца после операции пациент ходит с полной нагрузкой на оперированную ногу. В период фиксации шейки бедра в предложенном аппарате 1 раз в 2 недели производится поддерживающая компрессия между отломками шейки бедра. Обязательным условием является остеостимулирующая терапия.

Таким образом, чрескостный напряженный остеосинтез шейки бедра, выполненный при соблюдении указанной технологии, по строго обоснованным показаниям, является одним из эффективных способов лечения переломов шейки бедренной кости. Обеспечивает жесткую фиксацию костных отломков при малой травматичности операции. Поддерживающая компрессия и стабильный остеосинтез обеспечивают возможность ранней функциональной нагрузки, что способствует улучшению трофики и консолидации костных отломков и ранней социальной адаптации.

Е.С. Шигаев, В.А. Шагдуров, В.Р. Иванов

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ*Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко (Улан-Удэ)*

В Республике Бурятия приказом МЗ РБ на базе Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко создан Республиканский центр эндопротезирования суставов (РЦЭС) на 10 коек, где в период с 1 ноября 2005 года по 31 декабря 2007 года произведена 151 операция эндопротезирования тазобедренного сустава и 6 артропластик коленного сустава, имплантированы эндопротезы производства США, Германии, Великобритании (Zimmer, De Puy, Aesculap, Biomet Merck).

Основным критерием для определения потребности в эндопротезировании суставов является отсутствие перспектив других видов и способов лечения. Исходя из численности населения, сегодня в Республике Бурятия нуждаются в эндопротезировании тазобедренного сустава более 1000 человек, коленного более 3000 человек. При этом в связи с ростом удельного числа лиц пожилого и старческого возраста эти цифры имеют стойкую тенденцию к увеличению. Ежегодно в мире производится около 1 млн. операций по замене тазобедренного сустава, доля России в этом всего 2 %, при необходимости 150–200 тысяч операций в год.

Распределение оперированных в РЦЭС пациентов по нозологии было следующим: переломы, ложные суставы шейки (7) — 4,7 %, диспластические коксартрозы (91) — 60,3 %, асептические некрозы головки бедренной кости (34) — 22,5 %, посттравматические коксартрозы (4) — 2,6 %, идиопатические коксартрозы (10) — 6,6 %, ревматоидные артриты (3) — 2 %, анкилозы тазобедренного сустава (2) — 1,3 %