

Аппарат состоит из двух секторов длиной 135 мм, $R = 60^\circ$; 4 стержней $d = 6$ мм, из которых 2 метафизарные, и 2–3 диафизарные. Стержни фиксированы к дуге с помощью кронштейнов. Методика остеосинтеза состоит из следующих основных этапов:

1. Репозиция отломков по Литбеттеру или на ортопедическом столе с отведением конечности на $20-30^\circ$ и внутренней ротацией бедра на 30° .

2. Проведение стержней в шейку и диафиз кости.

3. Компрессия и фиксация в аппарате.

Операция выполняется под спинномозговой анестезией с 2-кратной контрольной R-графией в начале (репозиция) и конце операции (стабилизация АВФ).

В послеоперационном периоде пациентам разрешается садиться на 2-е сутки после операции, на 3–4 сутки вставать и ходить с помощью костылей с постепенно возрастающей нагрузкой. Выписка на 5–7 сутки на амбулаторное лечение. Поддерживающая компрессия на АВФ на 1 мм через 10–15 дней. Полная нагрузка на оперированную конечность через 3,5–4 месяца. Продолжительность фиксации 4–5 месяцев.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент Л., 57 лет находился на лечении с 7 мая по 22 мая 2007 г. с DS: «Закрытый базальный перелом шейки левой бедренной кости со смещением костных фрагментов».

Травма бытовая – упал с высоты собственного роста. Экстренная госпитализация в ТОО РКБ г. Улан-Удэ.

На рентгенограмме при поступлении отмечается базальный перелом шейки левой бедренной кости со смещением костных фрагментов.

17.05.07 г. произведена плановая операция: «Закрытая репозиция левой бедренной кости по Литбеттеру. Чрескостный напряженный остеосинтез шейки левой бедренной кости стержневым аппаратом». Послеоперационный период протекал гладко. На контрольной R-грамме стояние отломков шейки бедренной кости удовлетворительное, фиксация отломков стержнями.

Рекомендована ходьба с помощью костылей с дозированной, постепенно возрастающей нагрузкой на левую нижнюю конечность с 4-го дня после операции. Выписан на 5-е сутки после операции на амбулаторное лечение, назначен курс остеоиндуктивной терапии (миакальцик спрей 6 курсов, бонвива 1 таб./месяц – 3 месяца, СаД3 1 табл. 3 раза в день в течение 5–6 месяцев).

На рентгенограмме через 3,5 месяца определяются признаки консолидирующегося перелома шейки левого бедра. Разрешена ходьба с тростью с полной нагрузкой на левую нижнюю конечность.

На рентгенограмме через 5 месяцев отмечается консолидация перелома шейки левой бедренной кости, АВФ демонтирован. Исход лечения – сращение перелома шейки бедренной кости, полная медицинская и социальная реабилитация пациента.

ВЫВОДЫ

1. Чрескостный напряженный остеосинтез, выполненный при соблюдении указанной технологии, по строго обоснованным показаниям, является одним из эффективных способов лечения переломов шейки бедренной кости.

2. Обеспечивает жесткую фиксацию костных отломков при малой травматичности операции.

3. 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, Д.Д. Дымбрылов, В.Б. Хандажапов

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КРУПНЫХ СУСТАВОВ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

*Республиканская клиническая больница им. Н. А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Прогресс в научной и практической медицине в целом и в травматологии и ортопедии в частности, а также увеличивающаяся из года в год государственная социальная поддержка граждан РФ, позволяет в настоящее время применять высокотехнологичные методы лечения пациентов с врожденной и приобретенной патологией суставов. При этом если раньше эндопротезирование суставов было прерогативой центральных специализированных клиник страны, то в настоящее время данный метод все шире внедряется в регионах, тем самым увеличивая число своевременно реабилитированных пациентов. Этому способствует не только стабильное финансирование дорогостоящих видов лечения, но и доступ-

ность обучения специалистов на центральных научно-клинических базах, накопивших в настоящее время значительный опыт лечения больных с патологией суставов. Так, 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 2008 года произведено 252 операции эндопротезирования тазобедренного сустава и 24 артропластики коленного сустава. Имплантированы эндопротезы производства США, Германии, Великобритании (Zimmer, De Puy, Aescular, Biomet Merck, Orthopaedics). Специалисты центра проходили обучение на центральных научно-клинических базах страны (ЦНИИТО им. Приорова г. Москва; РосНИИТО им. Р.Р. Вредена г. Санкт-Петербург; НИИТО г. Новосибирск, НИИТО г. Иркутск) и за рубежом (клиника «Hadassah» г. Иерусалим, Израиль).

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 % (около 20 тысяч операций) при необходимости 150 – 200 тысяч операций в год.

Распределение оперированных в РЦЭС пациентов по нозологии было следующим:

- переломы, ложные суставы шейки – 4,7 %;
- диспластические коксартрозы – 60,3 %;
- асептические некрозы головки бедренной кости – 22,5 %;
- посттравматические коксартрозы – 2,6 %;
- идиопатические коксартрозы – 6,6 %;
- ревматоидные артриты – 2 %;
- анкилозы тазобедренного сустава – 1,3 %.

Эндопротезирование коленных суставов выполнялось по поводу гонартрозов 3 – 4 ст., с выраженным болевым синдромом и контрактурой (табл. 1).

Таблица 1

Количество операций эндопротезирования по годам

Операции	2005 год	2006 год	2007 год	2008 год
Эндопротезирование тазобедренных суставов	21 операция	52 операции	79 операций	101 операция
Эндопротезирование коленных суставов	–	–	6	18

Из осложнений в ближайшем (до 1 мес.) послеоперационном периоде можно отметить вывихи в 6 случаях (связанные с нарушением ортопедического режима), в 3 случаях потребовалось открытое вправление; 2 случая нагноения в области эндопротеза, что потребовало санационных операций – воспалительный процесс купирован, больные под индивидуальным наблюдением. В отдаленном послеоперационном периоде имели место 4 случая перипротезных переломов (2 и 3 степени по Whittaker) бедренной кости; в 2 случаях произведено ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава (замена бедренного компонента), в одном случае произведен остеосинтез бедренной кости пластиной – исход – сращение, один из переломов лечился консервативно до сращения.

В 2008 году РКБ им. Семашко получена лицензия на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по травматологии и ортопедии. В 2009 году запланировано выполнить 210 операций, из них 150 артропластик тазобедренных и 60 коленных суставов.

Как видно из приведенных данных, в РКБ им. Семашко отмечается ежегодный рост количества эндопротезирований суставов, расширение спектра оказываемых услуг, количество осложнений не превышает общероссийские показатели.

В настоящее время сохраняется проблема своевременности адекватной медико-социальной реабилитации больных, страдающих патологией крупных суставов, так как количество нуждающихся в эндопротезировании намного превосходит количество выполняемых операций, несмотря на все увеличивающееся количество оперативных пособий.

ВЫВОДЫ

1. Кадровый и технический потенциал РКБ им. Семашко позволяет оказывать высокотехнологичные виды медицинской помощи при заболеваниях крупных суставов от 100 до 200 операций в год.

2. Среди нозологических форм заболеваний тазобедренного сустава преобладают диспластические коксартрозы и асептические некрозы головки бедренной кости, что соответствует общероссийским показателям и является свидетельством неадекватного диспансерного скрининга больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на местах.

3. Рассматривая количество нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов людей в РБ и количество фактически выполняемых операций видно, что существует потребность в увеличении коечного фонда и штатного расписания РЦЭС для обеспечения своевременной медико-социальной реабилитации данной группы пациентов.

Н.А. Шоболова, А.Н. Назарова-Рыгдылон

**БЕРЕМЕННОСТЬ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В БУРЯТИИ ЗА 2009 Г.
ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ РКБ ИМ. Н.А. СЕМАШКО**

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

За исследуемый период под наблюдением в эндокринологическом отделении находились 25 женщин, из них с гестационным сахарным диабетом — 17 женщин, сахарным диабетом I типа — 8 женщин. Беременность и роды у женщин, страдающих предгестационным и гестационным сахарным диабетом, до сих пор входят в группу высокого риска. Поэтому и здесь залогом здоровья будущей мамы и ее малыша является компенсация заболевания на протяжении всей беременности. Все 17 женщин прошли обследование, лечение и обучение по школе диабета в условиях эндокринологического отделения РКБ им. Н.А. Семашко. Всем определяли гликированный гемоглобин: 9 женщинам с гликированным гемоглобином выше 8,0 — 10,8 % была назначена инсулинотерапия Левемиром и Новорапидом. У 4 женщин с гестационным диабетом в анамнезе имеются сахарный диабет 2 типа у близких родственников, рождение ребенка весом более 4 кг и мертворождение. 7 женщин с сахарным диабетом I типа встали на учет в связи с уже наступившей беременностью, имелся гликированный гемоглобин от 9,2 до 12,3 %. Только одна женщина планировала беременность и имела гликированный гемоглобин 7 %.

Внедрение программы специальной подготовки и разработка протокола активного наблюдения таких женщин позволили значительно снизить частоту неблагоприятных исходов беременности, осложнений со стороны матери и потомства. Материнскую и перинатальную смертность. Из всех женщин, обратившихся в эндокринологическое отделение РКБ им. Н.А. Семашко с беременностью одной женщине рекомендовали прерывание беременности по медицинским показаниям из-за декомпенсации диабета (HbA1c = 14 %), из 24 женщин с беременностью с гестационным диабетом и сахарным диабетом I типа было 24 родов, из них кесарево сечение — 3. Все женщины наблюдались в эндокринологическом отделении и перинатальном центре. 23 женщины прошли обучение в школе диабета. У одной женщины сахарным диабетом I типа ребенок умер после рождения. Мать не планировала беременность, не имела хорошей компенсации сахарного диабета и состоит на учете в противотуберкулезном диспансере.

Таким образом, по данным эндокринологического отделения РКБ им. Н.А. Семашко планируют беременность больные сахарным диабетом только в 12 % случаев, остальные обращаются за медицинской помощью в среднем на сроке 10 — 11 недель беременности, не имея ни малейшего представления о последствиях декомпенсации сахарного диабета, как для здоровья матери, так и для здоровья будущего ребенка. У 12 % женщин с сахарным диабетом I типа инфекции мочевыводящих путей, частые обострения хронического пиелонефрита утяжеляли течение беременности, создавая угрозу прерывания беременности. Прогрессирование диабетической ретинопатии наблюдалось у одной женщины. Беременность на фоне сахарного диабета всегда волнует и врачей женских консультаций и потенциальных родителей. На данных наблюдения беременных сахарным диабетом можно утверждать, что причина многих проблем, возникающих во время беременности у женщин сахарным диабетом преодолима. Это чаще всего не сам диабет, а незнание, как правильно подготовиться к беременности. Всем женщинам детородного возраста надо пройти обучение по специально разработанной программе в школе диабета. Какими должны быть лабораторные показатели к моменту наблюдения беременности:

- гликированный гемоглобин должен быть не выше 6,4 %;
- идеальная компенсация сахарного диабета за 3 — 4 месяца до зачатия;
- гемоглобин в общем анализе крови 110 — 130 г/л;
- сахар крови натощак 3,5 — 5,0 ммоль/л.; через 1 час после еды менее 7,8 ммоль/л.; через 2 часа после еды — менее 6,7 ммоль/л.; перед сном — 5,5 — 5,8 ммоль/л.; в 3 часа ночи — 5,5 ммоль/л.;
- общий холестерин крови — 4,2 ммоль/л.; триглицериды — менее 1,7 ммоль/л.; креатинин крови — 60 мкмоль/л.;
- в общем анализе мочи лейкоциты;
- ацетон и белок в моче отрицательный;
- анализ мочи на МАУ — менее 30 мг/сут.;
- артериальное давление менее 130/85 мм рт. ст.