

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 %

Эндопротезирование коленных суставов проводилось по поводу гонартрозов 3–4 ст., с выраженным болевым синдромом и контрактурой.

Из 151 операции по замене тазобедренного сустава в 2005 году произведено 22 операции, в 2006 — 51 операция, в 2007 — 79 операций. Эндопротезирование коленного сустава начато в 2007 году. Из осложнений в ближайшем (до 1 мес.) послеоперационном периоде можно отметить вывихи в 6 случаях (связанные с нарушением ортопедического режима), в 3-х случаях потребовалось открытое вправление, в отдаленном послеоперационном периоде осложнений не было.

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.

Таким образом, рассматривая количество нуждающихся в эндопротезировании крупных суставов людей в Республике Бурятия 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.

С.А. Шляпников, Н.Р. Насер, В.В. Федорова

ПЕРВИЧНАЯ РЕПЛАНТАЦИЯ КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРИ НЕКРОТИЗИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЯХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

*НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)
СПбГМА им. И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)*

Некротизирующие инфекции мягких тканей (ИМТ) — аэробно-анаэробный быстро прогрессирующий гнойно-некротический процесс с поражением поверхностных и глубоких мягкотканых структур. Летальность при некротизирующих ИМТ составляет от 30 до 50 %.

Факторами, достоверно влияющими на выживаемость больных при ИМТ, являются своевременная диагностика и немедленное оперативное вмешательство, выполненное в адекватном объеме. Как правило, пациенту приходится выполнять повторные вторичные хирургические обработки раны. Впоследствии, после многократных и обширных некрэктомий, практически всем больным требуется выполнение дорогостоящих пластических реконструкций.

Нами предложена и апробирована методика первичной реплантации пораженного кожного лоскута, обработанного по методике Красовитова в ходе вторичной хирургической обработки.

К настоящему времени в клинике выполнено 24 подобных операции в условиях раневой инфекции при лечении распространенных некротических целлюлитов и фасциитов конечностей. Летальность составила 4,6 % (умерла 1 больная с декомпенсированным сахарным диабетом), 23 пациента выздоровели, функции конечностей у них сохранены.

На основании опыта нашей клиники мы считаем, что пластика по Красовитову может быть рекомендована как способ закрытия дефекта мягких тканей при некротизирующем фасциите.

С.А. Шляпников, Н.Р. Насер, Л.Н. Попенко, Н.В. Минаева

АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ ОСНОВНЫХ ПРОБЛЕМНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

НИИ СП им. И.И. Джанелидзе (Санкт-Петербург)

Современные данные системы контроля за госпитальными инфекциями свидетельствуют о растущей резистентности всех известных возбудителей, что необходимо учитывать при планировании антибиотикотерапии. Изучение профиля резистентности наиболее важных возбудителей госпитальных хирургических инфекций в стационаре необходимо при выборе антибиотика для конкретного больного, а также при разработке программ и формуляров антибактериальной терапии в стационаре. Основным методом изучения структуры основных возбудителей внутрибольничных инфекций и изучения спектра их антибиотикочувствительности является мониторинг стационара. Общепринятой является