

Е.С. Шигаев^{1, 2}, И.Ф. Ахтямов³

**ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО И КОЛЕННОГО СУСТАВА
В УСЛОВИЯХ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГУЗ РЕСПУБЛИКАНСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
ИМ. Н.А. СЕМАШКО Г. УЛАН- УДЭ**

¹ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)² Бурятский филиал Научного центра реконструктивной и восстановительной хирургии
СО РАМН (Улан-Удэ)³ Казанский государственный медицинский университет (Казань)**АКТУАЛЬНОСТЬ**

Эндопротезирование является неотъемлемой частью полноценного оказания специализированной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями тазобедренного и коленного суставов. В травматолого-ортопедическом отделении ГУЗ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи с 1 ноября 2005 г. по 31 мая 2011 г. число выполненных операций тотального эндопротезирования тазобедренного сустава составило 631 и коленного сустава — 128. Однако в настоящее время в эндопротезировании тазобедренного сустава нуждаются 645 чел., коленного сустава 351 чел.

Целью исследования явился анализ результатов эндопротезирования тазобедренного и коленного сустава в условиях травматолого-ортопедического отделения ГУЗ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко г. Улан- Удэ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами был проведен анализ результатов лечения 759 пациентов, поступивших в отделение травматологии и ортопедии ГУЗ «Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко» с различной патологией тазобедренного и коленного сустава, в возрасте от 24 до 92 лет (средний возраст $58,3 \pm 2,3$ года). Из них женщины составили 56,2 %, мужчины — 43,8 %. Нозологические формы заболеваний представлены в таблице 1.

Таблица 1

**Нозологические формы заболеваний, при которых выполнялось
эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов**

Нозологическая форма		Количество больных (%)
Патология тазобедренного сустава	коксартрозы (идиопатические, посттравматические, ревматоидные, диспластические)	68,4
	асептический некроз головки бедренной кости	13,7
	посттравматические ложные суставы и переломы шейки бедренной кости	17,9
Патология коленного сустава	деформирующие гонартрозы	82,3
	прочие поражения коленного сустава (травмы)	17,7

Как видно из таблицы, среди заболеваний, при которых выполнялась операция эндопротезирования, чаще встречались коксартрозы различной этиологии и гонартрозы (68,4 и 82,3 соответственно).

У всех пациентов предоперационное обследование проводили на догоспитальном (амбулаторном) этапе, что позволило сократить сроки пребывания в стационаре. Однако в 48 случаев потребовалось дополнительное углубленное обследование в стационаре и наблюдение смежными специалистами, что было обусловлено преимущественно пожилым возрастом пациентов и наличием у них хронической соматической патологии.

Первичное эндопротезирование было выполнено в 94,3 %, ревизионное — в 2,4 % наблюдений. Частота бесцементного эндопротезирования составила 70,4, гибридного — 12,9 %, цементного — 16,5 %. Операции выполняли по стандартным методикам. Во время оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде широко использовали кровосберегающие технологии, основанные на комбинации методов аутогемотрансфузии. Проводили комплексную периоперационную профилактику гнойно- септических, гиподинамических и тромботических осложнений, жировой эмболии и синдрома имплантации костного цемента.

Средний срок пребывания пациентов в стационаре составил 17,8 койко-дня, средний предоперационный койко-день — 2,9 (это обусловлено проведением дооперационного резервирования компонентов аутологичной крови у большинства пациентов). Периоперационная летальность составила 0 %.

Осложнения оперативных вмешательств возникли в 17 % случаев. К ним следует отнести: вывих эндопротеза — 7 % случаев, перипротезный перелом бедренной кости — в 3 % случаев, поверхностное нагноение операционной раны — в 2 % случаев, нагноение в области эндопротеза — в 3 % случаев, асептическая нестабильность эндопротеза (в течение 1 года после имплантации) — в 2 % случаев.

Необходимо отметить, что выявление, отбор и учет жителей республики, нуждающихся в высокотехнологичной помощи, ведется в клинике непрерывно с 2005 г. с использованием оригинальной электронной базы данных на сайте ГУЗ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко. Формирование листа ожидания ежегодно осуществляется врачебной комиссией в соответствии с очередностью постановки на учет, медицинскими показаниями, определяющими потребность во внеочередном лечении, и убытием пациентов в лечебно-профилактические учреждения федерального подчинения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные показатели клинической результативности эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в ГУЗ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко можно расценить как хорошие. Рациональное использование средств федерального и регионального бюджетов позволяет обеспечить пациентов высококачественными эндопротезами, расходным материалом, в том числе дорогостоящим для реализации кровосберегающих технологий в полном объеме, необходимым спектром медикаментов.

ВЫВОД

Таким образом, выполнение эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в Республиканской клинической больнице им. Н.А. Семашко в рамках государственного задания на оказание высокотехнологичной медицинской помощи целесообразно как с медико-социальной, так и с экономической точки зрения и с учетом потребности населения р. Бурятия в этом виде высокотехнологичной медицинской помощи требует перспективного расширения.

Я.Н. Шойхет, С.Д. Фокеев, М.Ю. Ларионов

МЕДИАСТИНОТОМИЯ С ЭНДОСКОПИЧЕСКИМ МОНИТОРИРОВАНИЕМ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО МЕДИАСТИНИТА

Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)

Цель исследования: оценить эффективность медиастиномии с эндоскопическим мониторингом в лечении гнойных медиастинитов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу работы положены данные о 168 пациентах с медиастинитом. Основная группа — 36 больных и группа сравнения — 132 пациента. Возраст больных варьировал от 11 до 74 лет. Вторичный медиастинит наблюдался в основной группе — у 93,7 % пациентов, а в группе сравнения — у 59,8 % больных. Первичный медиастинит в основной группе выявлен — у 6,3 и у 40,2 % в группе сравнения. По распространенности процесса преобладал: в основной группе ограниченный медиастинит — 65,6 % больных, а в группе сравнения разлитой медиастинит — 34,4 %. Основное количество пациентов пришлось на гнойный медиастинит — в основной группе — у 56,2 % больных, а в группе сравнения — у 61,4 % пациентов. По локализации процесса в основной группе преобладали медиастилиты верхнего средостения — у 87,5 % больных, а в группе сравнения тотальное поражение средостения — у 63,8 % пациентов. Хирургическая помощь — боковая шейная медиастиномия с эндоскопическим мониторингом и санацией средостения проводилась в 100,0 % пациентам основной группы. В группе сравнения выполнялась торакотомия в сочетании с медиастиномией — у 72,0 % больных и боковая шейная медиастиномия — у 28,0 % пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В основной группе с клиническим выздоровлением выписано 65,6 % больных, что больше на 20,9 %, чем в группе сравнения — (44,7 % пациентов). В основной группе летальный исход наблюдался — у 34,4 % больных, что меньше на 20,9 %, чем в группе сравнения (13,5 % пациентов).

РЕЗЮМЕ

Новый хирургический подход к лечению гнойного медиастинита, включающий медиастиномию с эндоскопическим мониторингом, в основной группе позволил значительно увеличить количество больных с клиническим выздоровлением до 65,6 % и снизить смертность до 34,4 %.