

Литература

1. Безгодков Ю.А., Аль Двеймер И.Х. Совершенствование хирургического лечения hallux valgus / Современные проблемы науки и образования. 2015. № 6. С. 194.
2. Богопольская А.С., Воронцова Т.Н., Вебер Е.В., Безгодков Ю.А. Современное состояние проблемы лечения пострадавших с переломами в области проксимального отдела бедренной кости. Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. С. 17.
3. Вебер Е.В., Воронцова Т.Н., Богопольская А.С., Безгодков Ю.А. Маршрутизация взрослых пациентов с патологией тазобедренного и коленного суставов. Современные проблемы науки и образования. 2017. № 2. С. 94.

МАЛОИНВАЗИВНЫЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ПЕРИПРОТЕЗНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Иванов В.В., Малиновская Д.П., Мансурова К.И., Забалуев М.В.

Научный руководитель: д.м.н. профессор Безгодков Ю.А.

Кафедра госпитальной хирургии с курсами травматологии и ВПХ

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: Перипротезные переломы после эндопротезирования тазобедренного сустава вследствие особенностей биомеханики и увеличения возраста пациентов наблюдаются чаще и требуют специфического лечения [1;2].

Цель исследования: Изучить эффективность методики закрытого ретроградного интрамедуллярного остеосинтеза бедренной кости стержнем MetaDiaFix-PP без удаления эндопротеза по методике Челнокова А.Н.

Материалы и методы: Проанализированы опубликованные работы открытых баз данных, в т.ч. PubMed, MedLine, E-Library.

Результаты: Применение закрытого ретроградного интрамедуллярного остеосинтеза бедренной кости по методике Челнокова А.Н показано при перипротезных переломах В1 и С по классификации Duncan и Masri (1995) [3]. Метод включает 2 этапа. Перед остеосинтезом осуществляется вытяжение за бугристость большеберцовой кости КДА Илизарова для закрытой репозиции отломков бедра. Стержень MetaDiaFix-PP вводится ретроградно интрамедуллярно в сформированный в межмышечковой зоне канал. Осуществляется стыковка ножки эндопротеза и гнезда интрамедуллярного стержня с достаточным заглублением для стабильной фиксации отломков бедренной кости. Стержень фиксируется четырьмя блокирующими винтами. КДА снимается.

Выводы: Изученный метод позволяет восстановить стабильность и опороспособность, сократить время операции и снизить трансфузионные потребности, однако показан только у пациентов с перипротезными переломами типа В1 и С, в связи с чем необходима дальнейшая разработка новых способов малоинвазивного остеосинтеза перипротезных переломов.

Литература

1. Ауди К., Безгодков Ю.А., Дмитриевич Г.Д., Марков М.В. Применение биомеханической САПР в практике обучения / Современное образование: содержание, технологии, качество. 2011. Т. 2. С. 222–223.
2. Безгодков Ю.А., Дмитриевич Г.Д., Марков М.В., Аболин А.Б., Нгуен Н.М. Современный подход к биомеханической оценке эффективности применения эндопротезов / Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. 2012. Т. 19. № 4. С. 68–72.
3. Кикачеишвили Т.Т., Безгодков Ю.А., Соболев И.П. Система документации в международном обществе травматологов и ортопедов / Травматология и ортопедия России. 1998. № 1. С. 79–81.