

12. Шик Л. Л., Винницкая Р. С., Ханларова Т. А. Управление вентилляцией легкого при мышечной нагрузке у здоровых нетренированных лиц // Физиологический журнал. – 1987. – Т. 33. № 3. – С. 3–7.

13. Чеботарев Д. Ф., Коркушко О. В., Ярошенко Ю. Т. Особенности анаэробного энергообеспечения физической нагрузки в различные возрастные периоды // Физиологический журнал. – 1984. – Т. 30. № 1. – С. 53–59.

14. Bernardo A., Petriz and Octavio L. Franco. Effects of hypertension and exercise on cardiac proteome remodeling // BioMed research international. – 2014. – № 63. – P. 32–41.

15. Kuipou-Kenfack E. N., Koeck T., Mischak H., Pich A., Schanstra J. P., Zürgbig P., Schumacher B. Proteome analysis in the assessment of ageing // Ageing research reviews. – 2014. – № 18. – P. 74–85.

Поступила 12.10.2015

К. С. ПОЛЮШКИН, А. В. ШЕВЧЕНКО

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ (PIPKIN)

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт — Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края, Россия, 350901, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; тел. (861) 252-85-91. E-mail: kirilldoc@gmail.com

В нашей клинике с 2011 г. по 2013 г. было пролечено 12 пациентов с переломами головки бедренной кости (Pipkin). Консервативно лечились 2 пациента с переломом I типа. Остальные оперативно. Для успешного хирургического лечения переломов Pipkin целесообразно использовать только открытую анатомическую репозицию и стабильную фиксацию в кратчайшие сроки после получения травмы. При переломах I и II типов рационально использовать менее травматичный передний доступ к тазобедренному суставу, задний — при IV типе перелома. При переломах шейки и головки бедренной кости с давностью перелома более суток целесообразно рассматривать вопрос о первичном эндопротезировании тазобедренного сустава. У наших пациентов интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было.

Ключевые слова: перелом головки бедренной кости, Pipkin.

K. S. POLYUSHKIN, A. V. SHEVCHENKO

SURGICAL TREATMENT ASPECTS OF THE FEMORAL HEAD FRACTURES (PIPKIN)

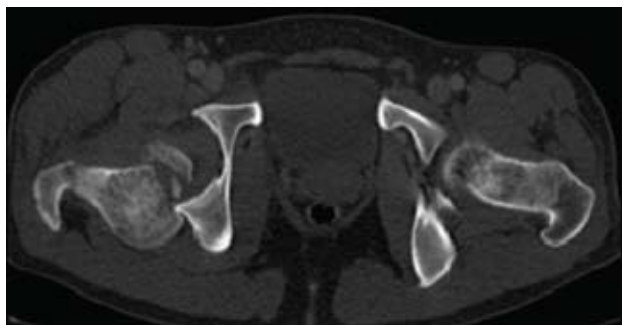
GBUZ Research institute — Regional clinical hospital № 1 named after professor S. V. Ochapovsky of ministry of health of Krasnodar region, Russia, 350901, Krasnodar, 1 Maya street, 167; tel. (861) 252-85-91. E-mail: kirilldoc@gmail.com

In our clinic from 2011 to 2013 12 patients with femoral head fractures (Pipkin) were treated. 2 patients with the Pipkin I type were conservatively treated. The others were operated. For successful surgical treatment of the femoral head fractures, you should use only an open anatomical reduction and stable fixation in the shortest possible time after trauma. In cases of Pipkin I and II types was used less traumatic anterior approach to the hip joint, and posterior approach at the IV type of a femoral head fracture. When the femoral neck and head were fractured with the prescription of more than a day you should think about the primary hip arthroplasty. There were not intraoperative and early postoperative complications at our patients.

Key words: femoral head fracture, Pipkin.

Актуальность выбранной темы обусловлена неуклонным ростом количества пострадавших с переломами проксимального отдела бедренной кости вследствие развития высокоскоростного транспорта, а также появления других высокоэнергетических травмирующих факторов. Переломы головки бедренной кости (ГБК) являются достаточно редкими и при отсутствии хирурги-

ческого лечения такие повреждения часто приводят к инвалидизации молодых и трудоспособных пациентов. Перелом ГБК — тяжелая травма для тазобедренного сустава (ТБС), требующая экстренного устранения вывиха головки бедра и, возможно, другого сложного оперативного вмешательства. В дальнейшем пациентам в большинстве случаев приходится выполнять эндопротезирование ТБС



а



б

Рис. 1. Перелом головки бедренной кости 1-го типа (Pipkin). а – до операции; б – после операции

[2]. Наиболее часто встречающиеся осложнения перелома ГБК – асептический некроз, посттравматический артроз ТБС [2]. В 1957 г. переломо-вывихи ГБК были классифицированы по Pipkin на 4 типа:

I тип – перелом ГБК дистальнее центральной ямки;

II тип – перелом ГБК проксимальнее центральной ямки;

III тип – перелом ГБК и ее шейки;

IV тип – перелом ГБК, ассоциированный с переломом вертлужной впадины [5].

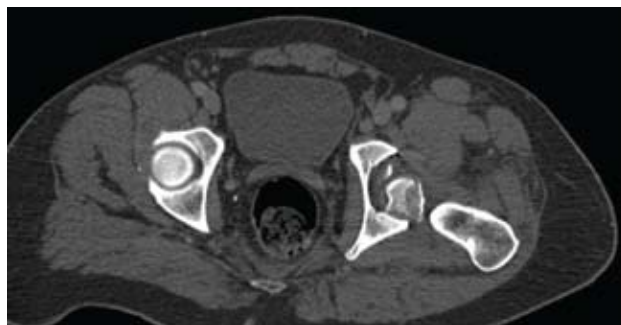
По нынешний день нет определенного мнения относительно тактики лечения переломов типа Pipkin. По мнению ряда авторов [2], типы I и II можно лечить консервативно, если после вправления вывиха достигнуто точное и полное анатомическое сопоставление отломков и нет свободных фрагментов в полости ТБС. Для оперативного лечения целесообразно выполнять доступ по Кохеру-Лангенбеку [1, 3]. Если невозможно выполнение фиксации ввиду наличия мелкооскольчатого перелома, то при типах I–II рекомендуется удалять мелкие фрагменты, если они составляют менее 30% от ГБК [2]. При III типе переломов Pipkin показано первичное эндопротезирование, так как при этих повреждениях высок риск асептического некроза ГБК.

У молодых, активных пациентов целесообразна попытка выполнения репозиции и остеосинтеза ГБК даже при III типе переломов. IV тип перелома-вывиха ГБК, осложненный переломом вертлужной впадины, требует выполнения открытой репозиции, остеосинтеза вертлужной впадины. При этом выполняется остеосинтез ГБК или удаление ее фрагмента.

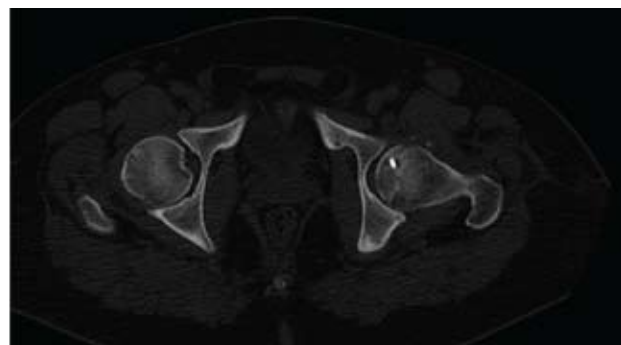
Цель нашего исследования – определить показания к хирургическому лечению и выбрать оптимальный хирургический доступ при переломах головки бедренной кости.

Материалы и методы

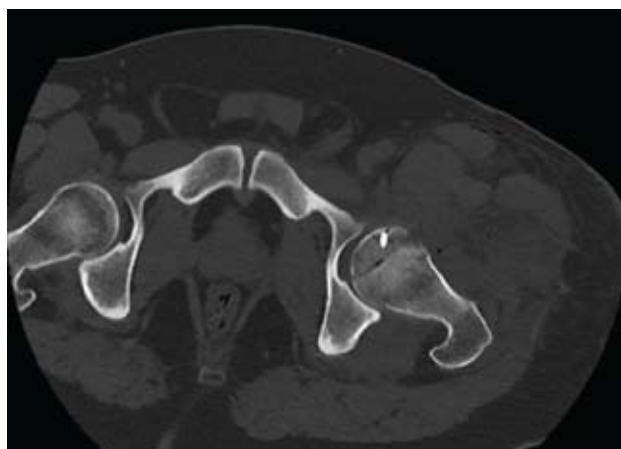
В нашей клинике с 2011 г. по 2013 г. было пролечено 12 пациентов с переломами ГБК. Из них консервативно лечились 2 пациента с переломом I типа, так как после закрытого вправления бедра была достигнута полная удовлетворительная репозиция отломков и не было отломков полости ТБС.



а

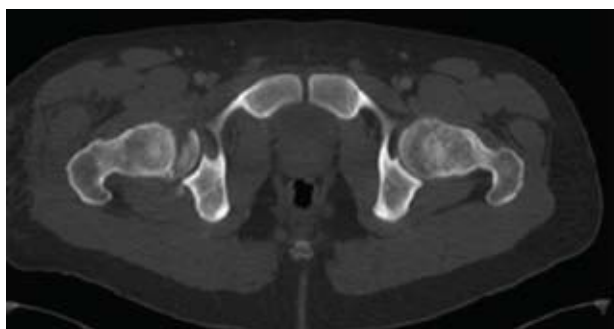


б

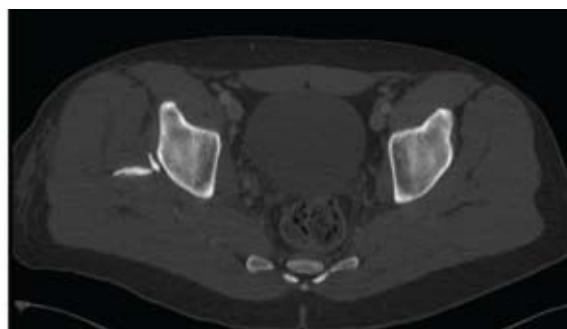


в

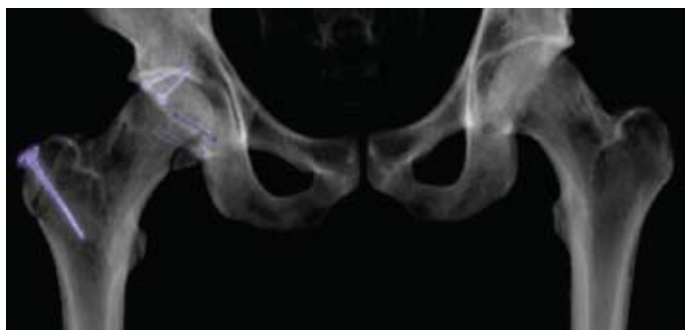
Рис. 2. Перелом головки бедренной кости 2-го типа (Pipkin). а – до операции; б – после операции; в – 4 месяца после операции



а) до операции



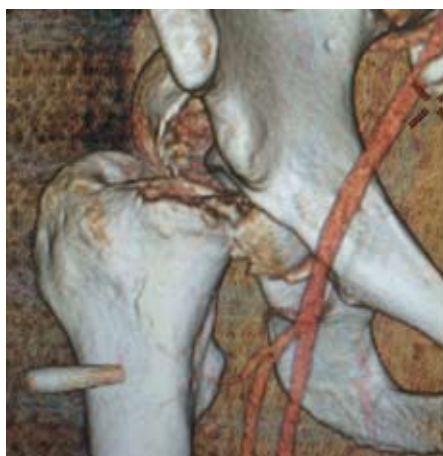
б) до операции



в) после операции



г) после операции

Рис. 3. Перелом головки бедренной кости 4-го типа (Pipkin)**Рис. 4.** Перелом головки бедренной кости 3-го типа (Pipkin)

У 5 пациентов с переломами I (рис. 1) и II (рис. 2) типов использовался передненааружный хирургический доступ Уотсона-Джонса [4].

У 3 пациентов с IV типом перелома ГБК и 1 пациента со II типом перелома задний доступ Кохера-Лангебека [3] (рис. 3).

Одному пациенту с переломом III типа (рис. 4) выполнено первичное тотальное эндопротезирование ТБС. Фиксация перелома ГБК производилась винтами типа Герберта, синтез задней стенки вертлужной впадины по стандартной методике.

Результаты лечения

Интраоперационных и ранних послеоперационных осложнений не было (100%). У 6 пациен-

тов (50%) результаты были оценены как хорошие по шкале Харриса [6]. Среди них 1 пациент после консервативного лечения (16,7%), 1 пациент после тотального эндопротезирования ТБС (16,7%), 4 пациента (66,6%) после синтеза перелома передним доступом. У 4 пациентов удовлетворительные результаты по шкале Харриса (33,3%), из них 1 пациент после консервативного лечения (25%), 3 пациента (75%) после синтеза перелома ГБК и задней стенки вертлужной впадины из заднего доступа. Также были 2 неудовлетворительных результата (16,7%). У пациента с переломом II типа после синтеза передненааружным доступом развился асептический некроз ГБК через 3 месяца, через год было выполнено тотальное эндопротезирование ТБС. Также неудовлетворительный

результат у пациента с переломом II типа после фиксации задним доступом: через 5 месяцев появились гетеротопические оссификаты в области ТБС, резкое ограничение объема движения в суставе, боль, что потребовало выполнить резекцию оссификатов.

Таким образом, при лечении переломов Pirkkin целесообразно использовать только открытую анатомичную репозицию и стабильную фиксацию в кратчайшие сроки после получения травмы.

При переломах I и II типов рационально использовать менее травматичный передний доступ к тазобедренному суставу, задний – при IV типе перелома. При переломах шейки и головки бедренной кости с давностью перелома более суток можно рассматривать вопрос о первичном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Учитывая риск развития гетеротопических оссификатов в области сустава, необходимо назначать таким пациентам индометацин 50 мг в сутки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий А. В. Хирургическое лечение переломов задней стенки и задней колонны вертлужной впадины / А. В.

Белецкий, А. Э. Мурзич, А. И. Воронович // Травматология и ортопедия. – 2010. – № 3 (18). – С. 75–83.

2. Казанцев А. Б. Оперативное лечение перелома-вывихов головки бедренной кости / А. Б. Казанцев, А. А. Тер-Григорян, С. М. Путятин [и др.] // Вестник эксперимент. и клин. хирургии. – 2011. – Т. IV. № 2. – С. 375–377.

3. Мурзич А. Э., Белецкий А. В., Воронович А. И., Корзун О. А. Задний доступ Кохера-Лангенбека в хирургическом лечении переломов вертлужной впадины / А. Э. Мурзич, А. В. Белецкий, А. И. Воронович [и др.] // Медицинский журнал: Научно-практический рецензируемый журнал. – 2010. – № 3. – С. 102–108.

4. Уотсон-Джонс Р. Переломы костей и повреждения суставов (пер. с англ.). – М.: Медицина, 1972. – С. 672.

5. Epstein H. C., Wiss D. A., Cozen L. Posterior fracture dislocation of the hip with fractures of the femoral head // Clin. orthop. – 1985. – Vol. 201. – P. 9–17.

6. Harris W. H. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures treatment by mold arthroplasty // J. bone jt. surg. – 1969. – Vol. 51 (A). № 4. – P. 737–755.

Поступила 08.10.2015

В. Д. СЕМЫКИН¹, А. В. МАЛЫШЕВ², З. Ж. АЛРАШИД²

ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ, ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ПАЦИЕНТОВ С ВЫРАЖЕННЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ СТЕКЛОВИДНОГО ТЕЛА

¹МБУЗ «Городская больница № 4»,

Россия, 354000, Краснодарский край, г. Сочи, ул. Дагомысская, 42;

тел. 89184805474. E-mail: viktor.semykin_26@mail.ru;

²государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского», Россия, 350029, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167; тел. 89181679799. E-mail: Jak-7@mail.ru

Обследовано (в качестве основной группы) 84 пациента (84 глаза) в возрасте 42–76 лет с выраженными деструктивными изменениями стекловидного тела (ВДИСТ), в качестве контрольной группы обследовано 32 пациента соответствующего возраста и пола практически без патологии органа зрения. Установлено, что возникновение ВДИСТ сопровождается достаточно существенными нарушениями гемодинамических и биохимических показателей зрительной системы, а также параметров микроциркуляции. Предполагается, что существенно сниженный уровень функционирования зрительного анализатора пациента с наличием выраженной ВДИСТ может рассматриваться в качестве одного из ведущих факторов риска развития в дальнейшем более серьезных витреоретинальных нарушений (отслойки сетчатки, макулярного отверстия).

Ключевые слова: стекловидное тело, витреэктомия, микроциркуляция глаза, гемодинамика глаза.

V. D. SEMYKIN¹, A. V. MALYSHEV², Z. Zh. ALRASHID²

HEMODYNAMIC, ELECTROPHYSIOLOGICAL AND BIOCHEMICAL PROPERTIES OF THE VISUAL SYSTEM OF PATIENTS WITH SEVERE DESTRUCTIVE CHANGES OF THE VITREOUS