исключает возможность восстановления сустава, что подтверждается данными морфологического исследования. В связи с этим описанные признаки могут служить основанием для эндопротезирования коленного сустава.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРИ КОСТНО-ЦЕМЕНТНОМ ОСТЕОСИНТЕЗЕ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Карчебный Н.Н., Вацик М.В., Жилкин Б.А.
Городская больница № 17,
Научно исследовательский и учебно-методический центр биомедицинских технологий,
Москва

Переломы, возникающие на фоне остеопороза, представляют собой глобальную медико-социальную проблему. Суммарный риск остеопоротических переломов в возрасте 50 лет равняется 39,7 % для женщин и 13,1 % для мужчин (L.J. Melton, 1995). Количество остеопоротических переломов в мире увеличивается и с 1,7 млн. в 1990 г. возрастет до 6,3 млн. в 2050 г (B.L. Riggs, L.J. Melton, 2000). По данным Российской ассоциации по остеопорозу, среди городского населения России у 24 % женщин и 13 % мужчин в возрасте 50 лет и старше отмечается, по крайней мере, один клинически выраженный перелом.

Целью исследования стало улучшение результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с переломами костей конечностей путем применения костно-цементного остеосинтеза.

Применение костного цемента с традиционными погружными конструкциями, по данным проведенных нами клинического и морфологического исследований, является оптимальным методом фиксации отломков при переломах костей конечностей на фоне остеопороза.

Наш опыт лечения 110 пострадавших в возрасте старше 65 лет, из них мужчин – 19 (17,3 %), женщин – 91 (82,7 %). У всех больных были сопутствующие заболевания различной степени тяжести. Нарушения функции ССС наблюдались у 104 больных (94,5 %), среди них ИБС с нарушением ритма и проводимости, ПИКС, атеросклероз аорты, коронаров, сосудов мозга, гипертоническая болезнь, НК 1-3 ст. и др. Заболевания дыхательной системы – у 57 (51,8 %) больных: ХОБЛ, бронхиальная астма, пневмосклероз, эмфизема легких, ДН 1-2 ст. Неврологические нарушения: последствия перенесенного ОНМК, ЗЧМТ, периферические невриты и т.п., - наблюдались у 29 больных (26,4 %), заболевания эндокринной системы (сахарный диабет 1 и 2 типа, ожирение 1-3 ст. и т.п.) у 42 (38,2 %) больных. Больные оперированы по поводу переломов верхней конечности (плеча) – 67 чел. (60,9 %), и нижней конечности (бедра, голени) – 43 чел. (39,1 %).

Физиологические возрастные изменения, а также наличие сопутствующих заболеваний значительно увеличивали риск операции и анестезии (3-4 класс по ASA). Для обеспечения оперативных вмешательств, при костно-цементном остеосинтезе переломов костей конечностей, в основном, использовали регионарные методы обезболивания. Анестезия верхней конечности обеспечивалась блокадой плечевого сплетения межлестничным, надключичным или аксилярным доступом. Для обеспечения оперативных вмешательств на нижней конечности, применялась эпидуральная, спинальная или проводниковая анестезии (блокада седалищного, бедренного и латерального кожного нерва бедра). Нами использовались различные современные растворы местным анестетиков (лидокаина, бупивакаина, ропивакаина и др.) в общепринятых дозировках. Психо-эмоциональную адаптацию обеспечивали включением атаратиков и гипнотиков (мидазолама (дормикум) 0,03-0,04 мг/кг, диазепама 0,15-0,2 мг/кг, пофола 0,5-1 мг/кг) в комплекс анестезиологического обеспечения.

Особенностью костно-цементного остеосинтеза, является влияние имплантации костного цемента в интрамедуллярный канал на системную гемодинамику. Снижение САД на 20-30 мм. рт. ст. наблюдалось у 53 больных (48,2 %), нарушение ритма по типу синусовой брадикардии у 34 больных (30,9 %), суправентрикулярной экстрасистолии 10 больных (9,1 %). Указанные нарушения требуют особенного внимания анестезиолога, адекватно предоперационной подготовки, динамического интраоперационного мониторинга, своевременной патогенетической коррекции. Артериальную гипертензию удавалось корригировать увеличением скорости внутривенной инфузии и болюсным введением эфедрина 5-15 мг, нарушение ритма купировались применением холинолитиков или специфических антиаритмических средств.

Следует отметить, что адекватная предоперационнаяч подготовка больных с корреляцией водно-электролитного баланса, применением холинолитиков (атропина 0,02 мг/кг), десенсебилизирующих и вазопрессорных (по показаниям) средств, сводит вышеуказанные проявления к минимуму.

При совместном (оперирующим травматологом и анестезиологом) предоперационном планировании, необходимо учитывать влияние имплантации костного цемента на системную гемодинамику, проводить адекватную предоперационную подготовку, а в ходе операции четко фиксировать момент введения костного цемента в интрамедуллярный канал, проводить тщательный мониторинг гемодинамических параметров и своевременно корригировать возникающие побочные эффекты.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦИКЛОФЕРОНА ПРИ ГРИППЕ И ОРВИ В ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ

Шульдякова О.Г., Еремин В.И.,
Заяц Н.А., Рябинин Н.В.
Саратовский государственный медицинский университет, Саратов,
НФТЦ «Полисан», Санкт-Петербург

Причинами низкой эффективности существующих методов борьбы с гриппом и другими ОРВИ являются высокая контагиозность, многочисленность