

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫ КУРАКТАГЫЛАРДЫН САН СӨӨК МОЮНЧАСЫНЫН СЫНЫГЫНДА ЖАМБАШ-САН МУУНУН ГЕМИАРТРОПЛАСТИКАЛООСУНУН ОРИГИНАЛДУУ ЫКМАСЫ

Б.Т. Суеркулов¹, С.А. Джумабеков², Б.С. Анаркулов³,
Э.К. Кабылбеков², М.А. Айтымбетов²

¹Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз Россия Славян университети
Травматология жана ортопедия кафедрасы

²И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Травматология, ортопедия жана экстремалдык хирургия кафедрасы

³С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана
квалификацияны жогорулатуу медициналык институту

Травматология, ортопедия жана катастрофалар медицинасы кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме. Бул изилдөө улгайган жана улгайган бейтаптардын сан сөөгүнүн моюн сыныктарын хирургиялык ондоонун оригиналдуу ыкмасын сунуштайт. Негизги басым муундун анатомиялык жана функционалдык өзгөчөлүктөрүн калыбына келтирүүнүн эффективдүү ыкмасы катары жамбаш муунунун гемиартропластикасын колдонууга багытталган. Бул макалада процедуранын техникалык аспекти, клиникалык байкоолор жана узак мөөнөттүү пациенттин натыйжалары узак мөөнөттүү байкоо мезгили менен каралат. Сунушталган ыкма ортопедиялык хирургиянын практикасына олуттуу салым кошо турган курактык топтордогу сыныктардын бул түрүн хирургиялык дарылоону өркүндөтүүнүн келечегин көрсөтөт. Бул макалада улгайган жана кары курактагылардын сан соок моюнчасынын сыныгында жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоосунун оригиналдуу ыкмасынын жасалышы, анын баскычтары, жамбаш-сан муундун капсуласынын анатомиялык жерине тыгыз бекилишин камсыздап, операциялоодон кийинки мезгилде эндопротездин люксацияланышын алдын алат жана эрте буттарга туруусуна шарт тузот. Корутунду: гемиартропластикалоодон кийин жамбаш-сан муун капсуласынын арткы бөлүгүн бекитүү, ал жамбаш-сан муундун өз ара тигилген капсуласын тоннель аркылуу өткөрүү тыгыз жана герметикалык аларды бекемдейт жана операциялоодон кийинки аралыкта люксацияланышын (бертинүү) алдын алат. Биз сунуштаган жамбаш-сан муундун капсуласын бекитүү ыкмасы колдонууда жөнөкөй, дарыгердин атайын дасыгуусун талап кылбайт, аткаруу техникасы боюнча кичине жаракаттуу, операцияланган буттун эрте калыбына келүүсүнө жана реабилитацияланышына түрткү берет.

Негизги сөздөр: сан сөөк моюнчасынын сынышы, улгайган жана кары курак, биполярдык эндопротез.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ГЕМИАРТРОПЛАСТИКИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Б.Т. Суеркулов¹, С.А. Джумабеков², Б.С. Анаркулов³,
Э.К. Кабылбеков², М.А. Айтымбетов²

¹Кыргызско- Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина
Кафедра травматологии и ортопедии

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии

³Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова
Кафедра травматологии, ортопедии и медицины катастроф
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Настоящее исследование представляет оригинальный метод хирургической коррекции переломов шейки бедренной кости у пожилых и старческого возраста пациентов. Основной акцент делается на использовании гемиартропластики тазобедренного сустава как эффективного способа восстановления анатомических и функциональных характеристик сустава. В статье рассматриваются технические аспекты процедуры, результаты клинических наблюдений и долгосрочные исходы у пациентов с продолжительным периодом отслеживания. Представленный подход демонстрирует перспективы улучшения хирургического лечения данного типа переломов в возрастных группах, что делает его значимым вкладом в практику ортопедической хирургии. Данная статья посвящена оригинальному способу гемиартропластики тазобедренного сустава при переломе шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста, его этапы выполнения, который обеспечивают плотное прикрепление капсулы тазобедренного сустава к анатомическому месту в дальнейшем предотвратить вывих эндопротеза в послеоперационном периоде и ранняя опороспособность на оперированную конечность. Заключение: после гемиартропластики фиксация задней части капсулы тазобедренного сустава, туннелирование, ушивание суставной капсулы тазобедренного сустава через туннель плотно, и герметично укрепляет их, и предотвращает вывих в послеоперационном периоде. Предложенный нами способ ушивания капсулы тазобедренного сустава прост в применении, не требует специальной подготовки врача, способствует скорейшему восстановлению и реабилитации прооперированной конечности.

Ключевые слова: перелом шейки бедренной кости, пожилой и старческий возраст, биполярный эндопротез.

ORIGINAL METHOD OF HEMIARTHROPLASTICATION OF THE HIP-FEMU JOINT IN FRACTURES OF THE NECK OF THE FEMU BONE IN ELDERLY AND ELDERLY PEOPLE

**B.T. Suerkulov¹, S.A. Djumabekov², B.S. Anarkulov³,
E.K. Kabylbekov², M.A. Aitymbetov²**

¹Kyrgyz- Russian Slavic University named after B.N. Yelsin
Department of Traumatology and Orthopedics

²Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Traumatology, Orthopedics and Extreme Surgery

³Kyrgyz State Institute of Retraining and Advanced Studies named after S.B. Daniyarov
Department of Traumatology, Orthopedics and Disaster Medicine
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. This study presents an original method for surgical correction of femoral neck fractures in elderly and senile patients. The main emphasis is on the use of hemiarthroplasty of the hip joint as an effective way to restore the anatomical and functional characteristics of the joint. This article reviews the technical aspects of the procedure, clinical observations, and long-term patient outcomes with an extended follow-up period. The presented approach demonstrates the prospects for improving the surgical treatment of this type of fractures in age groups, which makes it a significant contribution to the practice of orthopedic surgery. This article is devoted to the original method of hemiarthroplasty of the hip joint for a fracture of the femoral neck in elderly and elderly people, its stages of implementation, which ensure tight attachment of the hip joint capsule to the anatomical site to further prevent dislocation of the endoprosthesis in the postoperative period and early supportability on the operated limb. Conclusion: after hemiarthroplasty, fixation of the posterior part

of the hip joint capsule, tunneling, suturing the hip joint capsule through the tunnel tightly and hermetically strengthens them, and prevents dislocation (dislocation) in the postoperative period. The method we proposed for suturing the hip joint capsule is easy to use, does not require special training of a doctor, and promotes rapid recovery and rehabilitation of the operated limb.

Key words: femoral neck fracture, elderly and senile age, bipolar endoprosthesis.

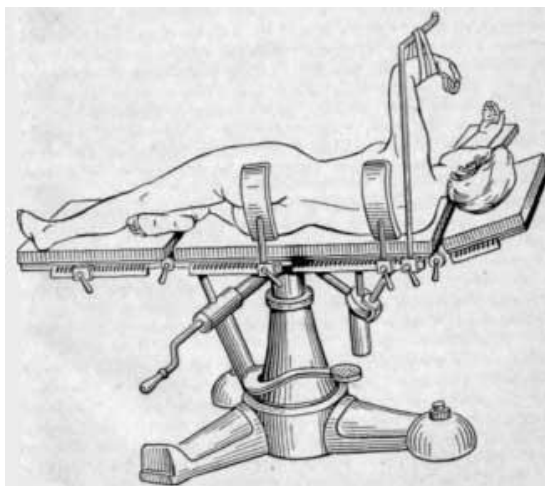
Актуалдуулугу. Улгайган жана кары жашындагы адамдарда сан сөөгүнүн медиалдык сыныктары соңку мезгилдик травматологиянын актуалдуу көйгөйү болуп кала берүүдө [1] жана улуу жаштагы топтор арасында жаракат структурасында 37%га чейин жетет [2]. Жалпыга белгилүү болгондой, 60 жаштан жогору пациенттердин көпчүлүгү соматикалык коштолуучу оорулар менен жабыркайт. Дененин ички органдары жана системасынын түрдүү оорулардын дартын аныктоодо, жашы улуу адамдарда 87,6 – 99,2%да кездешет [3,4]. Сан сөөк моюнчасынын сыныгы менен бейтаптардын өлүмдүүлүк көрсөткүчү популяциядагы өлүмдүүлүктүн орточо көрсөткүчүнөн математикалык накта жогору жана [5,6] бул жаракат менен ички бейтапканалык өлүмдүүлүк 6% деңгээлинде байкалат. Консервативдик дарылоо ыкмасы эффективдүүлүгү төмөн деп эсептелет. Ошондуктан азыркы учурда операциялоо негизги ыкма болуп саналат, операциялоо жана консервативдик дарылоо жыйынтыктарын салыштырууда, операциялоодон кийин 6 айга чейин өлүмдүүлүк - 4.28%, ал эми консервативдик дарылоодон кийин – 32.2% көрсөткөн. Сан сөөк моюнчасынын сыныктары менен бейтаптарды дарылоо көйгөйү мамлекеттик зор мааниге ээ [7,8]. Сан сөөк моюнчасынын сыныгын остеосинтездөөдөн кийин жаман жыйынтыктардын көп саны, ошондой эле жакынкы жана алыскы аралыктарда кабылдоолордун өөрчүй башташы, хирургдарды жамбаш муунун эндопротездөөгө муктаж кылат. Бул көйгөйдү чечүүгө көптөгөн авторлор иштеп келишкен [9,10].

Ошону менен бирге, заманбап ортопедияда жамбаш муунун эндопротездөө өтө жаракаттуу операцияларга кирет. ошондуктан, жогоруда белгилегендей кесепети жок операцияны көтөрө алган, соматикалык сакталып калган пациенттер үчүн гана адилеттүү [11].

Изилдөө максаты: медиалдык сыныктарга жамбаш муундун гемиартропластикалоосунун кичине инвазивдүү антилюксациялык ыкмасын колдонуу менен улгайган жана кары жаш курагындагы адамдардын сан сөөгүнүн моюнчасы менен бейтаптарды хирургиялык дарылоо жыйынтыктарын жакшыртуу.

Материалдар жана ыкмалар. Жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоо ыкмасын аткаруу процессинде, айрым кемчиликтер жана операциялоо баскычында ишти чала аткарылгандык ачыкка чаккан. Биз аларды өзүнчө бөлдүк жана жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоо баскычтарында жана моменттеринде кемчиликтерди издөө менен кайра иштеп чыгарууну көздөп, 2015-жылдын июнь айында протезди имплантациялоого жаңы ыкманы ойлоп чыгарууга КР №1753 патенти алынган. Негизги баскычтар:

- Бейтапты операциялоо даярдыгынан кийин (өзүнө камтыйт: кечки клизма, операциялоо алдында 0,3 мл – 2850 МЕ анти Ха-факторду активдүүлүктө төмөнкү молекулярдуу гепаринди (ТМГ) жана операциялоого чейин 2 саатта алдын алуу антибиотикотерапия (ПАБ) саюу, булар аткарылгандан кийин операциялоочу блокко жеткирилет. Бейтап капталынан, дени соо тарабына буту келтирилген абалда жатат (1-сүрөт).



1-сүрөт. Бейтаптын капталынан жаткан абалы.

- Анестезиологиялоо биздин учурда экт түрдө аткарылат (медициналык көрсөткүчтөрү боюнча):

А) Эндотрахеалдык наркоз - 37 учурунда %;

Б) Жүлүн-мээни анестезиялоо - 131 учурунда %.

- Операциялоочу жайды тазалоодон кийин, маркер менен негизги точкаларга жана ориентирлерге (чоң ийик башына, сандын туура каптал бетине жана кесүүгө багытталган жерге) багыттоочу белгилер коюлат (2-сүрөт).



2-сүрөт. Багыттоочу белгилер.

- 10 см узундукта катмардуу кесүү, ийик башынын арткы четинен 1,5 см медиалдуурак жамбаш-сан муундун капсуласына чейин, б.а. жамбаш-сан муундун арты жагынан ачылат. Ийик башынын арткы 0,5-1,0 см четинен кетип жамбаш-сан муундун бардык узундугунда узатасынан тканды ачабыз жана этияттык менен санды ичи тарапка жылдырабыз (мында өтө кылдаттыкты сактоо керек, анткени сан сөөгүнүн ылдый тарабын ятрогендик жабыркатып алуу кооптуулугу бар), жана сан сөөгүнүн проксималдык бөлүгү визуалдуу

ачылат. Ийик башынан жамбаш муундун капсуласын бөлгөндөн кийин, жамбаш сөөк чуңкурунун арткы четине чейин туурасынан ачабыз.

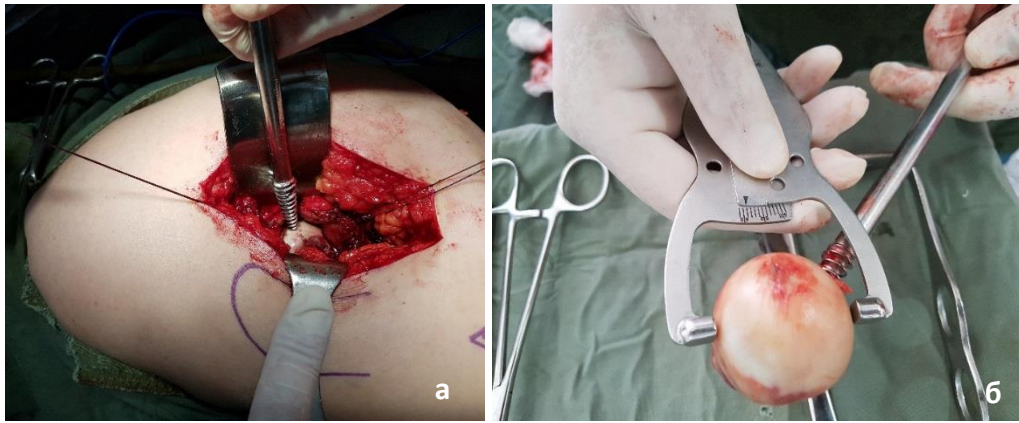
Мындайда операциялоочу хирургга толук бойдон сынган жерге чейин визуалдык көрүнүш ачылат. Капсуланын кесилген өйдөңкү жана ылдыйкы четинин ар бирин өзүнчө кармагыч менен карматабыз, ал башты алып салуу учурунда жана жамбаш сөөк чуңкуруна протезди тууралоодо, капсуланын жаракаттануусун төмөндөтөт (3-а-б сүрөт).



3-сүрөт. Жамбаш муундун капсуласын мобилизациялоо:
а – капсуланы Т түрүндөгү кесүү, б – капсуланы кармагычка алуу.

Жамбаш-сан муундун капсуласын штопор менен мобилизациялагандан (4-а сүрөт) кийин, сан сөөгүнүн башын кармоо менен айланасындагы ткандарды жабыркатпай

акырындап сан сөөк башы алынат, өзүнчө штангенциркуль менен сан сөөк башынын өлчөмүн ченейбиз, ал протездин өлчөмүнө туура келип ылайык болуусу керек (4-б сүрөт).



4-сүрөт. Сан сөөк башын алып салуу баскычтары:
а – штопор менен мобилизациялоо, б – штангенциркуль менен ченөө.

Сан сөөнүнүн башы алынгандан кийин сандын проксималдык бөлүгүн операциялык жаратка чыгаруу менен сандын максималдык ички ротациясын аткаруу керек. Бурагычдын жардамында (сан сөөк каналын кеңейтүүчү – рашпиль) сан каналын рашпиль менен өлчөмүнө жараша (ар бир бейтапка жекече өлчөмдө)

акыркы тазалап, механикалык иштетүү жүргүзөбүз (5-а-сүрөт).

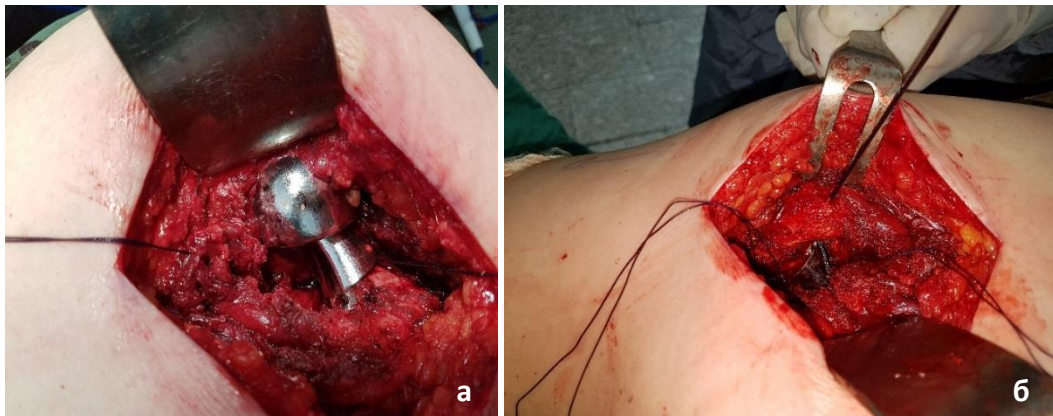
Протезди имплантациялоо үчүн сан сөөгүнө цементтик бекитүүнү колдонобуз. Эки компоненттүү цемент «BioFix1G» фирмасынын антибиотик менен колдонулат (5-б-сүрөт).



5-сүрөт. Гемипротездөө баскычтары:
а – рашпиль менен тазалоо, б – цементтик бекиүүчү.

Тиешелүү өлчөмдөгү протез сандын физиологиялык антеверсиясын эске алуу менен сан сөөгүнө имплантталат. Санды тууралоо. Капсула эки кармагычтын ортосунда бекитилет жана

керектүү учурларда өзүнчө тигиштеп өзүнчө туннель аркылуу сандын проксималдык бөлүгүнүн тарак сымал сызыгына бекилет (30.06.2015-жылы КР №1753 патенти алынган) (6 - а,б сүрөт).



6-сүрөт. Жамбаш-сан муун капсуланын арткы бөлүгүн бекитүү:
а – протезди ордуна келтирүү, б – капсуланы тигүү.

Жарат антисептиктердын эритмеси менен жуулат, жаратка катмардуу тигиштер тигилет, асептикалык байланат.

Бейтапты горизонталдык абалда, гемодинамикасына жараша бөлүмгө же жандандыруу бөлүмүнө жаткырылат (7-сүрөт).



7-сүрөт. Операциялоодон кийинки аралыкта бейтапты жайгаштыруу.

Госпиталдаштыруу жерине карабастан, люксацияны алдын алуу үчүн жана буттарды функционалдык абалга келтирүү үчүн буттарынын ортосуна атайын валик коюлат.

Биз иштеп чыгарган жамбаш-сан муундун арткы капсуласын бекитүү ыкмасы жеке өздүк материалдардын бардык учурларында колдонулган (n-110).

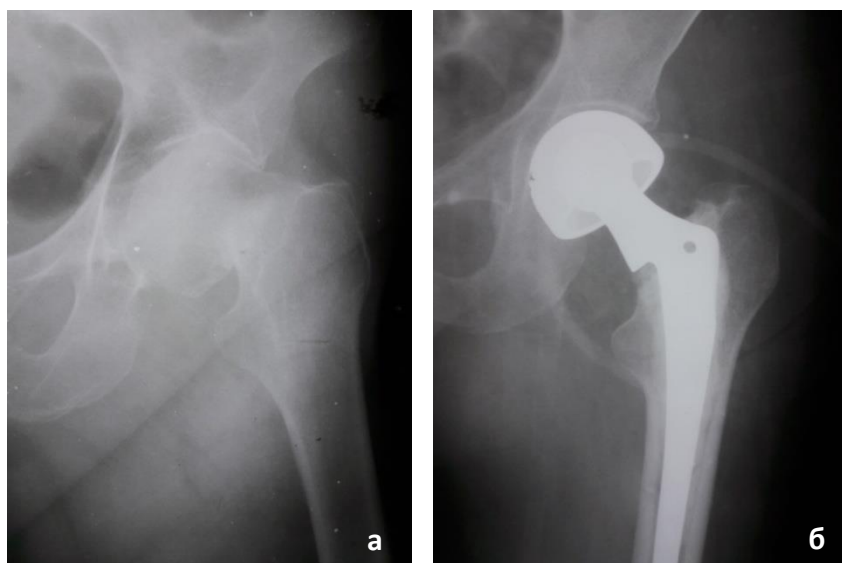
Интраоперациялык убакыт $t = 41 \pm 8.3$ мүнөт созулган, ишеним интервалы – 4,1 мүнөт.

Өздүк материалдагы топто бейтаптын стационарда жаткан орточо мөөнөтү $15,7 \pm 4,3$ койка – күндөрү, ишеним интервалы – 2,2 койка күн түзгөн.

Мисал. Бейтап Д., 86 жашта. б/б №1911, бейтаптын өзүнүн жана анын жанында жандап жүргөн баласынын сөзүнүн айтымында түшкөнгө чейин 1 сутка мурун 18.02.2016 жылы үйүнүн ичинен кулоодон алган жана өздөрүнүн автоунаасы менен БТОИИБдин кайра жандандыруу бөлүмүнө

жеткирилген. Сол жамбаш-сан муунунун ооруксунуусуна жана чектелишине, сол бутуна туралбай калуусуна даттанат. Ооруканага жаткырылгандан кийин рентген жасалган, анда сан сөөгүнүн моюнчасынын сынып жылуусу аныкталган. Пациентте сыныктан башка дагы коштолуучу ооруулардын патологиясы байкалган: Жүрөктүн коронардык ооруусу, стенокардия чыналуусу (NYHA), аортанын жана баштагы кан тамырлардын атеросклерозу.

Бейтап жаракат алардан мурун үйдүн ичинде жана үйдөн сырткары болжолу 700 метрге чейин таягы жок өзү басчу. Баардык текшерүүдөн өткөн соң, 30.06.2015 жылы №1753 ойлоп табылган ыкма патенти менен 26.02.2016 жылы жамбаш-сан муунун биполярдык эндопротездөө операциясы жасалган. Операциянын убакыты 45 минута, ал эми кан кетүүсү 150 мл түзгөн. Бейтап операциядан кийин кайра БТОИИБдун травматология бөлүмүнө жеткирилген (8-сүрөт а,б).



8-сүрөт. Жамбаш муунун түз проекциялык рентгенографиясы: а – операция чейин, б – операциядан кийин.

Үчүнчү күнү кроваттын кырына отургузулса, ал эми төртүнчү күнү ходуноктун жардамы менен операция болгон бутуна орточо күч берип баса баштаган. 12-күнү сунуштар менен үйүнө чыгарылган.

Натыйжалар.

Ооруканада гемиартропластикалоо операциясынан өткөн бардык бейтаптар, дененин органдарынын жана системаларынын (жүрөк-кан тамыр, дем алуу, бөлүп чыгаруу ж.б.) морфофункционалдык абалы жөнүндө маалыматтарды баалоону камтыган комплекстүү текшерүүдөн өтүшкөн. Операция жасоо мүмкүнчүлүгү жөнүндө чечим ортопед-травматологдордун, терапевттердин, анестезиологдордун, невропатологдордун жана башка адистердин (көрсөтүлгөндөй) катышуусу менен консультацияларда кабыл алынган. Ооруканада эндотездегө көрсөтүлгөн алгоритми колдонулуп, стандарттык талаптарга жооп берет жана бейтаптар үчүн минималдуу тобокелдик менен комплекстүү текшерүүдөн кийин мындай кийлигишүүлөрдү жүргүзүүгө мүмкүндүк берет. Хирург-травматолог үчүн монополярдуу (анын ичинде биполярдуу) эндотездерди тандоодо биз, көпчүлүк авторлор сыяктуу эле, мындай структураларды имплантациялоо улгайган, кары адамдарга сан сөөгүнүн моюнчасынын сыныктары үчүн баштапкы эндотездөө учурунда, ацетабулум сакталып, анын кемирчеги бузулбаган учурда артыкчылыктуу деп эсептегенбиз. Көпчүлүк учурларда, анестезиологиялык колдоо аймактык анестезия аркылуу жүзөгө ашырылат. Ал, Надеванын айтымында (2004) - анестезия бул түрү улгайган курактагы бейтаптарда жамбаш-сан муундун гемиартропластикалоо үчүн тандоо ыкмасы болуп саналат.

Жакшы – 80%, жана 20% – канааттандыраарлык кездешсе, канааттандыраарлык эмес кездешкен эмес.

Талкулоо. Улгайган жана улгайган адамдарда жамбаш муунунун гемиартропластикасынын оригиналдуу ыкмасы жөнүндө илимий макаланы талкуулоо - заманбап ортопедиялык практиканын актуалдуу темасы. Макалада бейтаптардын бул категориясы үчүн дарылоо натыйжаларын жакшыртуу үчүн жүргүзүлгөн изилдөөнүн натыйжалары берилген. Улгайган адамдардын жамбаш сөөгүнүн жаракаттарынын көп болушу менен байланышкан көйгөй сөөк тканындагы куракка байланыштуу өзгөрүүлөргө жана анын сапатынын начарлашына байланыштуу. Бул патология көп учурда олуттуу функционалдык чектөөгө жана бейтаптардын жашоо сапатынын төмөндөшүнө алып келет. Киришүү ошондой эле учурдагы дарылоо ыкмаларын жана алардын чектөөлөрүн баса белгилеп, жаңы ыкмаларды

иштеп чыгуу үчүн негиз болуп берет. Макалада берилген изилдөө методологиясы импланттарды, ыкмаларды же инновациялык аспектилер менен учурдагы ыкмалардын айкалыштарын колдонууга негизделген гемиартропластикага жаңы мамиленин сыпаттамасын камтыйт. Өзгөчө көңүл бейтаптарды тандоого, киргизүү жана алып салуу критерийлерине жана узак мөөнөттүү натыйжаларды баалоого бурулат. Макалада жаңы техниканын узак мөөнөттүү натыйжаларын изилдөөгө өзгөчө көңүл бурулат. Бул имплантаттын узак мөөнөттүү жашоосуна баа берүү, жамбаш функциясынын калыбына келтирүү даражасын жана операциядан кийин бейтаптардын жашоо стандарттарын камтыйт. Бул ыкма бизге убакыттын өтүшү менен техниканын туруктуулугун жана натыйжалуулугун баалоого жана жамбаш моюн сыныктарды дарылоо үчүн салттуу ыкмалар менен салыштырууга мүмкүндүк берет. Макалада берилген изилдөөнүн натыйжалары гемиартропластиканын жаңы ыкмасын колдонуудан кийин клиникалык жана функционалдык көрсөткүчтөрдүн анализин камтыйт. Калыбына келтирүү убактысы, оорунун катуулугу, пациенттин активдүүлүгүнүн деңгээли жана татаалдануу көрсөткүчтөрү бааланган. Жаңы ыкманын натыйжаларын салттуу ыкмалар менен салыштыруу клиникалык практикада аны колдонуунун натыйжалуулугун жана келечегин баалоого мүмкүндүк берет. Макалада алынган натыйжаларды чечмелөө, аларды башка изилдөөлөрдүн маалыматтары менен салыштыруу, жаңы методдун мүмкүн болуучу чектөөлөрү жана мүмкүн болуучу артыкчылыктары камтылган. Техниканы мындан ары өнүктүрүүнүн перспективалары, алынган маалыматтарды тастыктоо жана клиникалык сунуштарды кеңейтүү үчүн кошумча изилдөөлөрдүн зарылдыгы да каралат. Ошентип, улгайган жана улгайган адамдарда жамбаш муунунун гемиартропластикасынын оригиналдуу ыкмасы жөнүндө илимий макала ортопедиялык хирургияны өнүктүрүүгө маанилүү салым болуп саналат, бул топтун дарылоонун натыйжаларын жана жашоо сапатын жакшыртууга багытталган.

Корутунду:

1. Биринчиден, интраоперациялык артынан ачылган (10 см төмөн) визуалдуу контролду жана операциялоо кийлигишүү учурундагы хирургдун кыймылын жеңилдетет;

2. Экинчиден, башында узатасынан, андан кийин туурасынан жамбаш-сан муундун капсуласын ачуу жана аларды тарак сымал сызыкта кармоочтор менен карматуу кичине жаракаттуу жана сандын башын тууралоо учурунда, анын жамбаш-сан муун көңдөйүнө инвагинацияланышын алдын алат;

3. Үчүнчүдөн, гемиартропластикалоодон кийин жамбаш-сан муун капсуласынын арткы бөлүгүн бекитүү, ал жамбаш-сан муундун өз ара тигилген капсуласын тоннель аркылуу өткөрүү тыгыз жана герметикалык аларды бекемдейт жана операциялоодон кийинки аралыкта люксацияланышын (бертинүү) алдын алат.

4. Түртүнчүсүнөн, биз сунуштаган жамбаш-сан муундун капсуласын бекитүү ыкмасы колдонууда жөнөкөй, дарыгердин атайын дасыгуусун талап кылбайт, аткаруу техникасы боюнча кичине жаракаттуу, операцияланган буттун эрте калыбына келүүсүнө жана реабилитацияланышына түрткү берет.

Адабияттар

1. Bosch U, Schreiber Th, Krettek Ch. Reduction and fixation of displaced fractures of the proximal femur. Clin. Orthop. 2002;399:59-71. <https://doi.org/10.1097/00003086-200206000-00009>
2. Bosch U, Schreiber Th, Skutek M. Minimalinvasive Osteosynthese der medialen Schenkelhalsfraktur bei betagten Patienten. Trauma und Berufskrankheit. 2003;1:35-41. <https://doi.org/10.1007/s10039-002-0628-5>
3. Heikkinen T, Wingstrand R, Partanen J. Hemiarthroplasty or osteosynthesis in cervical hip fractures: matched-pair analysis in 892 patients. Arch. Orthop. Trauma Surg. 2002;122:3:143-147. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s004020100325>
4. Van Dortmont LM, Douw CM. Cannulated screws versus hemiarthroplasty for displaced intracapsular femoral neck fractures in demented patients. Ann. Chir. Gynaecol. 2000;89:2:132-137.
5. Антониади Ю.В., Черницын Д.Н., Жиряков Д.Л., Мукменов М.М., Зверев Ф.Н. Опыт лечения больных старшей возрастной группы с переломами шейки бедра. Илизаровские чтения: материалы Всерос. науч. практ. конф. Курган. 2010:47-49.
6. Корнилов Н.В. Состояние эндопротезирования крупных суставов в Российской Федерации. Эндопротезирование крупных суставов: Матер. симпозиум. М.; 2000:49-52.
7. Лазарев А.Ф., Радионова С.С., Солод Э.И. Особенности лечения переломов проксимального отдела бедренной кости и плечевой кости на фоне остеопороза. II Российский конгресс по остеопорозу. 2005:128-130.
8. Марков А.А., Сергеев К.С., Марченко С.А., Душин Д.В. Определение и сравнение стабильности фиксации погружных металлоконструкций, применяемых при переломах шейки бедра в экспериментальном исследовании. Илизаровские чтения: материалы Всерос. Науч. Практик. Конф. 2010: 228-229.
9. Миронов С.П. Остеопороз как медико-социальная проблема. В кн.: Проблемы остеопороза в травматологии и ортопедии. М.; 2006:4.
10. Москалев В.П., Корнилов Н.В., Шапиро К.Р. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей. СПб.: Морсар; 2001:148-150.
11. Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Кабылбеков Э.К., Суеркулов Б.Т. Первичные результаты хирургического лечения переломов проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2023;5:169-176. https://doi.org/10.54890/1694-6405_2023_5_169

Цититалоо үчүн

Суеркулов Б.Т., Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Кабылбеков Э.К., Айтымбетов М.А. Улгайган жана кары курактагылардын сан сөөк моюнчасынын сыныгында жамбаш-сан муунун гемиартропластикалоосунун оригиналдуу ыкмасы. Евразиялык саламаттыкты сактоо журналы. 2024;4:181-189. <https://doi.org/10.54890/1694-8882-2024-4-181>

Сведения об авторах

Суеркулов Бахтияр Турдукулович – к.м.н., кафедра травматологии и ортопедии Кыргызско-Российского Славянского Университета им. Б.Н. Ельцина, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: suyekulov86@bk.ru

Джумабеков Сабырбек Артисбекович – Академик НАН КР и РАН, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ЭХ КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: s_djumabekov@mail.ru

Анаркулов Бектур Суеркулович – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии КГМИиПК им. С.Б. Даниярова, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: b.anarkulov@gmail.com

Кабылбеков Элмирбек Келсинбекович – ассистент кафедры травматологии, ортопедии и экстримальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: elma_91_kg@mail.ru

Айтымбетов Максат Анатаевич – ассистент кафедры травматологии, ортопедии и экстримальной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. E-mail: maksat.aytymbetov@bk.ru