

И.А. Мурзабеков

ТОТАЛЬНОЕ И ОДНОПОЛЮСНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРА И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯХ В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ*Ингушский государственный университет (Назрань)
Республиканская клиническая больница (Назрань)*

В данной работе анализируются две группы пациентов с переломами шейки бедра, сопоставимые по полу и возрасту. В первой группе, включающей 30 больных, выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезами отечественного производства «ЭСИ» со стандартной головкой 28 см. Средний возраст больных в первой группе составил 63 ± 4 года, женщин было 22 (70 %). Во второй группе, состоящей из 32 пациентов, имплантирован однополюсной эндопротез Мура-Цито. Средний возраст пациентов составил 66 ± 6 лет. Все операции тотального и однополюсного эндопротезирования выполнены из передненаружного разреза. Показания к тотальному эндопротезированию были у больных со свежими нестабильными переломами шейки бедра Pauwels II, III, Garden III, IV, несращениями, ложными суставами, несостоятельностью остеосинтеза у пожилых людей. Определяющим условием однополюсного эндопротезирования являлось наличие хорошо контурируемой, достаточно глубокой и неизменной вертлужной впадины. Отдаленные результаты первой группы через 1 год изучены у 27 (90 %), через 3 года у 21 (70 %). Во 2 группе из 32 пациентов через 1 год осмотрено 26 (80 %), через 3 года 19 (59 %). Средняя оценка по Harris через год в первой группе составила 90 ± 4 балла, во второй 80 ± 4 балла.

Ключевые слова: эндопротезирование, шейка бедра, пожилой и старческий возраст

TOTAL AND UNIPOLAR ENDOPROSTHETICS IN PATIENTS WITH FRACTURE OF FEMORAL NECK BONE AND THEIR SEQUENCES IN ELDERLY AND SENILE AGE

I.A. Murzabekov

*Ingushetia State University, Nazran
Republic clinical hospital, Nazran*

In this article we analyze two groups of patients comparable by sex and age with femoral neck fracture. In the first group including 30 patients the total hip endoprosthesis was done by endoprosthesis of native production «ESI» with standard head 28 cm. Average age of patients in the first group composed 63 ± 4 there were 22 (70 %) women. In the second group consisting of 32 patients were implanted unipolar endoprosthesis Mura-Zito. Patients' average age was 66 ± 6 . All operations total and unipolar endoprosthesis have done from anterior external incision. The indications to total endoprosthesis had patients with fresh unstable fracture femoral neck Pauwels II, III, Garden III, IV, immalunion, spurious articulation, incapability osteosynthesis in old people. The defining condition of unipolar endoprosthesis was presence of deep and unaltered cotyloid cavity. The results of the first group were studied at 27 (90 %) in 1 year, in 3 years 21 (70 %). In the second group from 32 patients were inspected 26 (80 %) in 1 year, in 3 years 19 (59 %). Average estimation by Harris after year in the first group composed 90 ± 4 , in the second – 80 ± 4 points.

Key words: endoprosthesis, femoral neck, elderly and senile age

ВВЕДЕНИЕ

Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости — тема непреходящая и всегда актуальная. В демографическом плане постоянно растет социальная активность и занятость в производстве людей пожилого и старческого возраста. Значительно возросло социальное значение проблемы быстрого и полного восстановления здоровья при заболеваниях и травмах.

Задержка оперативного лечения часто приводит как к обострению сопутствующей патологии, так и развитию фатальных осложнений, таких как инфаркт миокарда, инсульт, жировая эмболия, пневмония, которые быстро приводят стрелку жизни к старческой беспомощности. Раннее хирургическое лечение этих больных не только повышает эффективность их лечения, но и улучшает качество жизни [1, 3, 4, 7, 11, 13].

Несравненно более сложную проблему представляют лечение и реабилитация больных с медиальными переломами шейки бедренной кости. В большинстве случаев проблема решается эндопротезированием тазобедренного сустава [1, 6, 4]. Трудно назвать другое оперативное вмешательство, которое в течение короткого срока времени могла бы ослабить боль, восстановить движения и опороспособность. По скорости достижения клинического эффекта эндопротезированию нет альтернативы [3, 10].

Внедрение современных однополюсных и тотальных эндопротезов при свежих переломах шейки бедренной кости значительно снизило количество повторных операций, которые были нередки после первичного остеосинтеза [4, 8, 9, 14, 15].

Таким образом, необходимость в продолжение исследований в хирургии переломов проксимального отдела бедренной кости и разработка дифферен-

цированного подхода в определении показаний к различного рода оперативным вмешательствам очевидна и определяет цель и задачи нашей работы.

ЦЕЛЬ

Сравнить результаты тотального и однополюсного эндопротезирования у больных с переломом шейки бедренной кости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Две рандомизированные группы пациентов, сопоставимых по полу и возрасту с переломами шейки (B1), (B1.1), (B1.2) и (B2.2) (B2.3) по общепринятой классификации Muller (1983).

В первой группе, включающей 30 больных, выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезами отечественного производства «ЭСИ» эндосистемы и имплантаты со стандартной головкой 28 мм. Во второй группе, состоящей из 32 пациентов производилась имплантация однополюсного эндопротеза Мура-Цито.

Средний возраст больных в первой группе составил 63 ± 4 года, женщин было 22 (70 %).

Отдаленные результаты оценивали по функциональной шкале Harris (1969) через 1 и 3 года.

Все операции тотального и однополюсного эндопротезирования выполнены из переднебокового разреза, с фиксацией больного к операционному столу и поворотом стола в здоровую сторону под углом 30° [2,11]. В периоде предоперационной подготовки заготавливали аутокровь до 1 литра, для возмещения интраоперационной и послеоперационной кровопотери. Забор крови производился за 8 дней и накануне операции. Операция проводилась под прикрытием антибиотиков роцефин, цефазолин, клафоран до 2 граммов в/в, за 1 час до операции и в конце операции. В послеоперационном периоде продолжали в течение одной недели внутримышечное введение антибиотиков.

Показания к тотальному эндопротезированию были у больных со свежими нестабильными переломами шейки бедра Pauwels II, III, Garden III, IV, несращениями, ложными суставами, асептическими некрозами, несостоятельностью остеосинтеза шейки бедра у пожилых людей. Непреложным условием гемизендопротезирования сустава являлось наличие хорошо контурируемой, достаточно глубокой и неизменной вертлужной впадины [1, 12, 13].

Со дня поступления больным проводилась профилактика тромбоэмболических осложнений. Контроль протромбинового индекса, времени кровотечения, эластическое бинтование нижних конечностей, аспирин, фраксипарин 0,3 мл под кожу живота 1 раз в сутки, внутривенно антиагреганты (реополиглюкин), эссенциале. В подавляющем большинстве при эндопротезированиях у 42 (68 %) пациентов применили спинальную анестезию, эндотрахеальный наркоз использован у 20 (32 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Активизировали больных со 2 дня. Они самостоятельно передвигались с использованием до-

полнительных средств опоры к 12 дню. Не так просто заставить пациентов молодого возраста после тотального эндопротезирования выполнять реабилитационные предписания. Больной 38 лет до снятия швов, начал ходить без костылей в палате.

Кровопотеря при тотальном эндопротезировании составила 600 ± 175 мл и при гемипротезировании 450 ± 34 мл. В течение первых 2-х суток при тотальном эндопротезировании выделилось до 150 ± 30 мл кровянистой жидкости. Интраоперационную кровопотерю определяем калориметрическим способом. Определяют гемоглобин в промывных водах, куда погружаются все салфетки, шарики, инструменты, смоченные кровью (И.И. Сагайдак (1958)).

С ростом числа эндопротезирований растет число осложнений, требующих повторных вмешательств. До 70 % больных после операции признаются инвалидами II группы [4, 11].

Летальных исходов в стационаре не было. У двух больных из 32 во время гемизендопротезирования отмечены переломы большого вертела. У 2 (6,6 %) при тотальном эндопротезировании образовались трещины диафиза бедренной кости при доведении бедренного компонента до воротничка эндопротеза.

Нестабильность на почве инфекции развилась у 2 (6 %) пациентов через 6 месяцев и 1,5 года. Имплантаты были удалены.

Асептическая нестабильность развилась у трех (5 %) пациентов, причем у двух больных после тотального, и у одной после гемизендопротезирования.

Ведущие признаки этого осложнения: остеолитический дефект костной массы в области таза, невыполнение предписаний врача и ошибки установки ацетабулярного компонента, повторные травмы. Гетеротопические оссификаты одинаково часто наблюдались как после тотального, так и однополюсного эндопротезирования в сроки 1 год и более.

Отдаленные результаты оценивались по функциональной шкале Harris. Из 30 пациентов I группы через 1 год было обследовано 27 (90 %) через три года — 21 (70 %) пациент. Высок процент естественной убыли пациентов в пожилом и старческом возрасте. Средний балл по оценочной системе Harris через 1 год составил 90 ± 4 , через 3 года — 83 ± 5 .

Во второй группе из 32 пациента через 1 год осмотрено 26 (80 %) через 3 года 19 (59 %) средняя оценка по Harris через год составила 80 ± 4 балла, через 3 года — 66 ± 8 баллов.

Наиболее ценным критерием качества имплантата является его выживаемость. Тотальные эндопротезы отечественного производства «ЭСИ», хотя и уступают своим зарубежным аналогам, в основном удовлетворяют требованиям, предъявляемым к имплантатам. По нашим данным 5 пациентов после тотального эндопротезирования перешагнули 10-летнюю выживаемость.

У одной пациентки при фрезировании произошла перфорация вертлужной впадины, с бурным развитием протрузии в течение первых 5 лет.

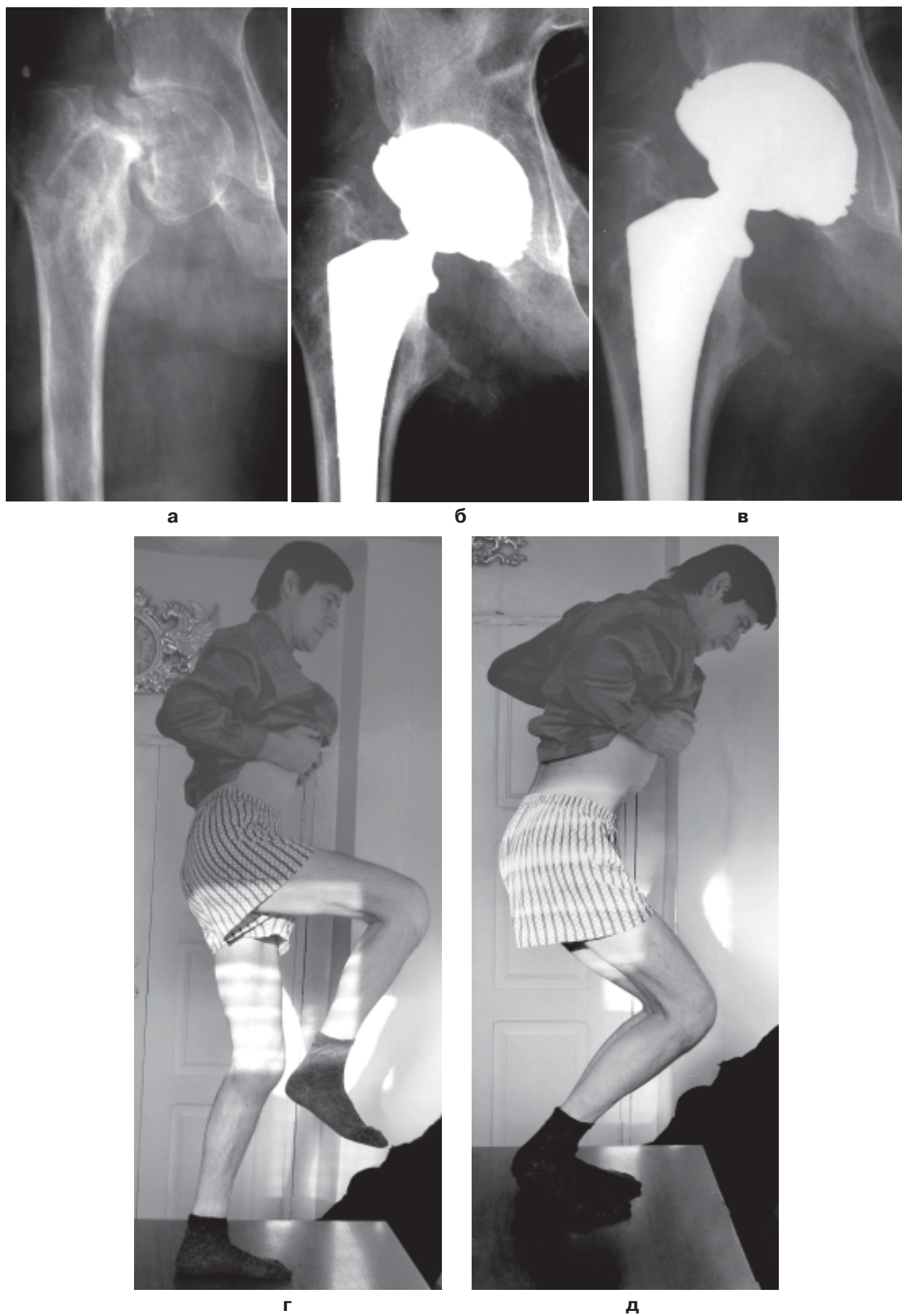


Рис. 1. Фоторентгенограммы больного Л., 38 лет (а, б, в, г, д). Тотальное эндопротезирование ложного сустава шейки бедра 10-летней давности.

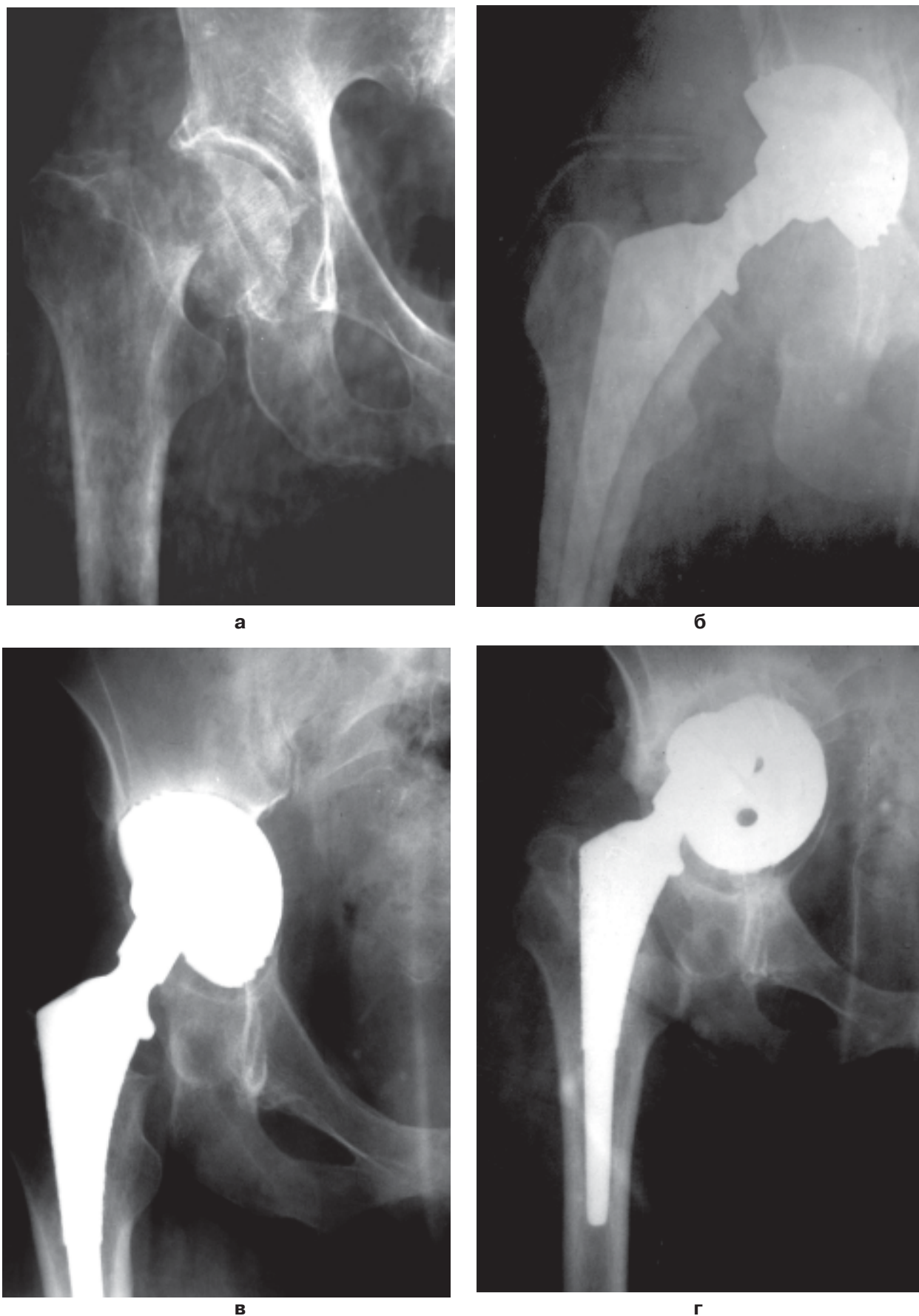


Рис. 2. Фоторентгенограмма больной А., 48 лет (**а, б, в, г**). Протрузия головки на почве перфорации вертлужной впадины.

У 5 (8 %) больных зарегистрированы местные инфекционные осложнения в 3 случаях поверхностные и 2 — глубокие. Во всех случаях удалось купировать инфекцию. Профилактика гнойно-септических осложнений заключалась в приведении операции в асептических условиях, использовании липкой операционной пленки на рану, частой смене стерильных перчаток. Проводились тщательный гемостаз коагуляцией, с максимальным сбережением мягких тканей с обязательным дренажом операционной раны толстой трубкой.

Обнадеживающие результаты, достигаемые в течение первых 2—3 лет после гемизендопротезирования сменяются прогрессирующим ухудшением состояния и качества жизни в последующие годы [4, 5, 9]. Пациенты переходят на костыли, нарастают боли в суставе, общая скованность, из-за болей пациенты стараются не ходить. На рентгенограммах прогрессирует протрузия, нарастают гетеротопические оссификаты.

ВЫВОДЫ

1. Тотальное эндопротезирование является предпочтительным методом лечения переломов шейки бедра в пожилом и старческом возрасте при отсутствии декомпенсированных форм сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной систем, неврологических расстройств со снижением ментальной деятельности.

2. Интраоперационные технические ошибки, такие как перфорация вертлужной впадины, прокручивание вертлужного компонента, неправильная установка имплантата ведут к бурному прогрессированию протрузии головки и сокращению сроков выживаемости имплантата.

3. Однополюсное эндопротезирование улучшило результаты оперативного лечения переломов шейки бедренной кости, повысило активность, качество жизни пожилых людей не на длительный срок 2—3 года. Основное условие операции гемизендопротезирования — это безупречная, достаточно глубокая вертлужная впадина. Операция показана пациентам с предположительно ограниченным сроком жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анкин Л.Н. Практика остеосинтеза и протезирования / Л.Н. Анкин. — Киев, 1994. — С. 258—284.
2. Волошин В.П. Костная пластика при эндопротезировании тазобедренного сустава / В.П. Волошин, О.Ш. Буачидзе, Г.А. Оноприенко // Проблемы эндопротезирования: Тез. докл. междунар. конф. — М., 2001. — С. 20—21.
3. Иванов В.И. Опыт эндопротезирования при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава / В.И. Иванов, С.В. Басов, Г.Д. Зоркин // Главный врач Юга России. — 2005. — № 2. — С. 7—9.

4. Корнилов Н.В. Состояние эндопротезирования крупных суставов в Российской Федерации / Н.В. Корнилов // Эндопротезирование крупных суставов: Матер. симп. — М., 2000. — С. 49—52.

5. Минимально инвазивная артропластика тазобедренного сустава отечественными эндопротезами / Н.В. Загородний, А.Н. Ильин, В.Н. Карпов, В.Н. Макунин. — М., 2005.

6. Роль эндопротезирования в реабилитации больных с патологией тазобедренного сустава / А.И. Афаунов, С.Н. Косырев, Ю.Д. Ахтем, Н.В. Косырева // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов. — Курган, 2004. — С. 36—38.

7. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава в тюменском областном травматолого-ортопедическом центре / К.С. Сергеев, И.Н. Катренко, Ю.Н. Дорофеев, И.В. Кузнецов // Новые технологии в лечении и реабилитации больных с патологией суставов. — Курган, 2004. — С. 223—224.

8. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава протезами фирмы «ФЕНИКС» / А.Н. Горячев, С.Н. Левый, В.А. Горячев, А.Д. Тараненко и др. // Травматология и ортопедия России. — 1996. — № 3. — С. 15—16.

9. Уразгильдиев З.И. Лечение нагноений после эндопротезирования тазобедренных суставов / З.И. Уразгильдиев, В.В. Маловичко // Всероссийская юбилейная научно-практическая конференция: Тез. докл. — М., 2003. — С. 317—318.

10. Филиппов Ю.К. Тотальное замещение тазобедренного сустава отечественными биметрическими протезами / Ю.К. Филиппов // Сб. науч. работ. — Ярославль, 1997. — С. 28—35.

11. Хирургия тазобедренного сустава / О.Ш. Буачидзе, Г.А. Оноприенко, В.П. Волошин, В.С. Зубиков. — М., 2002.

12. Шершер Я.И. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава: Дис. ... докт. мед. наук. — Саратов, 1975.

13. Haidukewych G.J. Long-term survivorship of cemented bipolar hemiarthroplasty for fracture of the femoral neck / G.J. Haidukewych, T.A. Israel, D.J. Berry // Clin. Orthop. — 2002 Oct. — Vol. 403. — P. 118—126.

14. Hemiarthroplasty or osteosynthesis in cervical hip fractures: matched-pair analysis in 892 patients / T. Heikkinen, H. Wingstrand, J. Partanen, K.G. Thorngren // Arch. Orthop. Trauma Surg. — 2002 Apr. — Vol. 122 (3). — P. 143—147.

15. Lenich A. Hip replacement after failed internal fixation in patients with proximal femur fracture simple procedure? [Article in German] / A. Lenich, E. Mayr, A. Ruter // Zentralbl. Chir. — 2002. — Jun. — Vol. 127 (6). — P. 503—506.