

ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ МЕТОДОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ.

© 2015. М.А. Хайдаров, Д.Х. Жуманиязов, Б.М. Мамасолиев,
А.М. Одилов, Б.Б. Пардаев, С.А. Усмонов

Реабилитационный центр инвалидов г.Самарканд,
Объединенная узловая больница в станции Самарканд

Таянч сузлар: сон суяги буйиндан синиши, эндопротезлаш, кекса ва қариларда, остеопороз, операциядан кейинги давр.

Keywords: fracture of the femoral neck, arthroplasty, elderly age, postoperative period.

КАТТА ЁШЛИ ВА ҚАРИ БЕМОЛЛАРДАГИ СОН СУЯГИНИНГ БЎЙИНЧАСИДАН СИНГАНДА ТОТАЛ ЭНДОПРОТЕЗЛАШ УСУЛИ БИЛАН ХИРУРГИК ДАВОЛАШНИНГ МУАММОЛАРИ

Ушбу мақолада катта ёшли ва қари беморлардаги сон суягининг бўйинчасидан синганда тотал эндопротезлаш усули билан хирургик даволашнинг муаммолари кўриб чиқилган. Мақолада келтирилган маълумотлар клинко – статистик маълумотлар бўлиб, 2011 ва 2014 йиллар оралигида даволанган касаллардир.

THE PROBLEMS OF SURGICAL TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES IN THE ELDERLY BY ENDOPRONESIS M.A. Khaydarov, D.Kh. Jumaniyazov, B.M. Mamasoliev, A.M. Odilov, B.B. Pardaev, S.A. Usmonov

Old age, presence of comorbidities in patients with hip fracture weighting surgical treatment, however despite with risk of post operation complication endoprothesis is method of choice. Conservative treatment is ineffective and shown only in cases compensated comorbidity. Local complication occurring in the early post operative period were due to behavior peculiarities burdened. Somatic status, all cases were successfully cropped. The development of the instability of femoral components in the remote period of observation was not recorded. Pelvis instability develops as a result of technical errors implant bad preparation and cementation defects.

В связи со значительной распространенностью, большой частотой переломов проксимального отдела бедренной кости (в частности переломы шейки бедренной кости (ШБК) составляют 25% в структуре всех переломов) актуальность данной проблемы современной травматологии и ортопедии очевидна. Пропорционально демографическим тенденциям растет количество пострадавших с переломами шейки бедренной кости. Проблема лечения больных с переломами проксимального отдела бедренной кости перешла из разряда медицинских к медико–социальным, что подтверждено рядом авторов и статическими данными. Увеличение количества людей пожилого и старческого возраста заставляет нас уделить значительное внимание этой проблеме. В США ежегодно регистрируется 350000 случаев переломов проксимального отдела бедренной кости, а в странах Западной Европы – 500000 случаев в год. В 90% случаев такие проблемы случаются у людей старше 65 лет, у трети женщин старше 65 лет в анамнезе имеется минимум один остеопоротический перелом. Суммарный риск остеопоротических переломов у женщин старше 50 лет составляет 39,7%, а у мужчин - 13.1%. Приемлемым методом в лечении переломов шейки бедренной кости, особенно у людей пожилого и старческого возрастов, в настоящее время является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. При консервативном методе лечения переломов проксимального отдела бедренной кости, пожилые пациенты оказываются прикованным к кровати, что обуславливает обострение сопутствующей соматической патологии ввиду гиподинамии. Известно, что консервативное лечение переломов шейки бедренной кости у пожилых пациентов в 100% случаев приводит к несращению и формированию ложного сустава. В большинстве случаев, при нестабильных переломах ШБК остеосинтез, так же приводит к несращению, в связи с чем у пожилых больных не применяется. Однако, несмотря на количество вариантов остеосинтеза, процент неудовлетворительных результатов остается высоким, что послужило основанием более широкого использования метода эндопротезирования у пациентов пожилого возрастов.

Цель работы. Изучить проблемы эндопротезирования при переломах шейки бедренной кости у пациентов пожилого возраста и старческого возрастов, определить пути их решения.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 89 пациентов с переломами шейки бедренной кости, поступивших в отделение травматологии с 2011 по 2014 годы, пролеченных методом тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭ, ТБС). Все пациенты были старше 50. Основным критерием включения в группу исследования явился возраст пациентов, при этом средний возраст составил 72 года. Причинами переломов ШБК явилась бытовая травма 86%, ДТП - 14%, в большинстве случаев у пациентов отмечали рентгенографические признаки остеопороза.

Систематизацию клинических случаев проводили согласно классификации Garden R.S: Garden1- 3%, Garden2 – 15%, Garden3 – 47%, Garden4 – 35% случаев. Несмотря на характер переломов в изучении возрастной группы во всех случаях было выполнено тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава цементной фиксации. В случаях стабильного перелома ШБК показанием к операции являлся фактор с возможностью максимально ранней полноценной осевой нагрузки на оперированную конечность. Кроме того, ранняя активизация после эндопротезирования позволяла предотвратить обострение сопутствующих соматических заболеваний. Длительность стационарного лечения составила в среднем до 7 дней. Использовали клинический, рентгенологический и статистический методы исследования.

В предоперационном периоде проводилось обследование пациента согласно стандартному протоколу предоперационной подготовки, включая дооперационную коррекцию сопутствующей соматической патологии.

Для профилактики венозного тромбоза с первого дня поступления в стационар пострадавшим назначали или инъекционные антикоагулянты, выполняли эластичное бинтование нижних конечностей. Эндортезирование тазобедренного сустава протезами выполняли под спинномозговой анестезией в положении пациента на боку. Во всех случаях использовали боковой доступ к тазобедренному суставу.

Основные технические элементы вмешательства были традиционными для цементного протезирования. Важным аспектом использования данной имплантационной системы у пожилых пациентов в условиях выраженного остеопороза было максимальное сохранение костной ткани в проксимальном и дистальном отделе бедренной кости за счет двух этапов техники обработки интрамедуллярного канала двумя видами рашпиля (дистальный и проксимальный): костная ткань не удалялась, а импактировалась. Для цементной техники использовалась ножка из кобальтового сплава с гладкой поверхностью, что способствовало формированию цельной цементной мантии. Дистальный централизатор и боковые фланцы позволяли сориентировать и ротационно стабилизировать ножку протеза в интрамедуллярном канале. С помощью А-остеопрофайлеров подготавливалась кость в метафизарной области, задавались ось и угол антиверсии, что формировало имплантационное ложе для бедренного компонента. С помощью В-остеопрофайлеров подготавливалась область дистальной фиксации ножки протеза. Форма проксимальной части В-остеопрофайлера соответствовала дизайну проксимальной части ножки, а его размер определял размер имплантата.

Результаты и обсуждения. В ходе оперативного вмешательства возникали проблемы цементной имплантации чашки протеза на фоне остеопороза – 8 случаев, образования протрузионного дефекта вертлужной впадины при обработке ее фрезой - 3 случая и излишняя медиализация тазового компонента от 3 до 9 мм с проникновением в таз костного цемента - 2 случая.

Для решения данной проблемы мы при подготовке имплантационного ложа для тазового компонента у пожилых больных перестали использовать электросиловой инструментарий. Фрезой необходимо работать вручную, с постоянным мониторингом состояния дна вертлужной впадины и сохранением костной структуры полулунной поверхности. В случаях излишней медиализации имплантационного ложа и его протрузии, до введения цемента, медиальный дефект стали заполнять секторным трансплантатом из резецированной головки бедренной кости. При имплантации бедренного компонента в случаях цилиндрической формы бедренного канала прилагаемая к имплантационной системе пластиковая «пробка для

цемента» не предотвращала растекание цемента по каналу. При выраженном остеопорозе и цилиндрической форме канала стали использовать двойную дозу цемента, при этом бедренный канал перекрывали массивной костной пробкой, приготовленной из резецированной головки бедренной кости.

В обязательном порядке в ране после завершения операции устанавливали 2 дренажа: один в полость сустава, второй под широкую фасцию бедра. На вторые сутки после операции всех пациентов активизировали, поднимали на ноги, обучали передвижению по палате при помощи ходунков. Разрешали полную нагрузку на оперированную конечность. Костыли пожилым пациентам не рекомендовали. Выполняли регулярные перевязки до заживления раны, лечебной гимнастикой пациенты занимались под контролем методиста ЛФК, проводилась симптоматическая терапия. Ближайшие результаты лечения были оценены до 6-ти месяцев после операции у всех (100%) больных. Отличные и хорошие результаты были в 85%, удовлетворительные - 17%, неудовлетворительные - 3% случаев.

В ближайшем послеоперационном периоде в 3 случаях развились осложнения: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)- 1, вывих головки протеза -2. Гнойно – воспалительных осложнений не было за счет грамотного использования антибиотиков.

В случае ТЭЛА, несмотря на проводимую тромбопрофилактику (в предоперационном периоде инъекции клексана 0.4 мг подкожно 1 раз в день, в послеоперационном периоде эластичное бинтование нижних конечностей, клексан 0.4 подкожно минимум трехкратно в течение всего периода послеоперационного наблюдения), закончилось летальным исходом.

В случае вывихов головки протеза связываем с нарушением рекомендации пациента относительно возможной амплитуды движения и исключения приведения бедра. При условии стабильного и правильного позиционирования компонентов эндопротеза, в случае вывиха головки протеза из впадины, в условиях стационара, под наркозом выполнялось закрытое вправление, поврежденная конечность в обязательном порядке фиксировалась в тазобедренной повязке с заданным углом сгибания на период до 4 недель. Рецидивов вывиха не отмечено.

Заключение. Пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии у больных с переломами шейки бедра утяжеляют проведение хирургического лечения, однако, несмотря на риск послеоперационных осложнений, эндопротезирование является методом выбора. Консервативное лечение малоэффективно и показано только в случаях некомпенсированной сопутствующей патологии. Локальные осложнения, имеющие место в раннем послеоперационном периоде были обусловлены поведенческими проблемами пациентов и особенностями их отягощенного соматического статуса, во всех случаях были успешно купированы. Развитие нестабильности бедренных компонентов в отдаленном периоде наблюдения не отмечено. Нестабильность тазового компонента развилась в результате технической погрешности подготовки имплантационного ложа (протрузия) и дефектов цементирования.

Использованная литература.

1. Антониади Ю.В. Новые технологии в хирургическом лечении пожилых больных с около- и внутрисуставными переломами проксимального отдела бедра. // Уральский медицинский журнал.
2. Лоскутов А.Е. Эндопротезирование при переломах проксимального метадиафиза бедренной кости на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС. // Ортопедия, травматология и эндопротезирование.
3. Тихилов Р.М. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава// СПб РНИИТО им. Р.Р.Вредена.