

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

А.Б. Слободской, А.Г. Лежнев, И.С. Бадак, И.В. Воронин, А.Г. Дунаев, П.А. Быстряков

ГУЗ «Саратовская областная клиническая больница»,
директор – И.А. Тяткин
г. Саратов

Переломы проксимального отдела бедренной кости составляют 3,5–9,2% от всех переломов костей конечностей. С течением времени эти показатели увеличиваются. Так, в конце прошлого века во всем мире ежегодно регистрировалось около 1,3 млн таких переломов, а к 2050 г. ожидается рост до 4,5 млн [1]. Остеопороз и осложнения этого заболевания являются одной из ведущих причин переломов проксимального отдела бедренной кости у больных старшей возрастной группы [3]. Общие расходы на лечение переломов, вызванных остеопорозом, в США в 1995 г. составили 13,7 млрд долларов [3]. При неадекватном лечении переломов проксимального отдела бедренной кости пожилой человек прикован к постели, обостряются хронические заболевания, развиваются гипостатические осложнения. Консервативное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых людей в 26–80% случаев приводит к летальному исходу в ближайшее время после травмы [1, 3]. Различные виды остеосинтеза у престарелых людей не дают желаемый результат в 15–70% случаев [3, 5]. Нарушения процессов консолидации переломов развивается в 22–74% [3, 6]. Число неудовлетворительных результатов лечения прогрессирует с возрастом [1]. Большинство авторов отмечает значительное снижение летальности при раннем оперативном лечении и предлагает в качестве операции выбора для больных пожилого и старческого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости эндопротезирование [1]. По данным Самарского бюро МСЭК, суммарная реабилитация больных с переломами проксимального отдела бедренной кости при консервативном лечении составляет только 12,3%, а после эндопротезирования – 34,1% [4]. Это свидетельствует об огромной социальной значимости проблемы.

Цель исследования – изучить результаты лечения больных старшей возрастной группы с переломами проксимального отдела бедренной кости при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находилось 236 больных, которым выполнено первичное эндопротезирование тазобедренного сустава по по-

воду переломов проксимального отдела бедренной кости. Мужчин – 111, женщин – 125. Среди лечившихся 171 пострадавший старше 60 лет, самому пожилому больному было 94 года. Пациентов от 60 до 70 лет – 84 (49,1% от всех оперированных преклонного возраста); от 71 до 80 лет – 61 (35,7%), старше 80 лет – 26 (15,2%) пациентов.

Главной особенностью при лечении больных пожилого возраста было наличие у них сопутствующей патологии, отягощенного анамнеза. Так, патология сердечнососудистой системы диагностирована у 139 пациентов (81,3%), из них сочетание обширных инфарктов миокарда с формированием ишемической кардиомиопатии и НК II имело место 26 больных (15,2%). Нарушения мозгового кровообращения с грубым неврологическим дефицитом отмечены у 17 больных (9,9%), различные формы сердечной аритмии диагностированы в 23 случаях (13,4%). Гипертоническая болезнь различной степени тяжести имела место у 126 пациентов (73,7%). Морбидное ожирение отмечалось у 72 лечившихся (42,1%).

По возможности, мы пытались выполнить операцию в максимально короткие сроки. Так, 22 пострадавших (12,9%) оперированы в течение 12 часов после поступления, 21 пациенту (12,3%) операция выполнена в течение первых суток. 94 больных (54,9%) прооперированы на 2–3 сутки и 34 пациента (19,9%) оперированы спустя 3 суток. Переломы шейки бедренной кости имели место у 119 пострадавших (69,6%), переломы вертельной области – у 52 (30,4%). Всем больным применяли передненааружный доступ по Хартману, позволяющий при минимальных травматизации тканей и кровопотере достаточно быстро и удобно ревизовать сустав, удалить поврежденные фрагменты и имплантировать эндопротез. Средняя продолжительность операции составила $37,7 \pm 8,44$ мин. ($p \leq 0,05$), средняя операционная кровопотеря – $315,55 \pm 33,72$ мл ($p \leq 0,05$). Дренаж удаляли через 16–24 часа. За это время по дренажу выделялось еще $379 \pm 42,48$ мл крови ($p \leq 0,05$).

Абсолютными противопоказаниями к эндопротезированию тазобедренного сустава у лиц

пожилого возраста считали наличие воспалительных очагов как в области планируемой операции, так и в отдаленных участках организма, генерализованную инфекцию, хроническую декомпенсированную сердечно-легочную и почечную недостаточность (более III степени), любые острые заболевания, ожирение (более III степени), отсутствие самостоятельного передвижения до операции, психические расстройства (старческое слабоумие и др.). Кроме того, учитывалась возможность ухода и помощи больным после выписки из стационара.

В качестве имплантатов использовались тотальные эндопротезы тазобедренного сустава. Эндопротез ЭСИ (Россия) применен в 98 случаях (57,3%), фирмы Zimmer (США) – у 70 пациентов (40,9%) и фирмы De Puy (США) – в 3 случаях (1,7%). Бесцементная фиксация компонентов суставов применена в 43 случаях (25,1%), гибридная – в 85 (49,7%) и полностью цементная – в 33 (19,2%). При переломах вертельной области использовались ревизионные ножки (ЭСИ или Вагнера), позволяющие заместить поврежденный фрагмент проксимального отдела бедренной кости и достигнуть стабильной фиксации эндопротеза. Выбор способа фиксации имплантатов зависел от степени выраженности остеопороза, характера изменений в вертельной впадине и проксимальном отделе бедренной кости, а также ряда других факторов.

Учитывая характер операции и сопутствующую патологию, обуславливающие высокий риск развития тромботических осложнений и нарушений со стороны системного и центрального кровообращения в послеоперационном периоде и перед операцией, все больные получали по 0,4 мг клексана п/к и соответствующую корригирующую терапию. Дополнительно с момента поступления в клинику больные выполняли дыхательные упражнения по оригинальной методике, направленные на повышение устойчивости миокарда и периферического сосудистого русла к гиперкапнии (пять циклов в сутки по три задержки дыхания под самостоятельным контролем). Операция выполнялась под субдуральной анестезией на уровне L₁₋₁₁ с введением 3,0 мл 0,5% раствора наропина. Для поддержания адекватной оксигенации проводилась инсуффляция 100% O₂. Интраоперационный мониторинг имел рутинный характер: контроль степени седации по Ремсэй, оценка сенсорной и моторной (по Бромейджу) блокад, гемодинамического профиля и оксигеностатуса. В послеоперационном периоде продолжалась инфузионная, корригирующая терапия и усиленная гепаринизация под контролем показателей биохимической коагулограммы).

Результаты и обсуждение

Особенностью раннего послеоперационного периода было то, что больные оперированные позже 3 суток с момента поступления, гораздо сложнее и длительнее адаптировались к ходьбе на костылях и обслуживанию себя, чем пациенты, оперированные в течение первых суток после травмы. Так, из 43 больных, оперированных по экстренным показаниям в первые сутки после травмы, 38 без посторонней помощи ходили на костылях и обслуживали себя уже к $8,42 \pm 2,35$ суткам после операции. Из группы больных, оперированных в течение первых 3 суток и позже, период адаптации к ходьбе и самообслуживанию продолжался в среднем до $12,51 \pm 2,92$ суток ($p \leq 0,05$). Кроме того, осложнения застойного характера (пневмонии, динамическая кишечная непроходимость, нарушения мочеиспускания), имевшие место у 17 пациентов (9,9%), практически во всех случаях отмечены при поздних операциях. Осложнений гнойно-воспалительного характера в раннем послеоперационном периоде не наблюдали. Тромботические осложнения имели место у 4 пациентов пожилого возраста (2,3%), которые заключались в тромбоэмболии мелких ветвей лёгочной артерии с благоприятным исходом у двух пациентов, и с летальным исходом – также у двух (1,2%). Оба летальных исхода имели место у больных, оперированных на 5 и 7 сутки с момента травмы. У остальных больных тяжёлых нарушений кровообращения в послеоперационном периоде не отмечено.

Аналізу отдаленных результатов были подвергнуты данные обследования 95 пациентов, оперированных в срок от 6 мес. до 4 лет. В анализируемую группу вошли 59 женщин и 36 мужчин в возрасте от 62 до 81 года. Клиническая оценка результатов лечения проводилась по шкале Харриса для тазобедренного сустава (1969). При этом, хорошие и отличные результаты (более 80 баллов) отмечены у 31 пациента (32,6%). Удовлетворительные результаты (70–79 баллов) имели место у 68 больных (71,6%), и неудовлетворительные результаты (менее 70 баллов) диагностированы у 2 пациентов (2,1%). Установлено, что в период от 6 мес. после операции и позже умерло 14 человек. Причина смерти не была связана с травмой и выполненным хирургическим пособием.

Таким образом, эндопротезирование тазобедренного сустава у больных пожилого и старческого возраста является высокоэффективным методом, однако имеет ряд существенных особенностей. По сложившейся практике, пожилых больных с переломами проксимального отдела бедренной кости крайне неохотно госпитализируют в стационары, а тем более оперируют. Та-

кая практика обрекает больного на обездвиженность, развитие гиподинамических осложнений, несращение перелома и, зачастую, приводит к летальному исходу. Использование в качестве лечебного пособия различных видов остеосинтеза, даже современными металлоконструкциями, также зачастую приводит к неудовлетворительным результатам лечения. Принципиальным моментом в послеоперационном периоде является ранняя активизация больного одновременно с коррекцией нарушений гомеостаза и профилактикой осложнений, связанных с наличием сопутствующих заболеваний.

Клинический пример 1. Больной М., 77 лет, поступил на лечение в ортопедическое отделение ОКБ г. Саратова 25.01.2007 г. Диагноз: медиальный перелом шейки левой бедренной кости. 25.01.2007 проведена операция тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава эндопротезом гибридным фирмы Zimmer (VerSys ET, + ZCA) (США). Послеоперационный период протекал гладко. Больной адаптирован к самостоятельной ходьбе на костылях, в т. ч. по лестнице. Осмотр через 2,5 года после операции: жалоб не предъявляет; ходит с дополнительной опорой на трость; движения в суставах удовлетворительные. На рентгенограммах признаков нестабильности имплантатов нет. Оценка по шкале Харриса – 84 балла (рис. 1).



Рис. 1. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при медиальном переломе шейки бедренной кости

Клинический пример 2. Больная Т., 73 лет, поступила на лечение в ортопедическое отделение ОКБ г. Саратова 03.04.2007 г. Диагноз: межвертельный пе-

релом правой бедренной кости, перелом малого вертела со смещением отломков. 04.04.2007 проведена операция тотального эндопротезирования правого тазобедренного сустава эндопротезом цементным ревизионным фирмы ЭСИ. Послеоперационный период протекал гладко. Больная адаптирована к самостоятельной ходьбе на костылях. Осмотр через 2 года после операции: жалоб не предъявляет; ходит без дополнительной опоры; движения в суставах удовлетворительные. На рентгенограммах признаков нестабильности нет. Оценка по шкале Харриса – 86 баллов (рис. 2).



Рис. 2. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при межвертельном переломе шейки бедренной кости

Выводы

1. У пациентов пожилого возраста с переломами проксимального отдела бедренной кости оптимальным лечением является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава. Отказы в госпитализации и оперативном лечении таких больных должны быть строго мотивированы.

2. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, выполненное в ранние сроки (оптимально – первые сутки с момента травмы), позволяет активизировать пострадавших, снизить количество послеоперационных осложнений, летальность и адаптировать больных к самостоятельной и активной жизни на достаточный длительный период.

Литература

1. Особенности эндопротезирования при переломах шейки бедренной кости / А.Ф. Лазарев, Э.И. Солод,

- А.О. Рагозин, М.Г. Какабадзе // Эндопротезирование в России. — Казань — СПб., 2006. — С. 236—245.
2. Прохоренко, В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава / В.М. Прохоренко. — Новосибирск : ННИИТО, 2007. — 345 с.
 3. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у пациентов пожилого и старческого возраста / Г.М. Кавалерский, В.Ю. Мурылев, Л.А. Якимов, Я.А. Рукин // Эндопротезирование в России. — Казань — СПб., 2008. — С. 134—142.
 4. Юрастова, Л.Ю. Эндопротезирование тазобедренного сустава как наиболее эффективный метод реабилитации больных и инвалидов с повреждениями проксимального отдела бедра / Л.Ю. Юрастова, Г.Б. Шепталова, В.Г. Васильев // 3 Международный конгресс «Современные технологии в травматологии и ортопедии». — М., 2006. — С. 133
 5. Haidukewych, G.J. Hip arthroplasty for salvage of failed treatment of intertrochanteric hip fractures / G.J. Haidukewych, D.J. Berry // J. Bone Joint Surg. — 2003. — Vol. 85—A, N 5. — P. 899—904.
 6. The fixed idea and begin general arthroplasty hip when processing fracture acetabular beside elderly / E. Mouhsine [et al.] // J. Arthroplasty. — 2004. — Vol.19, N 3. — P. 344—348.

Контактная информация:

Слободской Александр Борисович — д.м.н. заведующий отделением ортопедии
e-mail: slobodskoy59@mail.ru