

Современные и новые аспекты хирургического лечения при биполярном эндопротезировании тазобедренного сустава у лиц преклонного возраста

Анаркулов Б. С.¹, Суеркулов Б. Т.²

¹Анаркулов Бектур Суеркулович / Anarkulov Vectur Suerkulovich – доктор медицинских наук, заведующий отделением, отделение травматологии № 1;

²Суеркулов Бахтияр Турдукулович / Suerkulov Bakhtiyar Turdukulovich - травматолог-ортопед, Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: в нашей работе представлено современное лечение гемартропластики тазобедренного сустава при медиальных переломах шейки бедренной кости у лиц преклонного возраста. Целью исследования является разработать малоинвазивный антилюксационный способ укрепления капсулы тазобедренного сустава. В БНИЦТО с 2010 по 2014 год произведена операция 82 больным с переломами шейки бедренной кости. Возраст составил от 65 до 86 лет. Всем пациентам произведено биполярное эндопротезирование с использованием антилюксационного способа капсулы тазобедренного сустава. Отдаленные результаты оценивались по СОИ-1 разработанной авторами Центрального института травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова. Хорошие результаты у 42(63%) больных, удовлетворительные - 25(37%).

Ключевые слова: перелом шейки бедра, биполярное эндопротезирование, пожилой и старческий возраст.

Введение. Число повреждений в области тазобедренного сустава по прогнозам ВОЗ будет расти с увеличением продолжительности жизни населения [3, 12]. К 2025 году количество людей старше 60 лет на Земле превысит 1 млрд человек [8]. В США в год регистрируется 300 000 тыс. переломов в области проксимального отдела бедра [9]. В России частота переломов бедра достигла 61 на 100 000 населения (900 000 в год), а среди лиц старше 75 лет частота переломов шейки бедра в 4 раза выше [3, 5]. По данным РосНИИТО им. Р. Р. Вредена, 30% всех коек в травматологических стационарах заняты больными старше 50 лет, имеющими переломы проксимального отдела бедренной кости. Из них 70% составляют переломы шейки бедра [3, 5].

В настоящее время нет единого взгляда на принципы современного лечения данных повреждений и медико-социальную реабилитацию этой сложной категории больных [5]. У больных старше 60 лет при хирургическом способе лечения частота несращений перелома шейки бедра достигает 60% при смертности 20-80% [4, 8].

Трудности лечения больных преклонного возраста состоят не столько в низкой вероятности сращения перелома, сколько в утяжелении в ближайшие сроки после травмы серьезных сопутствующих заболеваний [4]. Поэтому, как замечал Уотсон-Джонс, у ослабленных пациентов перелом шейки бедра часто является завершающим звеном в их жизни [3].

Решающую роль в обеспечении выживаемости, медицинской и социальной реабилитации пожилых и больных старческого возраста играет их быстрейшая активизация, что возможно при ранней опороспособности поврежденной конечности, и быстром восстановлении функции тазобедренного сустава [6]. Подобного результата крайне редко можно достичь, выполняя остеосинтез [1, 4, 5].

Материалы и методы. В Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии за последние пять лет 82 больным произведено биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста. Среди них мужчины - 20, женщин - 62. Возраст варьировался от 65 до 86 лет. Средний возраст пациентов составлял 68,2 лет.

Таблица 1. Распределение больных по полу и возрасту

Возраст Пол	65-74 лет	75-89 лет	Всего	%
Женщины	34	27	61	74,3%
Мужчины	12	9	21	25,7%

Основной причиной травмы было падение на улице или в помещении – 49(81,7%) больных. У 8 (13,3%) пациентов повреждение произошло при падении с высоты около 1 метра (табурет, стол, стул, стремянка), а 3(5%) больных получили травму в результате дорожно-транспортного происшествия.

Таблица 2. Распределение больных по характеру перелома

Характеристика переломов шейки бедра	Количество больных
Субкапитальный	26
Трансцервикальный	39

Базальный	17
Всего	82

Почти у каждого пациента старшего возраста обнаружено от двух до четырех хронических заболеваний. Среди изучаемых нами больных в 95% случаев наблюдались множество различных сопутствующих заболеваний, причем у многих больных одновременно отмечалось несколько заболеваний систем и органов. Сердечно-сосудистые заболевания - у 48, органов дыхания - 19, пищеварительный тракт - 8 и мочевыделительная система - 14.

Все пациенты обследовались в предоперационном периоде для выявления, коррекции и компенсации вторичных заболеваний и определения соответствующих продолжительности жизни. В определенное время прогнозируемая продолжительность жизни имеет решающее значение при выборе метода хирургического лечения.

Операции выполнялись в кратчайшем периоде по нашей методике, на которую получен патент «Способ восстановления капсулы тазобедренного сустава при биполярном эндопротезировании» № 1753 Кыргызской Республики.

Методика оперативного лечения. После общего клинического обследования и предоперационной подготовки больного. Положение больного на операционном столе: на здоровом боку, под спинномозговой анестезией произведен кожный разрез по задне-наружному доступу правого тазобедренного сустава размером 12.0 см. Тупо и остро рассечены мягкие ткани, по ходу гемостаз. Далее Т-образно рассечены капсулы тазобедренного сустава, лоскуты рассеченной капсулы взяты на держалки. При ревизии отмечается перелом шейки бедренной кости, головки бедренной кости удалены из раны. Соответствующими инструментами механически обработан костномозговой канал, далее установлен биполярный эндопротез 48 размера на цементной основе. Произведено вправления, тест на вывихивание отрицательный. Ранее взятые лоскуты сшиты между собой с помощью Z-образных швов, создавая дубликатуры, далее произведены туннелизации в области большого вертела, через туннелизации проведены лавсановые нити и капсула сустава подшита трансоссально к гребенчатой линии бедра П-образными швами с одновременным ротацией бедра кнаружи. Рана обильно промыта антисептическими растворами. Дренажирование и послойные швы на рану. Асептическая повязка.

Результаты и их обсуждение. Ближайшие и отдаленные результаты после биполярного эндопротезирования прослежены нами у 60 больных в сроки от 3 месяцев до 1 года по СОИ – 1. Хорошие у 44 больных (73,3%), удовлетворительные 14 больных (23,3%), а неудовлетворительные 2 больных (3,4%), так как сохраняется дискомфорт в суставах, болевой синдром, ограничение движений и слабость мышц нижней конечности.

Выводы: Таким образом, биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава по нашей методике у лиц пожилого и старческого возраста является малотравматичным методом, а также предупреждает вывихи в раннем послеоперационном периоде.

Гемиартропластика тазобедренного сустава в настоящее время является методом выбора при хирургическом лечении переломов шейки бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста.

Литература

1. *Гасанов А. М.* К вопросу о кровообращении тазобедренного сустава при медиальных переломах шейки бедренной кости / А. М. Гасанов, М. М. Омаров, А. А. Абакаров // Травматология: материалы 7 съезда травматологов-ортопедов России, 18-20 сентября 2002 г. Новосибирск, 2002. Т. 1. С. 406.
2. Диагностика, профилактика и лечение венозных тромбозов при эндопротезировании тазобедренного сустава / В. И. Нуждин, В. В. Троценко, З. Г. Нацвлишили, Н. А. Еськин и др. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, 2005. № 3. С. 29-34.
3. *Корнилов Н. В.* Состояние эндопротезирования крупных суставов в Российской Федерации / Н. В. Корнилов // Эндопротезирование крупных суставов: Материалы симпозиума с международным участием, Москва, 2000. С. 49-52.
4. *Лазарев А. Ф.* Тактика лечения переломов проксимального отдела бедренной кости в пожилом возрасте / Э. И. Солод, М. Г. Какабадзе // Травматология: материалы 7 съезда травматологов-ортопедов России, 18-20 сентября 2002 г. Новосибирск, 2002. Т. 2. С. 83-84.
5. Лечение больных с переломами проксимального отдела бедренной кости / А. В. Войтович, И. И. Шубняков, А. Б. Аболин, Г. Л. Плоткин и др. // Травматология и ортопедия России, 1996. № 3. С. 29-32.
6. Лечение перипротезных переломов / В. В. Ключевский, М. В. Белов, С. И. Гильфанов, В. В. Даниляк // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, 2005. № 3. С. 45-48.

7. Общесоматические и гипостатические осложнения при эндопротезировании тазобедренного сустава / И. И. Кузьмин, И. Ф. Ахтямов, О. И. Кузьмин, Г. Г. Гаррифиллов // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова, 2005. № 3. С. 83-89.
8. Хирургическое лечение дегенеративно-дистрофических поражений тазобедренного сустава / Н. В. Корнилов, А. В. Войтович, В. М. Машков, Г. Г. Эпштейн. СПб., 1997. С. 10-13.
9. *Caseletto J. A.* Post-operative mortality related to waiting time for hip fracture / J. A. Caseletto, R. Gatt // *Surgery Injury*, 2004. Vol. 35. № 2. P. 114 – 120.
10. Dose response of intravenous heparin on markers of thrombosis during primary total hip replacement / N. E. Sharrok, G. Go, T. P. Sculco, E. A. Salvati, G. H. Westrich // *Anesthesiology*, 1999. Vol. 90, № 4. 981-987.
11. Duration of anesthesia and venous thromboembolism after hip and knee arthroplasty / A. K. Jaffer, W. K. Barsoum, V. Krebs et al. // *Mayo Clin. Proc.*, 2005. Vol. 80, № 6. P. 732-738.
12. *Dzupa V.* Mortality in patients with proximal femoral fractures during the first year after the injury / V. Dzupa, J. Bartonicek, J. Skala-Rosenbaum // *Acta. Chir. Orthop. Travmatol. Cech.*, 2002. Vol. № 1. P. 39-44.