

Особенности тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у больных, ранее перенесших оперативное вмешательство по поводу перелома шейки бедренной кости

В.В.КЛЮЧЕВСКИЙ, В.Г.САМОДАЙ, Б.С.МИХАЙЛЕНКО

Features total hip replacement in patients previously undergone surgical intervention for femoral neck fractures

V.V.KLYUCHEVSKY, V.G.SAMODAY, B.S.MIKHAILENKO

Ярославская государственная медицинская академия, Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко

В статье анализированы результаты лечения 48 пациентов с осложнениями (несращение и асептический некроз головки бедренной кости). Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава им было проведено после остеосинтеза различными фиксаторами. Сроки проведения эндопротезирования тазобедренного сустава колебались от нескольких месяцев до нескольких лет с момента получения перелома шейки бедренной кости. При лечении больных с переломами шейки бедра применялись тотальные эндопротезы импортных производителей (De Puy, MATHYS, Zimmer). Эндопротезы бесцементной фиксации (press-fit) поставлены 29 (60,4%) больным, цементной фиксации – 19 (39,6%). Для выбора типа эндопротеза применялась система клиники Lahey (США). Результаты эндопротезирования в сроки от 1 до 2 лет были изучены у 46 (95,8%) пациентов. У всех 48 пациентов при выполнении эндопротезирования столкнулись со сложностями в виде выраженных рубцовых тканей. Указанные сложности в итоге привели к увеличению продолжительности операции, что при эндопротезировании является нежелательным, так как возрастает риск инфекционных осложнений. Но, несмотря на вышеперечисленные сложности, мы считаем, что только эндопротезирование тазобедренного сустава при развитии осложнений позволяет максимально быстро реабилитировать пациента и восстановить его качество жизни.

Ключевые слова: асептический некроз головки бедренной кости, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава

The article analyzes the results of treatment of 48 patients with complications (failure of union and aseptic necrosis of the femoral head). Total hip arthroplasty, they were held after osteosynthesis of the various latches. Date hip replacement ranged from several months to several years of receiving a fracture of the femoral neck. When treating patients with fractures of the femoral neck were applied total endoprosthesis import manufacturers (De Puy, MATHYS, Zimmer). Cement-free fixation implants (press-fit) set 29 (60,4%) patients, cement fixation - 19 (39,6%). To select the type of implant used a system of clinics Lahey (U.S.). The results of arthroplasty in the period from 1 to 2 years were studied in 46 patients (95,8%) patients. In all 48 patients, when performing hip, had problems as expressed by scar tissue. These difficulties eventually led to an increase in the duration of the operation, that arthroplasty is undesirable, because it increases the risk of infectious complications. But despite the above difficulties, we believe that only the hip joint during the development of complications can rehabilitate the patient as quickly as possible and to restore its quality of life.

Key words: aseptic necrosis of the femoral head, total hip arthroplasty

Выбор метода лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости (ПШБК) в настоящее время продолжает оставаться актуальной задачей [3] и требует постоянного внимания не только практикующих травматологов, но и специалистов органов социального обеспечения. Инвалидизация больных после повреждений шейки бедренной кости неуклонно нарастает и превышает в настоящее время 17% от общего числа инвалидов по опорно-двигательной системе с преобладанием женщин [1, 5, 6].

За последнее время так и не сложилась отчетливая тактика ведения больных с переломами шейки бедренной кости. Одни авторы отдают

предпочтение различным вариантам эндопротезирования [2], другие предпочитают остеосинтез [8], указывая на необходимость применения эндопротезирования, в основном, при неудаче остеосинтеза и ограничении первичного эндопротезирования строгими показаниями.

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей тотального эндопротезирования у больных, ранее перенесших оперативное вмешательство по поводу ПШБК.

Материалы и методы

Анализируются результаты лечения 48 пациентов с осложнениями (несращение и асептиче-

ский некроз головки бедренной кости). Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава им было проведено в 4 травматологическом отделении МУЗ КБ СМП им. Н.В. Соловьева г. Ярославля, после остеосинтеза различными фиксаторами. В настоящее время в клинике при развитии осложнений мы не выполняем корригирующих остеотомий, поскольку считаем результат данного вмешательства трудно прогнозируемым. Только эндопротезирование тазобедренного сустава при развитии осложнений позволяет максимально быстро реабилитировать пациента и восстановить его качество жизни.

Из 48 пациентов мужчин было 11 (22,92%), женщин – 37 (77,08%). Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Несращения отмечены у 36 (женщин – 30, мужчин – 6), асептические некрозы у 12 (женщин – 7, мужчин – 5) пациентов. Распределение пациентов по видам осложнений представлено в таблице 2.

Сроки проведения эндопротезирования тазобедренного сустава колебались от нескольких месяцев до нескольких лет с момента получения перелома шейки бедренной кости. Возраст больных – от 33 до 77 лет. Для этих пациентов тотальное замещение тазобедренного сустава было единственным средством восстановления мобильности и качества жизни.

Для определения общего состояния пациента использовали классификацию, предложенную Американским Обществом Анестезиологов (ASA classification, 1977). Оценка состояния пациента осуществлялась на основании стандартного клинического обследования и осмотра терапевта.

Состояние здоровья оценено как отличное (нет хронических заболеваний, срок жизни не ограничен) у 9 пострадавших; хорошее (может иметься хроническое заболевание, не требующее постоянного приема лекарственных препаратов, предполагаемый срок жизни более 20 лет) – у 18; удовлетворительное (наличие хронического заболевания, компенсированного постоянным приемом лекарственных препаратов, предполагаемый срок жизни 10 – 20 лет) – у 19; посредственное (имеется тяжелое сопутствующее заболевание в стадии компенсации, не ограничивающее активность пациента, предположительный срок жизни 5 – 10 лет) – у 2.

В возрастной группе до 60 лет – 20 (95,2%) пациентов имели отличное и хорошее состояние здоровья, старше 60 лет – у 7 (25,93%) и 18 (66,67%) оно оценено как хорошее и удовлетворительное, а у 2 (7,40%) состояние здоровья было посредственным.

При выполнении эндопротезирования использовали задне-наружный доступ к тазобедренному суставу по типу Кохера – Лангенбека. К его преимуществам относятся простота, малая травматичность, широкий обзор, хороший доступ к вертлужной впадине, низкий процент гетеротопической оссификации [4]. Из особенностей послеоперационного периода следует отметить необходимость применения в течение 2-3 недель клиновидной подушки, располагающейся на уровне коленных суставов, ограничение сгибания в тазобедренном суставе больше 90 градусов и внутренней ротации ноги. Соблюдение этих ограничений позволяет предупредить развитие такого осложнения, как вывих головки эндопротеза [7].

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего
	Абс.	%	Абс.	%	
До 40 лет	2	4,17	9	18,75	11
41–60 лет	4	8,33	11	22,92	15
Старше 60 лет	5	10,42	17	35,41	22
Всего	11	22,92	37	77,08	48

Таблица 2

Виды осложнений

Осложнения	Возраст			Всего
	До 40 лет	41 – 60	Старше 60	
Несращения	2	7	27	36
Асептические некрозы	4	8	-	12
Всего	6	15	27	48

Виды поставленных эндопротезов

Вид эндопротеза	Возраст			Всего
	До 40 лет	От 40 до 60	Старше 60	
RM-СВН (press-fit)	-	-	2	2
Muller (цемент)	-	-	19	19
Duraloc-Corail (press-fit)	11	9	-	20
ASR-Corail (press-fit)	5	2	-	7
Всего	16	11	21	48

Персонал отделения, а также пострадавший и его родственники должны быть обучены правилам поведения в раннем послеоперационном периоде. При стандартно выполненной имплантации эндопротеза на первые сутки после операции пациентам разрешали движения в коленном и тазобедренном суставах, на 3-5 день рекомендуют ходьбу с костылями. После тотального замещения протезом цементной фиксации разрешается полная нагрузка на оперированную конечность, при использовании механических или гибридных имплантатов полная нагрузка рекомендуется не раньше 3-6 месяцев после операции. Рентгенологический контроль выполняли в сроки 3, 6, 12 месяцев и далее 1 раз в год, если пациента не беспокоят боли. В течение первых 6 месяцев рекомендуем избегать сгибания в тазобедренном суставе под углом менее 90 градусов. Пациенту не разрешается класть ногу на ногу, самостоятельно надевать носки и обувь, садиться на низкие стулья.

При лечении больных с переломами шейки бедра нами применялись тотальные эндопротезы импортных производителей (De Puy, MATHYS, Zimmer). Эндопротезы бесцементной фиксации (press-fit) поставлены 29 (60,4%) больным, цементной фиксации – 19 (39,6%). Виды поставленных эндопротезов представлены в таблице 3.

Для выбора типа эндопротеза применяли систему клиники Lahey (США). Оценка функциональных результатов эндопротезирования тазобедренного сустава осуществлялась по шкале W.H. Harris.

Результаты и их обсуждение

Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в сроки от 1 до 2 лет изучены у 46 (95,8%) пациентов. За это время умерла 1 пациентка от причин, не связанных с эндопротезированием. У 1 больного произошло инфицирование, что потребовало удаления эндопротеза с постановкой цементного спейсера.

Осложнений в виде вывиха эндопротеза не было.

Минимальное значение по шкале Харрис – 87 баллов, максимальное – 94 балла, что соответствует хорошему и отличному функциональному результату. Средний балл по шкале Харрис составил 91,3 балла, что несколько ниже, чем при первичном эндопротезировании.

У всех 48 пациентов, при выполнении тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, мы столкнулись со сложностями в виде выраженных рубцовых тканей, особенно сильный рубцовый процесс наблюдался у тех больных, у которых данное вмешательство было уже третьим по счету.

У 16 больных с момента травмы до эндопротезирования прошло больше 3 лет, все они имели признаки тяжелого коксартроза и укорочение конечности от 5 до 7 см, что после операции сказалось на функциональном результате – он был ниже, чем у остальных пациентов (это связано с невозможностью одномоментного удлинения конечности более чем на 4 см из риска развития нейропатии седалищного нерва). Из-за выраженных рубцов объем кровопотери был больше, чем при первичном эндопротезировании и составил от 400 до 600 мл, в связи с чем 15 больным потребовалось переливание плазмы и эритроцитарной массы. У 32 больных имелись неудаленные металлоконструкции, поэтому первым этапом мы их удаляли и только после этого приступали к постановке протеза. Указанные сложности в итоге привели к увеличению продолжительности операции, что при эндопротезировании является нежелательным, так как возрастает риск инфекционных осложнений.

Выводы

1. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у больных, ранее перенесших оперативное вмешательство по поводу перелома шейки бедренной кости, является более сложной

операцией, чем первичное эндопротезирование при коксартрозе и свежем переломе шейки бедренной кости.

2. Функциональный результат данной операции по шкале Харрис ниже, чем при первичном эндопротезировании.

Список литературы

1. Асачева Э.П., Белянин О.Л., Якимова Е.А., Войтович А.В. Особенности реабилитации больных и инвалидов вследствие асептического некроза головки бедренной кости. Медико-социальная экспертиза и реабилитация 2003; 4: 49 – 51.
2. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава эндопротезами нового поколения. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова 1999; 4: 28-34.
3. Кавалерский Г.М. Дифференцированный подход к лечению переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста. Медицинская помощь 2005; 1: 27-30.
4. Ключевский В.В. Хирургия повреждений. Руководство для фельдшеров, хирургов и травматологов районных больниц. 2-е изд. Рыбинск 2004; 784.
5. Ключевский В.В., Михайленко Б.С. Результаты хирургического лечения переломов шейки бедренной кости по данным клинической больницы имени Н.В.Соловьева г. Ярославля. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2009; 2: 1: 70-71.
6. Ключевский В.В., Самодай В.Г., Гильфанов С.И., Михайленко Б.С. Сравнительная характеристика результатов остеосинтеза медиальных переломов шейки бедренной кости в зависимости от возраста пациента, сроков с момента травмы до операции и вида фиксатора. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2010; 3: 1: 56-59.
7. Лазарев А.Ф., Рагозин А.О., Солод Э.И., Какабадзе М.Г. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости. Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова 2003; 2: 3-8.
8. Лицман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф. Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова 1997; 2: 12 – 19.

Поступила 30.05.2010 г.

Информация об авторах

1. Ключевский Вячеслав Васильевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Ярославской государственной медицинской академии, заслуженный деятель науки Российской Федерации, главный травматолог-ортопед Ярославской области, e-mail: borismikhajlenko@yandex.ru.
2. Самодай Валерий Григорьевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: v_samoday@mail.ru
3. Михайленко Борис Сергеевич – аспирант кафедры травматологии и ортопедии Воронежской государственной медицинской академии им. Н.Н.Бурденко, e-mail: borismikhajlenko@yandex.ru.