

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАТОЛОГИИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Климовицкий В. Г., Бородин Д. В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии г. Красный Лиман, Украина.

Показания и противопоказания к эндопротезированию тазобедренного сустава были разработаны достаточно давно. Основой для их формирования стали уровень научных изысканий по данному вопросу, имеющийся клинический опыт, наличие имплантов и технологий которые помогали решать поставленные перед хирургом задачи. На современном этапе развития артропластики, благодаря накопленному научному и практическому опыту, разработке новых высококачественных конструкций для хирургического лечения патологии проксимального отдела бедренной кости, можно говорить о пересмотре ряда показаний и противопоказаний к эндопротезированию тазобедренного сустава. Так одним из общеизвестных противопоказаний к артропластике тазобедренного сустава является инсульт. Его принято считать одним из самых распространенных заболеваний головного мозга у взрослого населения. Высокая инвалидизация больных, перенесших инсульт (всего 15—20 % пациентов возвращаются к труду, часто для ухода за ними требуется 1—2 трудоспособных родственника) обуславливает социальноэкономическую значимость данной проблемы. Реабилитация больных, перенесших мозговой инсульт, — актуальная и сложная задача медицины, системы здравоохранения и социальной помощи. А при переломах и заболеваниях проксимального отдела бедра реабилитация больных в постинсультном состоянии становится трудновыполнимой. Однако в литературе мы не встретили данных о характере и степени тяжести неврологических расстройств у больных перенесших инсульт, определяющих возможность проведения оперативного лечения при переломах и заболеваниях проксимального отдела бедра.

Цель нашей работы улучшить результаты лечения больных в постинсультном состоянии с переломами проксимального отдела бедра и заболеваниями тазобедренного сустава в стадии декомпенсации.

На базе отделения эндопротезирования НИИТО г. Красный Лиман за период 2015г.-2016г. выполнено 7 операций эндопротезирования тазобедренных суставов у больных перенесших инсульт. Из них женщин—4, мужчин—3. Средний возраст больных составил 65,3 лет. В соответствии с классификацией АО у 4-х больных был перелом 31 – В, у 1-го 31 – А. Двое больных прооперированы по поводу коксартроза III-IV стадии по Kellgren, с выраженным болевым симптомом и нарушением функции опоры и ходьбы. Все больные в анамнезе перенесли инсульт от 1 года до 5 лет назад и имели различную степень выраженности неврологических расстройств на момент госпитализации в клинику. Двое больных имели гемипарез на стороне планируемой операции, передвигались до травмы без дополнительной опоры, двое больных передвигались с посторонней помощью в пределах жилой площади, трое больных имели легкую степень постинсультных нарушений. Все больные перед оперативным лечением проходили рентгенологическое и общеклинические обследования. Проводилось УЗИ сосудов нижних конечностей, исследовался неврологический статус. Во время предоперационного планирования нами учитывался возраст больного, степень тяжести неврологических расстройств, наличие сопутствующей патологии, степень выраженности остеопороза, способность к передвижению до травмы и уровень коммуникабельности больного.

При выборе метода оперативного вмешательства у больных перенесших инсульт нами использовался дифференцированный подход, суть которого заключается в мотивации к операции. При легкой степени постинсультных расстройств мы применяли тотальную бесцементную артропластику. При расстройствах средней степени, наличии остеопороза

выполняли тотальную цементную артропластику. При наличии неврологических расстройств тяжелой степени, наличии сопутствующей соматической патологии выполняли однополосное эндопротезирование с биполярной головкой.

После детальной подготовки больным выполнено оперативное вмешательство:

- тотальная бесцементная артропластика у 3 больных с легкими постинсультными нарушениями;

- тотальная цементная артропластика у 2 больных со средней степенью тяжести постинсультных нарушений, из них у 1 больного с переломом вертельной зоны использован бедренный компонент с удлиненной ножкой;

- артропластика с использованием однополосного протеза с биполярной головкой у 2 больных престарелого возраста с тяжелой соматической патологией.

У всех больных послеоперационный период протекал гладко, проводилось плановое лечение и коррекция соматической патологии. Послеоперационные раны зажили первично, швы сняты в общепринятые сроки. За время лечения в стационаре больные были обучены ходьбе при помощи опоры.

Сроки наблюдения составили 2, 4 месяца и 1 год. При анализе результатов хирургического лечения 7 больных перенесших инсульт с патологией проксимального отдела бедра нами получены следующие данные. Все больные были мобилизованы в кратчайшие сроки после оперативного лечения, что дало возможность избежать гипостатических осложнений. Нарастания неврологической симптоматики не отмечалось. В 100% случаев у больных с переломами проксимального отдела бедра восстановлена опорная функция конечности, что явилось дополнительной мотивацией к выздоровлению больных перенесших инсульт. У больных с коксартрозом появились новые возможности для реабилитации в постинсультном периоде.

Выводы:

1. Хирургическое лечение больных с патологией проксимального отдела бедра у больных перенесших инсульт является обоснованным и эффективным методом лечения.

2. Дифференцированный подход к оперативному лечению данной категории больных дал возможность минимизировать риски оперативного вмешательства и раннего послеоперационного периода, провести послеоперационную реабилитацию в кратчайшие сроки и получить хорошие результаты лечения.

3. Используя активную хирургическую тактику при лечении больных с патологией проксимального отдела бедра, перенесших инсульт мы восстанавливаем возможность для реабилитации постинсультных осложнений и улучшаем качество жизни пациентов.