

**ПЕРВИННЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПРИ ЧЕРЕЗВЕРТЛЮГОВИХ
ПЕРЕЛОМАХ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СТЕГНОВОЇ
КІСТКИ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ**

Канзюба А.І., Климовицький В.Г., Хайло П.А., Канзюба М.А.

НДІ ТО Донецького національного університету

ім. М. Горького, Лиман, Україна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра загальної хірургії

з курсом травматології, оперативної хірургії

та судової медицини, Ужгород, Україна

Вступ. При переломах вертлюгової ділянки домінуючою тактикою є застосування різних варіантів накісткового або інтрамедулярного остеосинтезу з метою стабільної фіксації кісткових фрагментів і ранньої мобілізації пацієнтів. Однак, усупереч доступності існуючих сучасних металлоконструкцій, а також технологій мінімально-інвазивного остеосинтезу, за даними літератури, частота незадовільних результатів і ускладнень після виконання остеосинтезу при черезвертлюгових переломах, за даними різних авторів сягає 20 %.

Найбільш розповсюдженим ускладненням – до 23 %, є вторинне зміщення фрагментів після репозиції і внутрішнього остеосинтезу внаслідок раннього навантаження оперованої кінцівки. У 28% пацієнтів після остеосинтезу переломів вертлюгової ділянки спостерігаються інфекційні ускладнення ранового процесу. Застосування остеосинтезу обмежується наявністю значних дегенеративних змін у кульшовому суглобі на стороні пошкодження.

У якості альтернативи остеосинтезу при переломах вертлюгової ділянки стегнової кістки у пацієнтів похилого і старечого віку, в останні роки, розглядається первинне ендопротезування кульшового суглоба. Разом з тим, імплантація стегового компоненту ендопротезу виконується у нестандартних умовах через руйнування проксимального метафазу стегнової кістки і масиву м'язів, що мають забезпечити рухову функцію, а головне – стабільність кульшового суглоба. Це зумовлює необхідність ретельного планування оперативного втручання, насамперед – особливості первинної стабільної фіксації ніжки ендопротезу з урахуванням характеру перелому проксимального відділу стегнової кістки, а також, індивідуальних фізичних можливостей пацієнта.

Мета. Обґрунтувати застосування артропластики при переломах вертлюгової ділянки стегнової кістки у осіб похилого та старечого віку та технічні особливості імплантації стегового компоненту ендопротезу.

Матеріал та методи. У групу дослідження включено 38 пацієнтів, оперованих протягом 2012 – 2017 років у відділеннях Донецького НДІ ТО і клініках медичного факультету Ужгородського національного університету. Вік пацієнтів – від 72 до 88 років (середній вік $76,4 \pm 2,1$ роки). Згідно класифікації АО, у 34 пацієнтів відмічено черезвертлюгові переломи: у 13 – прості (31-A1); у 21 – багатоуламкові (31-A2). 4 пацієнти оперовані з приводу багатоуламкових міжвертлюгових переломів (31-A3). Терміни госпіталізації пацієнтів у травматологічні відділення – від 1 до 3 діб після травми. Терміни виконання первинної артропластики кульшового суглоба – від 3 до 9 діб після травми. У 34 пацієнтів виконано геміартропластику однополюсними ендопротезами. У 32 з них застосовано цементну фіксацію імплантів – у 27 зі стандартною нішкою, у 5 з подовженою нішкою. У 2 пацієнтів – імплантовані безцементні ревізійні ніжки. У 4 пацієнтів виконана тотальна артропластика з цементною фіксацією обох компонентів ендопротезу.

Аргументом на користь застосування саме артропластики було намагання, як найшвидше, забезпечити активізацію пацієнтів. Головними факторами, що визначили вибір хірургічної тактики були індивідуальні особливості загального стану пацієнтів, які робили неможливим раннє відновлення опорної функції пошкодженої кінцівки у разі застосування внутрішнього остеосинтезу. До таких факторів належала ступінь остеопору проксимального відділу стегнової кістки. За даними денситометрії середнє значення T-індексу – $3,2 \pm 0,84$ (тяжкий остеопороз). Серед 32 пацієнтів фізична активність до отримання травми була обмежена не тільки супутньою соматичною патологією, але і наявністю надмірної ваги тіла (індекс маси тіла коливався від 26 до 35 (середнє значення $30,6 \pm 3,1$). У 4 пацієнтів застосування первинної тотальної артропластики з приводу переломів вертлюгової ділянки було зумовлено наявністю до травми виражених дегенеративних змін у кульшовому суглобі.

Результати. У всіх пацієнтів досягнуто задовільного первинну фіксацію стегового компонента ендопротезу у проксимальному відділі стегнової кістки. При наявності вираженого інволютивного остеопору і за умов обмеження фізичних можливостей первинна артропластика дозволила у всіх оперованих пацієнтів забезпечити ранню мобілізацію, опорну та рухову функцію пошкодженої кінцівки. Ми не спостерігали ускладнень, пов'язаних з реконструкцією проксимального відділу стегнової кістки та імплантацією ендопротезів. З перших днів після операції ми не пропонували пацієнтам при стоянні та ході обмежувати навантаження оперованої кінцівки. Особливості відновлювального

періоду лікування і реабілітаційних заходів визначалися загально-соматичним станом пацієнтів. Виписували пацієнтів на амбулаторне лікування на 10 – 12 день після операції. На день виписки усі пацієнти могли пересуватися за допомогою ходунка, або 2 милиць без обмеження навантаження оперованої кінцівки.

Технічні особливості імплантації ніжки ендопротезу залежали від характеру перелому вертлюгової ділянки, який визначали за класифікацією АО (клас 31-А). У біомеханічному плані дуже важливим є відновлення медіальної стінки стегнової кістки на рівні і нижче розташування малого вертлюга, уздовж якої розподіляється найбільше навантаження з боку імплантованої ніжки ендопротезу. Залежно від розташування фрагментів великого вертлюга і підвертлюгової ділянки, здійснювали фіксацію серкляжним дротом у вигляді циркулярних стяжок. При виконанні репозиції та провізорної фіксації фрагментів, вважаємо за неможливе, відтинати м'язи, що прикріплюються до вертлюгової ділянки, оскільки вони, у подальшому, мають забезпечити стабільність штучного суглоба. Задля заміщення дефекту міжвертлюгової ділянки, з видаленого проксимального фрагменту пилкою відтинаємо кільцеподібний фрагмент базальної частини шийки, який має включати близько 2 см дуги Адамса. При руйнуванні не більше ніж 5 см, включаючи місце розташування малого вертлюга, можливо використання ніжок стандартних розмірів. При більш подовженому руйнуванні застосовували імпланти з подовженими ніжками для цементної фіксації.

Тривалість хірургічних втручань коливалась від 50 хвилин до 1 години 20 хвилин. Середня інтраопераційна крововтрата склала 260 ± 60 мл. Помірна післяопераційна анемія не впливала на процес поступового відновлення рухової активності пацієнтів.

Висновки. Результати ендопротезування при переломах вертлюгової ділянки свідчать про доцільність застосування цього виду оперативного втручання у осіб похилого і старечого віку при наявності значного остеопорозу і обмежених фізичних можливостей до відновлення статико-динамічної функції. Реконструкція проксимального відділу стегнової кістки зі збереженням м'язів, що прикріплюються до масиву великого вертлюга, забезпечують стабільність кульшового суглоба і умови для репаративного процесу навколо фрагментів, що утворюють вертлюгову ділянку стегнової кістки.