

ПЕРВИННА АРТРОПЛАСТИКА ЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЧЕРЕЗВЕРТЛУГОВИХ ПЕРЛОМІВ У ОСІБ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Канзюба А.І.¹, Климовицький В.Г.², Попюрканич П.П.¹

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра загальної хірургії, Ужгород, Україна

²НДІ ТО Донецького національного університету, Лиман, Україна

Вступ. Загально визнаною тактикою лікування черезвертлугових переломів є остеосинтез, який має виконуватись у найближчі дні після травми з метою рятування життя пацієнта. У глобальному просторі – задля зменшення летальності і смертності серед людей похилого та старечого віку через вимушену нерухомість та коморбідний стан.

У супереч прогресу у розвитку технологій внутрішнього остеосинтезу, частота ускладнень, за даними літератури, сягає 20 – 24 %. Найбільш розповсюдженими ускладненнями остеосинтезу, близько 20 %, є міграція фіксуєчих конструкцій, руйнування (cut out) проксимального фрагменту фіксатором, вторинне зміщення фрагментів, зумовлені порушенням стабільності фіксації. Дані літератури свідчать про застосування первинного ендопротезування, як альтернативи остеосинтезу при черезвертлугових переломах, заради найбільш вірогідного раннього відновлення рухової активності пацієнта і опороздатності оперованої кінцівки. Численні публікації, включаючи метаналіз, свідчать про порівнянність остеосинтезу та артропластики за такими критеріями як рівень інтраопераційних ризиків, об'єм крововтрати, тривалість операції, кількість ускладнень, пов'язаних із забезпеченням і технікою операції. Доведено перевагу ендопротезування у можливості раннього навантаження оперованої кінцівки, зменшенні рівня ранньої післяопераційної летальності. Окремим аспектом розглядається вибір між остеосинтезом та артропластикою при черезвертлугових переломах, що виникли за наявності дегенеративних змін у кульшовому суглобі на боці пошкодження. Разом з тим, відсутній узагальнений підхід відносно критеріїв вибору показань до первинного ендопротезування, а також, щодо технічних особливостей хірургічного втручання через складність руйнації вертлугової ділянки. Мета роботи – обґрунтувати диференційований підхід до застосування первинного ендопротезування при вертлугових переломах у осіб похилого та старечого віку, з позиції оцінки найближчих та середнього терміну клініко-функціональних результатів.

Матеріал та методи. Протягом 2015 – 2019 років первинна артропластика з приводу переломів вертлугової ділянки була застосована у 44 пацієнтів. 20 були оперовані у відділеннях Донецького НДІ ТО, 16 – у травматологічних відділеннях міських та районних лікарень Донецької області, 8 - у клініці медичного факультету Ужгородського національного університету.

Критерії, за якими визначались показання для первинної артропластики: вік пацієнтів – наявність остеопенічного стану; загальний стан пацієнтів через супутні захворювання, які обмежують можливість розвантаження пошкодженої кінцівки після операції, наявність одного, або кількох остеопоротичних переломів різної локалізації. До критеріїв вибору у 11 пацієнтів ми віднесли надмірну масу тіла за оцінкою індексу маси тіла, середнє значення якого дорівнювало $28,44 \pm 2,61$ (від 26,25 до 32,30). Серед оперованих пацієнтів, 4 мали супутні переломі кісток верхньої кінцівки (дистального відділу кісток передпліччю – 2, проксимального відділу плечової кістки – 2). У 2 пацієнтів геміартропластика виконана з приводу черезвертлугового перелому єдиної нижньої кінцівки – за наявності не протезованої кукси протилежного стегна.

Вік пацієнтів – від 72 до 89 років (середній вік $77,34 \pm 2,1$ роки). Серед них було 34 жінки, віком від 72 до 88 (середній вік. $75,7 \pm 3,6$) та 10 чоловіків віком від 73 до 84 років (середній вік $76,4 \pm 3,4$ років).

Згідно класифікації АО, черезвертлугові переломи мали місце у 38 пацієнтів - прості (31-A1) - у 13; багато уламкові (31- A2) - у 25. 6 пацієнтів оперовані з приводу багато

уламкових міжвертлюгових переломів (31-A3). Терміни госпіталізації пацієнтів у травматологічні відділення – від 1 до 5 діб після травми. Первинна артропластика кульшового суглоба виконана у період від 3 до 9 діб після травми 9 (середній термін $5,1 \pm 1,4$ днів). Серед 39 пацієнтів у 23 для геміартропластики застосовано ендопротези зі стандартною ніжкою, у 16 – з подовженою ніжкою. У 29 пацієнтів застосовано ендопротези Austin Moore, у 10 ендопротези з модульною головкою. У 5 пацієнтів, через наявність деструктивно-дистрофічних змін у пошкодженому суглобі до травми, виконана тотальна артропластика кульшового суглоба з цементною фіксацією обох компонентів ендопротезу.

Імплантацію стегнового компонента ендопротеза виконували за розробленою власною методикою (Патент України на винахід 117317). Технічні особливості імплантації залежали від характеру перелому вертлюгової ділянки, який визначали за класифікацією АО

В усіх пацієнтів ми застосовували зовнішньо-передній хірургічний доступ до проксимального відділу стегнової кістки і кульшового суглоба. За наявності перелому великого вертлуга виконували його фіксацію стягуючою дротовою петлею, або по Веберу. При усіх типах переломів, особливо, що відносяться до типу 31.A2, та 31.A3.3, перед видаленням проксимального фрагменту, виконували репозицію і фіксацію головних уламків вертлюгової ділянки, а також, фрагментів, що формують стінки метафізарного відділу до рівня, або дистальніше малого вертлуга, стягуючими циркулярними дротовими швами.

Тривалість хірургічних втручань коливалась від 50 хвилин до 1 години 20 хвилин. Середня інтраопераційна крововтрата склала 280 ± 60 мл. Помірна післяопераційна анемія не впливала на процес поступового відновлення рухової активності пацієнтів.

Ми спостерігали 2 випадки уповільненого загоєння операційної рани через відходження гематоми, але без розвитку внутрішньо суглобової та перипротезної інфекції.

Середній термін відновлення навантаження оперованої кінцівки $2,8 \pm 1,3$ дні (від 1 до 6 діб). 32 (72,72 %) пацієнтів були обстежені у терміни від 4 до 14 місяців ($8,3 \pm 1,4$ місяця) після геміартропластики. Згідно опитуванню, опороздатність оперованої кінцівки задовольняла пацієнтів, забезпечуючи рівень рухової активності, який вони мали до травми. У 3 пацієнтів після тотальної артропластики з приводу черезвертлюгових переломів, що виникли за наявності коксартрозу, за даними опитування, досягнуто значне покращення функціональних результатів за шкалою Harris: 81,3; 86,7; 92,3 (до травми, відповідно: 63,3; 68,5; 77,8). За даними рентгенографії, стан кісткової тканини свідчив про задовільний перебіг репаративного процесу у ділянці реконструкції проксимального відділу стегнової кістки навколо ніжки ендопротезу.

Загальна оцінка застосування первинного ендопротезування при переломах вертлюгової ділянки стегнової кістки дозволяє нам констатувати можливість, а інколи, і доцільність, обирати артропластику як альтернативу внутрішньому остеосинтезу. Це є особливо актуальним при наданні спеціалізованої допомоги пацієнтам похилого і старечого віку за умов відсутності у травматологічних відділеннях необхідного обладнання (дистракційні операційні столи та ЕОПи) для застосування закритої репозиції та інтрамедулярного остеосинтезу, а також при високих ризиках ускладнень, пов'язаних з остеосинтезом, через зальний стан пацієнтів.

Висновки.

1. 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 відновлення статико-динамічної функції.

2. Реконструкція проксимального відділу стегнової кістки забезпечує можливість імплантації стегнового компонента ендопротеза з використанням кісткового цементу за умов індивідуального вибору довжини ніжки.

3. Реконструкція проксимального відділу стегнової кістки зі збереженням м'язів, що прикріплюються до масиву великого вертлюга, забезпечує стабільність кульшового суглоба і умови для репаративного процесу навколо фрагментів, що утворюють вертлугову ділянку.