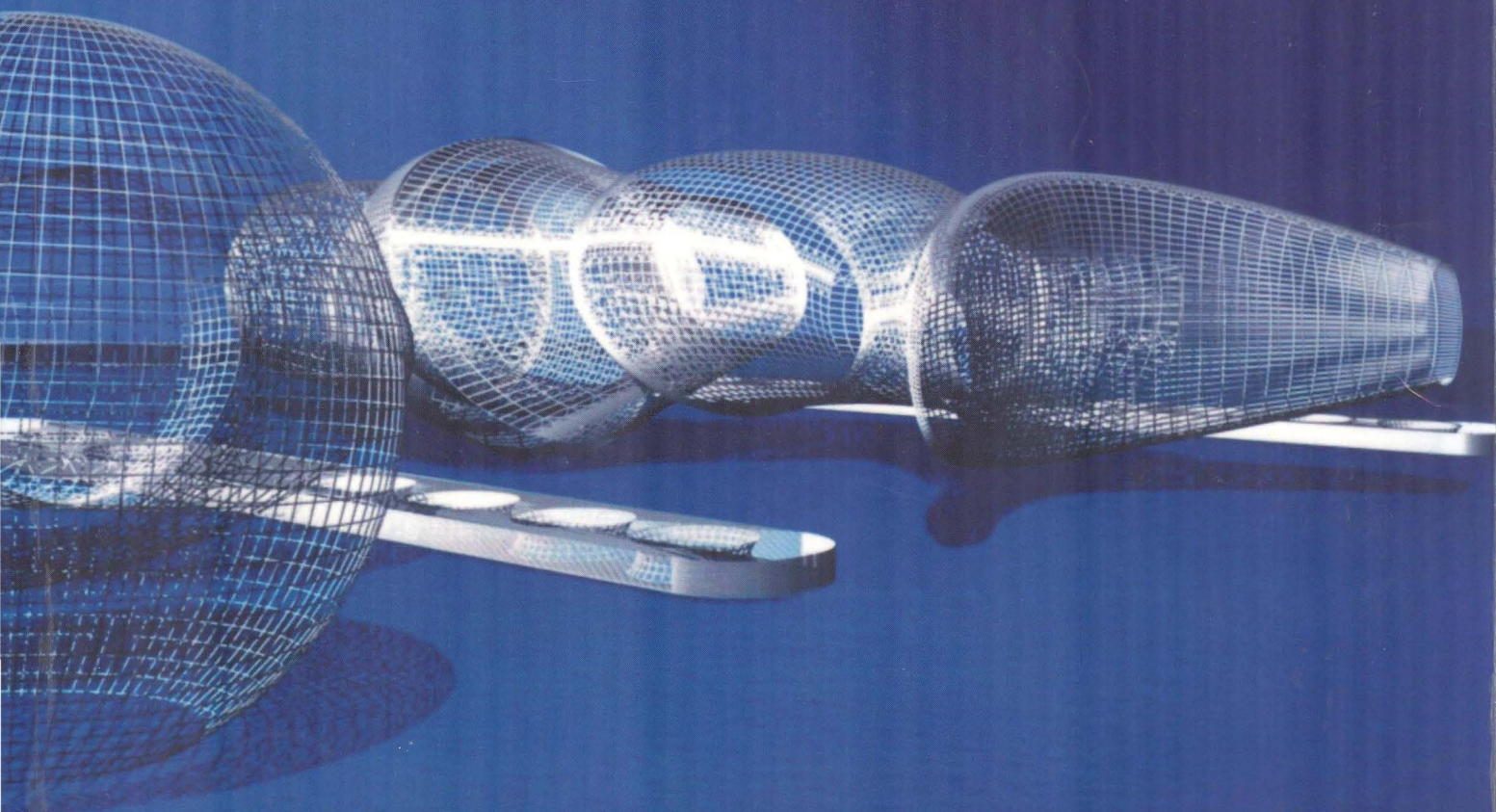


ISSN 1684-9280

# Травматология ЖЭНЕ Ортопедия

Специальный выпуск



2/2005



УДК 616.718.42-001.5

**ИСХОДЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ**Н.Д. БАТПЕНОВ, Н.Б. ОРЛОВСКИЙ, К.Т. ОСПАНОВ, А.А. БЕЛОКОБЫЛОВ, К.Д. АШИМОВ,  
Б.К. МАЛИК, Е.К. РАЙМАГАМБЕТОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Мақалада 54 науқастаң сан сүйегінің мойынының сынықтары мен жалған буындарынан кейінгі жамбас-сан буынының эндопротездеу нәтижелері көрсетілген. Емнің нәтижелері 1 жылдан 5 жылға дейінгі аралықта 35 науқаста бақыланып, жақсы нәтиже 97,1%-те анықталған.

Conducted analysis of results of treatments beside 54 sick with fractures and false joints shakes of thighbone after hip joint endoprothesis. Removed results cancelling beside 35 sick, upon the terms from 1 before 5 years, good results received in 97,1%.

Проблема лечения переломов шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста до настоящего времени остается актуальной. В 1990 г. во всем мире эту травму получили около 1,7 млн. человек, а к 2050 г. их число может возрасти до 6,3 млн. [1]. По данным Лазарева А.Ф. и соавторов, абсолютное большинство переломов шейки бедренной кости происходит на фоне остеопороза [2].

Основным методом лечения переломов шейки бедренной кости является хирургический. Существует два вида хирургических операций: остеосинтез шейки бедренной кости и эндопротезирование тазобедренного сустава. Остеосинтез шейки бедренной кости по экстренным показаниям применяется в основном у лиц молодого и среднего возраста. У лиц пожилого и старческого возраста в большей степени показано эндопротезирование тазобедренного сустава. Методы не являются конкурирующими и применяются по соответствующим показаниям. Эндопротезирование тазобедренного сустава имеет ряд преимуществ: исключены такие осложнения, как формирование ложного сустава шейки бедренной кости, развитие асептического некроза головки бедренной кости, деформирующего остеоартроза. Критериев выбора типа эндопротеза для конкретного больного с переломом шейки бедренной кости нет, на выбор системы эндопротеза в основном оказывают влияние социальные и экономические факторы [2]. Использование монополярных эндопротезов имеет свои преимущества – низкая стоимость конструкции, простота, меньшая травматичность операции. Несмотря на имеющиеся недостатки однополюсного эндопротезирования (при длительной эксплуатации происходит стирание хряща, протрузия вертлужной впадины, расшатывание ножки протеза), у больных старческого возраста оно является обоснованным [2,3,4]. При выполнении остеосинтеза шейки бедренной кости в отсроченном порядке у лиц молодого, среднего возраста, а также у лиц пожилого возраста, чей физиологический возраст отстает от биологического, в последующем существенно увеличивается риск развития ложного сустава шейки бедренной кости, асептического некроза головки бедренной кости. В таких случаях показано тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, так как срок эксплуатации однополюсного эндопротеза существенно ниже, чем у тотального [3].

В НИИТО 54 больным с переломами и ложными суставами шейки бедренной кости произведено эндопротезирование тазобедренного сустава. При эндопротезировании применялись следующие имплантанты: Мура-ЦИТО – 27 больным, ARGE – 8, Zimmer – 7, Elite Plus, AML – 5, Протек – 3, Зульцер-Мюллера – 2, Имплант Элит – 2.

По полу и возрасту больные распределились следующим образом: мужчин – 25, женщин – 29, соотношение мужчин и женщин 1:1,1; до 50 лет – 8, 51-60 лет – 19, 61 и старше – 27 пациентов. Из 54 пациентов перелом шейки бедренной кости имелся у 43, ложный сустав – у 11.

У 34 больных (средний возраст 71,4 года) были использованы монополярные эндопротезы головки бедренной кости Мура-ЦИТО и Zimmer, из них с цементной фиксацией – 12. Как правило, однополюсные эндопротезы применялись у ослабленных больных пожилого и старческого возраста.

У 20 больных применены тотальные эндопротезы различных систем, причем у 7 больных с цементной фиксацией. Возраст больных колебался от 34 до 65 лет (средний возраст 48,7 лет). При фиксации бедренного компонента учитывали степень остеопороза проксимального отдела бедренной кости, пол и возраст пациентов [4].

В раннем послеоперационном периоде тромбозом легочной артерии, приведшая к летальному исходу, развилась у 2 больных (3,7%). Илеофemorальный флеботромбоз отмечен у 5 больных (9,2%). После проведения адекватной антикоагулянтной терапии явления флеботромбоза были купированы.

Из 54 больных 12 умерло в течение 2 лет вследствие обострения сопутствующих соматических заболеваний. Результаты лечения 10 больных не изучены по объективным причинам. Отдаленные результаты в сроки от 1 года до 5 лет оценены у 32 больных. Боль отсутствовала у 27 больных (84,4%), у 5 сохранялся незначительный переходящий болевой синдром (15,6%), который позволял больным передвигаться с помощью трости на значительные расстояния. У 9 больных (28,1%) отмечена хромота, которая в течение 1 года практически исчезла. Пользоваться общественным транспортом могли все больные; умеренное ограничение движений в тазобедренном суставе отмечено у 3 больных (9,4%), после курса реабилитационных мероприятий объем движений восстановлен. У 1 больного (3,1%) через 3 года произошел перелом ножки эндопротеза Мура-ЦИТО, который клинически не проявлялся.

Таким образом, при переломах шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста, в условиях критического нарушения остаточного кровоснабжения головки бедренной кости, однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава является методом выбора. У лиц молодого, среднего возраста, а также у пожилых людей с удовлетворительным физическим состоянием и компенсированным состоянием внутренних органов при выполнении эндопротезирования тазобедренного сустава оправданным может считаться тотальное эндопротезирование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Cooper C., Campion G., Melton L.J. Hip Fractures In The Elderly: A World Wide Projection // Osteoporosis Int.-1992.- Vol.2.- P. 285-289.

2. Лазарев А.Ф., Рагозин А.О., Солод Э.И., Какабидзе М.Г. Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости // Вестн. Травматол. ортопед. им. Н.Н. Приорова. - 2003.-

№ 2.- С.3-8.

3. Лирцман В.М., Михайленко В.В., Лукин В.П. Роль и место эндопротезирования в лечении переломов и ложных суставов шейки бедра у пожилых и старых людей // Эндопротезирование в травматологии и ортопедии.- М., 1993.- С.16-21.

4. Загородний Н.В. Эндопротезирование при повреждениях и заболеваниях тазобедренного сустава: дисс. ... д-ра мед. наук. - М., 1998.-406 с.