

ЗНАЧЕННЯ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА ДЛЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОАРТРОЗУ

В. М. Майко

Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова, Україна

THE ROLE OF TOTAL HIP REPLACEMENT IN PREVENTION AND TREATMENT OF POST-TRAUMATIC OSTEOARTHRITIS

V. M. Maiko

Based on the experience of total hip replacement in 492 patients with acute trauma of the hip joint and its consequences, the authors consider the total hip replacement as the method of choice, the operation saving the life of elderly patients and quickly returning the functional activity and quality of life.

Key words: post-traumatic osteoarthritis, hip joint, total joint replacement, rehabilitation.

ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОАРТРОЗА

В. М. Майко

На основании опыта тотального эндопротезирования у 492 больных с острой травмой костей тазобедренного сустава и ее последствий авторы считают методом выбора тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, как операцию, спасающую жизнь пациентов пожилого возраста и максимально быстро возвращающую функциональную активность и качество жизни.

Ключевые слова: посттравматический остеоартроз, тазобедренный сустав, тотальное эндопротезирование, реабилитация.

Вступ

За даними Вінницької філії Республіканського центру ендопротезування (ВФРЦЕ), серед пацієнтів, що звертаються з приводу *остеоартрозу кульшового суглоба* (ОА КС), хворі з післятравматичним (ПТ) ОА КС посідають друге місце після диспластичного остеоартрозу, випереджаючи післязапальний, включаючи ревматоїдний ОА КС [5, 8].

Пацієнтів з ПТ ОА КС можна розподілити на три основні групи:

- *до I групи* ввійшли хворі, що лікувалися з приводу гострої травми КС:
 - переломів;
 - вивихів тощо;
- *до II групи* – хворі з невдалими лікуваннями травм КС:
 - повільно консоїдуючі переломи;
 - псевдосуглоби;
 - консоїдовані переломи зі зміщенням;
- *до III групи* – хворі з дегенеративно-дистрофічними наслідками травм КС [1–3, 4, 8].

Як відомо, ОА КС є практично неминучим наслідком будь-яких захворювань і ушкоджень кульшового суглоба [1–3]. Тому будь-який метод лікування, окрім тотального ендопротезування (ТЕП), не може попередити його розвиток, у кращому разі може тільки уповільнити прогресування ОА [2, 3, 9].

Мета роботи – поліпшити результати лікування та якість життя пацієнтів з ПТ ОА КС.

Матеріали і методи

Травматологічне відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова є складовою частиною ВФРЦЕ, організованого в 1998 р. У цьому дослідженні ми аналізуємо контингент хворих, що лікувалися у ВФРЦЕ за період з 1998 по 2008 р. включно.

Зазначений період ми розділили на два:

- *перший* – з 1998 по 2003 р. (6 років);
- *другий* – з 2004 по 2008 р. (5 років).

Слід підкреслити, що йдеться про пацієнтів в основному похилого віку.

Середній вік чоловіків становив 63,5 роки; жінок – 71 рік.

Серед пацієнтів, що лікувалися, з приводу ушкодження КС, жінок було 324 (65,8%), чоловіків – 168 (34,2%).

Усього за 11 років на стаціонарному лікуванні знаходилося 492 пацієнти з ушкодженнями кісток КС та їх наслідками, у тому числі з переломами:

- 1) шийки стегнової кістки – 288 (58,5%);
- 2) між- і черезвертлюговими – 115 (23,4%);
- 3) вертлюгової западини – 42 (8,5%);
- 4) травматичними вивихами у поєднанні з переломом вертлюгової западини – 47 (9,6%).

• У першому періоді показаннями до ТЕП були переважно ускладнення лікування, що проводилися іншими методами (скелетне витягання, остеосинтез), або у випадках, коли останнє було неможливе або свідомо не ефективно.

• У другому періоді ми вважали ТЕП методом вибору. Практично в усіх випадках, з урахуванням чинників ризику, для профілактики тромбозу застосовували висококофактивні препарати – низькомолекулярні гепарини (фраксипарин, клексан, арікстру). Крім того, застосовувалося скринінгове ультразвукове дослідження для раннього виявлення гематом, тромбозів, а також більш рання й активна реабілітація в стаціонарі.

Інші методи лікування застосовували при неможливості виконання ТЕП в основному з економічних міркувань або при відмові хворого.

Основою для подібної зміни в лікувальній практиці були такі міркування:

1) після ТЕП значно раніше, ніж при будь-яких інших методах лікування, відновлюється функціональна активність пацієнтів і вони повертаються до преморбідного стану через 1,5–3 місяці після операції;

2) раннє навантаження травмованої кінцівки розвантажує контралатеральну, що попереджує розвиток чи прогресування в ній дегенеративного процесу – первинного, обумовленого віковими, інволютивними змінами;

3) відновлення гомеостазу, якості життя, що були порушені внаслідок травми КС, відбувається раніше і більш повноцінно, ніж при інших методах лікування.

Ці загальнотеоретичні міркування підкріплюються даними літератури останнього десятиріччя і власними спостереженнями при співставленні результатів лікування в періодах 1998–2003 і 2004–2008 років.

• У першому періоді (перші 6 років) ТЕП було виконано 219 (44,6%) пацієнтам, що лікувалися стаціонарно з приводу травм КС;

• у другому періоді (наступні 5 років) показання було розширено і ТЕП було виконано 273 (55,4%) пацієнтам.

Цементне ТЕП було застосовано у 460 (93,4%) випадках із 492, що обумовлено похилим віком переважної більшості пацієнтів і первинним (віковим) ОА I, II або III стадії за Kellgren суглобів нижніх кінцівок з функціональними порушеннями. У випадках первинного остеоартрозу до травми кісток КС, навіть при сприятливому результаті лікування іншими методами, досягнення консолідації перелому не зупиняє прогресування дегенеративно-дистрофічного процесу й істотного прогресу функціональних порушень. Техніка ТЕП і конструкція ендопротеза в аналізовані періоди змінилася несуттєво.

Реабілітація хворих після ТЕП у період з 2004 р. відрізняється від попереднього періоду тим, що багато хворих за два тижні після операції переводилися у відділення реабілітації обласної фізіотерапевтичної лікарні м. Хмельника, обласної лікарні відновного лікування травматологічних хворих у Печері або на амбулаторне

лікування за місцем проживання, де вони за єдиною схемою займалися ЛФК, приймали фізіо- і бальнеотерапію, що значно прискорило процес реабілітації і дало їм можливість бути готовими до самообслуговування в домашніх умовах.

Результати та їх обговорення

Результати лікування усіх пацієнтів обох періодів були вивчені в терміні від 1 року і більше. За цей період процес відновлення функції КС і функціональної активності та якості життя, адаптації пацієнта залишався стабільним. Зрозуміло, що після цього терміну в окремих пацієнтів може погіршуватись результат як у зв'язку з віковими змінами, так і внаслідок місцевого процесу резорбції кістки, асептичної нестабільності тощо. Але з урахуванням віку пацієнтів термін 1 рік ми вважали мінімально достатнім для репрезентативного зіставлення результатів ТЕП аналізованих періодів.

Оцінка результатів лікування

Для аналізу була застосована 100-бальна система за Harris, яка широко використовується не лише за кордоном, а й в Україні [1, 2]. При аналізі отриманого результату в балах ураховувався не лише досягнутий результат, а й початкова оцінка функціонального стану пацієнта – теж у балах. Причому, оцінювалася функція кінцівки і КС або при госпіталізації в клініку – вже наявного ОА КС, що сформувався; у випадках гострої травми за вихідну вважали оцінку непошкодженого КС.

Результат вважався:

- відмінним при оцінці вище 90 балів;
- добрим – від 71 до 90 балів;
- задовільним – від 50 до 70 балів;
- незадовільним – нижче 50 балів.

Якщо початкова оцінка до травми була нижче 90 балів, то, природно, було неможливо розраховувати на післяопераційну оцінку вище початкової. У цих випадках початкова оцінка в балах вважалася максимально можливою, якщо вдавалося відновити вихідну оцінку стану контралатерального кульшового суглоба. Результат відновлення функціонального стану суглоба оцінювався у відсотках за формулою:

$$OP = \frac{СБК \times 100}{СБП},$$

де OP – оцінка результату ТЕП;

СБК – сума балів кінцевої;

СБП – сума балів початкова (до травми).

Пояснимо на прикладі: СБП до травми 80 балів, СБК – 75 балів. У цьому випадку

$$OP = \frac{75 \times 100}{80} = 93,8\%.$$

Тобто, результат можна вважати відмінним, оскільки досягнуте майже повне (93,8%) відновлення функціонального стану пацієнта до травми. У той же час 75 балів за Harris оцінюється не як відмінний, а як добрий результат.

Ми вважаємо, що подібна поправка дуже важлива саме для оцінки ефективності лікування, оскільки система Harris при всіх її безперечних перевагах, не передбачає вікових нормативів і не враховує віковий стан пацієнта.

Аналіз ускладнень та їх попередження

Важливим також при співставленні ефективності лікувальних методик є аналіз ускладнень. Найбільш частими ускладненнями в групі оперованих у першому та другому періоді, як правило, були нагноєння рани і тромбоз глибоких вен:

- у першому періоді – відповідно, 6 (2,7%) і 18 (8,2%) випадків;

- у другому періоді – відповідно, 4 (1,4%) і 10 (3,6%), тобто менше ніж у першому періоді. Мабуть, певну роль зіграло вдосконалення хірургічної техніки і анестезіологічне забезпечення завдяки накопиченню досвіду ТЕП у ВФРЦЕ, скоротилася тривалість операції в середньому на 32 хв (25%) і крововтрата – на 320 мл (30%).

Але основну роль зіграло 100% ультразвукове дослідження для виявлення гематом і їх евакуації шляхом регулювання положення дренажів або пункції, а також виявлення перших ознак флебіту і тромбофлебіту. Важливе значення в попередженні розвитку флебітів є їх профілактика з урахуванням клінічних і лабораторних чинників ризику.

Важливим є також більш раннє функціональне ведення пацієнта після ТЕП:

1) ЛФК і фізметоди – з 2-го дня;

2) дозвіл сидіти – з 2-го дня;

3) ставати без опори на оперовану кінцівку – з 3-го дня;

4) хода з милицями – на 4-й день і з паличкою – через 1,2–2,5 місяці після операції.

Така активність стала можливою багато в чому завдяки переведенню оперованих хворих з ортопедо-травматологічного відділення через 2–4 тижні після ТЕП в одну з вищезазначених реабілітаційних установ, де вони отримували рекомендований філією диференційований індивідуальний курс реабілітації, а після виписки також індивідуальний, за принципом біологічного зворотного зв'язку, амбулаторний курс реабілітації. Таке лікування дозволило ходьбу з паличкою у групі другого періоду в середньому на 10 днів раніше, ніж у групі першого періоду, і самостійну ходьбу без додаткової опори через $2,34 \pm 0,42$ місяці або на 30% раніше.

Важливе значення має порівняння оцінки за Harris двох аналізованих груп пацієнтів з урахуванням поправки у випадках істотного зниження цієї оцінки до травми.

Так, через 12 місяців після ТЕП:

- відмінні результати у групі пацієнтів першого періоду не зареєстровані, у групі другого періоду їх було 25 (9,1%);

- добрі результати становили, відповідно, 66 (30,2%) і 99 (36,2%);

- задовільні – відповідно, 141 (64,4%) і 135 (49,4%);

- незадовільні – відповідно, 12 (5,4%) і 14 (5,3%).

Таким чином, розширення показав і зміна методики лікування і реабілітації хворих з ПТ ОА КС пони-

зила відсоток ускладнень і несприятливих результатів у 2 рази, добрих результатів збільшилося в 1,5 рази та в 9,1% хворих у строк 12 місяців після ТЕП досягнуто відмінних результатів, які не вдавалося отримати ні іншими методами, ні ТЕП у першому періоді.

Висновки

1. Наші спостереження підтверджують доцільність проведення ТЕП у перші тижні після ушкодження кісток КС.

2. Профілактикою ускладнення є скринінгові УЗД на 2-й день після операції.

3. Профілактика венозних ускладнень проводиться з урахуванням чинників ризику і УЗД вен нижніх кінцівок.

4. Активна індивідуалізована інтерактивна реабілітація, що проводиться в хірургічному стаціонарі та у відділеннях реабілітації, а потім амбулаторно, скорочує терміни функціонального відновлення пацієнта, якості його життя й істотно покращує результати.

Література

1. *Бесединський С. М.* Особливості ендопротезування кульшового суглоба та післяопераційної реабілітації хворих старших вікових груп : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.21 "Травматологія і ортопедія" / С. М. Бесединський. – К., 2000. – 19 с.
2. *Бур'янов О. А.* Остеоартроз. Генезна діагностика, лікування / О. А. Бур'янов, Т. М. Омельченко. – К. : Ленвіт, 2009. – 208 с.
3. *Гайко Г. В.* Остеоартроз – медико-соціальна проблема та шлях до її вирішення // Вісн. ортопед., травматол. та протезув. – 2003, № 4. – С. 5–8.
4. Комплексная рентгенологическая оценка проявлений деформирующих артрозов крупных суставов нижних конечностей до и после лечения / *Сазонова Н. В., Дьякова Г. В., Новикова О. С., Бакаражнева А. Н.* // Гений ортопедии. – 2009. – № 3. – С. 25–30.
5. *Майко В. М.* Эндопротезирование тазобедренного сустава у больных коксартрозом / В. М. Майко // Актуальні проблеми ендопротезування : матеріали наук.-практ. конф., 13–14 березня 2007 р. – Вінниця, 2007. – С. 53–56.
6. Медична реабілітація хворих старших вікових груп з черезвертлюговими переломами стегнової кістки / *Істомін А. Г., Голка Г. Г., Суховецький В. В.* [та ін.] // Літопис травматол. та ортопед. – 2009. – № 1–2. – С. 120–122.
7. Основные направления восстановительного лечения пострадавших с переломо-вывихами тазобедренного сустава / *Климовицкий В. Г., Канзюба А. И., Донченко Л. И.* [и др.] / Там же. – 2009. – № 1–2. – С. 109–111.
8. Підсумки роботи Вінницької філії Республіканського центру ендопротезування за 10 років / *Майко В. М., Гунько П. М., Вознюк А. В.* [та ін.] // Актуальні проблеми ендопротезування : матеріали наук.-практ. конф., 13–14 березн 2007 р. – Вінниця, 2007. – С. 63–66.
9. *Поливода А. Н.* Профилактика осложненных и ранняя реабилитация больных пожилого возраста после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава / *Поливода А. Н., Горшков В. К., Чабаненко Д. С.* // Там же. – С. 72–74.