

ИЗ ПРАКТИЧЕСКОГО ОПЫТА

© Коллектив авторов, 1997

И.М. Марин, В.К. Старцун, В.В. Старцун

ФИКСАЦИЯ НОЖКИ ЭНДОПРОТЕЗА МУРА—ЦИТО КОРТИКАЛЬНЫМ КОСТНЫМ АЛЛОТРАНСПЛАНТАТОМ

Медицинский университет им. Н.А. Тестемидану, Кишинев

Эндопротезирование головки бедренной кости при переломах шейки у больных пожилого и старческого возраста является методом выбора [1]. Вместе с тем при использовании его следует учитывать ряд существенных факторов. Костная ткань у этой категории больных, как правило, поротична и отличается повышенной ломкостью, костномозговой канал значительно расширен. Поэтому после операции и в последующем нередко наступает расшатывание эндопротеза со всеми вытекающими отсюда последствиями, такими как боли, отечность конечности, неустойчивость в тазобедренном суставе, воспалительные явления, параартикулярные обызвествления. Для обеспечения устойчивой фиксации ножки эндопротеза в костномозговом канале бедренной кости применяются специальный цемент, фрагментированная губчатая ауто- или аллогенная кость, гидроксипатитный клей и др. [2—6]. Однако эти меры не исключают возникновения нагноительного процесса, развития микроподвижности, расшатывания и неустойчивости эндопротеза.

Поиск надежного и доступного способа фиксации, лишенного указанных выше недостатков, привел нас к использованию для прочной стабилизации ножки эндопротеза Мура—ЦИТО в костномозговом канале бедренной кости подготовленного заранее кортикального костного аллотрансплантата из верхней трети большеберцовой кости. При этом мы учитывали, что кортикальные костные аллотрансплантаты, введенные в костномозговой канал взрослых больных, срастаются с прилегающей стенкой канала и перестраиваются очень долго — в течение более чем 20 лет. В то же время литический процесс в области соприкосновения трансплантата с ножкой эндопротеза отсутствует. Кроме того, трансплантат удерживает головку протеза в положении вальгуса — тем самым уменьшается нагрузка на дно вертлужной впадины.

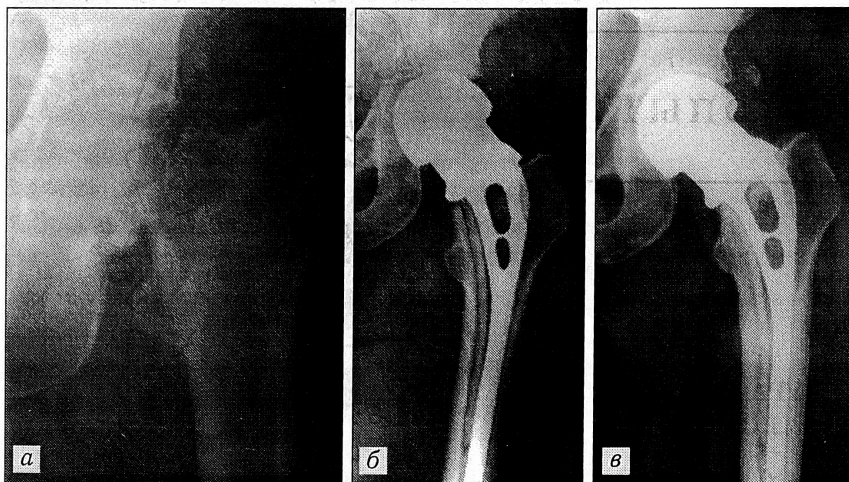
Техника операции. Кортикальный костный аллотрансплантат длиной 10—15 см (ширина и толщина определяются в соответствии с размерами остаточного пространства между ножкой эндопротеза и



медиальной стенкой костномозгового канала) плотно, наподобие клина, вводят в костномозговой канал одновременно с ножкой эндопротеза, уперев его верхним концом в медиальный выступ основания шейки эндопротеза. При этом костодержателем фиксируют вертельную область во избежание образования в ней трещины, а секвестральными щипцами плотно прижимают аллотрансплантат к медиальному краю ножки эндопротеза. Затем головку эндопротеза вправляют в вертлужную впадину. Аллотрансплантат в силу определенной эластичности принимает во время введения дугообразную форму соответственно шеечно-диафизарному направлению, обеспечивая не только замещение остаточной полости, но и стабильную пружинящую боковую компрессию ножки эндопротеза к стенкам костномозгового канала. Возможно, на степень эластичности аллотрансплантата благоприятно влияют его форма и способ консервации (в 0,5% растворе формальдегида, pH 7,3—7,4). При использовании прямых аллотрансплантатов, взятых из средней трети большеберцовой кости, в момент введения в костномозговой канал в 2 случаях имел место поперечный перелом трансплантата без смещения отломков и с сохранением дугообразности. Это не повлияло отрицательно на прочность фиксации ножки эндопротеза, что подтверждено наблюдением за больными на протяжении более 6 лет.

Капсулу сустава мы полностью сохраняем. Имобилизация конечности после операции осуществляется гипсовым деротационным сапожком сроком до 3 нед. На 2—3-й день больным разрешается садиться в постели, спустя 3—4 нед они начинают ходить при помощи костылей, а через 4 мес или несколько позднее — с тростью; безусловно, подход к каждому пациенту индивидуален.

По описанной методике нами оперировано 50 больных в возрасте от 62 до 85 лет, среди которых преобладали женщины. Сроки наблюдения — от 1 года до 9 лет. Применение однополюсного протезирования у относительно «молодых» больных (от 62 лет) объясняется отсутствием возможности приобретения тотальных эндопротезов тазобедренного сустава. В послеоперационном периоде в 2 случаях



Рентгенограммы больной М. с аддукционным переломом шейки левой бедренной кости.

а — до операции; б — после эндопротезирования (четко контурируется кортикальный костный аллотрансплантат); в — через 4 года и 3 мес после операции.

имело место поверхностное нагноение раны с благоприятным исходом. У одной больной спустя 3 нед после операции произошел вывих головки эндопротеза (из-за технической погрешности — несоответствия размеров головки и вертлужной впадины), и она была оперирована повторно. Случаев неустойчивости эндопротеза не отмечалось, отдаленные результаты благоприятные.

Приводим одно из наблюдений.

Больная М., 62 лет, поступила в клинику по поводу субкапитального перелома шейки левой бедренной кости со смещением отломков (см. рисунок, а). Травму получила 12.01.92, упав дома на левый бок с упором на вертельную область. Более 3 нед находилась в травматологическом отделении районной больницы, а 4.02.92 была переведена в нашу клинику для оперативного лечения. Страдает следующими сопутствующими заболеваниями: ишемическая болезнь сердца — коронаро-кардиосклероз атеросклеротический, атеросклероз аорты, недостаточность кровообращения I стадии; хронический бронхит в стадии ремиссии, диффузный пневмосклероз, эмфизема легких, дыхательная недостаточность I стадии; хронический персистирующий гепатит. После обследования и предоперационной подготовки 17.02.92 под общим обезболиванием произведена операция: протезирование головки и шейки бедренной кости эндопротезом Мура—ЦИТО с фиксацией ножки протеза кортикальным костным аллотрансплантатом по нашей методике (см. рисунок, б). Иммобилизация конечности после операции обеспечена гипсовым деротационным сапожком. Сидеть в постели больная начала с 3-го дня. Через 5 нед начала ходить при помощи костылей, частично нагружая оперированную ногу. 28.03.92 выписана на амбулаторное лечение. Спустя еще 3 мес стала ходить с помощью трости. При осмотре через 4 года 3 мес после операции состояние удовлетворительное. Ходит свободно, не хромает, движения в тазобедренном суставе в полном объеме, выполняет всю работу по дому и в огороде. Тазобедренный сустав клинически и рентгенологически стабилен, эндопротез в первоначальном положении, костный аллотрансплантат сросся с медiallyй стенкой костномозгового канала и плотно прилегает к ножке эндопротеза; параартикулярных оссификатов нет (см. рисунок, в).

Таким образом, фиксация ножки эндопротеза Мура—ЦИТО кортикальным костным аллотрансплантатом обеспечивает устойчивость тазобедренного сустава и способствует достижению благоприятных результатов при лечении переломов шейки бедренной кости у пациентов пожилого и старческого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Каплан А.В. Повреждения костей и суставов. — М., 1979. — С. 385—394.
2. Dalton J.E., Cook S.D., Thomas K.A., Kay J.F. //J. Bone Jt Surg. — 1995. — Vol. 77A, N 1. — P. 97—110.
3. Haddad F., Levell N., Dowd P. et al. //Ibid. — 1995. — Vol. 77B, N 2. — P. 329—330.
4. Karrholm J., Borssen B., Lowenhielm G., Snorrason F. //Ibid. — 1994. — Vol. 76B, N 6. — P. 912—917.
5. Maruyama M. //Ibid. — 1995. — Vol. 77B, N 2. — P. 213—218.
6. Nelissen R.G., Bauer T.W., Weibenhillem L.R. et al. //Ibid. — 1995. — Vol. 77A, N 3. — P. 412—422.

© Коллектив авторов, 1997

В.К. Островский, А.Г. Моздон, А.В. Бессонов

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ЛОКТЕВОГО И ПРЕПАТЕЛЛЯРНОГО БУРСИТА

Ульяновский филиал Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

С 1992 по 1994 г. в поликлинике № 1 медсанчасти Ульяновского автомобильного завода лечились 118 пациентов с бурситом — 111 (94,1%) с локтевым и 7 (5,9%) с препателлярным. Все больные были мужского пола, в возрасте от 26 до 45 лет. У 84 (71,2%) пациентов имел место серозный бурсит, у 34 (28,8%) — гнойный. Травма как причина бурсита установлена у 83 человек. Основным клиническим признаком бурсита было появление мягкой, безболезненной при-