

УДК 616.728.2-089.843-77(476.2)

**АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ
ПО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА
НА БАЗЕ ТРАВМАТОЛОГО-ОРТОПЕДИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ**

Никонова Ю. А., Касько М. И.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Ю. М. Чернякова

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Наиболее актуальной социальной и экономической проблемой на сегодняшний день является лечение и реабилитация больных с тяжелой приобретенной и врожденной патологией тазобедренных суставов. Низкая эффективность консервативных мероприятий с последующей непродолжительной ремиссией привели к тому, что хирургический метод лечения повреждений и заболеваний тазобедренного сустава стал ведущим [1]. Наиболее эффективным на последних стадиях заболеваний или после переломов является эндопротезирование, которое позволяет в короткие сроки достигнуть высокого реабилитационного эффекта и существенно повысить качество жизни больных [2].

Операция тотального эндопротезирования по сложности и объему вмешательства, величине кровопотери, опасности общих и местных осложнений занимает одно из первых мест в ортопедической хирургии, в результате чего вызывает большой интерес в современном мире [3].

Цель

Проанализировать особенности структуры оперативных вмешательств по эндопротезированию тазобедренного сустава посредством анализа системы лечебных мероприятий, основанных на индивидуальных параметрах пациентов и направленных на оптимальное восстановление функции.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ стационарных карт 350 пациентов, находящихся в травматолого-ортопедическом отделении учреждения здравоохранения «Гомельская областная клиническая больница» за 2019–2020 гг. Первую группу составили 91 пациент, которым был выставлен диагноз «Перелом шейки бедра», II группу — 80 пациентов, с диагнозом «Асептический некроз головки бедра» и III группу составили 179 пациентов с диагнозом «Остеоартроз тазобедренного сустава». Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы «Microsoft Excel 2010».

Результаты исследования и их обсуждение

На основе полученных материалов определили, что в I группе средний возраст пациентов составил 74 года, во II группе — 53 и в III — 61 год. По полу пациенты разделились следующим образом: в I группе количество лиц мужского пола составило 17 человек, женского — 74; во II группе — 50 лиц мужского пола, женского — 30; и в III — 82 лиц мужского пола, а лиц женского пола — 97.

Средняя длительность стационарного лечения у пациентов I, II и III групп составила 17, 17 и 14 дней, соответственно.

Данные I группы согласно классификации переломов шейки бедренной кости по анатомической локализации разделили: базисцервикальный перелом встречался у 13 пациентов, трансцервикальный — у 68, субкапитальные — у 10, соответственно. Из них, перелом шейки бедренной кости в результате фор-

мирования костной кисты выявлен у 1 пациента, патологический — у 2 и усталостный — у 2 пациентов.

Данные II группы классифицировали по количеству пораженных суставов асептическим некрозом головки бедренной кости: односторонняя локализация встречалась у 49 пациентов, двусторонняя — у 31 (при этом возможны погрешности в связи с ранее оперированным противоположным суставом).

Данные III группы классифицировали по количеству пораженных суставов коксартрозом: односторонняя локализация у 106 пациентов, двусторонняя — у 73; из них, количество пациентов, оперированных после врожденного вывиха бедра, составило 6 человек, а в результате перенесенной остеохондропатии головки бедренной кости — 3.

В зависимости от вида лечения отмечено, что в I группе у 54 пациентов проводилось оперативное лечение, а консервативное — у 37 (10 — в результате отказа от оперативного лечения, 27 — в связи с сопутствующей патологией и низким реабилитационным потенциалом); во II группе у 76 выполнено оперативное, а у 4 пациентов консервативное лечение (в связи с сопутствующей патологией); в III группе у 120 — оперативное, а консервативное — у 59 человек (из них 28 — в результате отказа от оперативного лечения, 31 — в связи с сопутствующей патологией и низким реабилитационным потенциалом).

В зависимости от вида эндопротеза в I группе было выполнено: бесцементное эндопротезирование — 26 пациентам, цементное — 28; во II группе бесцементное — 72 пациентам, цементное — 4; в III группе бесцементное — 93 пациентам, а цементное эндопротезирование — 27.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) вен нижних конечностей в послеоперационном периоде проводилось в связи с высоким риском тромбообразования и выраженным отеком ноги на стороне эндопротезирования. В I группе исследование было выполнено 91 пациенту, из них у 13 (14,3 %) — был выявлен тромбоз вен голени разной локализации, у 78 (85,7 %) — данных за флеботромбоз и тромбофлебит не выявлено; пациентам II группы УЗИ-контроль вен нижних конечностей не проводился; в III группе УЗИ-контроль был проведен 72 пациентам, из них у 17 (23,6 %) — был выявлен тромбоз, у 55 (76,4 %) — данных за флеботромбоз и тромбофлебит не выявлено.

Выводы

Эндопротезирование по поводу перелома шейки бедра превалирует в старшей возрастной группе (средний возраст 74 года). При остеоартрозе средний возраст составляет 61 год. Наиболее молодые пациенты — с асептическим некрозом головки бедра (средний возраст 53 года).

Средняя длительность стационарного лечения не имела отличий, так как обусловлена средним сроком заживления швов и пребывания в стационаре, и колеблется в пределах 14 дней.

Из локализаций переломов медиального отдела бедра наиболее часто встречались трансцервикальные (74,7 %), что связано с анатомическими особенностями данной зоны.

Среди пациентов с асептическим некрозом потребность в двухстороннем эндопротезировании формировалась в течение нескольких лет, в результате чего первое одностороннее эндопротезирование требовалось 31 (38,8 %) пациенту.

При коксартрозе одностороннее поражение было выявлено и оперировано у 106 (59,2 %) пациентов.

Таким образом, структура поражений тазобедренных суставов у взрослых пациентов и выполненных оперативных вмешательств с эндопротезированием этих суставов соответствует данным исследований других клиник Беларуси и стран СНГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маслов, А. П. Анализ ревизионных операций после эндопротезирования тазобедренного сустава / А. П. Маслов, А. С. Королько, А. Н. Соловей // Известия национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. — 2017. — № 4. — С. 24–30.
2. Корнилов, Н. В. Актуальные вопросы организации травматолого-ортопедической помощи населению / Н. В. Корнилов, К. И. Шапиро // Травматология и ортопедия России. — 2002. — № 2. — С. 35–39.
3. Поливода, А. Н. Выбор рациональной тактики лечения больных пожилого возраста с внесуставными переломами проксимального отдела бедра / А. Н. Поливода, Д. С. Чабаненко // Сборник научных трудов XVI съезда ортопедов-травматологов Украины. — Киев, 2013. — С. 479–480.

УДК 616.728.2:616.728.2.3

**КЛИНИЧЕСКИЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ
РЕВИЗИОННОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КРУПНЫХ СУСТАВОВ**

Селятыцкий В. Ю.

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры В. А. Иванцов

**Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
г. Гродно, Республика Беларусь**

Введение

В мире ежегодно выполняется около 700 тыс. операций эндопротезирования коленного сустава и около 1,5 млн операций эндопротезирования тазобедренного сустава. С ростом количества операций первичного эндопротезирования крупных суставов отмечается рост ревизионных вмешательств. По сложности выполнения операции и финансовым затратам ревизионное эндопротезирование превосходит первичное [1]. В ряде случаев после ревизионного эндопротезирования возникают инфекционные осложнения. Развитие инфекционного осложнения в зоне эндопротеза после ревизионного эндопротезирования крупных суставов создаёт наибольшие трудности при лечении пациентов и может привести к более тяжёлым последствиям [2].

Цель

1. Провести клинический и микробиологический анализ ревизионной артропластики после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.
2. Провести анализ инфекционных осложнений с изучением бактериальной флоры после ревизионного эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов.

Материал и методы исследования

Изучены 85 медицинских карт стационарных пациентов, которые находились на лечении в травматологических отделениях № 1, № 2 и № 3 УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в период с января 2017 г. по сентябрь 2019 г., которым было выполнено ревизионное эндопротезирование коленного и тазобедренного сустава.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведённый анализ 85 медицинских карт пациентов, которым выполнялась ревизионная артропластика после эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов в травматологических отделениях УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с января 2017 г. по сентябрь 2019 г., показал, что ревизионное эндопротезирование (РЭ) после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) выполнено у 74 (87,1 %) пациентов, а после тотального эндопротезирования коленного сустава (ТЭКС) у 11 (12,9 %).

Инфекционный процесс при ревизионном эндопротезировании тазобедренного сустава наблюдался у 1 (1,35 %) пациентки из 74, а при ревизионном эндопротезировании коленного сустава — у 6 (54,5 %) пациентов из 11 оперированных. Было выполнено 17 микробиологических исследований у всех пациентов с инфекционными осложнениями после эндопротезирования, у 10 исследуемых роста патогенных микроорганизмов не обнаружено.