

ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ СУСТАВОВ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА << СТР. 1

Основной контингент отделения травматологии и ортопедии Госпиталя для ветеранов войн № 2 – пациенты в возрасте 60+. Наиболее часто у пожилых людей травмируются шейка бедра, колено и плечо. Основная опасность заключается в том, что даже незначительные, на первый взгляд, переломы могут быть очень опасны и при отсутствии своевременного лечения привести к неблагоприятному исходу. Другая проблема связана с хроническими заболеваниями, такими как артроз.



«Нередко пациенты поступают к нам в отделение уже на запущенных стадиях артроза, когда суставной хрящ практически полностью разрушен. Если при разрушении сустава или переломе шейки бедра не сделать своевременно операцию, то человек останется на всю жизнь инвалидом и может умереть от развивающихся в результате снижения двигательной активности патологий, таких как пневмония, инфаркт или тромбоз». — рассказывает заведующий отделением травматологии и ортопедии Госпиталя для ветеранов войн № 2, доктор медицинских наук, профессор Алексей Канаев.

Тактика лечения

Основной целью при лечении переломов проксимального отдела бедренной кости у пожилых людей является возвращение к привычному образу жизни в самые

короткие сроки. Чем раньше проведено вмешательство, тем успешнее лечение, тем быстрее происходит восстановление пациента.

«При базальном переломе, когда его линия проходит практически у основания шейки бедра, нарушается кровоснабжение и в подавляющем большинстве случаев кость не срастается. По этой причине у пожилых пациентов остеосинтез (скрепление костных отломков при помощи специальных металлоконструкций) нецелесообразен», — поясняет Алексей Канаев.

По статистике, в более 90 % случаев при подобных переломах проводится эндопротезирование, т. е. замена поврежденного сустава на искусственный. Тактика лечения выбирается исходя из состояния здоровья пациента. Предварительно его тщательно обследуют: измеряют текущий объем движений, уровень болевого синдрома. Планирование предстоящей операции проводится по результатам рентгенографии, КТ- и МРТ-исследования. Кроме того, специалистами госпиталя разработан специальный алгоритм ведения возрастных пациентов, который включает лечебные и реабилитационные мероприятия на догоспитальном этапе. В частности, пациенты учат ходить на костылях, чтобы закрепить «мышечную память», что помогает им впоследствии быстрее восстановиться после операции.

Вернуть радость движения

В арсенале специалистов есть множество различных модификаций эндопротезов.

Врач определяет тип эндопротезирования и рекомендует протез, наиболее подходящий в каждом конкретном случае. Обычно применяют эндопротезы с бесцементной фиксацией в кости. В случае если у пациента имеются выраженные нарушения плотности костной ткани и развился остеопороз, выбор делается в пользу цементной фиксации. У пожилых пациентов для замены тазобедренного сустава также часто используются эндопротезы двойной мобильности. Их конструктивное решение позволяет исключить в последующем вывихи даже при очень слабых мышцах и сопутствующих неврологических заболеваниях. «Мы подбираем имплант под пациента, а не пациента под имплант. В противном случае высок риск послеоперационных осложнений», — говорит Алексей Канаев.

Операция по имплантации искусственного сустава длится не более 1 ч. Уже на следующий день после вмешательства пациенты встают на ноги. На 5–7-е сутки их выписывают домой полностью готовыми к самообслуживанию.

В отделении также проводятся операции ревизионного эндопротезирования – сложные реконструктивные повторные вмешательства. Специалисты госпиталя имеют большой опыт в этой области, что позволяет им виртуозно выполнять свою работу. Недавно здесь помогли 92-летнему пациенту. Двадцать пять лет назад в Германии ему был установлен искусственный тазобедренный сустав. Со временем износился вертлужный компонент (чашка) эндопротеза.



▲ Выполняется эндопротезирование тазобедренного сустава

Хирурги провели пластику вертлужной впадины и заменили компонент немецкого импланта. Все прошло по благоприятному сценарию, мужчина вернулся к привычному образу жизни.

«Наша основная задача – максимально быстро вернуть человека к двигательной активности. И возраст не является пределом, мы оперируем 80- и 90-летних пациентов с хорошими результатами и даем им шанс нормально жить дальше», — говорит Алексей Канаев. В отделении травматологии и ортопедии Госпиталя для ветеранов войн № 2 проводится как плановое, так и экстренное эндопротезирование. За последний год хирургами выполнено более 360 операций по имплантации суставов, из них 120 – по каналу высокотехнологичной медицинской помощи.

Ирина Степанова

Клинический случай

ГИГАНТСКАЯ СЕЛЕЗЕНКА

Специалисты Городской клинической больницы № 52 удалили селезенку гигантского размера у пациентки с лимфомой.

В практике хирургов Городской клинической больницы № 52 особое место занимает оперативное лечение пациентов с заболеваниями системы крови. Пятидесятидвухлетняя пациентка обратилась в 1-е хирургическое отделение с диагнозом «лимфома селезенки». С начала 2022 года она проходит лечение по поводу онкогематологического заболевания. Диагноз был подтвержден в апреле 2022 года на основании гистологического исследования биоптата костного мозга, картина которого соответствовала специфическому поражению костного мозга при лимфоме маргинальной зоны селезенки, а также по результатам ПЭТ/КТ. Врачи-гематологи Городской клинической больницы № 52 определили показания к спленэктомии (удалению селезенки).

Высокие риски

При поступлении состояние пациентки оценивалось как тяжелое, что было обусловлено опухолевой интоксикацией. При осмотре живот резко увеличен за счет гигантских размеров селезенки – 30 × 22 × 16 см. Кроме того, имелась большая, 10-сантиметровая, пупочная грыжа.

«Пораженная опухолью селезенка занимала практически всю брюшную



▲ Один из этапов операции

полость – от диафрагмы до малого таза. Состояние пациентки было угрожающим не только в связи с тяжелой анемией и катастрофическими изменениями свертывающей системы крови, но и в связи с высоким риском разрыва селезенки и фатального кровотечения. Учитывая перечисленные риски, было запланировано срочное хирургическое вмешательство – спленэктомия с предварительной эмболизацией селезеночных сосудов», — комментирует заместитель главного врача по хирургической работе Городской клинической больницы № 52 Ринат Мударисов.

Ход лечения

За сутки до операции в отделении рентген-хирургических методов диагностики и лечения выполнили селективную эмболизацию селезеночной артерии с целью предотвращения массивной кровопотери. Операцию провела врачебная бригада в составе эндоваскулярного хирурга Григория Бабаяна, анестезиолога-реаниматолога

Ирины Горбатовой. На следующий день после предоперационного переливания эритроцитарной и тромбоцитарной массы по срочным показаниям пациентка была прооперирована. Объем операции: лапаротомия, спленэктомия, герниопластика, санация и дренирование брюшной полости. Предварительная эндоваскулярная редукция селезеночного кровотока позволила

Пораженная опухолью селезенка занимала практически всю брюшную полость.

га Игоря Яцевича, медсестры-анестезиста Оксаны Кибариной, операционной медсестры Ирины Горбатовой.

В рентген-операционной под местной анестезией осуществлена пункция правой лучевой артерии. Через проводник катетеры подведены к селезеночной артерии, выполнена селективная эмболизация микроэмболами. На контрольной ангиограмме – «стоп-контраст» – прекращение прохождения контрастного вещества по магистральному руслу селезеночной артерии. Для продолжения лечения пациентка переведена в отделение хирургии.

практически исключить интраоперационную кровопотерю. Несмотря на объем оперативного вмешательства, кровопотеря на операции – до 100 мл. Операцию выполнил Ринат Мударисов, ему ассистировали врачи-хирурги Давид Мазмазян, Артур Мнойн, анестезиолог-реаниматолог Гэсэр Дашильбажиров, медсестра-анестезист Надежда Попова. В настоящее время состояние пациентки стабилизировалось, она продолжает лечение по поводу основного заболевания. Это стало возможным благодаря слаженной работе нескольких отделений стационара.