

Ефимов Д.Н., Чегуров О.К.

Эндопротезирование тазобедренного сустава при псевдоартрозе шейки бедренной кости с высокой дислокацией бедра и выраженной ригидностью мягкотканного компонента. Случай из практики.

ФБГУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А. Илизарова, г. Курган

Efimov D.N., Chegurov O.K.

Hip replacement in case of false joint of the femoral neck with a high dislocation of the hip and severe stiffness soft tissue component. A case from practice

Резюме

Приведены результаты лечения пациента А., 57 лет, с диагнозом: посттравматический псевдоартроз шейки правой бедренной кости, болевой синдром, комбинированная контрактура тазобедренного сустава, относительное укорочение правой нижней конечности 6,5 сантиметров, локальный остеопороз. В процессе лечения больному был наложен аппарат Илизарова для уравнивания длины конечностей посредством постепенной дозированной distraction сутки в течение 39 дней. Вторым этапом, через 3 дня после демонтажа аппарата Илизарова, выполнено тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава. Через 1 год достигнутый анатомо-функциональный результат лечения сохраняется.
Ключевые слова: тазобедренный сустав, аппарат Илизарова, distraction, эндопротезирование

Summary

The results of the treatment of the patient A., 57 years of age, with a diagnosis of post-traumatic pseudarthrosis of neck of right femur. Combined contracture of the hip joint, shortening of the right lower extremity 6.5 santimeters, local osteoporosis. In the process of treatment the patient was applied the Ilizarov apparatus to equalize the limb length, by gradual distraction dosed daily for 39 days. The second stage, 3 days after removal of the Ilizarov apparatus, made a total hip replacement. After 1 year achieved anatomical and functional result of treatment is maintained.

Key words: hip joint, Ilizarov apparatus, distraction, arthroplasty

Введение

Перелом шейки бедренной кости является тяжелой травмой, сопровождающейся выраженным нарушением статодинамических функций опорно-двигательного аппарата [4]. На современном этапе развития травматологии и ортопедии актуальность приобретает комплексный подход к лечению данной патологии [1, 2, 7, 10]. Последствиями неэффективного остеосинтеза является формирование ложного сустава, встречающегося в 11,1 – 51,1% случаев [5]. Так при остеосинтезе перелома шейки бедренной кости канюлированными винтами в 44% случаев отмечено развитие ложного сустава шейки бедренной кости [6]. При остеосинтезе пучком спиц неудовлетворительные результаты составляют 37,5% случаев [3].

Для лечения ложных суставов шейки бедренной кости применяются органосохраняющие операции, такие как корригирующие остеотомии по МакМюррею (и

аналоги), различные виды костной пластики, туннелизация. Однако повторное формирование ложных суставов, после применения данных методик, встречается в 32,1% случаев [9]. Для лечения ложных суставов шейки бедренной кости в настоящее время все чаще применяются методики эндопротезирования [8].

Отдельный интерес представляют комбинированные методики лечения ложных суставов шейки бедренной кости, сопровождающихся ригидностью мягких тканей с высокой проксимальной дислокацией бедренной кости, с применением аппарата Илизарова и последующего эндопротезирования сустава. Приводим клиническое наблюдение.

Клинический случай

Пациент А., 57 лет, номер истории болезни 48760., поступил в клинику с диагнозом: Посттравматический



Рисунок 1: Пациент А., рентгенограмма таза до лечения

псевдоартроз шейки правой бедренной кости, болевой синдром, комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава. Укорочение правой нижней конечности 6,5 см.

Жалобы при поступлении: на боли в области правого тазобедренного сустава, бедра, усиливающиеся при нагрузке и движении. Хромота, ограничение опоры на правую нижнюю конечность, укорочение правой нижней конечности. Сложности при ходьбе без дополнительных средств опоры.

При клиническом обследовании определялась контрактура левого тазобедренного сустава. Объем активных движений при поступлении составил: сгибание – 1200, разгибание – 1650, отведение – 1000, приведение – 800, внутренняя ротация – 00, наружная ротация – 800. Объем пассивных движений: сгибание – 1100, разгибание – 1700, отведение – 1100, приведение – 800, внутренняя ротация – 100, наружная ротация – 900). Отмечалась атрофия мягких тканей правого бедра по отношению к левому (на 4 см в верхней и средней трети, 2 см в нижней трети), голени (на 1 см в верхней трети, 2 см в средней трети, 1 см в нижней трети). Относительное укорочение правой нижней конечности составляло 6,5 сантиметров по отношению к левой. Наблюдалась болезненность при надавливании на область большого вертела правого бедра. При проведении дозированной тракции – правая нижняя конечность низводилась на 1,5 см, но при фиксации нижней конечности в данном положении пациент отмечал тянущие болевые ощущения в области паха. По данным рентгенограммы таза и правого тазобедренного сустава определялись признаки ложного сустава шейки правой

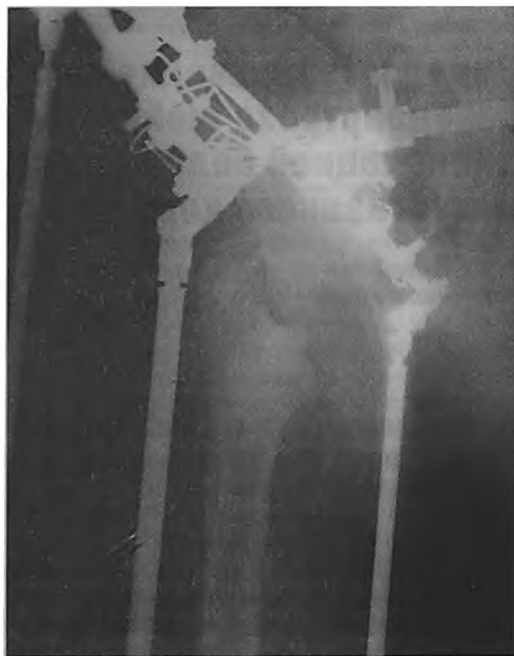


Рисунок 2: Пациент А., Фиксация аппаратом Илизарова. Первый этап оперативного вмешательства.

бедренной кости, смещение центра ротации большого вертела на 6,5 см вверх, относительный локальный остеопороз вертлужной области, проксимального отдела правой бедренной кости (рисунок 1). Индекс Barnett-Nordin составил 0,47. Оценка симптомокомплекса по шкале Харриса составила 48 балла (боль – 24 балла, функциональные возможности – 20 баллов, деформация – 3 балла, объем движений – 1 балл), что является неудовлетворительным показателем.

Первым этапом пациенту выполнено наложение аппарата Илизарова для низведения праого бедра спице-стержневой фиксации на крыльях таза, спицевой фиксации на бедренной кости. Модули аппарата на бедре и тазе соединены телескопическими стержнями через двухплоскостные шарнирные узлы. По телескопическим стержням дана одномоментная дистракция 1,5 см (рисунок 2).

В последующем, в отделении проводилась дистракция левого бедра со скоростью 1 - 3 мм в сутки в течение 39 дней, до достижения равной длины нижних конечностей. В процессе дистракции, с первого дня, пациент занимался ЛФК нижних конечностей, ходил при помощи двух костылей. Так же получал консервативное лечение: мидокалм, баклофен, трентал, клексан в рекомендованных дозировках. В случаях возникновения тянущих болевых ощущений в паховой области темп дистракции замедлялся, или прекращался на 1-3 дня. Внешний вид пациента в процессе дистракции показан на рисунках 3а,3б.

Через 40 дней аппарат демонтирован. Спустя три дня, после закрытия дефектов кожных покровов в местах ввода спиц и стержней, выполнено тотальное эндопро-



Рисунок 3а: внешний вид пациента в процессе дистракции. Вид спереди.



Рисунок 3б: внешний вид пациента в процессе дистракции. Вид сзади.

тезирование правого тазобедренного сустава протезом фирмы Smith&Nephew с цементным видом фиксации. Процесс имплантации эндопротеза обошелся без технических трудностей, так как рубцовые ткани ввиду растяжения аппаратом Илизарова были лабильными (рисунок 4).

В послеоперационном периоде курсы консервативной терапии были продолжены, занимался ЛФК, швы сняты на 12 сутки после операции. Достигнута опороспособность правой нижней конечности. Был выписан на амбулаторное лечение.



Рисунок 4: Пациент А. Рентгенограмма таза после выполненного эндопротезирования правого тазобедренного сустава

Контрольный осмотр был проведен через 6 месяцев после имплантации. При осмотре: ходил не хромая, боли отсутствовали, устранена комбинированная контрактура правого тазобедренного сустава. Оценка по шкале Харриса составила 68 баллов (боль – 36 баллов, функциональные возможности – 27 баллов, деформация – 3 балла, объем движений – 2 балла). Наибольший положительный прирост продемонстрировали снижение болевого синдрома и увеличение функциональных возможностей. При контрольном осмотре через 1,5 года на рентгенограммах отмечается стабильный эндопротез правого тазобедренного сустава (рисунок 5). Лечением удовлетворен. Улучшилось качество жизни. Оценка по шкале Харриса составила 87 баллов (боль – 42 баллов, функциональные возможности – 37 баллов, деформация – 4 балла, объем движений – 4 балла).

Заключение

Таким образом сочетание методик чрескостного остеосинтеза с помощью аппарата Илизарова и эндопротезирования при выраженной проксимальной дисплазии бедра, а так же наличие большого количества рубцово-измененной структуры мягкотканого компонента в области тазобедренного сустава и, как следствие, ригидности сустава, позволяет провести процесс операции и послеоперационной реабилитации щадящим образом. Снизить одномоментное перерастяжение капсульно-связочного аппарата тазобедренного сустава. Бедро низводить дозированно, в биомеханически правильное положение, при этом наблюдать и контролировать миелироваскулярную функцию нижних конечностей и про-



Рисунок 5. Пациент А. Стабильный эндопротез правого тазобедренного сустава

водить профилактику ангионевротических нарушений, что позволяет провести эндопротезирование с минимальным травматизмом для мягких тканей, окружающих сустав, установить эндопротез, сохраняя конфигурацию сустава и вектора нагрузок и, как следствие, улучшить функциональные результаты. Кроме того, минимизирован риск развития неврологических осложнений, а так же не происходит потери костной массы в сравнении с укорачивающимися остеотомиями бедра при одноэтапном эндопротезировании тазобедренного сустава у пациентов с данной патологией, что играет немаловажную роль в перспективе.■

Ефимов Д.Н. – врач травматолог-ортопед ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России. Чезуров О.К. – д.м.н., заведующий травматолого-ортопедическим отделением №16 ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России. Автор, ответственный за переписку – Ефимов Д.Н., 640014, Россия, г. Курган, ул. М. Ульяновой, 6. Тел. 8(3522)230778, email: defimov84@gmail.com

Литература:

1. Агаронян Р. Г. Комплексный подход к тактике лечения переломов шейки бедренной кости / Р. Г. Агаронян // *Мед.вестник Эрбунуи*. - 2010. - № 3 (43). - С. 15-19.
2. Айвазян А. В. Мониторинг комплексного лечения больных с переломами шейки бедренной кости / А. В. Айвазян [и др.] // *Остеопороз и остеоартроз - проблема XXI века: морфофункциональные аспекты диагностики, лечения и профилактики: материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием*. - Курган, 2009. - С. 18-19.
3. Аллахвердиев А.С., Солдатов Ю.П. Сравнительный анализ результатов лечения больных с переломами шейки бедренной кости с применением спице-стержневого устройства собственной конструкции и чрескостных визирующих спиц. *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2014. Т. 10. № 4. С. 627-635.
4. Белозёров А.А., Сергеев С.В., Загородний Н.В., Абдулхабирова М.А., Футрык А.Б. Лечение больных с переломами шейки бедренной кости и коррекция нарушения ремоделирования костной ткани. *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2001. № 2. С. 71-77.
5. Казанин К.С., Басов А.В., Шпаковский М.С., Грибанов Н.И., Ардашев И.П., Никитенко Е.В. Сравнительное исследование костного регенерата после остеосинтеза переломов шейки бедренной кости биоинертными и биоактивными имплантатами с кальцийфосфатным покрытием (экспериментальное исследование). *Травматология и ортопедия России*. 2015. № 3. С. 51-60.
6. Коршняк В. Ю. Оценка функции тазобедренного сустава у пожилых пациентов с переломам шейки бедра, подвергшихся остеосинтезу перелома канюлированными винтами / В. Ю. Коршняк [и др.] // *Тезисы докладов II съезда травматологов-ортопедов УрФО: эл. опт. диск*. - Курган, 2008. - С. 73-75.
7. Львов С.Е., Кузьмин А.М., Кирпичев И.В. Стабильно-графическая оценка исходов лечения больных после переломов шейки бедренной кости. *Травматология и ортопедия России*. 2007. № 1 (43). С. 16-20.
8. Марков А. А. Сравнительная оценка методов погружного остеосинтеза и эндопротезирования тазобедренного сустава при переломах шейки бедра / А. А. Марков, И. В. Кузнецов, К. С. Сергеев // *Актуальные вопросы травматологии и ортопедии : сб. посвящен 40-летию кафедры травматол., ортопед. и ВПХ ОмГМА*. - Омск, 2006. - С. 195-200.
9. Федорова В.Г. Способы лечения больных с ложным суставам шейки бедренной кости, анализ результатов / В. Г. Федорова, Н. С. Стрелков // *Современные повреждения и их лечение : материалы Междунар. юбил. науч.-практ. конф., посвящ. 200-летию со дня рождения Н. И. Пирогова*. - М., 2010. - С. 198-199.
10. Шигарев В. М. Чрескостный управляемый остеосинтез переломов шейки бедренной кости / В. М. Шигарев, С. П. Бойчук // *Илизаровские чтения : материалы науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 90-летию со дня рождения Г. А. Илизарова, 60-летию метода Илизарова, 40-летию РНЦ «ВТО»*. - Курган, 2011. - С. 283.