



УДК 616.728.2-007.248-08

А.Л. ЕМЕЛИН¹, И.Ф. АХТЯМОВ¹, И.О. ПАНКОВ²¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Опыт лечения посттравматического коксартроза (клинический случай)

Емелин Алексей Львович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры травматологии ортопедии и ХЭС, тел. +7-905-375-28-60, e-mail: travmatica@mail.ru¹

Ахтямов Ильдар Фуатович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ, главный научный сотрудник научного отдела РКБ МЗ РТ, тел. +7-905-315-01-50, e-mail: yalta60@mail.ru¹

Панков Игорь Олегович — доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела, руководитель клиники травматологии и ортопедии, тел. (843) 279-41-11, e-mail: igor.pankov.52@mail.ru²

На примере клинического случая представлены результаты хирургического лечения посттравматического коксартроза 3 степени методом тотального эндопротезирования, демонстрирующие восстановление возможностей пациента в физическом, бытовом и социальном плане.

Ключевые слова: посттравматический артроз, эндопротезирование, тазобедренный сустав.

A.L. EMELIN¹, I.F. AKHTYAMOV¹, I.O. PANKOV²¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064

Practice of post-traumatic coxarthrosis treatment (clinical case)

Emelin A.L. — Cand. Med. Sc., Assistant lecturer of the Department of Traumatology and Orthopedics, tel. +7-905-375-28-60, e-mail: travmatica@mail.ru¹

Akhtyamov I.F. — D. Med. Sc., Professor, Head of the Department of Traumatology, Orthopedics and Surgery of Extreme States of KSMU, Chief Researcher of the Scientific Department RCH of MH of RT, tel. +7-905-315-01-50, e-mail: yalta60@mail.ru¹

Pankov I.O. — D. Med. Sc., Professor, Chief Researcher of Scientific-Research Department, Head of the Clinic of Traumatology and Orthopedics, tel. (843) 279-41-11, e-mail: igor.pankov.52@mail.ru²

The clinical case presents the results of surgical treatment of post-traumatic coxarthrosis of 3 degree by the technique of the total joint replacement, which demonstrated the patient's physical, social and everyday life rehabilitation.

Key words: post-traumatic arthrosis, joint replacement, hip joint.

Коксартроз — артроз тазобедренного сустава занимает по распространенности одно из ведущих мест среди заболеваний опорно-двигательного аппарата. Причиной заболевания могут быть множество самых различных факторов, повреждающих хрящевую ткань, что в дальнейшем становится причиной разрушения костей [1, 2]. Нередко причиной коксартроза являются травмы тазобедренного сустава, такие как перелом головки бедренной кости, перелом края вертлужной впадины, контузия головки бедра, ее вывих, что приводит к нарушению кровообращения в головке бедренной кости и в последующем к развитию посттравматического коксартроза. Часто коксартроз развивается как следствие перенесенных операций на тазобедренном суставе по поводу различных его повреждений [1, 2].

Различают 3 степени коксартроза. В случае полного разрушения сустава или анкилоза — сращения головки бедра с тазом диагностируют 4 стадию заболевания.

Лечение посттравматического коксартроза — сложный и длительный процесс. Существующие на сегодняшний день способы лечения посттравматического коксартроза (ПТКА) направлены на реализацию одной цели — остановить или замедлить дегенеративные процессы, происходящие в поврежденном суставе, восстановить утраченные функции и максимально улучшить качество жизни больного, и включают как консервативные, так и хирургические методы [1-5].

Выбор метода зависит от стадии развития посттравматического коксартроза. Лечение начинается

ся с консервативной терапии. Анальгетирующие, противовоспалительные (НПВС и кортикостероиды) препараты, хондропротекторы, производные гиалуроновой кислоты и т.д. призваны уменьшить воспаление и дегенеративные процессы в суставе, избавить пациента от боли. Одновременно пациенту назначается особая лечебная гимнастика, сеансы физиотерапии [1, 2]. Как правило, после курса консервативной терапии у большинства больных коксартрозом начальных стадий отмечается улучшение состояния, исчезновение болей в суставе, восстановление его функции.

Однако при выраженном воспалительно-дегенеративном процессе, особенно в случае возникновения заболевания вследствие травмы, в том числе после операционного вмешательства (хирургическое лечение переломов костей тазобедренного сустава с применением аппаратов внешней фиксации), когда исходом коксартроза является полное ограничение движения, развитие контрактуры, потеря функции и соответственно полная утрата трудоспособности, методом выбора является оперативное лечение коксартроза или эндопротезирование [3-5].

В отделении ортопедии № 2 РКБ МЗ РТ накоплен положительный опыт хирургического лечения посттравматических коксартрозов III-IV степени. Основным методом лечения таких больных является эндопротезирование тазобедренного сустава [6]. Несмотря на значительный объем и травматичность вмешательства операция позволяет не только восстановить утраченные функции сустава и обеспечить трудоспособность пациента в будущем, но и улучшить качество его жизни в максимально короткие сроки, даже у пациентов с отягощенным травмо-ортопедическим анамнезом — о чем свидетельствуют результаты нашего клинического наблюдения.

Клинический случай. Пациент Н., 1947 года рождения, поступил в отделение ортопедии № 2 РКБ МЗ РТ с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе при нагрузке и в покое, даже ночью, ограничение движения в суставе — затруднения при наклоне, ходьбе, укорочение конечности и хромоту. В последние месяцы передвигался на инвалидной коляске.

Рисунок 1.
Аппарат внешней фиксации при переломе
дна вертлужной впадины (2011 г.)



Данное состояние, которое прогрессирует, отмечает на протяжении года. Развитие заболевания связывает с производственной травмой (упал со стремянки на работе) в 2011 году. С диагнозом «перелом дна вертлужной впадины левого тазобедренного сустава» был госпитализирован в БСМП, где проведена операция: остеосинтез аппаратом внешней фиксации (рис. 1).

Травматологический анамнез отягощен, в 1995 году в результате производственной травмы был открыт перелом костей правой голени. Хирургическое лечение — остеосинтез аппаратом Илизарова. В 2004 году — производственная травма (правая верхняя конечность попала во вращательный механизм), в результате — травматический отрыв правого предплечья с обширной зоной размножения мягких тканей на уровне средней трети предплечья.

По результатам осмотра — резкое ограничение движения в левом тазобедренном суставе, укорочение левой нижней конечности до 1,5 см. Движение (ходьба) затруднены, пациент передвигается в инвалидной коляске. Атрофия мышц левого бедра.

Рисунок 2.
Посттравматический коксартроз III степени

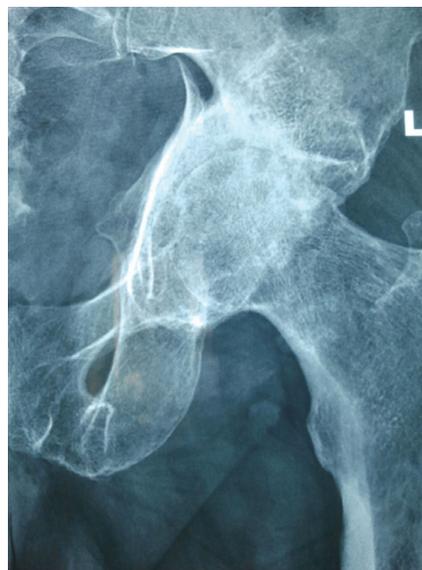


Рисунок 3.
Результаты тотального эндопротезирования
левого тазобедренного сустава





На диагностической рентгенограмме левого тазобедренного сустава (рис. 2) определяется неправильно сросшийся перелом дна вертлужной впадины, обширные костные разрастания со стороны головки бедренной кости и крыши вертлужной впадины. Суставная щель резко ссужена. Шейка бедренной кости значительно расширена.

На основании клинико-рентгенологических данных рекомендована и проведена операция тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава (рис. 3).

По результатам проведенного оперативного вмешательства получено достоверное улучшение

клинического состояния пациента — с восстановлением функции сустава и возможностью самостоятельного передвижения и самообслуживания.

Таким образом, операция эндопротезирования тазобедренного сустава у больных с посттравматическим коксартрозом дает выраженный положительный эффект, позволяя значительно расширить возможности больного как в бытовой, так и в физической и социальной сферах. Подтверждением этого является представленный клинический пример.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л.И. Современные представления о диагностике и лечении остеоартроза // Русский медицинский журнал. Ревматология. — 2000. — № 9. — С. 81.

2. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. Практическое руководство. — К.: Морион, 2003. — 448 с.

3. Соболев И.П., Безгодков Ю.А. Эндопротезирование тазобедренного сустава при дефектах вертлужной впадины // Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата у взрослых. — СПб., 1999. — С. 65-66

4. Прохоренко В.М. Первичное и ревизионное эндопротезирование тазобедренного сустава / В.М. Прохоренко — Новосибирск: Новосибирский НИИТО, 2007. — 345 с.

5. Тихилов Р.М. Руководство по эндопротезированию тазобедренного сустава / Р.М. Тихилов, В.М. Шаповалов. — СПб: Медицина, 2008 — 325 с.

6. Ахтямов И.Ф. Возможные тактические варианты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при диспластическом коксартрозе / И.Ф. Ахтямов, С.В. Туренков, А.Д. Тараненко // Вест травматол. и ортопед. им Н.Н. Приорова. — 2004. — № 4. — С. 29-35.