

Особенности эндопротезирования при псевдоартрозе шейки бедренной кости

Б.В. Камшилов, О.К. Чегуров, Д.Н. Ефимов, А.Л. Максимов, М.А. Рева

Special arthroplasty features for femoral neck pseudoarthrosis

B.V. Kamshilov, O.K. Chegourov, D.N. Efimov, A.L. Maximov, M.A. Reva

Федеральное государственное бюджетное учреждение
Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. академика Г.А. Илизарова, г. Курган
(директор – д. м. н. А.В. Губин)

Приведены результаты лечения пациентки Б., 61 год, с диагнозом: посттравматический псевдоартроз шейки левого бедра, болевой синдром, комбинированная контрактура тазобедренного сустава, относительное укорочение левой нижней конечности 4,7 сантиметра, локальный остеопороз, которой выполнено эндопротезирование левого тазобедренного сустава протезом фирмы DePuy с бесцементным типом фиксации. В связи со сложностью патологии дополнительно была выполнена мобилизация капсульно-связочного аппарата в области большого и малого вертела до мест прикрепления мышц, образующих тазобедренный сустав. Достигнут хороший анатомо-функциональный результат.

Ключевые слова: тазобедренный сустав, эндопротезирование, капсульно-связочный аппарат, мобилизация.

The work demonstrates the results of treatment of female patient B., 61 years old, with the diagnosis: posttraumatic pseudoarthrosis of the left femur neck, the pain syndrome, combined contracture of the hip, relative 4.7-cm shortening of the left lower limb, local osteoporosis. She underwent arthroplasty of the left hip using the DePuy prosthesis with cementless fixation. Due to the pathology complexity the mobilization of the capsule-and-ligamentous apparatus was additionally performed in the area of the greater and lesser trochanters up to the attachment sites of the muscles forming the hip. A good anatomic-and-functional result was obtained.

Keywords: the hip (joint), arthroplasty, the capsule-and-ligamentous apparatus, mobilization.

Лечение больных с посттравматическими нарушениями костной регенерации по-прежнему является одной из сложнейших проблем травматологии и ортопедии, высокая актуальность которой определяется неуклонным ростом травматизма, вышедшим на четвертое место среди общей заболеваемости взрослого населения [1].

С другой стороны, частота несращений костей при лечении переломов также остается достаточно высокой и, по данным разных авторов, может достигать 30 % [3, 7]. Даже в специализированных травматологических стационарах плохие отдаленные результаты лечения больных составляют около 2,5 % с развитием стойкой утраты трудоспособности у 4,9 на 10000 населения [2].

Эндопротезирование, как метод оперативного лечения псевдоартроза, определяет возможность полноценной активизации пациента за счет ранней нагрузки на поврежденную конечность, позволяя в краткие сроки восстановить опороспособность нижней конечности, улучшить качество жизни и, соответственно, ускорить социальную адаптацию [6]. Однако следует учитывать, что проведение оперативного вмешательства (эндопротезирования сустава) при посттравматических псевдоартрозах шейки бедренной кости сопровождается определенными техническими трудностями, обусловленными плотным фиброзным перерождением окружающих тканей, развитием контрактуры сустава, склерозом концов отломков на фоне остеопороза кости в целом и развитием нейродистрофического синдрома с атрофией тканей поврежденной конечности [4, 5].

С этих позиций представляет определенный интерес следующее клиническое наблюдение.

Пациентка Б., 61 год, поступила с диагнозом: посттравматический псевдоартроз шейки левого бедра, болевой синдром, комбинированная контрак-

тура тазобедренного сустава (сгибание-разгибание 120-180°, отведение-приведение 90-80°, внутренняя-наружная ротация 0-20°), относительное укорочение левой нижней конечности 4,7 сантиметра, локальный остеопороз.

Жалобы на боли в левой нижней конечности при физической нагрузке, хромоту, неустойчивость без дополнительных средств опоры, укорочение левой нижней конечности, ограничение активной подвижности в левом тазобедренном суставе.

Из анамнеза стало известно, что пациентка страдает данным заболеванием в течение двух лет, когда после падения был выставлен диагноз: перелом шейки левого бедра. В течение 25 дней находилась на скелетном вытяжении в стационаре по месту жительства, затем в течение 3-х месяцев левый тазобедренный сустав был зафиксирован в гипсовой кокситной повязке.

При клиническом обследовании определяется комбинированная контрактура левого тазобедренного сустава (сгибание-разгибание 120-180° отведение-приведение 90-80°, внутренняя-наружная ротация 0-20°), отмечается атрофия мягких тканей левого бедра и голени 3-4 см относительно правой, относительное укорочение левой нижней конечности 4,7 см. Болезненность при надавливании на область большого вертела левого бедра. Практически полное отсутствие опорности левой нижней конечности. Определяется симптом поршня в пределах 1,5-2 см на левой нижней конечности. По данным рентгенограмм отмечаются признаки псевдоартроза шейки левого бедра, дислокация левого бедра на 4,7 см вверх, относительный остеопороз вертлужной области, проксимального отдела левого бедра. Дефект костной ткани в области шейки левого бедра. Уменьшение офсета бедра на 4 см слева по отношению к контралатеральному суставу (рис. 1).

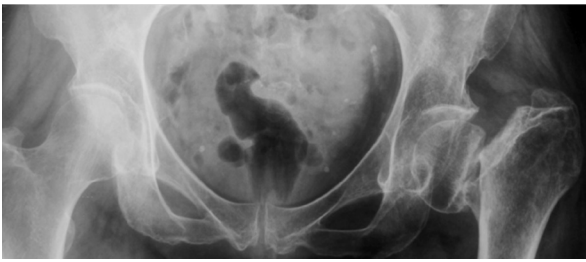


Рис. 1. Рентгенограмма таза в прямой проекции пациентки Б., 61 год, до лечения

В клинике Центра проведено обследование пациентки, решено выполнить оперативное лечение одноэтапно, учитывая, что ранее не применялись попытки внутриячужагового остеосинтеза, следовательно, выраженность и напряженность рубцовых изменений в тканях, окружающих тазобедренный сустав, была умеренной. Проведена оценка функции сустава по шкале Харриса – 21 балл, что соответствует неудовлетворительной функции сустава. Под эпидуральной анестезией выполнена операция – эндопротезирование левого тазобедренного сустава протезом фирмы DePuy с бесцементным типом фиксации. Использовался модифицированный доступ Хардинга. В связи с крайне выраженной приводящей контрактурой левого тазобедренного сустава, уменьшенным на 4 см офсетом бедра по сравнению с контралатеральным была выполнена дополнительная мобилизация капсульно-связочного аппарата в области большого и малого вертела до мест прикрепления мышц, образующих тазобедренный сустав. Несмотря на проведенную мобилизацию, вправление эндопротеза оказалось практически невозможным ввиду сильного натяжения широкой фасции бедра при латерализации бедра. Ввиду сложной верификации *m.tensor fascia latae*, а также трудного доступа, сопряженного с риском повреждения периферических сосудов и нервов, решено провести неполное поперечное рассечение (2,5 см) широкой фасции бедра на 2 см ниже места прикрепления большой ягодичной мышцы и мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра.

В послеоперационном периоде проходила курс консервативной терапии, занималась ЛФК, швы сняты на 12 сутки после операции. Достигнута оп-

роспособность левой нижней конечности, выровнена длина ног. Ходит, не хромя, боли отсутствуют, устранена комбинированная контрактура левого тазобедренного сустава. Левая нижняя конечность полностью опорустойчива в положении стоя. Неврологических расстройств не наблюдалось. По данным УЗИ мягких тканей (12 дней после операции) признаков расхождения фасции не наблюдается. Согласно оценке функции тазобедренного сустава по шкале Харриса на момент выписки – 71 балл, что соответствует удовлетворительной функции сустава.

При контрольных осмотрах через 5 месяцев, 14 месяцев на рентгенограммах отмечается стабильный эндопротез левого тазобедренного сустава (рис. 2). Достигнутый анатомо-функциональный результат лечения сохраняется. Лечение удовлетворено. Улучшилось качество жизни.

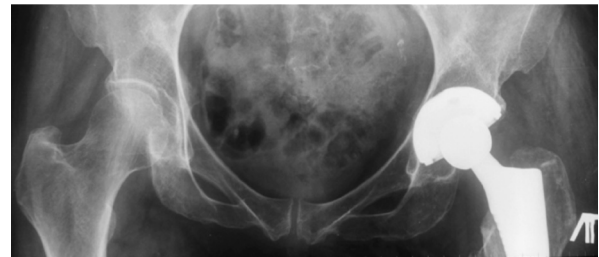


Рис. 2. Рентгенограмма таза в прямой проекции пациентки Б., 61 год, после выполненного эндопротезирования левого тазобедренного сустава (14 месяцев после операции)

Оценка функции сустава по шкале Харриса через 14 месяцев составила 81 балл, что соответствует хорошей функции сустава.

Таким образом, при одномоментном эндопротезировании тазобедренного сустава при псевдоартрозе шейки бедренной кости необходимо учитывать длительность заболевания, наличие предшествующих попыток внутриячужагового остеосинтеза, разницу в длине конечностей, офсет бедра, наличие большого количества рубцово-измененной структуры мягкотканого компонента области тазобедренного сустава и, как следствие, контрактуры сустава. Необходимо стараться избежать сильного одномоментного перерастяжения капсульно-связочного аппарата тазобедренного сустава с целью профилактики невротических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зоря В. И., Паршиков М. В., Матвеев А. Г. Оперативное лечение ложных суставов шейки бедренной кости // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 1996. № 2. С. 25-27.
2. Изабеков Ч. Н., Красоцкий В. В. Лечение переломов шейки бедра на фоне остеопороза : материалы междунаро. науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы травматологии и ортопедии на современном этапе" // Травматология жэне ортопедия. 2007. Т. 2, № 2 (Спец. вып.). С. 102-104.
3. Сравнительный анализ открытого остеосинтеза и первичного эндопротезирования при неврправимых медиальных переломах шейки бедра у больных среднего возраста / О. П. Кезля, В. А. Ярмолевич, А. В. Иванович, А. В. Кацубо // Развитие травматологии и ортопедии в республике Беларусь на современном этапе : материалы VIII съезда травматологов-ортопедов Республики Беларусь. Минск, 2008. С. 298-299.
4. Эндопротезирование тазобедренного сустава при несросшихся переломах и ложных суставах шейки бедра / А. А. Сафонов [и др.] // Илизаровские чтения : материалы Всерос. науч.-практ. конф. Курган, 2010. С. 310-311.
5. Fractures of the femoral neck / T. Lein [et al.] // Acta Chir. Orthop. Traumatol. Cech. 2011. Vol. 78, No 1, P. 10-19.
6. Yuasa N. Treatment of femoral neck fracture--preference to artificial head bone replacement // Clin. Calcium. 2011. Vol. 21, No 3. P. 477-480.
7. Курьянов С. Н. Комплексная система профилактики несращений и нарушений кровоснабжения при остеосинтезе переломов шейки бедренной кости // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. 2008. № 1. С. 19-23.

Рукопись поступила 02.07.12.

Сведения об авторах:

1. Камшилов Борис Викторович – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 7, к. м. н.
2. Чегуров Олег Константинович – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, заведующий лабораторией реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, д.м.н.
3. Ефимов Дмитрий Николаевич – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, аспирант.
4. Максимов Александр Леонидович – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, аспирант.
5. Рева Максим Анатольевич – ФГБУ «РНИЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития РФ, аспирант.