

<https://doi.org/10.52889/1684-9280-2021-2-57-46-50>
УДК 617.3; 616-089.23; 616-001; 615.477.2; 616-089.28/.29
МРНТИ: 76.29.41

Описание клинического случая

Опыт тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при Соха Vara у молодого пациента после реконструктивных операций

Ашимов К.Д.¹, Байдалин Т.Т.², Октяброва Д.Г.³, Калелов Ж.А.⁴, Садыков А.А.⁵

¹Заведующий отделением ортопедии №3, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: kairat_ashimov@mail.ru

²Заведующий отделением ортопедии №7, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: t.baidalin@gmail.com

³Врач резидент, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: oktyabrovadana@gmail.com

⁴Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №7, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: z.kalelov@mail.ru

⁵Врач травматолог-ортопед отделения ортопедии №7, Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпеннова Н.Д., Нур-Султан, Казахстан. E-mail: ablai_sadikov@list.ru

Резюме

В данной статье описан положительный клинический опыт и результат тотального эндопротезирования тазобедренного сустава справа с подвартельной укорачивающей остеотомией бедра. Диагноз пациента: Диспластический коксартроз II - III типа по Crowe. В 1999 году больной перенес гематогенный остеомиелит правого бедра. Затем в 2004 году больному была произведена реконструктивная операции правого тазобедренного сустава. Далее в 2013 году произведена удлинение правой нижней конечности путем - наложения чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтеза аппаратом Илизарова на правую голень.

Ключевые слова: гематогенный остеомиелит, дисплазия, реконструктивные операции, подвартельная укорачивающая остеотомия, артропластика, Соха Vara, клинический случай.

Corresponding author: Durdana Oktyabrova, Doctor-resident of the National Scientific Center of Traumatology and Orthopedics named after Academician N.D. Batpenov, Nur-Sultan, Kazakhstan.
Postal code: Z00P5Y4
Address: Kazakhstan, Nur-Sultan, Abylai Khan Avenue, 15A
Phone: +77479894746
E-mail: oktyabrovadana@gmail.com

J Trauma Ortho Kaz 2021; 2 (57): 46-50
Recieved: 24-04-2021
Accepted: 15-05-2021



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Введение

Соха Vara (варусная деформация шейки бедренной кости) – это врожденное или приобретённое заболевание тазобедренного сустава, характеризующееся уменьшением шеечно-диафизарного угла менее 120 градусов, патологической перестройкой шейки бедренной кости, сопровождающаяся укорочением конечности, нарушением опороспособности конечности, что приводит к нарушению биомеханики тазобедренного сустава (ТБ).

Причинами Соха Vara могут быть метаболические заболевания костей (болезнь Педжета, остеопороз, рахит), эпифизеолиз головки бедра, фиброзная дисплазия, перенесенные травмы, а также деформации вследствие лечения врожденной дисплазии тазобедренного сустава [1,2].

Около 40% артрозов тазобедренного сустава у взрослых является следствием не вылеченных в детстве нарушений развития [3].

В настоящее время тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС)

с резекционно-укорачивающей, подвертельной остеотомией бедра (РУПОБ) является современным и эффективным методом оперативного вмешательства при Соха Vara, дисплазиях III, IV типа по Crowe у лиц старше 18 лет, позволяющее добиться положительного результата в отдаленном периоде - избавление от болевого синдрома, восстановление опороспособности и длины конечности, появление достаточного объема движений в тазобедренном суставе, возвращение к труду, обеспечение нормальной жизнедеятельности [4-6].

Цель описания клинического случая: продемонстрировать положительный клинический опыт и результаты проведенного тотального эндопротезирования тазобедренного сустава с резекционно-укорачивающей, подвертельной остеотомией бедра, у молодого пациента с Соха Vara справа, дисплазией правого тазобедренного сустава II - III типа по Crowe, хроническим гематогенным остеомиелитом правого бедра.

Описание клинического случая

В Национальный научный центр травматологии и ортопедии имени академика Батпенова Н.Д. в плановом порядке поступил 22 летний пациент М., с жалобами на боль, ограничение движений в правом тазобедренном суставе, укорочение правой нижней конечности, хромоту.

Пациент в возрасте 1 года перенес гематогенный остеомиелит проксимального метафиза правой бедренной кости, неоднократно оперировался по поводу гематогенного остеомиелита по месту жительства. В дальнейшем, после купирования воспалительного процесса, заболевание осложнилось патологическим вывихом головки правой бедренной кости. В 2004 году был на стационарном лечении в Республиканской детской клинической больнице «Аксай» г. Алматы с диагнозом: «Патологический вывих правого бедра», где произведена операция открытое вправление вывиха по Колона-Леффлера, после, в 2005 году произведено удаление штифта.

В связи с укорочением правой нижней конечности, в августе 2013 года в условиях Национального научного центра материнства и детства г. Алматы произведена поперечная остеотомия верхней трети правой большеберцовой кости, косая остеотомия нижней трети малоберцовой кости, наложение чрескостного компрессионно-дистракционного остеосинтезааппаратом Илизарова из 3 колец на

правую голень, удлинение конечности проводилось амбулаторно. В ноябре 2013 года произведен демонтаж аппарата Илизарова, конечность была удлинена на 3 см. За последние пять лет боль в правом тазобедренном суставе возобновилась, стала более интенсивнее, консервативное лечение без эффекта.

Пациент передвигался самостоятельно без дополнительных средств опоры хромая на правую нижнюю конечность. По наружной поверхности правого бедра в проекции тазобедренного сустава имеются послеоперационные нормотрофические рубцы, подвижные, мягкие на ощупь и без уплотнений, не спаянные с подлежащими тканями, без признаков воспаления, отмечалась гипотрофия мышц правой нижней конечности. Движения в левом тазобедренном суставе безболезненны, в полном объеме. Движения в правом тазобедренном суставе ограничены и болезненны: тазобедренный сустав правый сгибание-разгибание 80°-0-180°, отведение-приведение 20°-0-15° ротация, кнаружи-кнутри 10°-0-5°. Движения в коленных суставах в полном объеме, безболезненны. Отмечалось укорочение правой нижней конечности на 4,0 см. за счет правой бедренной кости.

Далее произведена обзорная рентгенограмма обеих тазобедренных суставов для определения степени поражения правого тазобедренного сустава и для подбора подходящей модели эндопротеза.



Рисунок 1 – Рентгенография тазобедренных суставов в прямой проекции

На рентгеновском изображении тазобедренных суставов в прямой проекции (рисунок 1) определяется дисплазия правого тазобедренного сустава, Соха Vara. Суставная щель сужена неравномерно, субхондральный склероз, краевые костные разрастания, фиброматоз, грибовидная деформация головки правого бедра с кистозной перестройкой и ровными контурами, высокое стояние правого

тазобедренного сустава. Левый тазобедренный сустав не изменен.

После изучения рентгенограммы, была подобрана модель эндопротеза индивидуально для пациента.



Рисунок 2 - Рентгенография правого тазобедренного сустава в прямой проекции

11.06.2020 г. произведена операция - Тотальное эндопротезирование правого тазобедренного сустава имплантатом Мерил с укорачивающей подвертельной остеотомией и фиксацией блокирующей пластиной. (рисунок 2).

Мы использовали доступ по Хардингу. Во время эндопротезирования возникли сложности, мобилизация большого вертела, в связи предыдущими оперативными вмешательствами, позиционирование вертлужного компонента, который должен быть имплантирован к анатомическому положению истинной вертлужной впадины для достижения биомеханической балансировки таза. После установки вертлужного компонента и фиксации ее тремя винтами, был установлен вкладыш. Ввиду невозможности вправления бедра, решено произвести резекционно-укорачивающую, подвертельную остеотомию правого бедра. Произведена резекция правой бедренной кости на 4,0 см. Установлен

бедренный компонент эндопротеза с полным напылением. Учитывая ротационную подвижность проксимального отдела правого бедра произведен синтез блокирующей пластиной и 8 винтами. Установлена головка. Произведено вправление. При максимальных объемах движений самопроизвольного вывиха не происходит. Был оставлен дренаж. Кровопотеря составила 700 мл. После операции пациент был переведен в ОАРИТ для дальнейшего наблюдения общего состояния. После стабилизации общего состояния пациент переведен из ОАРИТ в профильное отделение. На вторые сутки после оперативного вмешательства мы активизировали пациента М., с ознакомлением ортопедического режима.



Рисунок 3 - Рентгенограмма обеих тазобедренных суставов через 9 месяцев

Рентгенограммы (рисунок 3) обеих тазобедренных суставов через 9 месяцев с момента оперативного вмешательства. Мы видим полное

сращение подвертельной остеотомии правой бедренной кости.

Обсуждение

На сегодняшний день у пациента М., 22 года, жалобы на умеренные боли в поясничном отделе позвоночника. Это объясняется тем, что односторонне была изменена биомеханика в тазобедренном суставе, восстановлена длина конечности. Жалоб на правый тазобедренный сустав не предъявляет, передвигается с полной нагрузкой на правую нижнюю конечность. Как видно на рентгенограмме состояние после тотального бесцементного эндопротезирования с фиксацией вертлужного компонента тремя винтами без признаков нестабильности. Сросшийся остеотомный подвертельный перелом правой бедренной кости, надостный остеосинтез пластиной и винтами.

Пациент прошел сложный путь, перенес реконструктивные операции, несмотря на удлинение конечности, укорочение правой нижней конечности сохранялось на 4 см. за счет бедренной кости. Основная жалоба была боль в паху, боль при движении в тазобедренном суставе.

Многие молодые люди, которые родились с врожденной патологией, а некоторые в возрасте от 1 года до 11 лет перенесли реконструктивные операции на тазобедренном суставе, начиная с возраста тинейджеров — а это с 12 до 17 лет, испытывают на себе все тяготы болезни, как в моральном, так и в физическом плане. Поэтому пациенты в возрасте от 18 до 25 лет жаждут и ожидают от оперативного вмешательства — чудо, не задумываясь о возможных осложнениях и последствиях в послеоперационном периоде. Так как на догоспитальном этапе, пациенты с врожденной или приобретенной патологией не владеют достаточной информацией о предстоящем оперативном вмешательстве.

В нашей практике иногда встречались люди с врожденной патологией от 18 до 28 лет, которые

ложились в стационар для оперативного лечения с косметической целью, с жалобами: на укорочение конечности, хромоту, боли в пояснице, появление болей в тазобедренном суставе после длительной ходьбы (пройдя 3-4 остановки и более), но боль при движении и ходьбе в тазобедренном суставе не беспокоит, присутствовал удовлетворительный объем движений в тазобедренном суставе, хотя на рентгенограмме абсолютное показание к тотальному эндопротезированию. Это не вина поликлинической службы, потому что для того что бы выявить таких пациентов, за ними необходимо как минимум наблюдать в течение суток в стационаре, а это — как он передвигается по необходимости, по нужде, проводить беседы, к примеру «... со слов пациентки, она может пройти максимум одну остановку, а при сборе анамнеза, в ходе беседы, выясняется, что может обойти все бутики большого торгового дома в поисках новой одежды...» здесь главное подход. Мы беседовали с пациентами и давали исчерпывающую информацию о дисплазии, о сути эндопротезирования, о показаниях и осложнениях. Если пациентов беспокоил косметический дефект — укорочение конечности, тогда мы предлагали оперативное вмешательство в виде удлинения конечности с помощью аппарата Илизарова или компенсировать длину конечности ортопедической обувью. На операцию мы старались брать пациентов старше 28 лет, с выраженными болями и ограничением движений в тазобедренном суставе. Так как, эта операция, она не последняя. Для такой обширной, травматичной, с ожидаемой кровопотерей, с возможной тракционной невропатией операцией есть строгие показания и противопоказания.

Выводы

Необходим индивидуальный подход для каждого пациента, основная цель — выявить присутствует ли боль у молодых пациентов ограничивающее жизнедеятельность. основное показание — боль при ходьбе и даже в покое. Необходимо

выдать исчерпывающую информацию объясняя все риски, возможные осложнения и последствия в послеоперационном периоде. Качественная предоперационная подготовка, тщательное ведение в послеоперационном периоде — залог успеха.

Литература

- 1) Papagelopoulos P.J., Cabanela M.E. Proximal femoral deformity. In: Morrey B.F. (ed.) Joint replacement arthroplasty. 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2003. P. 708-721.
- 2) Namba R.S., Brick G.W., Murray W.R. Revision total hip arthroplasty with correctional femoral osteotomy in Paget's disease. *J Arthroplasty*. 1997; 12:591-595.
- 3) А. А. Надеев. Рациональное эндопротезирование тазобедренного сустава. — М.: Москва -Бином, 2004. — 239 с
- 4) Eskelinen A., Helenius I., Remes V. et al. Cementless total hip arthroplasty in patients with high congenital hip dislocation. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88:80-91.
- 5) Peltonen J.I., Hoikka V., Poussa M. et al. Cementless hip arthroplasty in diastrophic dysplasia. *J Arthroplasty*. 1992; 7 (Suppl):369-376
- 6) Papagelopoulos P.J., Trousdale R.T., Lewallen D.G. Total hip arthroplasty with femoral osteotomy for proximal femoral deformity. *Clin Orthop Relat Res*. 1996; 332:151-162.
- 7) Карчевный Н. Н., Шпаковский Д. Е., Карчевный Д. Н. ТОТАЛЬНОЕ Эндопротезирование тазобедренного сустава при варусной деформации проксимального отдела бедренной кости// медицинская помощь при травмах: новое в организации и технологиях. — 2017. — С. 40-40.
- 8) Hartofylakidis G., Stamos C, Ioannidis T. Low friction arthroplasty for old untreated congenital dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1988; 70:182-186.
- 9) Мазуренко А.В., Тихилов Р.М., Шубняков И.И., Николаев Н.С., Плиев Д.Г., Близиюков В.В. Оценка возможности восстановления длины конечности у пациентов с тяжелой степенью дисплазии тазобедренного сустава при различных вариантах хирургической техники эндопротезирования. *Травматология и ортопедия России*. 2010; (3):16-20.

Жас науқаста реконструктивті оталардан соң Coxa Vara кезінде жамбас буынын тотальды эндопротездеу тәжірибесі

Ашимов Қ.Д.¹, Байдалин Т.Т.², Октяброва Д.Г.³, Калелов Ж.А.⁴, Садыков А.А.⁵

¹ №3 ортопедия бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Батпенев Н.Ж. атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: kairat_ashimov@mail.ru

² №7 ортопедия бөлімшесінің меңгерушісі, Академик Н.Ж. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: t.baidalin@gmail.com

³ Дәрігер-резидент, Академик Н.Ж. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: oktyabrovanadana@gmail.com

⁴ №7 ортопедия бөлімшесінің травматолог-ортопед дәрігері, Академик Н.Ж. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: z.kalelov@mail.ru

⁵ №7 ортопедия бөлімшесінің травматолог-ортопед дәрігері, Академик Н.Ж. Батпенев атындағы ұлттық ғылыми травматология және ортопедия орталығы, Нұр-Сұлтан, Қазақстан. E-mail: ablai_sadikov@list.ru

Түйіндеме

Бұл мақалада оң жақ жамбас-сан буынының тотальды эндопротездеу және сан сүйегінің ұршықасты қысқарту остеотомиясының оң клиникалық тәжірибе нәтижесі сипатталған. Науқастың диагнозы: Оң жақ жамбас-сан буынының Crowe бойынша II-III типті дисплазиялық коксартрозы. 1999 жылы науқас оң жақ жамбастың гематогенді остеомиелитімен ауырған. Одан кейін 2004 жылы науқасқа оң жақ жамбас буынының реконструктивті отасы жасалынған. Одан әрі 2013 жылы Илизаров аппаратымен сүйекаралық компрессионды-дистракциялық остеосинтезді қолдану арқылы оң жақ жілінішкі ұзартылды.

Түйін сөздер: гематогенді остеомиелит, дисплазия, реконструктивті оталар, ұршықасты қысқартылатын остеотомия, артропластика, Coxa Vara, клиникалық жағдай.

The Experience of THA with Coxa Vara in a Young Patient after Reconstructive Surgery

Kairat Ashimov¹, Timur Baidalin², Durdana Oktyabrova³, Zhandos Kalelov⁴, Abylai Sadikov⁵

¹ Head of the department orthopedics №3, National scientific center of traumatology and orthopedics named after academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: kairat_ashimov@mail.ru

² Head of the department orthopedics №7, National scientific center of traumatology and orthopedics named after academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: t.baidalin@gmail.com

³ Doctor-resident of the National scientific center of traumatology and orthopedics named after academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: oktyabrovanadana@gmail.com

⁴ Traumatologist-orthopedist of the department of orthopedics №7, National scientific center of traumatology and orthopedics named after academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: z.kalelov@mail.ru

⁵ Traumatologist-orthopedist of the department of orthopedics №7, National scientific center of traumatology and orthopedics named after academician Batpenov N.D., Nur-Sultan, Kazakstan. E-mail: ablai_sadikov@list.ru

Abstract

This article describes the positive clinical experience and the result of total arthroplasty of the right hip with subtrochanteric shortening osteotomy. The patient's diagnosis: Dysplastic coxarthrosis II - III type according to Crowe. In 1999, the patient suffered from hematogenous osteomyelitis of the right hip. Then, in 2004, the patient underwent a reconstructive operation of the right hip joint. Further, in 2013, the right shin was lengthened by applying transosseous compression-distraction osteosynthesis with the Ilizarov apparatus.

Key words: hematogenous osteomyelitis, dysplasia, reconstructive operations, SSO, arthroplasty, Coxa Vara, clinical case.