

Код УДК : 616.718.42-001.5-089.28/.29:616.728.3

С.В. Быстров, Д.В. Федерякин

Эффективное применение эндопротезирования тазобедренного сустава при переломе шейки бедра у пациента с ревизионным протезом коленного сустава

ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России

Описывается клинический случай эндопротезирования тазобедренного сустава у мужчины с переломом шейки бедра на фоне вторичного системного остеопороза, развившегося после комбинированного лечения саркомы большеберцовой кости. 5 лет назад пациент успешно перенес эндопротезирование коленного сустава ревизионным онкологическим протезом с удалением саркомы большеберцовой кости.

Ключевые слова: перелом шейки бедра, саркома кости, эндопротезирование.

S.V. Bystrov, D.V. Federyakin

Successful hip arthroplasty with femoral neck fracture in a patient with a prosthetic knee joint

Tver State Medical Academy

We describe a clinical case of hip replacement in men with hip fracture in the background of the secondary system of osteoporosis, which developed after the combined treatment of sarcoma of the tibia. 5 years ago, the patient successfully underwent knee replacement prosthesis oncological an audit with the removal of a sarcoma of the tibia.

Keywords: hip fracture, bone sarcoma, endoprosthesis.

Переломы шейки бедренной кости (переломы «шейки бедра») – это серьезная медицинская проблема. Это связано с их высокой частотой встречаемости людей старше 65 лет (переломы шейки бедра составляют 6% от всех переломов конечностей). Причем женщины страдают от переломов шейки бедра в три раза чаще, чем мужчины.

Причины перелома шейки бедра сильно отличаются у молодых и пожилых пациентов. У пациентов старшего возраста переломы шейки бедра наступают на фоне уменьшения прочности костей, так называемого остеопороза. У молодых пациентов переломы шейки бедренной кости связаны обычно с высокоэнергетической травмой – дорожно-транспортные происшествия, падения с большой высоты и др. Факторами риска переломов шейки бедра в молодом возрасте являются *онкологические заболевания*. Опухоли костей составляют около 1% в общей структуре всех новообразований человека. Заболеваемость в среднем составляет у мужчин 1, а у женщин – 0,6–0,7 случаев на 100 000 населения. В большинстве случаев данные новообразования встречаются у людей молодого и среднего возраста и возникают в длинных трубчатых костях. В связи со сказанным представляет интерес следующее наблюдение.

Пациент 45 лет поступил в отделение травматологии ОКБ 2.10.10 с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе и невозможность самостоятельного передвижения.

Анамнез. Известно, что травма бедра, была получена 25.09.11 при падении на левый бок. В 2005 г. пациент был оперирован в РОНЦ им. Блохина РАМН г. Москва по поводу саркомы проксимального метаэпифиза большеберцовой кости. Было выполнено эндопротезирование коленного сустава ревизионным онкологическим протезом. Данное оперативное лечение выполнено на фоне системной химиотерапии. В дальнейшем ежегодно проходил обследование в Москве. Положение компонентов протеза удовлетворительное, признаков его нестабильности, а также рецидива основного заболевания не выявлялось. Пациент вернулся к своей основной

работе. Однако на фоне проводимой химиотерапии у пациента развился системный вторичный остеопороз, который стал дополнительным отягощающим фактором, приведшим к перелому шейки бедра от низкоэнергетической травмы (падение с высоты своего роста).

При поступлении в отделение 2.10.2010 г. состояние больного оценивалось как удовлетворительное. Телосложение правильное, питание достаточное. Рост 175 см, масса тела 78 кг. Кожные покровы обычной окраски, со стороны внутренних органов при осмотре патологии не выявлено. У пациента имелось ограничение движений и боли в тазобедренном суставе, положительный симптом «прилипшей пятки», невозможность самостоятельного передвижения. На рентгенограммах тазобедренного сустава определялся трансцервикальный перелом шейки бедра (рис. 1).

На рентгенограммах коленного сустава и голени виден эндопротез с длинными интрамедуллярными опорами на бедре и большеберцовой кости, фиксированными костным цементом. Также определялся дефект проксимального отдела большеберцовой кости до средней трети после ее резекции по поводу саркомы (рис. 2, 3).

В процессе обследования перед операцией при выполнении эзофагогастродуоденоскопии выявлено обострение хронического эрозивного гастродуоденита (плоские эрозии с налетом фибрина). В течение двух недель выполнялось консервативное лечение указанной патологии и было достигнуто улучшение, подтвержденное повторным эндоскопическим исследованием. Учитывая имеющийся у пациента остеопороз проксимального отдела бедра, который делал сомнительным стабильность остеосинтеза данного перелома, а также срок, прошедший с момента травмы до операции, от выполнения остеосинтеза перелома шейки бедра было решено отказаться. Спустя три недели с момента поступления 23.10.2010 г. после предоперационной подготовки больному была выполнена операция тотального эндопротезирования тазобедренного сустава гибридным протезом фирмы

«Страйкер» (бесцементная чашка и цементная ножка плюс головка увеличенного диаметра (рис. 4).

Протокол операции. Под эндотрахеальным наркозом в положении пациента на боку передненаружным доступом послойно с гемостазом вскрыт тазобедренный сустав. Удалена сломанная головка бедра и частично суставная капсула. Циркулярными фрезами удален хрящ с вертлужной впадины до субхондральной кости и установлена бесцементная чашка с двумя винтами. В вертельной области бедра вскрыт костномозговой канал и обработан рашпилями. Установлена ножка цементной фиксации, а нее головка диаметром 40 мм. Выполнено вправление протеза, проверка объема движений и отсутствия тенденции к вывиху. Рана промыта раствором антисептика и ушита послойно с дренажом.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент был активизирован на 4 день, обучен ходьбе с костылями и выписан из стационара после снятия швов на 10 день. При контрольном осмотре через 3 и 6 месяцев пациент жалоб не предъявлял, ходит без костылей, на рентгенограммах положение компонентов эндопротеза тазобедренного сустава удовлетворительное.

Обсуждение

Известно, что пациентам молодого и среднего возраста целесообразно устанавливать бесцементные компоненты, т. к. минеральная плотность кости высокая и процесс остеоинтеграции кости в протез будет происходить удовлетворительно, а в будущем возможны ревизионные операции. В данном случае была установлена бесцементная чашка с увеличенной головкой, что позволяло совершать больший объем движений в тазобедренном суставе при уменьшении вероятности вывиха. Выбор цементной ножки связан с состоянием кости в проксимальной части бедра и имевшимся там остеопорозом, поэтому установка стандартной бесцементной ножки могла привести к ее асептической

нестабильности и расшатыванию. В данном случае была установлена бесцементная чашка с увеличенной головкой.

Представленное клиническое наблюдение интересно тем, что демонстрирует возможности современной ортопедической хирургии. А именно, пациенту были заменены два крупных сустава одной нижней конечности. При этом эндопротезирование коленного сустава выполнено как органосохраняющая операция по поводу такого серьезного заболевания как саркома большеберцовой кости, а эндопротезирование тазобедренного сустава при переломе шейки бедра выполнено как единственно возможный метод быстрого восстановления трудоспособности пациента, его бытовой и социальной реабилитации.

Литература

1. *Травматология* и ортопедия. Руководство для врачей / Под ред. Ю.Г. Шапошникова. – М.: Медицина, 1997. – Т. 2. – 424 с.
2. *Лицман В.М., Зоря В.И., Гнетецкий С.Ф.* Проблема лечения переломов шейки бедра на рубеже столетий // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 1997. – № 2. – С. 12–18.
3. *Ключевский В.В.* Хирургия повреждений. Руководство для хирургов, травматологов районных больниц. – «Рыбинский дом печати». – 2004. – 784 с.
4. *Минасов Б.Ш., Якупов Р.Р., Ханин М.Ю. и др.* Оценка результатов лечения переломов проксимального отдела бедра. Материалы международной научно-практической конференции «Современные повреждения и их лечение». – М., 2010. – С. 138–139.
5. *Махсон А.Н.* Реконструктивная и пластическая хирургия при опухолях опорно-двигательного аппарата. VII Российская онкологическая конференция. – М., 2003.

6. *Дадабаев В.К., Ремизова А.С.* Особенности железнодорожных травм полученных при эксплуатации скоростных составов « САРСАН» // Верхневолжский медицинский журнал. - 2013. - Т. 11. № 2. - С. 48-50.
7. *Силаев В.Н., Бозова Е.Ю.* Ближайшие и отдаленные результаты операции jurasz в хирургии кист поджелудочной железы // Верхневолжский медицинский журнал. - 2011. - Т. 9. № 3. - С. 9-14.
8. *Мачак Г.Н.* Комбинированное лечение первичных сарком костей: возможности химиотерапии. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, VII Российская онкологическая конференция. – М., 2003.
9. *Мюллер М.Е., Альговер Р., Шнайдер Х. и др.* Руководство по внутреннему остеосинтезу. Методика, рекомендованная группой АО (Швейцария). Третье издание, расширенное и полностью переработанное. Берлин – Тейдельберг – Нью-Йорк – Лондон – Париж – Токио – Гонконг – Барселона – Будапешт. – М., 1996. – 790 с.
10. *Crespo R., Revilla M., Crespo E. et al.* Complementary Medical Treatment for Colles' Fracture: A Comparative, Randomized, Longitudinal Study // *Calcif. Tissue Int.* – 1997. – Vol. 60. – P. 567–570.
11. *Jordan G.R., Loveridge N., Bell K.L. et al.* Spatial clustering of remodeling osteons in the femoral neck cortex: a cause of weakness in hip fracture // *Bone.* – 2000. – Vol. 26 (3). – P. 305–313.



Рис.1. Рентгенограмма пациента при поступлении.



Рис.2. Рентгенограмма эндопротеза коленного сустава (прямая проекция)



Рис.3. Рентгенограмма эндопротеза коленного сустава (дистальный отдел)



Рис.4. Рентгенограмма тазобедренного сустава после эндопротезирования.

Быстров Сергей Викторович (контактное лицо) – ассистент кафедры хирургических болезней ФПДО ГБОУ ВПО Тверская ГМА, врач травматолог-ортопед отделения травматологии областной клинической больницы г. Твери.
E-mail 19bs76@mail.ru.