

Клинический случай

Е.Н. Щурова, д.б.н., М.В. Хомченков, Б.В. Камшилов, О.К. Чегуров, О.Г. Прудникова,

ФГБУ «Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган

Дифференциальная диагностика hip-spine синдрома на этапе предоперационной подготовки

Сочетанная патология поясничного отдела позвоночника и тазобедренного сустава не без оснований считается одной из серьезных проблем современной ортопедии. В иностранной литературе такая кооперация именуется hip-spine синдромом [1, 2, 3]. Под данным термином понимается полиэтиологичный симптомокомплекс, который характеризуется болевым синдромом, функциональными нарушениями и изменением анатомо-биомеханических взаимоотношений в системе «тазобедренный сустав – позвоночник» вследствие развития миодистрофических, нейрогенных синдромов, что приводит к возникновению или прогрессированию дистрофических изменений. Частота встречаемости hip-spine синдрома имеет тенденцию к росту [4]. Традиционно взаимоотношение тазобедренной и поясничной патологии рассматривается как конкурентное, маскирующееся под общие симптомы, или стимулирующее.

После успешно выполненной операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава нередко прогрессируют симптомы поражения позвоночного сегмента. Это проявляется болевым синдромом и часто нивелирует результаты артропластики, так как восстановление движений в тазобедренном суставе, изменение длины и опороспособности конечности после операции тотального эндопротезирования ведет к разрыву сформировавшегося функционального стереотипа, изменению подвижности поясничного отдела позвоночника, регрессу перекоса таза, что вызывает динамическую компрессию корешков спинномозговых нервов [5, 6].

Представленный клинический случай демонстрирует результат сочетанной патологии поясничного отдела позвоночника и тазобедренного сустава при оперативном лечении суставного и вертеброгенного факторов.

Больная Ф., 56 лет, поступила в ортопедотравматологическое отделение РНЦ «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А. Илизарова с диагнозом: левосторонний коксартроз, болевой синдром, для планового оперативного лечения – эндопротезирование левого тазобедренного сустава.

Пациентка предъявляла жалобы на боли в тазобедренном суставе, усиливающиеся при функциональной нагрузке и иррадирующие в поясничную область. Считает себя больной с 2003 г., когда появились боли в правом тазобедренном суставе, усиливающиеся при физической нагрузке. Обратилась в поликлинику по месту жительства (г. Челябинск), где был выставлен диагноз: поясничный остеохондроз, грыжа диска L₄₋₅. В 2003 г. выполнена операция – удаление грыжи диска L₄₋₅. С 2006 г. вновь отмечалось обострение, сопровождающееся болью в правом тазобедренном суставе. Был проведен курс консервативного лечения, который не сопровождался улучшением состояния больной. В 2009 г. было выполнено эндопротезирование правого тазобедренного сустава. В 2010 г. выполнено оперативное лечение рецидива грыжи диска L₄₋₅ поясничного отдела позвоночника.

По данным рентгенографии таза (рис. 1), справа определяется стабильный эндопротез тазобедренного сустава, слева – признаки коксартроза I стадии.

В процессе предоперационной подготовки состояние больной было оценено совместно с врачом-нейрохирургом с целью определения дальнейшей тактики лечения. Было определено, что причиной

болевого синдрома является рецидив грыжи диска L₄₋₅. В настоящее время оперативное лечение – эндопротезирование левого тазобедренного сустава – не показано.

Затем больная была переведена в отделение нейрохирургии с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, рецидив грыжи диска L₄, корешковый синдром L₅ справа. Левосторонний вторичный коксартроз I стадии, болевой синдром. Hip-spine синдром. Гипертоническая болезнь 3 ст. Риск 4. ИБС. Стенокардия напряжения ФК2. Стабильный эндопротез правого тазобедренного сустава. Неврологический статус: сознание ясное, ЧМН без особенностей, симптом Ласега++ справа. Сухожильные рефлексы: D=S снижены, ахилловы D<S. Сила мышц правой стопы снижена до 3-4 баллов, гипестезия в L₅ дерматоме справа.

Больная жаловалась на постоянные боли в поясничном отделе позвоночника

Таблица. Показатели температурно-болевой чувствительности (град.) больной Ф., 56 лет						
Дерматомы	Показатели					
	Температура кожи		Порог тепловой чувствительности		Порог болевой чувствительности	
	справа	слева	справа	слева	справа	слева
L2	30,6	31,1	нет	36	48,0	47,0
L3	31,9	31,4	39,0	39,0	47,0	46,0
L4	30,9	31,0	нет	41	48,0	45,0
L5	31,3	31,4	43,0	38,1	48,3	47,3
S1	31,1	31,1	нет	нет	49,1	49,3
S2	31,8	31,7	42,1	40,1	46,2	43,5

Примечание: У здоровых людей порог тепловой чувствительности составляет 34,4±0,5°, порог болевой чувствительности – 42,2±1,2°.

с иррадиацией в правую нижнюю конечность по заднебоковой поверхности до голеностопного сустава. Результаты исследования показали, что по данным рентгенографии и магнитно-резонансной томографии (рис. 2) определяется остеохондроз поясничного отдела позвоночника

в сегментах L₃-S₁ 2-3 периодов, спондилоартроз в сегментах L₃-S₁ 2-3 стадии, состояние после интерламинаэтомии L₃, L₄, L₅-S₁ сегментов, дискэктомии L₄, L₅-S₁, рецидив задней грыжи диска L₄₋₅ с компрессией корешков L₅, S₁ справа, локальный спаечный эпидурит, арахноидит на уровне L₄-S₁.

В сегменте L₄₋₅ определяется рецидивирующая задне-парамедианная грыжа диска, выступающая в позвоночный канал до 0,8 см, с основанием 0,9 см на 6-7-м часу, вертикальным размером 0,8 см. Компрессия корешков L₅, S₁ справа.

Интенсивность болевого синдрома по шкале VAS составляла 100%; по шкале NRS: в покое – 3 балла, при движении – 3 балла, ночью – 3 балла. Температурно-болевая чувствительность в дерматомах корешков конского хвоста была значительно нарушена (табл.). Тепловая чувствительность либо отсутствовала, либо ее пороги превышали уровень нормы на 2-8 градусов. Пороги болевой чувствительности были на 3-7 градусов больше нормальных значений. Данный факт свидетельствовал о хроническом патологическом процессе в структурах конского хвоста.

Ввиду сильного болевого синдрома больной не удалось провести исследование биомеханики походки и динамометрию мышц нижних конечностей.

Показано оперативное лечение: удаление грыжи диска L₄₋₅ по месту жительства в плановом порядке.

Данный клинический пример демонстрирует необходимость тонкой дифференциальной комплексной диагностики больных с hip-spine синдромом на этапе предоперационной подготовки для определения доминирующего фактора в формировании клинической картины hip-spine синдрома и определения первоочередности, целесообразности проведения оперативного лечения на одном из компонентов hip-spine синдрома.

Литература

- Вакулко В.М., Худобин В.Ю., Бублик Л.А. Дегенеративно-дистрофические поражения тазобедренных суставов и позвоночника // Травма. – 2000. – Т. 1. – № 1. – С. 24-26.
- Fogel G.R., Esses S.I. Hip spine syndrome: management of coexisting radiculopathy and arthritis of the lower extremity // Spine. 2003. – Vol. 3, No. 3. – P. 238-241.
- Hip-spine syndrome: total sagittal alignment of the spine and clinical symptoms in patients with bilateral congenital hip dislocation / Y. Matsuyama [et al.] // Spine. 2004. – Vol. 29. – P. 2432-2437.
- Вакулко В.М. Концепция ведения больных коксартрозом на фоне дегенеративно-дистрофического поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника // Травма. – 2008. – Т. 9. – № 1. – С. 6-12.
- Денисов А.О., Шильников В.А., Барнс С.А. Коксартроз тазобедренного сустава: обзор литературы // Травматология и ортопедия России. – 2012. – № 1. – С. 121-127.
- Герцен Г.И. Лечение дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного сегмента при пояснично-тазобедренном синдроме // Литопис травматології та ортопедії. 2003. – №1-2. – С. 75-78.

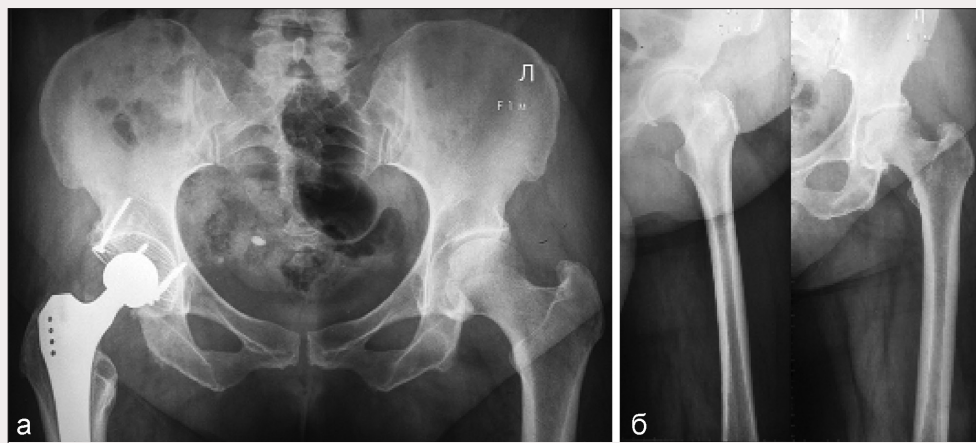


Рис. 1. Рентгенограмма больной Ф., 56 лет



Рис. 2. Рентгенограмма (а) и томограммы (б-д) больной Ф., 56 лет