

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННО» ТЕКУЩЕГО КОКСАРТРОЗА У 12-ЛЕТНЕЙ БОЛЬНОЙ

Григорий Владимирович Слизовский¹, Иван Иванович Кужеливский¹, Леонид Александрович Ситко²
(¹Сибирский государственный медицинский университет, Томск, ректор – д.м.н., проф. О.С. Кобыкова, кафедра детских хирургических болезней, зав. – д.м.н., доц. Г.В. Слизовский; ²Омский государственный медицинский университет, и.о. ректора – д.м.н., проф. В.А. Охлопков, кафедра детских хирургических болезней, зав. – д.м.н., проф. А.В. Пискалов)

Резюме. Диспластический коксартроз занимает лидирующие позиции в структуре ортопедических заболеваний у детей, а проблема коррекции его злокачественных форм по-прежнему остаётся весьма острой. Несмотря на применение современных методов консервативной терапии, до сих пор больные, вошедшие в хирургическую стадию заболевания, составляют значительную часть и в среднем составляют от 19 до 35%. В статье приведен клинический пример коррекции недостаточности крыши вертлужной впадины с использованием различных имплантов. Авторами предлагается способ хирургической коррекции с использованием материалов из никелида титана, обладающих высокой коррозионной стойкостью, хорошей совместимостью с тканями организма в сочетании с достаточной для биоматериалов пористостью который обеспечивает формирование структуры наружного края крыши вертлужной впадины и улучшение опорной функции конечности. В случае прогрессирования коксартроза подвздошный сегмент сохранен для предстоящего эндопротезирования.

Ключевые слова: коксартроз, дисплазия, никелид титана, регенерация, эндопротезирование.

CLINICAL CASE OF «MALIGNANT» COXARTHROSIS IN 12-YEAR-OLD PATIENT

G.V. Slizovskiy¹, I.I. Kuzhelivskiy¹, L.A. Sitko²
(¹Siberian State Medical University, Tomsk; ²Omsk State Medical University, Russia)

Summary. Dysplastic coxarthrosis dominates among children orthopedic cases, and its surgical alignment continues to be peracute. Despite the application of advanced therapies and medical treatment, the patients of surgical state case constitute a significant percentage of the total patient number, i. e. from 19 to 35%. In this article a detailed literature review of surgical alignment methods for deficiency acetabular roof by applying different implants has been described. The authors have proposed applying titanium nickeliide materials in the surgical alignment method, as such materials possess the following properties: high corrosion stability, full compatibility with the body tissues, as well as, sufficient porosis providing radial border structure regeneration of acetabular roof, which in its turn, improves the support ability of extremity. In the event of progression of coxarthrosis iliac segment is reserved for the upcoming replacement.

Key words: coxarthrosis, dysplasia, titanium nickeliide, regeneration, artroplastic.

Диспластический коксартроз (ДКА) – это одно из наиболее тяжёлых дегенеративно-дистрофических заболеваний, в основе которого лежит врожденное недоразвитие (дисплазия) тазобедренного сустава (ТБС). Это обусловлено его ранним возникновением и быстрым прогрессированием, высокой частотой двусторонней патологии, снижением качества жизни и трудоспособности вплоть до инвалидизации, сложностью социальной и психологической адаптации больных [2,3].

Увеличение частоты диспластических заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей порождает за собой новую проблему детской хирургии – разработка алгоритмов и тактики лечения диспластических заболеваний тазобедренного сустава. В статье представлены результаты ранней артропластики прогрессирующего коксартроза путём эндопротезирования ТБС, ранее оперированного с использованием имплантов из никелида титана [1].

Прогрессирующий, «злокачественный» характер течения коксартроза с дегенеративно-дистрофическими проявлениями в тазовом компоненте и далее в головке бедренной кости показан на нижеследующем клиническом примере.

Больная Б., 12 лет, госпитализирована в отделение ортопедии ОГАУЗ МЛШМУ ДБ №2 г. Томска 15.12.2008 г. История болезни №4123. Диагноз при поступлении ДКА слева 2 степени. При осмотре больная отмечала укорочение конечности до 2 см, быструю утомляемость при опоре на левую нижнюю конечность и нарушение походки – прихрамывание на левую ногу. Положительный симптом Трендаленбурга. В анамнезе больная в 6 лет перенесла болезнь Легг-Кальве-Пертеса (остеохондропатию головки бедренной кости) с неблагоприятным исходом в виде деформации головки ТБС и позднее с формированием диспластических изменений в виде ДКА. В процессе дальнейшего роста и развития ребенка появились вторич-

ные изменения со стороны крыши ТБС и подвывих головки бедренной кости. У хирурга поликлиники больная не наблюдалась в настоящее время обратилась с вышеуказанными жалобами в клинику. Рентгенография ТБС больной Б. при поступлении (рис. 1).

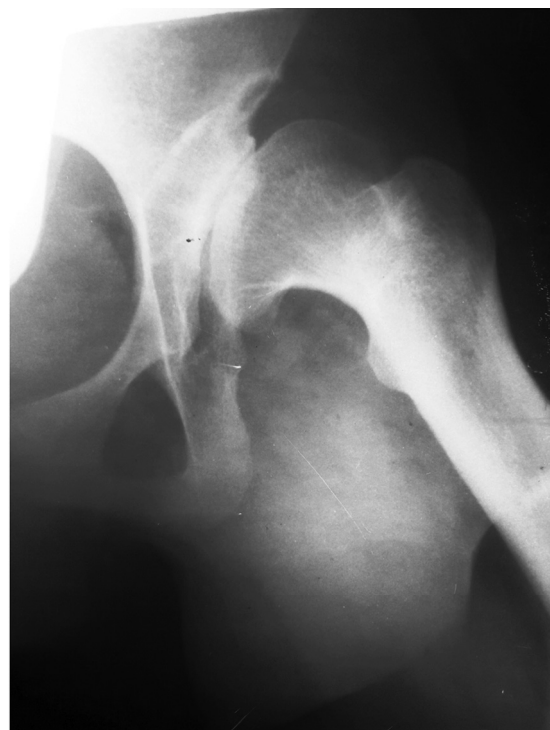


Рис. 1.

Рентгенологически установлен диагноз: ДКА II стадии с подвывихом головки бедренной кости, недоразвитие наружного края крышки вертлужной впадины слева. Ацетабулярный индекс – 55°, шеечно-диафизарный угол – 130°, антеторсия слева – 55°, угол Виберга 5°, коэффициент покрытия слева – 0,5, индекс покрытия – 4. Боли и дискомфорт в области левого ТБС стали беспокоить последние 4 месяца, когда больная прибавила в массе тела.

Первым этапом больной была выполнена операция: наацетабулярная остеотомия подвздошной кости с моделированием ацетабулярного компонента имплантом из пористого никелида титана. Наложена кокситная гипсовая повязка сроком на 6 недель. После снятия гипсовой повязки был проведен стандартный курс восстановительного лечения, включающий физиотерапию, массаж, ЛФК и кинезиотейпирование. Через 4 месяца после операции дозированная нагрузка на костылях, через 5 месяцев – ходьба с тростью. Полная нагрузка на оперированную конечность разрешена через 6 месяцев после операции. Больная осмотрена через год. Функциональная способность конечности восстановлена, жалоб больная не предъявляет. Рентгенография ТБС больной Б. через 1 год после операции (рис. 2).



Рис. 2.

Рентгенологическое исследование демонстрирует сформированный биокомпозит кость-пористый имплант. Покрытие головки полное. Признаков расширения имплантата не выявлено.

При осмотре больной через 5 лет после первичного обращения и 4 года после первой операции, в возрасте 17 лет были выявлены признаки прогрессирования диспластического коксартроза со стороны проксимального отдела бедренной кости. Больная отмечала выраженные боли в бедре при осевой и статической нагрузке. После плановой госпитализации больной было выполнено эндопротезирование оперированного сустава. При формировании «постели» для чашки эндопротеза ревизия имплантата из никелида титана, дополняющего вертлужную впадину, показала его полную биointegrацию (прорастание костной тканью) без признаков металла (как это бывает при ревизии других имплантатов) (рис. 3).

После монтажа чашки имплантата и подвертельной



Рис. 3.

osteotомии был установлен эндопротез. Необходимо отметить, что ножка бедренного компонента эндопротеза, испытывающая основную нагрузку, выполнена из пористого никелида титана, что вследствие биointegrации предотвращает микродвижность и предупреждает перипротезный перелом. Вид операционной раны после полной установки эндопротеза (рис. 4).



Рис. 4.

Рана ушита послойно, швы сняты на 10-е сутки после оперативного лечения. После проведения курса реабилитации (физиотерапия, массаж, ЛФК и кинезиотейпирование) больной была разрешена дозированная нагрузка на костылях, через 2 месяца – ходьба с тростью. Полная

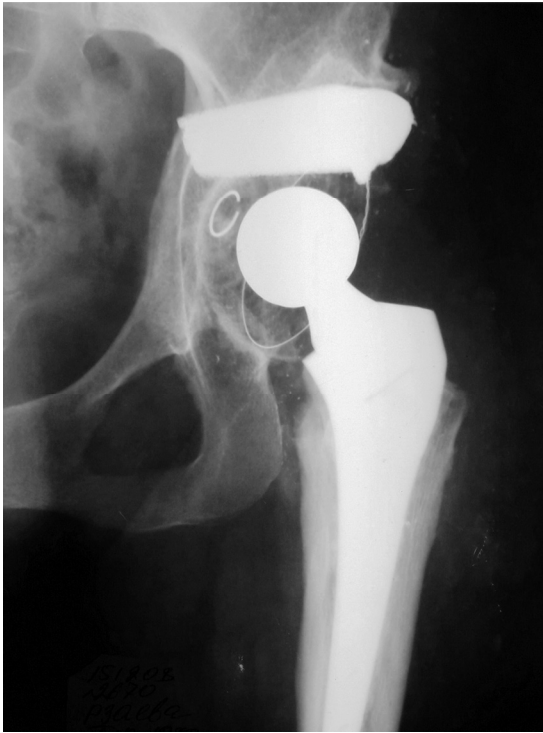


Рис. 5.

нагрузка на оперированную конечность разрешена через 3 месяца после операции. Больная осмотрена через год. Функциональная способность конечности восстановлена, жалоб больная не предъявляет. Рентгенография ТБС больной Б. через 1 год после операции (рис. 5).

Рентгенологическое исследование демонстрирует сформированный биокомпозит кость-пористый никелид титана. Данный комплекс является хорошим пластическим и опорным материалом для формирования «постели» под чашку эндопротеза, а наличие эндостальной реакции на бедренный пористый компонент эндопротеза демонстрирует его биоинтеграцию, что подтверждает рентгенологическое исследование.

При обследовании больной по шкале Харриса до и после лечения мы получили соответственно 61 и 90 баллов. Исход лечения по клинической шкале Любошица-Маттиса-Шварцберга составил 4,3 балла из 5 возможных, что соответствует хорошему результату. Коэффициент динамики составил больше 1, что соответствует параметру «улучшение». Больной рекомендовано динамическое наблюдение у ортопеда.

Таким образом, важным в успешном результате лечения ДКА является то, что хирургическая коррекция

прогрессирующего заболевания должна быть своевременной и даже в какой-то степени опережающей, зачастую основанной на жалобах, а не на рентгенологической картине, так как мягкотканый компонент ТБС до конца первого пубертатного периода ещё сохраняет свои эластические свойства. При прогрессирующем, злокачественно текущем коксартрозе с формированием подвздошного вывиха, без должной нагрузки на суставные поверхности, стремительно нарушается минеральный обмен в компонентах сустава с усугублением остеодистрофических процессов, что завершает порочный круг прогрессирующего коксартроза [3].

Нет смысла проводить ротационную транспозицию вертлужной впадины, поскольку в дальнейшем она это не обеспечивает конгруэнтность суставных компонентов ТБС, особенно при прогрессировании ДКА. По данным литературы отмечено, что у детей до конца первого пубертатного возраста возможно формирование впадины в процессе роста приближенное к норме [3]. У детей во втором пубертатном периоде, при тяжелом течении ДКА, максимальна вероятность получения неудовлетворительного результата.

Мы считаем, что наиболее приемлемым способом моделирования недостающей крыши вертлужной впадины является остеотомия подвздошной кости с ацетабулопластикой пористыми имплантатами из никелида титана, что позволяет добиться полного покрытия головки бедренной кости без повреждения ростковой зоны, надежно укрепить наружный край крыши вертлужной впадины и оптимизировать костную регенерацию в зоне остеотомии.

Умеренная осевая нагрузка в послеоперационном периоде оптимизирует остеоинтеграцию со стороны костного ложа в пористый имплант. При использовании разработанных нами методов коррекции коксартроза у детей сохраняются анатомические взаимоотношения всего комплекса ТБС, что позволяет в последующем при необходимости выполнять эндопротезирование ТБС после закрытия ростковых зон в более благоприятных условиях при отсутствии сформировавшихся грубых деформаций таза и осевого скелета.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Исследователи несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и иных взаимодействиях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

Работа поступила в редакцию: 01.11.2016 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Биосовместимые материалы с памятью формы и новые технологии в медицине / Под ред. В.Э. Гюнтера. – Томск: Изд-во «НПП МИЦ», 2014. – 342 с.
2. Крестьяшин И.В., Коварский С.Л., Крестьяшин В.М. и др. Современные стационарзамещающие технологии в работе детского центра амбулаторной хирургии, травматологии и ортопедии // Детская хирургия. – 2014. – №5. – С.53-56.
3. Поздникин Ю.И., Камоско М.М., Краснов А.И. и др. Система лечения дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра как основа профилактики диспластического коксартроза // Вестник травматологии и ортопедии. – 2007. – №3. – С.63-71.

REFERENCES

1. Biomaterials and new medicine technologies / Ed. V.E. Gunter. – Tomsk: NPP MIC, 2014. – 342 p. (in Russian)
2. Krestyashin I.V., Kovarskiy S.L., Krestyashin V.M., et al. Modern ambulance technology in the surgery, traumatology, orthopedics outpatient Pediatric Center // Detskaya Khirurgia. – 2014. – №5. – P.53-56. (in Russian)
3. Pozdnikin Y.I., Kamosko M.M., Krasnov A.I., et al. The system of treatment of hip dysplasia and congenital hip dislocation as a basis for the prevention of dysplastic coxarthrosis // Vestnik Travmatologii I Ortopedii. – 2007. – №3. – P.63-71. (in Russian)

Информация об авторах:

Слизовский Григорий Владимирович – д.м.н., заведующий кафедрой детских хирургических болезней ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, 634021, г. Томск, ул. О. Кошевого, 72, тел. 8 (3822) 451905; Кужеливский Иван Иванович – к.м.н., доцент кафедры детских хирургических болезней ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, e-mail: kuzhel@rambler.ru;

Ситко Леонид Александрович – заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор кафедры детской хирургии ФГБОУ ВО ОмГМУ Минздрава России, e-mail: sitkola2006@mail.ru

Information About the Authors:

Slizovskiy Grigoriy V. – MD, PhD, DSc (Medicine), Associate Professor, Head of department, 634021, Russia, Tomsk, O. Koshevogo str., 72, tel. (3822) 451905, e-mail: kuzhel@rambler.ru; Kuzhelivsky Ivan I. – MD, PhD, associate professor of pediatric surgical diseases, e-mail: kuzhel@rambler.ru; Sitko Leonid A. – Honored Scientist of Russia, Honored doctor, MD, PhD, DSc (Medicine), professor of pediatric surgery, e-mail: sitkola2006@mail.ru

© НИКОЛАЕВА С.С., РАСТОМПАХОВА Т.А., КАБАКОВА Е.Н. – 2016
УДК: 616-08-039.11

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ АНАФИЛАКСИИ НА БОЖЬЮ КОРОВКУ

Светлана Степановна Николаева¹, Татьяна Александровна Растомпахова²,
Екатерина Николаевна Кабакова²

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра госпитальной терапии, зав. – д.м.н., проф. Г.М. Орлова; ²Иркутская ордена «Знак Почёта» областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин)

Резюме. Реакции на ужаление перепончатокрылых насекомых делятся на аллергические, токсические и псевдоаллергические. Инсектная аллергия – это распространённое явление в летний и осенний период. У 5% больных она может проявляться генерализованной аллергической реакцией с жизнеугрожающим состоянием – анафилактическим шоком. В статье представлен клинический случай развития анафилактического шока на укус божьей коровки у женщины, имевшей в анамнезе анафилактический шок на укусы ос.

Ключевые слова: анафилактический шок, укус божьей коровки, укус ос, инсектная аллергия.

A RARE CASE OF ANAPHYLAXIS TO A LADYBUG

S.S. Nikolaeva¹, T.A. Rastompakhova², E.N. Kabakova²
(¹Irkutsk State Medical University; ²Irkutsk Regional Clinical Hospital)

Summary. Reactions to the sting of Hymenoptera divided into allergic, toxic and pseudoallergy. Insect allergens is a common phenomenon in the summer and autumn. In 5% of patients, it can manifest a generalized allergic reaction with a life-threatening condition – anaphylactic shock. The article presents a clinical case of anaphylactic shock as a result of bite of ladybugs in women who had history of anaphylaxis to stings of wasps.

Key words: anaphylactic shock, bite of ladybugs, wasps bite.

Аллергены насекомых могут вызвать развитие сенсibilизации при попадании в организм несколькими путями: с ядом – при ужалении перепончатокрылых (пчелы, осы и др.); со слюной – при укусе насекомых отряда двукрылых (комары, москиты и др.); ингаляционным и контактным способом – с чешуйками, личинками бабочек, сверчков, жуков и т.п.

Аллергия на укусы насекомых протекает в виде немедленной или замедленной реакции в местах укуса. Обычно укус кровососущих насекомых (комаров, москитов, блох) вызывает локальные проявления в виде отека, покраснения и полиморфной сыпи (папулезной, уртикарной, геморрагической, буллезной, некротической формы) и крайне редко – серьезные аллергические реакции. Иногда на укусы мошек может наблюдаться рожистоподобная реакция в виде острой эритемы, протекающей без повышения температуры и увеличения регионарных лимфоузлов. Аллергены слюны москитов могут быть также причиной развития зудящей узелковой сыпи (флеботодермия).

Наибольшую опасность представляет ужаление перепончатокрылых насекомых, которые могут вызвать серьезные аллергические реакции вплоть до анафилактического шока. Самым частым аллергеном, вызывающим развитие аллергии, является яд ос и пчел, шмели жалят очень редко. Причем шмели и пчелы жалят только в тех случаях, когда бывают спровоцированы.

Инсектная аллергия чаще встречается в летнее и осеннее время. Насекомые жалят при проведении садовых работ, в местах пикников, привлекают их также дворовые мусорные баки, компостные ямы; не стоит забывать о гнездах ос, которые располагаются, как правило, под карнизами, на чердаках.

Нормальная реакция на ужаление насекомых обыч-

но проявляется в виде умеренного локального покраснения и отека, тогда как выраженная локальная реакция – эритемой и сильным отеком, который может нарастать в течение 24-48 час. и сохраняться даже более 10 дней. Одновременно больного могут беспокоить слабость, недомогание, тошнота. В редких случаях имеют место инфекция и воспаление подкожно-жировой клетчатки [2].

Примерно у 5% больных с выраженной местной реакцией в анамнезе при повторном ужалении насекомого может развиваться генерализованная системная реакция с жизнеугрожающим состоянием – анафилактический шок [4]. Чаще всего такие реакции вызываются ужалениями ос, пчел, реже шмелей и шершней; в 30% случаев больные не могут назвать вид ужалившего насекомого.

Реакции на ужаление перепончатокрылых насекомых делятся на аллергические, токсические и псевдоаллергические. Гиперчувствительность к яду или слюне насекомых запускается иммунологическими механизмами по немедленному типу с включением аллергенспецифических антител класса Ig E. Токсические реакции возникают при одновременном ужалении большим количеством насекомых и индуцируются действием ряда медиаторов, содержащихся в их яде. По клинической картине отличить токсические от аллергической реакции иногда бывает довольно трудно. У некоторых больных через 2-7 дней после ужаления могут возникать реакции, напоминающие сывороточную болезнь (артралгии, уртикарная сыпь, недомогание, повышение температуры). Такие больные при повторном ужалении имеют высокий риск развития анафилактического шока.

У больных с анафилактическим шоком в 100% случаев встречаются гемодинамические нарушения: сни-