

УСТРАНЕНИЕ СГИБАТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНОЙ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ С ПОМОЩЬЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ

Д.Е. Зубков¹, Е.Ю. Логинова², Н.В. Бунчук²

¹Московский детский городской ортопедический центр при детской больнице №19 им. Т.С. Зацепина,

²ГУ Институт ревматологии РАМН, Москва

Резюме

Описан случай устранения сгибающей контрактуры обоих тазобедренных суставов у больной АС путем проведения относительно малотравматичной хирургической операции на мягких тканях – субспинальной миофасциотомии мышц левого бедра с парциальным удлинением прямой порции четырехглавой мышцы и капсулотомии левого тазобедренного сустава, что позволило исправить осанку больной.

Ключевые слова: анкилозирующий спондилит, тазобедренный сустав, контрактура, миофасциотомия, капсулотомия

Коксит у больных анкилозирующим спондилитом (АС) – редкое и почти всегда прогностически неблагоприятное проявление заболевания. С течением времени у большинства таких больных приходится прибегать к эндопротезированию тазобедренных суставов. Известные особенности патологического процесса при АС (остеит, воспаление и оссификация энтезисов) могут приводить к развитию своеобразных клинических и рентгенологических симптомов не только со стороны позвоночника, но и суставов, в частности тазобедренных. Поражение тазобедренных суставов при АС, по-видимому, может не ограничиваться синовитом и последующей костно-хрящевой деструкцией, как это свойственно ревматоидному артриту (РА), а характеризоваться также изменениями капсулы сустава и околоуставных мягких тканей, по крайней мере у отдельных больных. В этих случаях успех могут принести менее инвазивные хирургические вмешательства, о чем свидетельствует наше наблюдение.

Больная А., 24 лет. Диагноз: АС (HLA B27+) с поражением позвоночника (двухсторонний сакроилиит III-IV стадии; передний спондилит L_{III}-L_{IV}); боли и ограничения движений во всех отделах позвоночника с формированием грудного гиперкифоза и выпрямлением поясничного лордоза) и тазобедренных суставов (коксит, сгибающая контрактура). Активность умеренная. Функциональная недостаточность 2 степени.

Жалобы на нарушение осанки (невозможность прямохождения), ограничения движений во всех отделах позвоночника, умеренные боли в позвоночнике и выраженные – в тазобедренных суставах (с ограничением движений в них).

Первые проявления АС (боли воспалительного ритма в области грудной клетки и поясницы, правой ягодичной области) возникли в 18-летнем возрасте. Сначала болевой синдром был непостоянным, уменьшался после физических упражнений, эпизодического приема диклофенака. Примерно через 3 года боли в позвоночнике и присоединившиеся боли в тазобедренных суставах стали постоянными. Постепенно развились ограничения движений во всех отделах позвоночника, а также тазобедренных суставах, изменилась осанка, могла ходить только ссутулившись. Попытки более активного лечения эффекта не давали. Постоянно применялся диклофенак, в течение 2-х лет принимала преднизолон внутрь (10 мг/сут; отмена препарата к обострению не привела), назначался сульфасалазин по 1,5г/сут в

Рисунок 1
ОСАНКА БОЛЬНОЙ А. ДО (СЛЕВА) И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ



течение 3-х мес. (отменен из-за плохой переносимости), затем метотрексат по 10мг/нед. Сформировались стойкие и значительные нарушения осанки (рис. 1, слева).

Исходное обследование (04.2004г): жалобы на боли в тазобедренных суставах, ограничения движений в них, умеренные боли и ограничения движений в позвоночнике, затруднения при ходьбе. Больная может ходить, только наклонившись вперед, склонив вниз голову и сгибая ноги в тазобедренных и коленных суставах. Стоя определяется фиксированный гиперкифоз в грудном отделе позвоночника, поясничный лордоз сглажен. Ограничены движения во всех отделах позвоночника (симптом Шобера 0,5 см, симптом Отга – 0 см, дыхательная экскурсия грудной клетки 2 см, расстояние "затылок-стена" в положении сидя – 2 см, расстояние "подбородок-грудина" – 2,5 см). В положении лежа на спине наступала умеренная коррекция физиологических

изгибов позвоночника. В тазобедренных суставах имелась стойкая симметричная сгибательная контрактура под углом до 100°, амплитуда движений составляла 45-50°.

На рентгенограмме таза (рис. 2): частичный анкилоз крестцовоподвздошных сочленений, умеренное концентрическое сужение щелей тазобедренных суставов, симфизит. На рентгенограммах позвоночника синдесмофитов не выявлено, признаки переднего спондилита L_{III} - L_V; дугоотростчатые суставы в шейном отделе существенно не изменены.

Активность АС была расценена как умеренная. Индекс BASDAI составлял 16,3 (максимально возможное значение 100); боль, связанная с АС, в целом - 19 мм (по визуальной аналоговой шкале, ВАШ, 0-100 мм); утренняя скованность - 9 мм (ВАШ), длительность ее - 6 мин. Отмечалась умеренная ночная боль в позвоночнике - 34 мм (ВАШ) и выраженная боль в тазобедренных суставах - 52 мм (ВАШ). Также существенными были общие функциональные нарушения: индекс BASFI составлял 42,9 (максимально возможное значение 100).

Учитывая значительные боли в тазобедренных суставах, наличие выпота в левом тазобедренном суставе (по данным ультразвукового исследования (УЗИ) расстояние между сигналом от капсулы до контура шейки бедренной кости составляло 9,2 мм, при норме до 7 мм), а также повышение СОЭ (47 мм/час) и С-реактивного белка (6,9 мг/%, при норме до 1 мг/%), можно было предполагать наличие активного коксита. Поэтому больной проведено внутривенное введение 1 г метилпреднизолона. Это лишь ненамного уменьшило боли в тазобедренных суставах (с 52 до 38 мм по ВАШ) и не привело к увеличению объема движений в них. Из-за плохой переносимости дальнейшего внутривенного введения метилпреднизолона не проводилось. Занятия ЛФК, попытка разработать движения в тазобедренных суставах с помощью "УГУЛЯ" эффекта не принесли.

Обращало на себя внимание существенное расхождение между значительными нарушениями функции тазобедренных суставов и относительно небольшими рентгенологическими изменениями (умеренное сужение щели). Ортопед (Д.Е. Зубков), осмотрев больную, высказал предположение о преимущественно миогенной природе ограничений движений в тазобедренных суставах и предложил провести последовательное двустороннее оперативное вмешательство на околоуставных мягких тканях.

Операция (15.07.2004): миофасциотомия мышц левого бедра - субспинальная миотомия, парциальное удлинение прямой порции четырехглавой мышцы; капсулотомия левого тазобедренного сустава.

После осуществления интубационного наркоза сгибательная контрактура правого тазобедренного сустава самопроизвольно разрешилась.

В ходе оперативного вмешательства было установлено, что доступные обзору фасциальные футляры изменены; они были мутными, эластичность их снижена; изменений мышечной ткани визуально не отмечалось. Послойно, последовательно были рассечены поверхностная и собственная фасции бедра, а затем (Z-образно) - субспинальная группа мышц (нежная и портняжная мышцы) и широкая фасция бедра. Проведено Z-образное рассечение прямой порции четырехглавой мышцы бедра во фронтальной плоскости, открыт доступ к капсуле тазобедренного сустава. Пальпаторно установлены изменения капсулы. Она была сморщена, уплотнена, в толще капсулы определялся выраженный косо расположенный рубцовый тяж. Проведена капсулотомия (на протяжении 4 см по ходу суставной щели), синовиальная оболочка не рассеклась. Сразу же после капсулотомии контрактура тазобедренного сустава разрешилась без насильственных манипуляций. Разрез капсулы не ушивался. Позднее восстановлена непрерывность Z-образно рассеченных мышц в положении достигнутой коррекции без натяжения.

После операции, в положении полного разгибания тазобедренных суставов, была наложена кокситная гипсовая повязка сроком на 4 нед. После снятия повязки начата пассивно-активная гимнастика. С целью профилактики рецидива контрактуры рекомендовано при ходьбе обязательно пользоваться костылями, ежедневно заниматься упражнениями для укрепления мышц бедер и ягодиц.

Больная старалась следовать этим рекомендациям. Осмотрена через 4 мес. после операции. Явно улучшилась осанка: ходит выпрямившись, сгибательных контрактур тазобедренных суставов нет (рис. 1, справа). Объем движений в тазобедренных суставах соответствует физиологическому, причем не только в

левом, но и в неоперированном правом. Объем движений в позвоночнике существенно не изменился. Активность АС была низкой: индекс BASDAI составлял 9,8, боль в позвоночнике и тазобедренных суставах была неинтенсивной (на фоне постоянного приема диклофенака). В полости обоих тазобедренных суставов по данным УЗИ сохранялось избыточное количество жидкости (капсулярно-шеечное расстояние справа 8,8 мм, слева - 8,9 мм).

Обсуждение

Выполненная у наблюдавшейся нами больной относительно малотравматичная операция на мягких тканях левого тазобедренного сустава привела к ликвидации стойкой многолетней фиксированной сгибательной контрактуры, нарушавшей осанку и значительно ограничивавшей функциональные возможности.

Значительный успех этой операции позволяет обсуждать своеобразный механизм поражения тазобедренных суставов в данном случае. По-видимому, основное значение в формировании сгибательной контрактуры левого тазобедренного сустава имели изменения капсулы, так как только после ее рассечения (а не скелетных мышц) удалось восстановить движения в этом суставе. Хотя, судя по данным рентгенографии и УЗИ, отмечались также признаки собственно коксита: сужение щели и наличие избыточного количества жидкости в полости обоих суставов.

Рисунок 2

РЕНТГЕНОГРАММА ТАЗА. НЕБОЛЬШОЕ СУЖЕНИЕ ЩЕЛЕЙ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ



Известны несколько клинко-рентгенологических особенностей коксита при АС. В большинстве случаев первым рентгенологическим признаком коксита является сужение суставной щели, к которому постепенно присоединяются деструктивные изменения костной ткани головки бедренной кости и вертлужной впадины [1]. Но при АС, в отличие, например, от РА, поражение тазобедренного сустава часто сопровождается ранним образованием остеофитов головки бедренной кости. В ряде случаев эти изменения могут быть единственным рентгенологическим проявлением коксита при АС (и при других спондилоартритах). Предполагается, что при АС в патогенезе коксита может принимать участие не только синовит (как при РА), но и остейт (воспалительное поражение костной ткани) [1, 2]. При АС известен и "недеструктивный анкилозирующий" коксит, не сопровождающийся существенным сужением щели сустава и костной деструкцией, для которого характерны значительные ограничения движений. Впервые этот вариант коксита был описан J.Forestier et al. в 1956г, но объяснений такому своеобразному механизму развития патологии не давалось. В этой связи интересно сообщение о развитии исключительно капсулярного анкилоза тазобедренного сустава при АС без изменений суставной щели, что было установлено с помощью компьютерной томографии [4]. По всей видимости, такие случаи при АС редки, так как в двух статьях, специально посвященных анализу клинко-рентгенологических изменений тазобедренных суставов при АС, о подобных случаях не сообщалось [5, 6].

Развитие нарушений движений в суставах вследствие изолированной патологии капсулы хорошо известно, особенно для плечевого сустава ("ретрактивный капсулит", "замороженное плечо"). Описан ретрактивный капсулит и других локализаций,

в том числе тазобедренных суставов. Причины развития ретрактивного капсулита и характер изменений капсулы в этих случаях изучены плохо. J.S. Neviaseg (1945г) во время хирургического вмешательства на плечевых суставах при ретрактивном капсулите выявлял спаянность капсулы с головкой плечевой кости, натянутость и утолщенность капсулы. Капсула напоминала прилипший к коже пластырь, спайки отсутствовали, поэтому ее удавалось относительно легко отделить от кости. При микроскопическом исследовании капсулы отмечались слабо выраженные последствия хронического воспаления (фиброз и периваскулярные клеточные инфильтраты) или только фиброзные и дегенеративные изменения в субсиновиальном слое.

Своеобразный механизм развития значительных, инвалидизирующих нарушений движений в тазобедренных суставах у наблюдавшейся нами больной указывает на необходимость большего внимания к деталям коксита при АС. В тех случаях, когда значительные клинические нарушения не сопровождаются существенными рентгенологическими изменениями, видимо, следует стремиться к уточнению состояния капсулы сустава и сухожильно-мышечного аппарата. Свойственное капсулиту уменьшение объема сустава может быть установлено с помощью контрастной артрографии, а утолщение капсулы можно попытаться выявить с помощью МРТ.

Особый интерес вызывает механизм развития сгибательной контрактуры правого (неоперированного) тазобедренного сустава у описываемой больной. До операции казалось, что состояние этого сустава ничем не отличается от контрлатерального ни по клиническим, ни по рентгенологическим данным. Контрактура справа была фиксированной, в положении пациентки лежа на спине она не уменьшалась, причем значительных болей в этом тазобедренном суставе не было. Во время операции после введения больной в наркоз контрактура правого тазобедренного сустава самопроизвольно (без насильственных действий) разрешилась, что свидетельствует о ее функциональном (компенсаторном) генезе. Таким образом, до операции клинические представления о характере изменений правого тазобедренного сустава были ошибочными. Это указывает на необходимость более внимательного подхода к выбору первоначальной стороны операции (при эндопротезировании тазобедренных суставов) у больных с двухсторонним кокситом при АС.

Операции на мягких тканях (тенотомия, миофасциотомия)

применяются при контрактурах суставов различного генеза (посттравматических, вследствие неврологических заболеваний, полиомиелита), в том числе и при хронических заболеваниях суставов. Профилактическая роль этих операций мало освещена в отечественной литературе [8]. Но их использование на определенных этапах заболевания может предотвратить развитие сгибательных и вальгусных контрактур коленных суставов, сгибательных и приводящих контрактур тазобедренных суставов, создать декомпрессию сустава.

Операции на мягких тканях при хронических артритах коленного и тазобедренного суставов, по мнению ряда зарубежных авторов, - безопасный и эффективный метод уменьшения боли и улучшения функции. Причем в случае миотомии в области тазобедренного сустава объем вмешательства целесообразно ограничивать мышцами приводящей группы и большой поясничной мышцей. Более обширные операции "релиза" (высвобождения мышц) и/или проведение синовэктомии тазобедренного сустава не имеют преимуществ, так как последующая реабилитация в этих случаях часто длительна и болезненна и не приводит к увеличению объема движений - [9, 10, 11, 12, 13, 14].

Показанием к операции миофасциотомии являются стойкие сгибательно-приводящие или приводящие контрактуры тазобедренного сустава, не поддающиеся консервативному лечению. При этом необходимо убедиться в относительной сохранности внутренних структур сустава, отсутствии значительной деструкции суставного хряща и субхондральной кости, отсутствии или слабой выраженности синовита. По нашему опыту, такие операции могут ограничиваться рассечением фасциальных футляров мышц, что бывает достаточно для устранения сгибательной контрактуры сустава. Только в редких случаях возникает необходимость в проведении Z-образного рассечения и удлинения прямой порции четырехглавой мышцы бедра, как в описанном случае.

Капсулотомия как элемент операций тотальных или субтотальных синовкапсулэктомий тазобедренного сустава, ранее выполнявшихся как самостоятельный метод хирургического лечения ревматоидного коксита, в настоящее время практически не используется из-за высокой травматичности, а также длительно и сложного периода последующей реабилитации. Тем не менее, как свидетельствует наше наблюдение, капсулотомия, выполненная по строгим показаниям, может принести больному значительную пользу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Resnick D., Niwayama G. Diagnosis of bone and joint disorders. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1981, 1074-1080.
2. Pasion E.G., Goodfellow J.W. Pre-ankylosing spondylitis: histopathological report. Ann. Rheum. Dis., 1975, 34, 92-97.
3. Forestier J., Jacqueline F., Rotes Querol J. Ankylosing Spondylitis (Translated by A.U. DesJardins). Springfield, Illinois, Charles C. Thomas, 1956.
4. D'rrigl T.H., Hausler Z., Kriz L. A propos d'une coxite dans la spondylite ankylosante. Rev. Rhum. Mal. Osteoartic., 1965, 32, 623.
5. Dwosh I.L., Resnick D., Becker M.A. Hip involvement in ankylosing spondylitis. Arthr. Rheum., 1976, 19, 683-692.
6. Marks J.S., Hardinge K. Clinical and radiographic features of spondylitis hip disease. Ann. Rheum. Dis., 1979, 38, 332-336.
7. Neviaseg J.S. Adhesive capsulitis of the shoulder. A study of the pathological findings in peri-arthritis of the shoulder. J. Bone Joint Surgery, 1945, 27, 211-222.
8. Алякин Л.Н., Жила Н.Г. Хирургическое лечение ревматоидного коксартрита у детей. Заболевания и повреждения крупных суставов у детей. Сб. научн. трудов под ред. проф. Андрианова. Ленинград, 1989, 114-122.
9. Mogensen B., Brattstrom H., Stantesson H., Lingren L. Soft tissue release of the hip in juvenile chronic arthritis. Scand. J. Rheumatol., 1983, 12, 17-20.
10. Arden G.P. Surgical treatment of juvenile rheumatoid arthritis. Ann. Chir. Gynaecol., 1985, suppl., 198, 103-109.
11. Swann M., Ansell B.M. Soft-tissue release of the hip in children with juvenile chronic arthritis. J. Bone Joint Surg., 1986, 68B, 404-408.
12. Swann M. Juvenile chronic arthritis. Clin. Orthop., 1987, 219, 38-49.
13. Clarke D.W., Ansell B.M., Swann M. Soft-tissue release of the knee in children with juvenile chronic arthritis. J. Bone Joint Surg. Br., 1988, 70, 224-227.
14. Ishikawa H., Sayra R., Ohno O., Hirohata K. Long-term results of posterior release surgery for severe flexion contracture of the knee in patients with rheumatoid arthritis. Gin. Orthop., 1991, 262, 242-247.

Поступила 10.04.05

Abstract

D.E. Zubkov, E.Y. Loginova, N.V. Bunchuk

Correction of hip flexion contracture in a patient with ankylosing spondylitis by an operation on soft tissues

Correction of hip flexion contracture in a patient with ankylosing spondylitis was performed by a relatively low traumatic operation on soft tissues - subspinal myofasciotomy of left hip muscles with partial elongation of quadriceps straight part and left hip joint capsulotomy which provided correction of pt bearing.

Key words: *ankylosing spondylitis, hip joint, contraction, myofasciotomy, capsulotomy*