

შემთხვევის აღწერა

ჩიკვატია ლ., ოზგაიძე გ., სულავა რ., ზაქარაძე დ.

პოსტტრავმული კოქსართროზი და მისი მართვა

თსსუ, პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის დეპარტამენტი

სხვადასხვა მიზეზით გამოწვეული მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტრავმის შედეგად შესაძლოა განვითარდეს ძვალ-ხრტილოვანი, მყეს-კუნთოვანი ან სინოვიალური ქსოვილების პათოლოგიური ცვლილებები, რაც შემდგომში ნორმალური ქსოვილის ფიბროზულად გადაგვარების ან ქსოვილთა ჯგუფის ასეპტიკური ნეკროზის – ქსოვი ლთა გაწოვის” წინაპირობაა. პოსტტრავმულ პერიოდში მნიშვნელოვანია გამოხატული ტკივილის არსებობა, რაც კავშირშია სიმპატიკური ინერვაციის გაღიზიანებასთან და , შესაბამისად, რეგიონულ სისხლძარღვთა სპაზმთან, ამასთანავე, სახსარახლო და სახსარში და მოტეხილობებთან, ძვლის ან ხრტილის კიდით დაზიანებებთან, რის შედეგადაც ვითარდება სახსარში შემავალი ქსოვილების მექანიკური გაღიზიანება, მიკროტრავმატიზაცია და ნეკროზი. აგრეთვე, სახსარში და ან სახსარახლო ჰემატომა, ჰემართროზი, რასაც თან სდევს ფიბრინის დალექვა, ასეპტიური ანთეზა , სინოვი ალურ ჩანთა ში შეხორცები თი შვარტების განვითარება და სასახსრე ჩანთის ელასტიურობის დაქვეითება, რაც პოსტტრავმული ართროზის განვითარების მიზეზი ხდება.

აქტუალობა: მენჯ-ბარძაყის სახსრის პოსტტრავმული ართროზის მკურნალობა დღევანდელი მედიცინისთვის წარმოადგენს ერთ-ერთ ურთულეს ამოცანას. პათოლოგიური პროცესი პროგრესირებს, თუმცა დროული და ადეკვატური მკურნალობის შემთხვევაში, შესაძლებელია თავიდან აცილებულ იქნას ართროზის ჩამოყალიბება და სახსრის ენდოპროტეზირება [1, 3]. პოსტტრავმული კოქსართროზი ორთოპედიულ ქირურგიაში აქტუალობას არ კარგავს, პირიქით, ბოლო დროს, ტრავმის შემთხვევების მატებასთან ერთად, მისმა სიხშირემაც იმატა.

მენჯ-ბარძაყის სახსარში პოსტტრავმული კოქსართროზის განვითარების მიზეზებია: 1. ბარძაყის თავის კონტუზია; 2. ბარძაყის თავის ან ყელის მოტეხილობები; 3. ბარძაყის თავის ამოვარდნილობები (პოსტტრავმული); 4. ტაბუხის ფოსოს მოტეხილობები. ზემოთ ჩამოთვლილი ამ მიდამოს (მენჯ-ბარძაყის)ავასკულარიზაციის მიზეზი ხდება შემთხვევათა დაახლოებით 75%-ში, რაც შემდგომ იწვევს შეუქცევად პათოლოგიურ პროცესებს, რასაც მიყვავართ ქსოვილების რეზორბციამდე და პოსტტრავმული კოქსართროზის ჩამოყალიბებამდე.

ძალზედ მნიშვნელოვანია ასეთი პაციენტების სწორი მართვა, რადგან ტრავმის შემდგომ, ვასკულარიზაციის დარღვევის დიაგნოსტირება პრაქტიკულად შეუძლებელია და განსაკუთრებული მნიშვნელობა ენიჭება კლინიკურ სიმპტომატიკას და პაციენტის ინფორმირებულობას მოსალოდნელი გართულებებისა და პროგნოზის შესახებ [2].

დაგვიანებულ პერიოდში, სახსარში შემავალ ანატომიურ ელემენტებში მიმდინარეობს დეგენერაციულ-დისტროფიული ცვლილებები, რაც, თავის მხრივ, აღრმავებს ავასკულარიზაციას და იწვევს ქსოვილთა ასეპტიკურ ნეკროზს.

ზემოთ აღნიშნული პათოლოგიური პროცესების ჩამოყალიბებას სჭირდება გარკვეული დრო. პოსტტრავმულ პერიოდს, როგორც წესი, მოჰყვება ”ნათელი პერიოდი”, რომელიც შესაძლოა გაგრძელდეს 46 თვე და ამ დროს სახსრის დაზიანების დიაგნოსტირება საკმაოდ რთულია [4]. წარმოდგენილი შემთხვევა მიზნად ისახავს განხილულ იქნას თსსუ-ის პირველი საუნივერსიტეტო კლინიკის ტრავმატოლოგია-ორთოპედიის დეპარტამენტში არსებული პოსტტრავმული კოქსართროზის მართვის პრინციპები.

შემთხვევის აღწერა: პაციენტი ჩ.ა, 58 წლის მამაკაცი, უჩივის ტკივილსა და მოძრაობის შეზღუდვას მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრში და კოჭლობას. პაციენტი გადაადგილდებოდა ყავარჯნის დახმარებით.

პაციენტი ანამნეზში აღნიშნავდა 22 წლის წინ მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ტრავმას ავტოსაგზაო შემთხვევის შედეგად. სამედიცინო დაწესებულებაში გადაყვანის შემდეგ დაუდგინდა მარცხენა ბარძაყის ტრავმული ამოვარდნილობა, რის გამოც ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ განხორციელდა ბარძაყის თავის დახურული რეპოზიცია და მკურნალობა სტაციონარში გაგრძელდა ჩონჩხოვანი დაჭიმვით. გაწერის შემდეგ მკურნალობდა ამბულატორიულად. რამდენიმე წლის განმავლობაში პაციენტს არ აღნიშნებოდა ჩივილები. ტრავმული დაზიანებიდან დაახლოებით 7-8 წლის შემდეგ პაციენტს დაეწყო ტკივილები და დისკომფორტი მოძრაობისას, მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის არეში, რისთვისაც განსაკუთრებული ყურადღება არ მიუქცევია. ბოლო პერიოდში ტკივილმა იმატა და, ამავე დროს, პაციენტს დაეწყო კოჭლობა. მან მომართა ჩვენს კლინიკას, სადაც ჩაუტარდა რენტგენოგრაფიული გამოკვლევა (სურათი 1).



სურათი 1.

რენტგენოგრამაზე აღინიშნა პოსტრავმული კოქსართროზი, სახსრის სრული ანკილოზით. კლინიკურად მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსარში გამოვლინდა ქანქარისებური მოძრაობები. შემდგომი სამედიცინო ჩარევის და ოპერაციული ტაქტიკის განსაზღვრისთვის განხორციელდა კომპიუტერულ-ტომოგრაფიული გამოკვლევა (სურათი 2, 3).



სურათი 2.



სურათი 3.

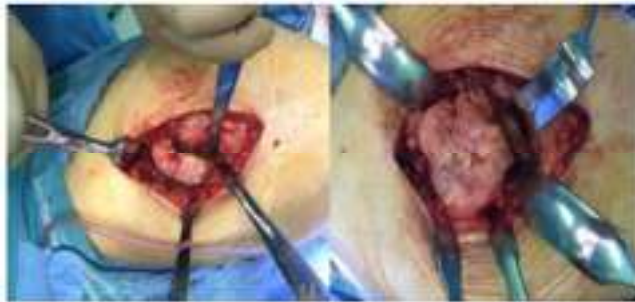
ზემოთ აღნიშნული გამოკვლევების შემდგომ, გადაწყდა მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის ენდოპროტეზირება. ასევე გათვალისწინებულ იქნა ტაბუხის ფოსოს პოროზის ხარისხი, რის

გამოც მომზადდა ბურშნაიდერისა და მიულერის რგოლები (რინგები), ტაბუხის ფოსოს დამატებითი ფიქსაციისთვის (სურათი 4, 5).



სურათი 4. სურათი 5.

შესრულდა მარცხენა მენჯ-ბარძაყის სახსრის უცემენტო ენდოპროტეზირება “ზიმერის” ენდოპროტეზით. ოპერაციის მსვლელობისას გადაწყდა, რომ დაყენებულიყო სტანდარტული ტაბუხის ფოსოს კომპონენტი, ხოლო ტაბუხის ფოსოს დამატებითი სტაბილიზატორები პაციენტს არ დასჭირდა. წარმოდგენილია ოპერაციის მიმდინარეობის ფოტოები (სურათი 6, 7, 8, 9), სადაც ნათლად ჩანს ბარძაყის თავის ნეკროზი და ოსტეოფიტები, ასევე ბარძაყის თავის დეფორმაციის ხარისხი.



სურათი 6, 7.



სურათი 8, 9.

ოპერაციის შემდგომი პერიოდი მიმდინარეობდა დამაკმაყოფილებლად, პაციენტის წამოყენება განხორციელდა ოპერაციიდან მეორე დღეს რეაბილიტოლოგის მიერ, გაეწერა ამბულატორიულ მკურნალობაზე. საკონტროლო რენტგენოგრაფია განხორციელდა ოპერაციიდან 3 თვეში (სურათი 10).

სურათი 10

დასკვნა: პოსტტრავმული კოქსართროზი გახლავთ მენჯ-ბარძაყის ტრავმის შემდგომი ერთ-ერთი ხშირი გართულება და მისი ოპტიმალური კორექტირება, ოპერაციული ჩარევითაც, ბევრ შემთხვევაში ძალიან რთულია. აუცილებლად გასათვალისწინებელია: პოსტტრავმული პერიოდის სწორი მართვა, ტკივილის დროული კუპირება, სისხლის მომარაგების გაუმჯობესების მენეჯმენტი, დროული იმობილიზაცია და დაზიანებული კიდურის რაციონალური დატვირთვა, სახსარში მექანიკური გამდიზიანებლის არსებობის შემთხვევაში, მისი დროული და მინიინვაზიური ელიმინაცია. ასევე პაციენტის ინფორმირებულობა იმის

შესახებ, თუ რა სირთულეებს ექნება ადგილი შორეულ მომავალში. ყოველივე ზემოთქმულის გათვალისწინებით, შესაძლებელია ავირიდოთ რთული ქირურგიული ჩარევები და შრომისუნარიანობის ხანგრძლივი შეზღუდვა.

ლიტერატურა:

1. Argi ntar E , Whit fiel d B, DeBritz J. Missed obturator hip dislocation in a 19-year-old man. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 2012 Mar; 41(3):E43-54. 1
2. Johansson H.R. Osteonecrosis is not a predictor of poor outcomes in primary total hip arthroplasty: a systematic literature review /International Orthopaedics (SICOT). — 2011. — Vol. 35. — P. 465-473.
3. Luggeder A , Häring E, Müller A, Droste P, Zeichen J. Total hip arthroplasty with the cementlessspiron femoral neck prosthesis. Oper Orthop Traumatol. 2013 Aug; 25 (4): 388-397.
4. Manner HM, Mast NH, Ganz R, Leunig M. Potential contribution of femoroacetabular impingement to recurrent 1 traumatic hip dislocation. J PediatrOrthop B. 2012 Nov;21(6):574-578.
5. Олейник А.Е., Саид Имад Али, Гриценко А.А-Особенности эндопротезирования тазобедренного сустава при посттравматическом протрузионном коксартрозе. Журнал «Травма» 1 (том 12) 2011.

Case Report

Chikvatia L., Obgaidze G., Sulava R., Zaqradsze D.

POST-TRAUMATIC COXARTHROSIS AND ITS MANAGEMENT

TSMU, 1ST UNIVERSITY CLINIC, TRAUMATOLOGYORTHOPAEDIC DEPARTMENT

Post-traumatic coxarthrosis belongs to a group of diseases, which develops secondary to pathological processes. Specifically in this case, hip flexion. Causing injury to a variety of reasons, may hip joints develop abnormal changes in bone and cartilage, tendon-muscle or synovial tissue. As a precondition for the normal tissue fibrosis decay or tissue of aseptic necrosis - “draft” of the importance of further symptomatics- severe pain, which may cause the sympathetic innervation of the irritation and the vascular spasm, joint nearby and articular fractures, bone or cartilage damage, which leads to flexion mechanical irritation of the tissue, microtraumatization and necrosis. Articular or joint surrounding hematomas in the area, which in turn is followed by hemarthrosis- fibrin precipitation, aseptic inflammation, synovial pouch of healing schwarts development, loss of elasticity and finally post-traumatic arthrosis of articular capsule.