

© Группа авторов, 2012

УДК [616.711.6+616.728.2]-07-089

## **Дифференциальная диагностика hip-spine синдрома на этапе предоперационной подготовки**

**Е.Н. Щурова, М.В. Хомченков, Б.В. Камшилов, О.К. Чегуров, О.Г. Прудникова**

### **Differential diagnostics of the hip-spine syndrome at the stage of preoperative preparation**

**E.N. Shchurova, M.V. Khomchenkov, B.V. Kamshilov, O.K. Chegurov, O.G. Prudnikova**

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Российский научный Центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздрава России, г. Курган  
(директор – д. м. н. А.В. Губин)

Представлен клинический случай, демонстрирующий результат сочетанной патологии поясничного отдела позвоночника и тазобедренного сустава при оперативном лечении суставного и вертеброгенного факторов. При лечении больных с hip-spine синдромом необходима тонкая дифференциальная комплексная диагностика 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.  
**Ключевые слова:** hip-spine синдром, диагностика, алгоритм лечения.

A case report is presented which demonstrates the result of the combined pathology of lumbar spine and the hip for surgical treatment of articular and vertebrogenic factors. Complex sophisticated differential diagnostics is required at the stage of preoperative preparation in treatment of patients with the hip-spine syndrome in order to determine a dominant factor in the formation of the hip-spine syndrome clinical picture, as well as prioritization and feasibility of performing surgical treatment in one of the hip-spine syndrome components.  
**Keywords:** the hip-spine syndrome, diagnostics, treatment algorithm.

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 ведёт к разрыву сформировав-

шегося 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 ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. 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 иррадиирующие в поясничную область. Считает себя больной с 2003 года, 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 L<sub>4,5</sub>. В 2003 году выполнена операция – удаление грыжи диска L<sub>4,5</sub>. С 2006 года вновь обострение, сопровождающееся болью в правом тазобедренном суставе. Был про-

веден курс консервативного лечения, который не сопровождался улучшением состояния больной. В 2009 было выполнено эндопротезирование правого тазобедренного сустава. В 2010 году выполнено оперативное лечение рецидива грыжи диска L<sub>4-5</sub> поясничного отдела позвоночника.

По данным рентгенографии таза (рис. 1) справа определяется стабильный эндопротез тазобедренного сустава, слева – признаки коксартроза 1 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 L<sub>4-5</sub>. 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 L<sub>4-5</sub>, корешковый синдром L<sub>5</sub> справа. Левосторонний вторичный коксартроз 1 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, ЧЛН без особенностей, синдром Лассега++ справа. Сухожильные рефлексы: D=S снижены, ахилловы D<S – вызываются. Сила мышц правой стопы снижена до 3-4 баллов, гипестезия в L<sub>5</sub> дерматоме справа.

Больная жаловалась на постоянные боли в поясничном отделе позвоночника 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 L<sub>3-S1</sub> 2-3 перио-

дов, спондилоартроз в сегментах L<sub>3-S1</sub> 2-3 стадии, состояние после интерламинэктомии L<sub>3-4</sub>, L<sub>4-5</sub>, L<sub>5-S1</sub> сегментов, дискэктомии L<sub>4-5</sub>, L<sub>5-S1</sub>, рецидив задней грыжи диска L<sub>4-5</sub> с компрессией корешков L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub> справа, локальный спаечный эпидурит, арахноидит на уровне L<sub>4-S1</sub>.

В сегменте L<sub>4-5</sub> определяется рецидивирующая задне-парамедианная грыжа диска, выступающая в позвоночный канал до 0,8 см, с основанием 0,9 см на 6-7 часах, вертикальным размером 0,8 см. Компрессия корешков L<sub>5</sub>, S<sub>1</sub> 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. 1). 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 L<sub>4-5</sub> 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.

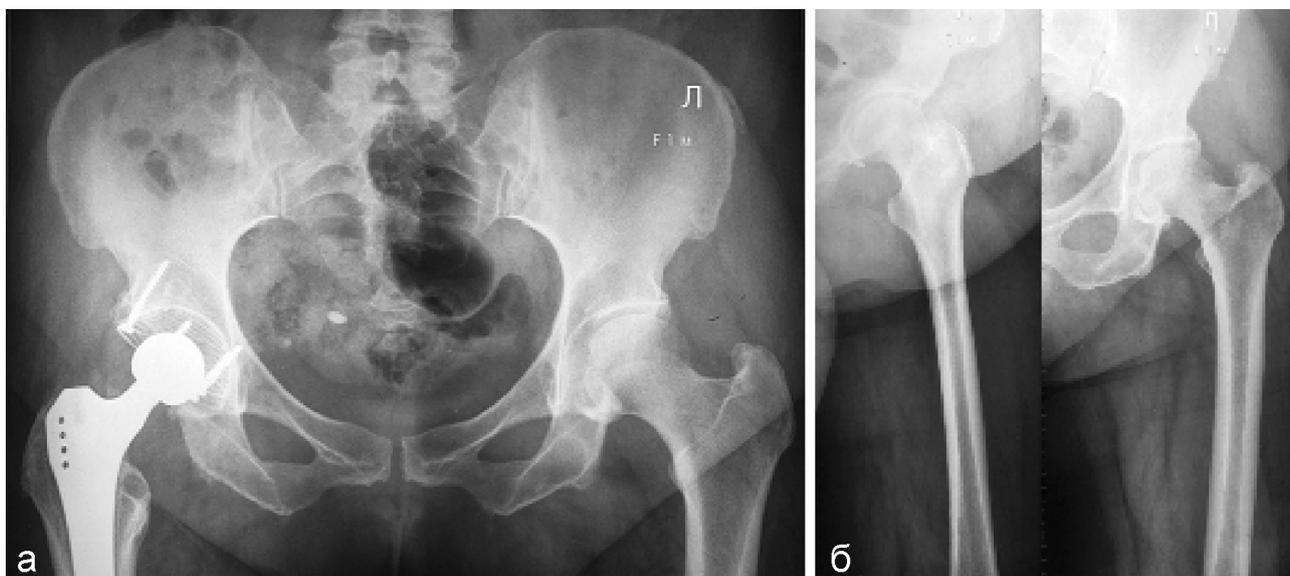


Рис. 1. Рентгенограммы больной Ф., 56 лет: а – рентгенограмма таза в прямой проекции; б – рентгенограмма левого тазобедренного сустава и бедра в двух проекциях

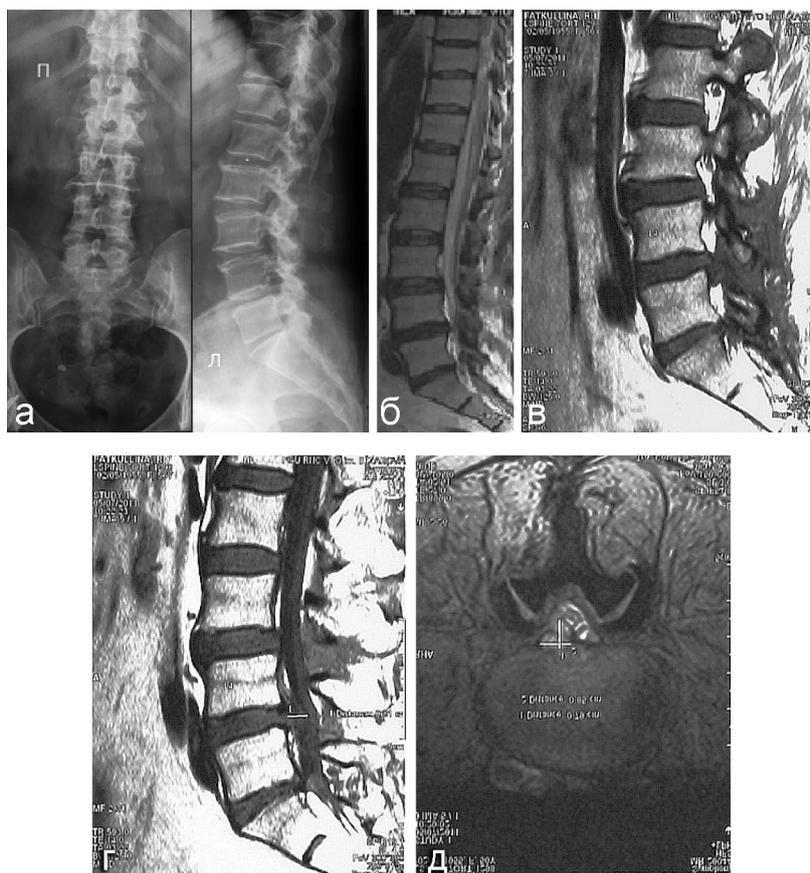


Рис. 2. Рентгенограммы (а) и томограммы (б-д) позвоночника больной Ф., 56 лет

Таблица 1

Показатели температурно-болевого чувствительности (град.) больной Ф., 56 лет

Дерматомы	Показатели					
	Температура кожи		Порог тепловой чувствительности		Порог болевой чувствительности	
	справа	слева	справа	слева	справа	слева
L <sub>2</sub>	30,6	31,1	нет	36	48,0	47,0
L <sub>3</sub>	31,9	31,4	39,0	39,0	47,0	46,0
L <sub>4</sub>	30,9	31,0	нет	41	48,0	45,0
L <sub>5</sub>	31,3	31,4	43,0	38,1	48,3	47,3
S <sub>1</sub>	31,1	31,1	нет	нет	49,1	49,3
S <sub>2</sub>	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°.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вакуленко В.М., Худобин В.Ю., Бублик Л.А. Дегенеративно-дистрофические поражения тазобедренных суставов и позвоночника // Травма. 2000. Т. 1, № 1. С. 24–26.
2. 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.
3. 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.
4. Вакуленко В.М. Концепция ведения больных коксартрозом на фоне дегенеративно-дистрофического поражения пояснично-крестцового отдела позвоночника // Травма. 2008. Т. 9, № 1. С. 6–12.
5. Денисов А.О., Шильников В.А., Барнс С.А. Коксо-вертебральный синдром и его значение при эндопротезировании тазобедренного сустава: (обзор лит.) // Травматология и ортопедия России. 2012. № 1. С. 121–127.
6. Герцен Г.И. Лечение дегенеративно-дистрофической патологии позвоночного сегмента при пояснично-тазобедренном синдроме // Літопис травматології та ортопедії. 2003. №1–2. С. 75–78.

Рукопись поступила 13.08.12.

Сведения об авторах:

1. Щурова Елена Николаевна – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития России, заведующая лабораторией функциональных исследований научного клинико-экспериментального отдела физиологии, д. б. н.
2. Хомченков Максим Викторович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития России, отделение нейрохирургии, врач травматолог-ортопед.
3. Камшилов Борис Викторович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития России, заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 7, к. м. н.
4. Чегуров Олег Константинович – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития России, заведующий лабораторией реконструктивного эндопротезирования и артроскопии, д. м. н.
5. Прудникова Оксана Германовна – ФГБУ «РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова» Минздравсоцразвития России, заведующая отделением нейрохирургии, к. м. н.