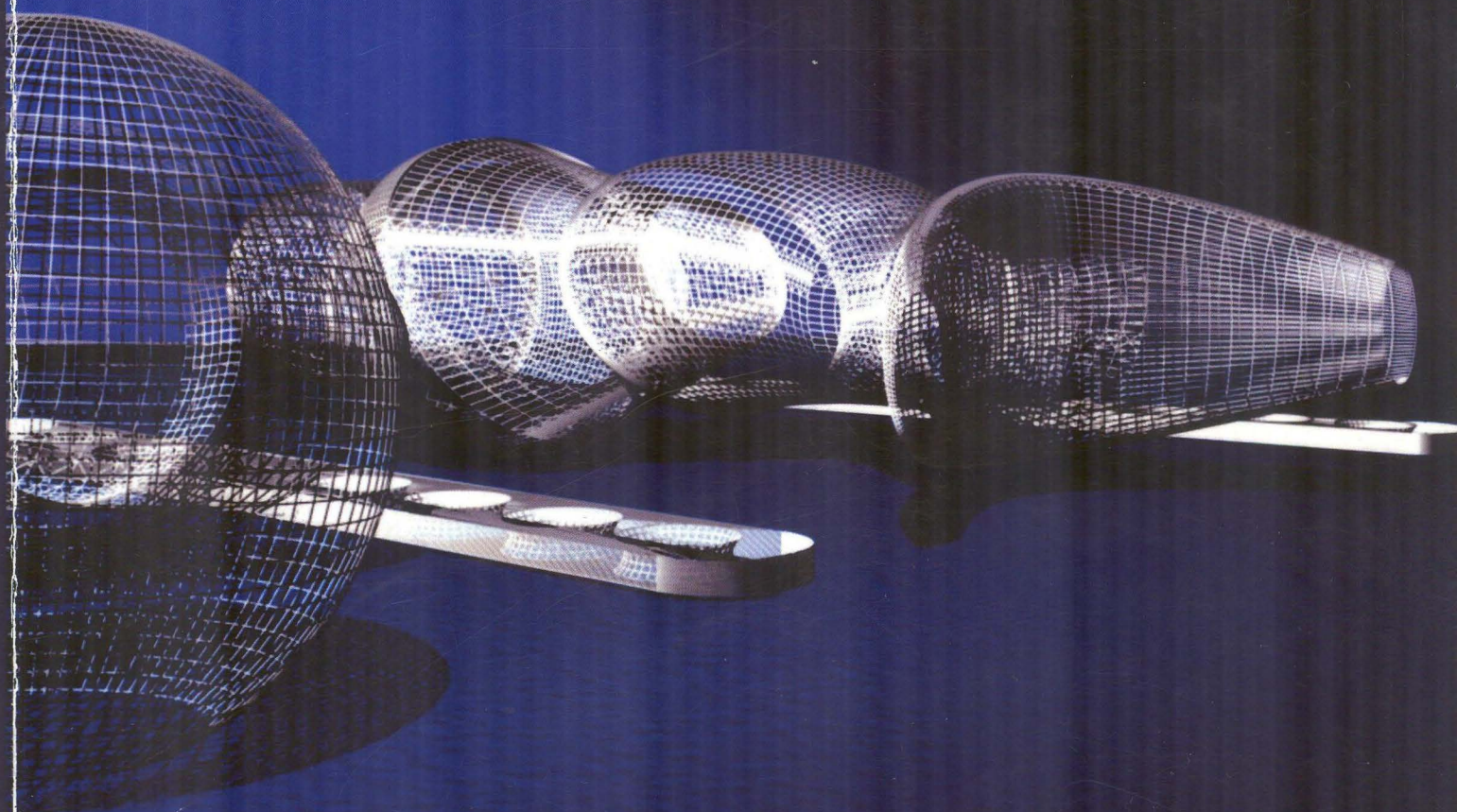


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



3-4 (37-38)/2016

ОПЕРАТИВНАЯ АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ

Н.Д. БАТПЕНОВ, Е.К. РАЙМАГАМБЕТОВ, Г.С. КОРГАНБЕКОВА,
Б.Е. БАЛБОСЫНОВ, С.Б. АХМЕТОВ

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Деформирующий остеоартроз коленного сустава – дегенеративно-дистрофическое поражение сустава, характеризующееся нарушением формы сочленяющихся концов костей, сочленяющихся поверхностей, нарушением высоты и формы рентгенологической суставной щели. Постепенно в патологический процесс вовлекаются практически все ткани сустава, что приводит к развитию болевого синдрома, продолжающаяся деформация суставных концов приводит к прогрессирующему нарушению конгруэнтности суставных концов и к развитию тугоподвижности сустава.

Показаниями к артроскопии при деформирующем артрозе коленного сустава мы считаем артрозы I-II ст., при сохраненной оси нижней конечности, т.к. на более поздних стадиях деформирующего артроза на фоне грубых изменений показано тотальное эндопротезирование коленного сустава.

В плане предоперационной подготовки помимо рентгенографии коленного сустава в трех проекциях обязательно выполнение ультразвукового исследования сустава, компьютерной томографии, по возможности проведения ЯМРТ, т.к. часто деформирующему артрозу коленного сустава сопутствует киста Беккера. При длительном течении заболевания киста, достигая больших размеров, может вызывать экстравазальную компрессию сосудов подколенной области. В таких случаях вторым этапом вмешательства должно являться иссечение кисты.

Во время артроскопии выполняется экономный дебридмент сустава, включающий удаление нестабильных элементов сустава (поврежденные мениски, элементы передней крестообразной связки, хондромные тела, свободные края дефектов хряща), резекцию жирового тела при ее гиперплазии, рассечении утолщенных, склерозированных синовиальных складок.

При сохраненной оси нижней конечности,

возможности исключения осевой нагрузки на нижнюю конечность, мы выполняли мезинхимальную стимуляцию, преимущественно микрофрактуринг. Срок ограничения осевой нагрузки на нижнюю конечность составляет 6 нед. после операции.

В случаях двустороннего гонартроза, при выраженном болевом синдроме в ипсилатеральном коленном суставе и необходимости исключения осевой нагрузки на оперированную конечность нами использовался курс терапии препаратами гиалуруновой кислоты.

При выявлении сужения межмышцелковой вырезки бедренной кости до 10 мм и признаках сдавления передней крестообразной связки выполнялась «NOTCH»-пластика.

Дебридмент сустава выполняется механически, а также при помощи системы VAPR Mitek фирмы Johnson&Johnson (США) в режиме вапоризация-коагуляция. Система позволяет произвести не только удаление мягкотканых участков сустава, но и добиться качественного гемостаза. Обработке подлежат красно-красная зона менисков после их резекции, участки рассеченных синовиальных складок, жировое тело после его резекции. Заканчивалась артроскопия обильным промыванием сустава жидкостной средой в объеме не менее 5 литров.

Весь период лечения до операции и в раннем послеоперационном периоде пациенты продолжают традиционный курс консервативной терапии.

Придерживаясь описанной тактики, в нашей клинике прооперировано 687 больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава в возрасте от 34 до 72 лет, соотношение женщин и мужчин 4:1.

Оценка результатов велась при помощи шкалы Лисхольма. Применение описанной методики позволило добиться хороших результатов у 515 больных (75%), удовлетворительных у – 123 (18%), неудовлетворительных у – 49 (7%).