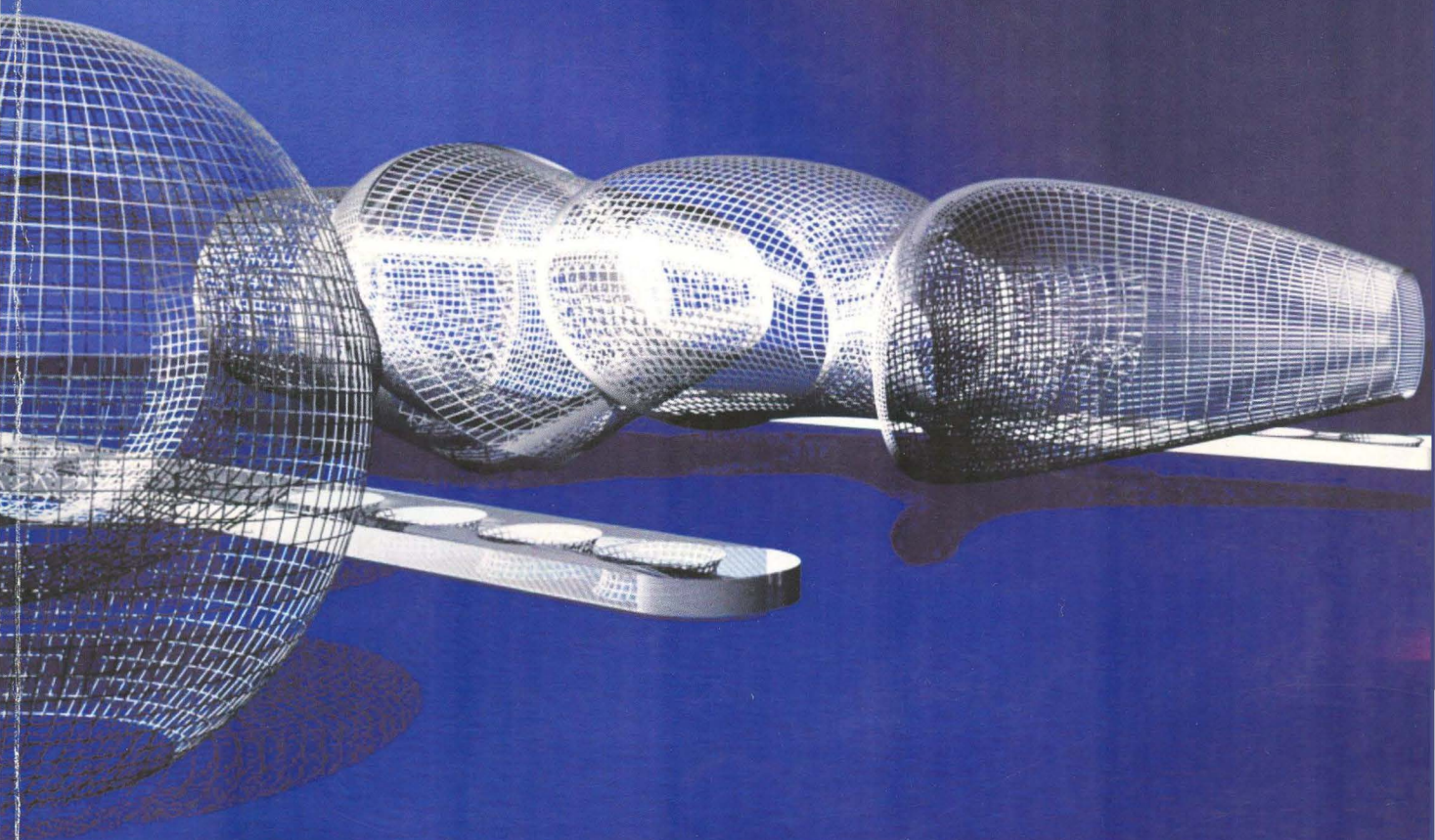


ISSN 1684-9280

Травматология ЖӘНЕ Ортопедия



2/2008

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ АРТРОСКОПИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

Н.Д. БАТПЕНОВ, Ш.А. БАЙМАГАМБЕТОВ, Е.К. РАЙМАГАМБЕТОВ,
Р.Н. АЖИКУЛОВ, А.К. БАЛГЫНБАЕВ, А.С. ГАБДУЛЛИН, Е. КУШЕРБАЕВ
Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, Астана

Деформирующий остеоартроз коленного сустава – дегенеративно-дистрофическое поражение сустава, характеризующееся нарушением формы сочленяющихся концов костей, их поверхностей, нарушением высоты и формы рентгенологической суставной щели (Шапашников Ю.Г., 1997). 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 развитию тугоподвижности сустава.

Целью исследования явилось изучение результатов лечения пациентов с деформирующим артрозом коленного сустава с применением лечебно-диагностической артроскопии.

Данное исследование основано на результатах лечения 186 больных с деформирующим остеоартрозом коленного сустава в возрасте от 25 до 72 лет, женщин было 110, мужчин - 76.

Показаниями к артроскопии при деформирующем артрозе коленного сустава являлись 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. Особенно показано артроскопия коленного сустава при дефиците разгибания коленного сустава.

В плане предоперационной подготовки помимо рентгенографии коленного сустава в трех проекциях обязательно выполняли ультразвуковое исследование сустава, компьютерную томографию, по возможности проводили 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 выполняли экономный дебридмент сустава, включающий удаление нестабильных элементов сустава (поврежденные мениски, элементы передней крестообразной связки, хондромы тела, свободные края дефектов хряща), резекцию жирового тела при ее гиперплазии, рассечение утолщенных, склерозированных синовиальных складок.

При сохраненной оси нижней конечности, возможности исключения осевой нагрузки на нижнюю конечность, выполняли мезинхимальную стимуляцию, преимущественно спицей на электродрели при малых оборотах. Другие методы: микрофрактуринг, абразивная хондропластика нами не использовались из-за большей травматичности. Срок ограничения осевой нагрузки на нижнюю конечность составляет 6 недель 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 препаратом «Нолтрекс». Вмешательство на ипсилатеральном суставе выполняли через 4-6 месяцев после первой операции.

В 15 случаях (8%) во время артроскопии было выявлено сужение межмыщелковой вырезки бедренной кости до 5 мм и признаки сдавления передней крестообразной связки, что потребовало выполнения «notch»-пластики. «Notch»-пластика выполняется при помощи специального набора инструментов фирмы Mitek Johnson&Johnson (США). У всех больных в послеоперационном периоде достигнуто улучшение функции сустава по шкале Лисхольма, увеличение амплитуды движений в суставе.

Дебридмент сустава выполняли кусачками, артроскопическими скальпелями, рашпилями, ротационным ножом – артрошейвером. Перед выполнением обильного лаважа сустава производили обработку тканей при помощи системы VAPR III 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.

Дренирование сустава в ортопедии направлено на уменьшение гемартроза- (Browett J.P. и соавт., 1978). Спектр артроскопических вмешательств прогрессивно увеличивается, но однозначно они сопровождаются меньшим излиянием крови в полость сустава, чем при эндопротезировании, поэтому к дренированию сустава после подобных вмешательств необходимо подходить избирательно. Впервые дренирование коленного сустава после менискэктомии было описано Chandler F.A. в 1949 г. Browett и соавт. (1978) заявили, что дренирование сустава приводит к существенному снижению болевого синдрома.

Помимо дренирования сустава для снижения болевого синдрома нами в завершении артроскопии выполнялось внутрисуставное введение кетонала. В послеоперационном периоде нами фиксировалось количество отделяемого по дренажу, болевой синдром оценивался по визуальной аналоговой шкале. Ниже приведена таблица оценки болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) в 2 группах после введения кетонала и плацебо.

Среднее количество дренированного отделяемого в послеоперационном периоде составило 72 ± 15 мл, дренирование сустава проводилось у всех больных.

Таблица 1 – Оценка болевого синдрома по ВАШ в первые сутки после операции

	Кетонал	Физраствор
ВАШ 1	1,8±1,2	2,7±2,8
ВАШ 2	1,5±1,2	2,6±2,4
ВАШ 3	1,2±1,3	2,7±2,8
ВАШ 12	1,5±1,7	3±2,7
ВАШ 24	1,7±1,8	2,4±2,3

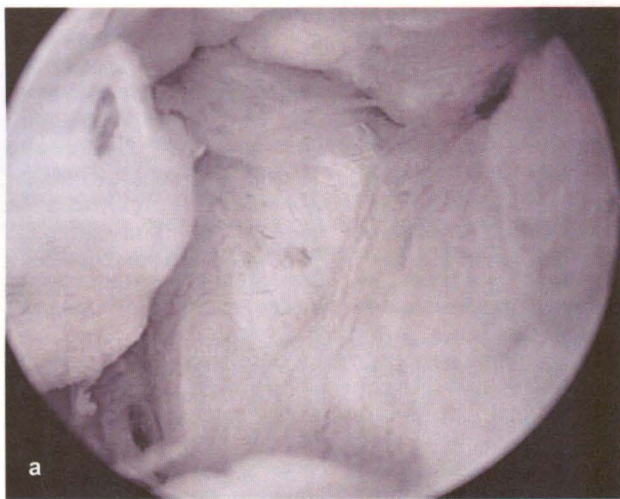
Как видно из таблицы, внутрисуставное введение кетонала позволило добиться снижения болевого синдрома после лечебно-диагностической артроскопии коленного сустава.

Для мониторинга состояния мышц необходимо проведение миографии перед операцией, а затем в динамике. Со вторых суток после операции начинали курс реабилитационных мероприятий, включающих пассивную разработку сустава на аппарате «Artromot», а также выполнение гимнастики после вмешательств на коленном суставе, направленных на улучшение состояния четырехглавой мышцы, мышц, формирующих «гусиную лапку».

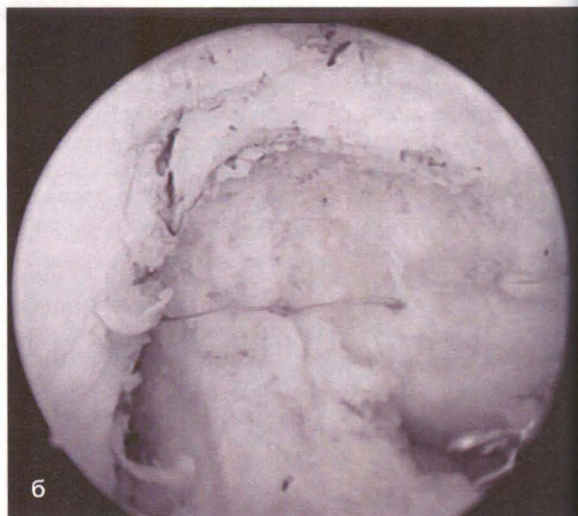
Ниже приводится клинический пример.

Пациентка М., на протяжении 5 лет страдает

деформирующим остеоартрозом левого коленного сустава. Систематически получала консервативное лечение, преимущественно неспецифические противовоспалительные препараты. Несмотря на проводимую терапию, болевой синдром не регрессирует, появилось ограничение разгибания в коленном суставе. Выполнена артроскопия левого коленного сустава. При ревизии сустава в области межмыщелковой вырезки бедра выявлены остеофиты, оказывающие давление на переднюю крестообразную связку и препятствующие разгибанию сустава (рисунок 1а). Выполнено удаление остеофитов после чего внутрисуставных препятствий для разгибания сустава не выявлено (рисунок 1б).



а) остеофиты мыщелков бедра, оказывающие давление на переднюю крестообразную связку препятствующие разгибанию сустава



б) вид межмыщелковой вырезки бедра после удаления остеофитов

Рисунок 1 – Больная М., диагноз: Деформирующий остеоартроз левого коленного сустава

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

Оценка результатов велась при помощи шкалы Лисхольма. Применение описанной методики позволило добиться хороших результатов у 128 больных (69%), удовлетворительных - у 40 (21,5%),

неудовлетворительных - у 18 (9,5%).

Таким образом, изучение результатов лечения пациентов с деформирующим артрозом коленного сустава с применением лечебно-диагностической артроскопии показало его высокую эффективность и позволяет рекомендовать метод в комплексном лечении данной патологии.