

УДК 616.728.3-002-06:616.71-018.3)-07-08

ЧОРНИЙ В.М., МОСКАЛЬКОВ О.П.
Запорізький державний медичний університет
МАЛИШЕВ В.В., ЮРКІВ В.Ю.
Клініка «Мотор Січ», м. Запоріжжя

ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА ТАКТИКА ПРИ ПОШКОДЖЕННЯХ СУГЛОБОВОГО ХРЯЩА У ХВОРИХ ІЗ ДЕФОРМУЮЧИМ АРТРОЗОМ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Резюме. Деформуючий остеоартроз належить до дегенеративних захворювань опорно-рухового апарату. В основі захворювання лежить первинне руйнування гіалінового хряща суглобових поверхонь, що призводить до погіршення функції суглобів.

Пусковими факторами виникнення та розвитку дистрофічного процесу можуть бути різні агенти: травма, інфекція, професійні особливості тощо. Прогресування дегенеративного процесу веде до стійкої втрати функції суглоба. У соціальному плані це призводить до втрати працездатності та інвалідності.

Ключові слова: артроскопія, остеоартроз, хондропластика.

Деформуючий остеоартроз (ДОА) належить до дегенеративних захворювань опорно-рухового апарату. В основі захворювання лежить первинне руйнування гіалінового хряща суглобових поверхонь, що призводить до погіршення функції суглобів. Поширеність ДОА велика, становить 23–38 % патології колінного суглоба, а за даними деяких авторів, у хворих із хронічними пошкодженнями колінного суглоба в усіх випадках мають місце явища остеоартрозу [3, 5].

Пусковими факторами виникнення та розвитку дистрофічного процесу можуть бути різні агенти: травма, інфекція, професійні особливості тощо. Прогресування дегенеративного процесу веде до стійкої втрати функції суглоба. У соціальному плані це призводить до втрати працездатності та інвалідності.

Розроблено велику кількість методів консервативного та оперативного лікування хворих із деформуючим артрозом різних стадій. Основним у лікуванні артрозу є запобігання дегенерації суглобового хряща. Хрящ зберігається протягом усього життя в ділянках скелета, витримуючи статичне та динамічне навантаження. Особливості структури хряща на молекулярному та морфологічному рівні забезпечують його здатність до зворотної деформації з одночасним збереженням можливості активного метаболізму. Не діючи на механізм дегенерації суглобового хряща, протибольова терапія не дає можливості зупинити процес прогресування захворювання. Умовою досягнення ремісії є лікування, що складається з інактивації аналгетичних зон та

стабілізації дегенеративно-дистрофічного процесу суглобового хряща [2–4].

Оперативні методики, що застосовують при гонартрозах, включають відкриті сануючі внутрішньо-суглобові операції, пластику зв'язкового апарату, корегуючі остеотомії. Однак частота незадовільних результатів після них залишається високою.

В останні роки для лікування хворих даної групи стали застосовувати артроскопічну техніку, що відзначається малою інвазивністю та дозволяє під контролем відеомонітора провести всі необхідні маніпуляції в суглобі. Ендоскопічна техніка дає можливість більш точно порівняно з артротомією оцінити ушкодження хряща та провести економну резекцію при мінімальній травматизації суглоба.

Однак залишаються до кінця не вирішеними багато питань оперативної тактики, і одне з них таке: треба вилучати тільки пошкоджений відшарований хрящ у вогнищі хондромалаяції або й хрящ поблизу нього?

Матеріали та методи

Нами було обстежено та проаналізовано наслідки лікування 24 хворих, які звернулися в клініку зі скаргами на різке посилення болю в колінному суглобі, 14 з них мали травму в анамнезі й проходили курси консервативного лікування, а 4 було виконано ме-

© Чорний В.М., Москальков О.П., Малишев В.В., Юрків В.Ю., 2014

© «Травма», 2014

© Заславський О.Ю., 2014

нісектомію понад 5 років потому. Вік хворих — від 36 до 50 років, серед них було 16 чоловіків та 8 жінок, 12 осіб займалися спортом професійно.

Під час об'єктивного обстеження хворих визначались клінічні ознаки внутрішньосуглобового пошкодження, однак блокади або нестійкості суглоба не було. При проведенні стандартної рентгенографії колінного суглоба у 2 проєкціях патологічних змін не виявили.

Обстеження хворих проводили на комп'ютерному томографі Esprit (Siemens, Німеччина). Протокол передбачав використання аксіальних зрізів завтовшки 1,5 мм. Проводили реконструкцію у фронтальній та сагітальній проєкціях. За 30 хвилин до дослідження у верхній заворот колінного суглоба вводили 30 мл суміші водорозчинного контрасту (тріомбраст) та фізіологічний розчин у співвідношенні 50/50.

Після дослідження протягом одного місяця всім хворим проводили артроскопію, результати якої порівнювали з даними спіральної комп'ютерної артрографії.

У роботі використовували артроскопічну класифікацію Outerbridge [1], нормальний суглобовий хрящ відповідав ступеню 0; розволонення без поверхневого дефекту — 1-й ступінь; дефект до 50 % товщі хряща — ступінь 2А; якщо дефект проходив через всю товщу суглобового хряща — ступінь 2В; 3-й ступінь — це пошкодження не тільки хряща, а й субхондральної кісткової пластинки.

На артрограмах 1-й ступінь пошкодження візуалізувався помірно вираженими хвилями або нечіткою границею хряща. При 2-му ступені пошкодження

відмічали, що контрастною речовиною виповнюється поверхня дефекту. При 3-му ступені — локальна відсутність суглобового хряща з поширенням контрасту до субхондрального шару.

При проведенні артроскопічного втручання ревізії колінного суглоба виконували з нижньолатерального артроскопічного доступу. Маніпулятори вводили через нижньомедіальний артроскопічний доступ.

Абразивна артроскопічна хондропластика полягала в зрівнянні краю дефекту за допомогою рапшпіля, після чого моторизованим шейвером обробляли зону пошкодження. Товща видаленого шару становила від одного до трьох міліметрів. При пошкодженні 3-го ступеня проводили тунелізацію шилом на глибину до 20 мм. Особливу увагу приділяли ревізії краю дефекту, зону відшарованого хряща вилучали повністю.

Після проведення абразивної хондропластики суглоб ретельно промивали фізіологічним розчином та вилучали всі вільні фрагменти хряща. Трубку-дренаж залишали протягом однієї доби. Після операції іммобілізацію проводили ортопедичним брейсом.

Висновки

1. Пусковими факторами виникнення та розвитку дистрофічного процесу можуть бути різні агенти: травма, інфекція, професійні особливості тощо.

2. Не діючи на механізм дегенерації суглобового хряща, протибольова терапія не дає можливості зупинити процес прогресування захворювання. Умовою досягнення ремісії є лікування, що складається з інактивації аналгетичних зон та стабілізації дегенеративно-дистрофічного процесу шляхом проведення абразивної пластики суглобового хряща.

3. Візуалізація на спіральному комп'ютерному томографі підвищує ефективність планування оперативного втручання.

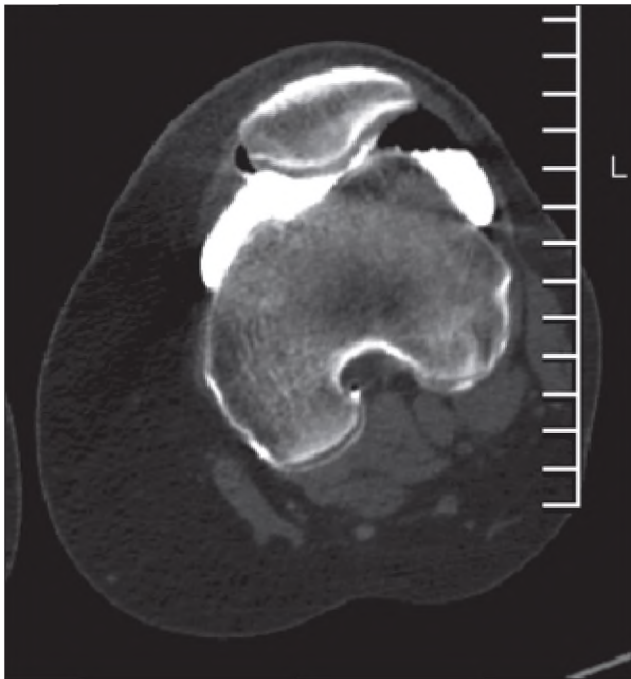


Рисунок 1. Аксіальна спіральна комп'ютернотомографічна ангіографія: нерівність суглобової поверхні латеральної фасетки надколінка. Пошкодження суглобового хряща 1-го ступеня

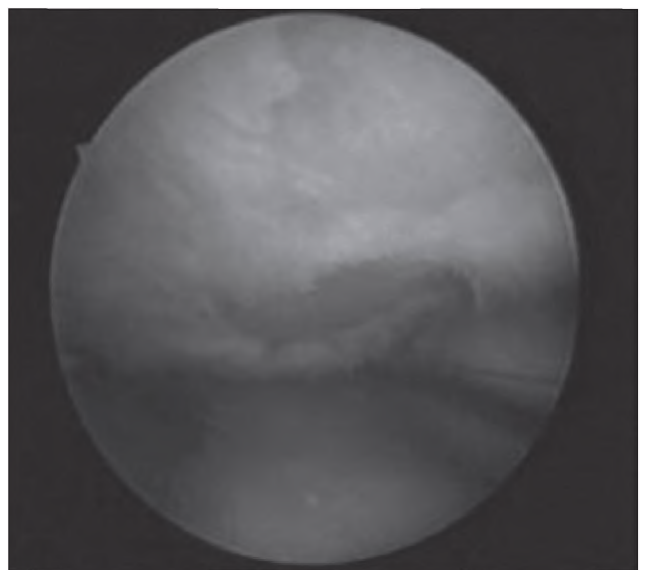


Рисунок 2. Артроскопія. Пошкодження хряща 3-го ступеня

Список літератури

1. Зазірний І.М., Євсєєнко В.Г. Хірургічне лікування дефектів хряща колінного суглоба. — К., 2010. — С. 18-24.
2. Иванников С., Оганесян О., Шестерня Н. Лазерная артроскопическая хирургия. — М, 2002. — С. 68-69.
3. Коваленко В.Н., Борткевич О.П. Остеоартроз. — К., 2003. — С.6-12, 36-37.
4. Орлянский В., Головаха М. Руководство по артроскопии коленного сустава. — Днепропетровск, 2007. — С. 35-79.
5. Корж Н.А., Головаха М.Л. Повреждение хряща коленного сустава. — Харьков, 2013. — С. 15-36.

Отримано 15.04.14 ■

Черный В.Н., Москальков А.П.
Запорожский государственный медицинский университет
Малышев В.В., Юркив В.Ю.
Клиника «Мотор Сич», г. Запорожье

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ СУСТАВНОГО ХРЯЩА У БОЛЬНЫХ С ДЕФОРМИРУЮЩИМ АРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Резюме. Деформирующий остеоартроз относится к дегенеративным заболеваниям опорно-двигательного аппарата. В основе заболевания лежит первичное разрушение гиалинового хряща суставных поверхностей, что приводит к ухудшению функции суставов.

Пусковыми факторами возникновения и развития дистрофического процесса могут быть разные агенты: травма, инфекция, профессиональные особенности и др. Прогрессирование дегенеративного процесса ведет к стойкой потере функции сустава. В социальном плане это приводит к потере трудоспособности и инвалидности.

Ключевые слова: артроскопия, остеоартроз, хондропластика.

Chorny V.M., Moskaikov O.P.
Zaporizhya State Medical University
Malyshev V.V., Yurkiv V.Yu.
Clinic «Motor Sich», Zaporizhya, Ukraine

THERAPEUTIC AND DIAGNOSTIC APPROACH IN ARTICULAR CARTILAGE DAMAGE IN PATIENTS WITH ARTHROSIS DEFORMANS OF THE KNEE JOINT

Summary. Arthrosis deformans belongs to degenerative diseases of the musculoskeletal system. The disease is related to primary destruction of articular hyaline cartilage surfaces, which leads to deterioration of joint function.

Triggering factors of occurrence and development of degenerative process may be different agents: trauma, infection, professional features, etc. Progression of the degenerative process leads to permanent loss of joint function. In social terms, this leads to incapacitation and disability.

Key words: arthroscopy, osteoarthritis, chondroplasty.