

Ажикулов Р.Н., Раймагамбетов Е.К.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУРЫ КОЛЕННОГО СУСТАВА НА ФОНЕ ГОНАРТРОЗА

Ажикулов Р.Н., Раймагамбетов Е.К.

ГОНАРТРОЗДО ТИЗЕ МУУНУНУН КОНТРАКТУРАСЫН ОПЕРАТИВДИК ДААРЫЛОО

R.N. Azhikulov, E.K. Raymagambetov

OPERATIVE THERAPY CONTRACTURE OF THE KNEE ON THE BACKGROUND OF GONARTHRISIS

УДК: 616.728.3:616.72-002+616-009.12-089

Хирургическое лечение сгибательной контрактуры коленного сустава на фоне гонартроза и результатов оценки функционального состояния суставов по альгофункциональному индексу Лекена показали отличные и хорошие результаты у пациентов со 2-3 степенью гонартроза в 76,6% случаев, удовлетворительные результаты были у пациентов с 3-4 степенью гонартроза в 20% случаев, неудовлетворительные результаты – 3,3%.

Ключевые слова: контрактура, гонартроз, коленный сустав, хирургическое лечение, остеоартроз

Гонартроздо тизе муунунун бүгүү контрактурасын хирургиялык даарылоонун негизинде жана муундардын функционалдык турушун альгофункционалдык индекс Лекен менен изилдегенде 2-3 даражадагы гонартрозу менен жакшы жана эн жакшы деген жыйынтык 76,6% бейтапка, орто деген жыйынтык 3-4 даражадагы гонартрозу менен 20%, жаман деген жыйынтык 3,3% бейтаптарга чыгарылды.

Негизги сөздөр: контрактура, гонартроз, тизе мууну, хирургиялык даарылоо, остеоартроз

Surgical treatment of knee flexion contracture on background of gonarthrosis and results of joints functional condition under algofunctional Leken index has shown excellent and good results in 76,6% of patients with grade 2-3 gonarthrosis, satisfactory results in 20% of patients with grade 3-4 gonarthrosis, and unsatisfactory results in 3,3%.

Key words: contracture, gonarthrosis, knee joint, surgical treatment, osteoarthritis

Одним из наиболее распространенных заболеваний опорно-двигательной системы является остеоартроз (ОА). Современное определение ОА – дегенеративно-дистрофическое поражение не только суставного хряща, но и всего компонента сустава, включая субхондральную кость, мягкие внутри и периапартулярные ткани, связки, капсулу, синовиальную оболочку, мышцы [1,2].

В основе прогрессирования ОА коленных суставов лежит дегенерация суставного хряща с его разволокнением, образованием трещины, уменьшением толщины хряща и полной его потерей, однако сам хрящ не является источником боли. Источником боли при гонартрозе являются самые различные структуры сустава, окружающие ткани, что определяет разнообразие характера болевых

ощущений. Патология периапартулярных тканей будет ухудшать течение ОА коленных суставов. Кроме того, психическое состояние пациентов, отрицательные эмоции, такие как беспомощность, депрессия оказывают также большое влияние на функции сустава [3].

По данным различных авторов частота остеоартроза колеблется от 30% до 55% среди всех ортопедических заболеваний. Остеоартроз коленного сустава или гонартроз, встречается у 54,7-69,7% больных дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов, поражая 10-12% взрослого населения. Удельный вес гонартроза по инвалидности составляет от 5,9 до 16,5% [4]. При этом каждый третий больной имеет поражение обоих коленных суставов.

По литературным данным на коленный сустав приходится около 50% повреждений всех суставов и до 24% повреждений нижних конечностей. Рентгенологические признаки гонартроза коленных суставов обнаруживаются у 30% лиц обоих полов в возрасте старше 65 лет [5].

При гонартрозе снижение качества жизни отмечают до 80% пациентов, а инвалидизация составляет от 10 до 21% [6].

Лечение остеоартроза коленных суставов должно быть направлено на уменьшение боли, улучшение функции суставов, замедление прогрессирования болезни и в конечном счете на улучшение качества жизни больных. А своевременная диагностика и лечение будут повышать эффективность лечения и качество жизни больных с гонартрозом [7].

Проблему ОА можно считать высоко актуальной в связи с прогрессивным увеличением заболеваемости, существенным снижением качества жизни пациентов и высокой стоимостью лечения, которая также увеличивается при прогрессировании заболевания. Поиск эффективных методов лечения ОА продолжается постоянно.

Контрактуры коленных суставов появляются очень часто и восстанавливаются трудно [8].

Травма нижних конечностей, так и последующая иммобилизация создают условия для нарушений вегетативной иннервации и трофики в области

травмы с отеками, изменениями в соединительной ткани, фиброз некоторых мягких тканей, боли, функциональные нарушения.

Наиболее часто контрактура коленного сустава развивается, если срок иммобилизации превышает 3 недели. За неделю иммобилизации мышцы теряют до 20% своей силы: после 6 недель иммобилизации суставная сумка утрачивает нормальную растяжимость и становится жесткой: после 8 недель иммобилизации суставной хрящ на концах костей может больше никогда не вернуться к нормальному функционированию [9].

По данным некоторых авторов, постиммобилизационная контрактура коленного сустава составляют 32,7%, в результате последствия травм - 28,8%, дегенеративно-дистрофические и рубцовые изменения капсулы - 22,7%, рубцово - спаечные процессы, особенно в области верхнего заворота - 15,8% [10].

Контрактура может быть артрогенной, то есть обусловленной внутрисуставными изменениями или обусловленной деформацией суставного конца большеберцовой и бедренной костей [11].

По литературным данным на фоне остеоартроза, основными причинами развития снижения амплитуды движений коленных суставов у больных являются:

- дегенеративно-дистрофические и рубцовые изменения капсулы коленного сустава при воспалительных заболеваниях;
- рубцово-спаечный процесс в области коленного сустава, развивающийся при околосуставных травмах;
- фиброзное перерождение внутрисуставных компонентов;
- формирование костных экзостозов суставного конца большеберцовой или бедренной костей;
- утрата нормальной растяжимости четырехглавой мышцы бедра при длительном обездвижении конечности [12].

Одним из часто встречающихся костных экзостозов является экзостоз, образующийся в области плато большеберцовой кости, в передних его отделах. Вследствие характерной рентгенологической картины, данный остеофит получил название «остеофит-наковальня». Остеофит-наковальня при разгибании вступает в контакт с мышечками бедренной кости и препятствует разгибанию сустава. Лечение данного вида контрактуры сустава заключается в удалении остеофита.

При неэффективности консервативной терапии, при выраженных дегенеративно-дистрофических изменениях в коленных суставах применяются хирургические методы лечения.

В настоящее время с развитием науки и медицинских технологий одним из мало инвазивных хирургических методов лечения является артроскопия коленного сустава. Этот метод в 95-100% случаев позволяет установить точную локализацию, характер и степень внутрисуставных изменений, а

так же выполнить лаваж, артролиз, шейверную хондрапластику, резектировать дегенеративные участки тканей, удаление хондромных тел [13].

Цель исследования: Изучение отдаленные и ближайшие результаты хирургического лечения сгибательной контрактуры коленного сустава на фоне остеоартроза.

Материал и методы.

В исследование были включены 30 пациентов после оперативного лечения сгибательной контрактуры на фоне остеоартроза коленного сустава в возрасте от 42 до 77 лет, средний возраст $63,9 \pm 4,3$ лет.

Среди них мужчин – 11 (36,7%), преобладали женщины – 19 (63,3%), что соответствует данным литературы.

Из 30 пациентов в 76,7% случаев или у 23 больных верифицирована 2-3 степень остеоартроза, 3-4 степень остеоартроза 23,3% случаев или у 7 больных, в связи с чем данным пациентам рекомендовано эндопротезирование коленных суставов.

Во время проведения артроскопии коленного сустава проводилась артроскопическая резекция медиального мениска у 25 (83,3%) пациентов, наружного мениска у 3 (10%) и обоих менисков у 2 больных (6,7%).

Среди них со сгибательной контрактурой у 23 больных (76,7% случаев), со смешанной контрактурой коленных суставов у 7 пациентов (10%).

Все 30 (100%) больных были обследованы клинически, лабораторно и рентгенологически. По показаниям, кроме рентгенографии коленного сустава проводились УЗИ, ЯМРТ коленного сустава.

Пациентам, у которых имелись показания к оперативному вмешательству коленного сустава, проведена артроскопия коленного сустава. Пациента укладывали на операционном столе в положении лежа на спине с согнутой нижней конечностью в коленном суставе, под углом 90 градусов для расслабления бедренной мускулатуры и снятия натяжения мышц нижних конечностей. Бедро фиксировалось в специальной подставке. Артроскопия выполнялась в водной среде (0,9% раствор хлорида натрия).

В ходе артроскопической ревизии сустава осуществляется дебридмент сустава: удаляются нестабильные фрагменты сустава, далее выполняется ревизия области межмышечковой вырезки бедра. Как правило, остеофит распространяется по всему внутреннему краю наружного мышечка бедренной кости. При помощи акромионайзера производится удаление остеофита на всем протяжении, при этом следует бережно относиться к передней крестообразной связки, подобная манипуляция выполняется при пластике передней крестообразной связки и называется нотч-пластика. Удаление механического препятствия для экскурсии сустава позволяет устранить сгибательную контрактуру коленного

сустава, восстановить нормальную амплитуду движений, восстановить питание хряща.

Проводилась ревизия полости сустава, накладывались швы на рану и наложение асептической повязки.

В послеоперационном периоде пациенты пользовались костылями в течение 2-3 суток. Дозированная нагрузка оперированной конечности массой тела разрешалась с 1-го по 3 суток, а полная нагрузка с 4-го по 5-й дни.

Изометрические упражнения (для тренировки мышц нижней конечности), проводились всем больным с первых суток после операции, и под контролем методистов. Комплексная лечебная гимнастика для разработки функции сустава способствовала увеличению объема движений, улучшению функции суставов и снижению болевого синдрома.

Объем движений в суставе с первых дней после операции разрешалось увеличивать постепенно до болевого синдрома. В этом периоде применялись физиотерапевтические методы лечения, лечебная физкультура и курсы медикаментозной терапии.

Функциональное состояние суставов оценивали по альгофункциональному индексу Лекена для лечения гонартроза, в которой учитывались боль в коленном суставе, максимально пройденная дистанция и трудности в повседневной деятельности.

Результаты и обсуждения.

Нами изучены отдаленные и ближайшие результаты у 30 пациентов после артроскопической ревизии, «нотч - пластика» (удаления остеофита) со сгибательной контрактурой коленного сустава вследствие образования костных экзостозов наружного мыщелка бедренной кости в области её межмышцелковой вырезки на фоне остеоартроза коленного сустава с разными степенями тяжести.

Отличные и хорошие результаты были получены у 23 (76,6%) пациентов со 2-3 степенью гонартроза, у которых объем движений восстановился полностью, отсутствовали боли, трудности в повседневной деятельности не отмечались.

Удовлетворительные результаты были у 6 (20%) пациентов с 3-4 степенью гонартроза, при этом сохранились умеренные боли при ходьбе, трудности при приседании и спуске с лестницы.

Неудовлетворительный результат получен у 1 пациента (3,3%) со сгибательной контрактурой коленного сустава после трехлетнего периода прове-

денного оперативного вмешательства с сохранением боли, хромоты.

Выводы.

Таким образом, полученные результаты показали, что предложенный способ оперативного лечения сгибательной контрактуры коленного сустава у больных на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний коленных суставов позволяет устранить сгибательную контрактуру коленного сустава, восстановить нормальную амплитуду движений, восстановить питание хряща.

Литература:

1. Колесников М.А., Ахтянов И.Ф. // Современные методы лечение гонартроза // Вестник травматологии и ортопедии Урала № 1-2, 2012г.
2. Лесняк О.М. // Клинические рекомендации. Остеоартрит. Диагностика и ведение больных остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. М.: ГЭОТАР-Медиф, 2006. 176 с.
3. Lingard E.A., Riddle D.L. Impact of psychological distress on pain and function following knee arthroplasty // J. Bone Joint Surg. Am. 2007; 89(6): 1161-1169.
4. Багиров Г.Г., Мейко О.Ю. Остеоартроз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение. – М.,-2005, 224 с.
5. Leeb B.F., Schweitzer H., Montag K., Smolen J.S. A meta-analysis of chondroitinsulfate in the treatment of osteoarthritis // Osteoarthritis cartilage. – 1999. – Vol. 7. – Suppl. A. – P. 130.
6. Oakley S.P. A critical appraisal of quantitative arthroscopy as an outcome measure in osteoarthritis of the knee // S.P. Oakley, M.N. Lasserre Semin. Arthritis Rheum. – 2003. – 33 (2). – P. 83-105.
7. Есина Е.Ю. Остеоартроз коленных суставов – проблемы лечения // Вестник новых медицинских технологий 2010г. №2 - 185-187 с.
8. Бонев Л. Руководство по кинезитерапии. // – София: Медицина и физкультура, 1978. - 360с.
9. Васильев А.В. Болезни костей: диагностика, лечение, профилактика. – С-Пб.: Невский проспект, 2002.- 127с.
10. Кукушкина Т.Н., Докиш Ю.М., Чистякова Н.А. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. //– Л.: Медицина, 1981.- 152с.
11. Васичкин В.И. Большой справочник по массажу. // - С-Пб.: 2001.-464 с.
12. Пролуструев А.В. Теоретические и методические основы восстановления физической работоспособности травматологических больных с переломами верхней и нижних конечностей: Учебной пособие. –1999.–150с.
13. Миронов С.П., Лисицын М.П. Хирургическая артроскопия коленного сустава у спортсменов. // Акт. вопр. травматол. ортопед, (сборник науч. Трудов к 70-летию ЦИТО). Москва. 1991. С. 65-71.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.