



УДК 616. 728. 3 - 007. 248 - 085.

Лікувальна тактика при остеоартрозі колінного суглобу.

І.М.Зазірний.

Ортопедичне відділення – міський ортопедичний центр
Київської міської клінічної лікарні № 12 (головний лікар – Т.В.Лобода).

ВСТУП.

Остеоартроз колінного суглобу (ОАКС) є одним з наймасовіших ортопедичних захворювань.

Термін "деформуючий остеоартроз" (osteoartritis deformans) введений в медичну практику Т. Мюллером в 1911 р. Відповідно до останньої міжнародної класифікації для цього захворювання прийнята назва остеоартроз (ОА).

ОА є широко розповсюджене захворювання, в основі якого лежать дегенеративно-дистрофічні зміни, що призводять до тимчасової, а часто і стійкої втрати працездатності. ОА займає перше місце серед всіх хвороб суглобів. В загальній захворюваності населення ОА діагностується в 17,3% випадків[9]. Необхідність посиленої уваги до цієї нозології визначається її соціальним значенням, оскільки за останні десятиріччя непрацездатність із-за ОА збільшилась у 3 - 5 разів. Згідно даних Леонової Н. М. (1994), гонартроз у чоловіків зустрічається більш ніж в 2 рази менше, ніж у жінок [2].

Прогресування ОАКС призводить до появи деформації колінного суглобу (КС) [4]. Біомеханічні порушення, що виникають при цьому захворюванні, область переважного ураження колінного суглобу, визначають клінічні прояви ОАКС. Питання лікувальної тактики при ОАКС залишається відкритим з кількох причин.

По перше, дуже мало на вітчизняному ринку препаратів – хондропротекторів, які при вчасному застосуванні могли б призупинити розвиток ОА. Сучасний препарат цієї групи Гіалган в 1999 р. з'явився в Україні через 4 роки після появи на європейському ринку, однак його широке застосування поки що обмежується значною ціною (приблизно 50 доларів США за 1 ампулу). Разом з тим потрібно констатувати, що амбулаторне лікування хворих з ОАКС ще далеке від потрібного, більшість лікарів поліклінік притримується думки про неможливість активного лікування остеоартрозу.



По друге, велика кількість ОАКС з'являється після внутрішньосуглобових переломів, які продовжують лікуватися неактивно, тобто без стабільно-функціонального остеосинтезу по АО. В той же час до 75% переломів проксимального кінця великої гомілкової кістки потребують оперативного лікування (М.О.Корж та співавтори, 1999). До цієї ж категорії слід віднести і випадки розвитку ОА із-за нестабільності КС після пошкодження зв'язок та менісків суглобу, коли ця категорія пацієнтів теж своєчасно не була прооперована [1, 7].

По третє, відсутність масового доступу хірургів – ортопедів до сучасних технологій лікування, як то артроскопія та ендопротезування КС, що обмежує їх творчий багаж.

Метою нашої роботи є аналіз існуючих методів лікування ОАКС та розробка лікувального алгоритму.

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ.

Нами проаналізовано результати лікування 3243 хворих, які перебували в ортопедичному відділенні Київської міської клінічної лікарні № 12 з 1983 по 2000 роки. Ми користувалися класифікацією остеоартрозу по Косинській, яка відповідає класифікації, що прийнята і за кордоном. Згідно з цим остеоартроз 1 стадії був у 889 хворих, 2 стадії - 1276 хворих, 3 стадії – у 1078 хворих. Функціональний стан суглоба оцінювали згідно запропонованої нами схеми [6].

У хворих першої стадії основним методом лікування був консервативний, який включав нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), фізіотерапевтичні процедури, ЛФК, масаж, а також внутрішньосуглобову терапію гормональними препаратами (депо-медрол, кеналог-40, діпроспан) та хондропротекторами (артепарон, гіалган). З 1993 року для лікування ОАКС ми почали застосовувати артроскопію (І.М.Зазірний, 1998), яка виконана у 108 хворих цієї групи для видалення пошкоджених менісків, вільних кістково-хрящевих тіл, обробки зон деструкції хряща. У 24 хворих виконано пластику передньої зхрещеної зв'язки. У 10 хворих виконано коригуючі остеотомії великої гомілкової кістки та у 3 – коригуючі остеотомії дистального кінця стегневої кістки.

У хворих другої стадії також застосовували консервативне лікування (наведене вище), у 11 хворих виконано пластику передньої зхрещеної зв'язки, у 1 хворого – пластику задньої зхрещеної зв'язки, у 14 – коригуючі остеотомії проксимального кінця великої гомілкової кістки та у 5 – коригуючі остеотомії дистального кінця стегневої кістки. У 34 хворих виконано артроскопічний дебрідмент колінного суглобу з видаленням



пошкодженого хряща, пошкоджених менісків, розтинанням внутрішньосуглобових спайок, причому у 4 із них виконано артроскопічний дебридмент паралельно з коригуючою остеотомією великої гомілкової кістки, у 14 хворих виконано синов- та синовкамсулектомію, у 4 – артроріз, у 3 – мобілізацію розгинального апарату по Жюде, у 15 – тунелізацію проксимального кінця великої гомілкової кістки.

У хворих третьої стадії переважно застосовували також консервативне лікування, у 38-виконано артроскопічний дебридмент, у 12-артродез, у 34 – тотальне ендопротезування колінного суглобу (моделі Zimmer MG-2, Aesculap-Muller – 2, Howmedica-kinematics. Richards-Genesis, Richards-Trigon – C, Zimmer IB – 2, Zimmer Next Gen).

Результати .

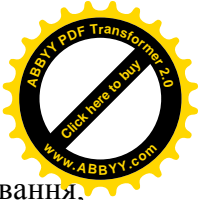
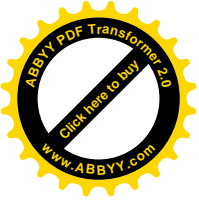
Проведений нами аналіз лікування хворих дозволив розділити їх на чотири групи в кожній стадії – а) без порушення вісі і стабільності, б) з нестабільністю суглоба, в) з порушенням вісі суглоба, г) з порушенням вісі суглоба і його нестабільністю, що в свою чергу, дозволило сформулювати лікувальний алгоритм для кожної стадії та групи.

У хворих з першою стадією ОАКС без порушення вісі та стабільності функція суглобу до лікування склала в середньому 85 балів. У 211 хворих після лікування через рік і більше функція суглобу склала 100 балів.

У хворих з першою стадією ОАКС з порушенням вісі кінцівки функція суглобу до лікування склала в середньому 70 балів, після коригуючих остеотомій функція була в середньому оцінена в 95 балів.

У хворих з першою стадією ОАКС з порушенням стабільності суглобу функція суглобу до лікування оцінена в 70 балів, після лікування - в 95 балів. У хворих першої стадії з порушенням вісі кінцівки та стабільності суглобу середній бал до лікування склав 65, а після лікування – 95.

Через рік і більше після проведеного лікування нам вдалося оглянути 189 хворих з ОАКС другого ступеню. У хворих без порушення вісі та стабільності КС середній бал до лікування склав 75, а після проведеного лікування склав 90 балів. У хворих з порушенням вісі кінцівки середній доопераційний бал був 42, а після проведеного лікування функція суглобу була оцінена в 85 балів. У хворих з порушенням стабільності середній бал до лікування склав 52, а після лікування - 90 балів. У хворих з порушенням стабільності суглобу та вісі кінцівки середній бал до лікування склав 42, а після - 65.



Із 241 хворого 3 стадії остеоартрозу, яким проводилось консервативне лікування, стабільного покращення функції суглобу не було, у 12 хворих після артродезу КС функція колінного суглобу була оцінена в 75 балів (до операції - 20 балів). Найкраще відновлення функції КС відбулось після тотального ендопротезування колінного суглобу у 34 пацієнтів (оцінка функції зросла з 20 балів до 85 балів).

Проаналізувавши результати лікування хворих, ми розділили хворих по трьох стадіях ОА та чотирьох біомеханічних групах.

Перша група (без порушення вісі та стабільності суглоба).

1 стадія.

2 стадія.

3 стадія.

Друга група (з порушенням вісі суглоба).

1 стадія.

2 стадія.

3 стадія.

Третя група (з порушенням стабільності суглоба).

1 стадія.

2 стадія.

3 стадія.

Четверта група (з порушенням вісі та стабільності суглоба).

1 стадія.

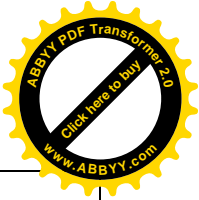
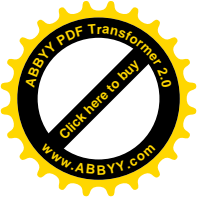
2 стадія.

3 стадія.

На основі такого поділу ми пропонуємо відповідну тактику лікування, показану в таблиці №1.

Таблиця № 1. Лікувальний алгоритм при ОАКС.

Клінічні групи	1 стадія ОАКС	2 стадія ОАКС	3 стадія ОАКС
1. Без порушення вісі та стабільності суглоба.	Консервативне лікування та артроскопічний дебридмент	Консервативне лікування та артроскопічний дебридмент	Тотальне ендопротезування колінного суглобу(ТЕПКС)



2. З порушенням вісі суглоба.	Корригуюча остеотомія та консервативне лікування.	Корригуюча і артроскопічний дебридмент та консервативне лікування.	ТЕПКС
3. З порушенням стабільності суглоба.	Відновлювально-стабілізуючі операції та консервативне лікування	Відновлювально-стабілізуючі операції та консервативне лікування	ТЕПКС
4. З порушенням вісі та стабільності суглоба.	Корригуючі остеотомії, відновлювально-стабілізуючі операції та консервативне лікування.	ТЕПКС	ТЕПКС

Як видно з таблиці, у хворих 2 стадії, які відносяться до групи з порушенням вісі та стабільності суглоба, показане тотальне ендопротезування, оскільки проведення коригуючи остеотомій та відновлювально-стабілізуючих операцій займе досить довгий час, можливо в два етапи, реабілітація буде затяжною. Кінцевий результат не задовольнить хворого, оскільки при найделікатнійшій операції кожне втручання буде стимулювати розвиток остеоартрозу, а, отже, і посилення больового синдрому.

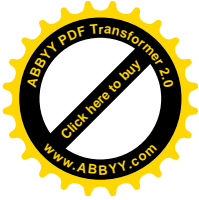
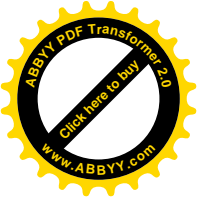
Висновки.

Лікувальна тактика у хворих з остеоартрозом колінного суглобу повинна будуватись на основі стадій захворювання та відповідних біомеханічних змін у суглобі.

Артроскопічні операції повинні широко застосовуватись при першій та другій стадіях для дебридменту суглобу та відновлення зв'язочного апарату.

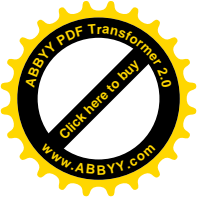
Коригуючи остеотомія показана при вісьовій деформації суглобу в першій та другій стадіях.

Тотальне ендопротезування показано при третій стадії остеоартрозу, а також при другій стадії за наявності нестабільності суглобу та вісьової деформації.



Література.

1. Левенец В.Н. Повреждения коленного сустава – диагностика и лечение // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – 3. – с. 5 – 10.
2. Леонова Н.М. Деформирующий артроз коленного сустава у лиц пожилого и старческого возраста. - Автореферат дис. ... к. м. н. - М., 1994. 26 с.
3. Корж Н.А., Мателенок Е.М., Тяжелов А.А. Тактика лечения переломов мыщелков большебеоцовой кости // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – 3. – с. 11 – 15.
4. Попов В.А., Білоноженко А.В. Сучасні підходи до хірургічного лікування хворих на деформуючий артоз колінного суглоба // Журнал практического врача. – 1998. - № 5. – с. 12 – 13.
5. Сулова О.Я. Рентгенодиагностика повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. // Киев. – Здоровья. – 1989. – 256 с.
6. Терновий М.К., Зазірний І.М. Ендопротезування колінного суглобу // Клінічна хірургія. – 1999. – 8. – с. 28 – 31.
7. Чемерис А.И. Острая неустойчивость коленного сустава (проблема, диагностика и хирургическое лечение) // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1999. – 3. – с. 16 – 19).
8. Moskowitz R. W. Primary osteoarthritis: epidemiology, clinical aspects and general menegement. The American Journal of Medicine, 1987, V.83, №20, p.5-10.



Реферат.

Лечебная тактика при остеоартрозе коленного сустава.

И.М.Зазирный

Киев

Вступление. Остеоартроз коленного сустава (ОАКС) есть одним из наиболее распространенных ортопедических заболеваний. Биомеханические нарушения, которые возникают при этом заболевании, область преимущественного поражения коленного сустава, определяют клинические проявления ОАКС. Вопросы лечебной тактики при ОАКС остаются открытыми.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 3243 больных с ОАКС (1 ст. – у 889, 2 ст. – у 1276, 3 ст. – у 1078 больных), которые лечились в клинике с 1983 по 2000 г.г. Пациентам проводилось консервативное лечение, артроскопические операции, пластика связочного аппарата, остеотомии, артродез, тотальное эндопротезирование. Функция коленного сустава определялась по предложенной ранее нами схеме (Терновой Н.К., Зазирный И.М., 1999).

Результаты. Пациенты в каждой стадии разделены на 4 биомеханические группы (а/ без нарушения оси и стабильности, б/ с нарушением оси, в/ с нарушением стабильности, г/ с нарушением оси и стабильности). Наилучшие результаты получены при устранении тех или иных биомеханических нарушений в процессе лечения.

Выводы.

Артроскопические операции должны широко использоваться при первой и второй стадиях для дебридмента сустава и соответствующего восстановления связочного аппарата.

Корректирующая остеотомия показана при осевой деформации сустава в первой и второй стадиях.

Тотальное эндопротезирование показано при третьей стадии остеоартроза , а также при второй стадии в случае нестабильности сустава и осевой деформации.