



Артроскопічний дебрідмент при остеоартрозі колінного суглоба.

І.М.Зазірний, М.К.Терновий

м.Київ

Поняття дебрідменту колінного суглоба при артрозі вперше було введено Magnuson в 1941 р. Він підкреслював, що видалення механічних подразнюючих елементів дегенеративного розпаду із суглоба покращує стан пацієнтів у звичайній кількості випадків. Втручання проводилося через артротомічний доступ, Magnuson видаляв значні ділянки пошкодженого хряща та кісткової тканини. Початковий ентузіазм процедури поступово зменшився завдяки досить значній травмі під час операції та довгому періоду реабілітації для одержання задовільного результату.

Незважаючи на ці недоліки, Magnuson підкреслював, що видалення механічних подразників з суглоба, ураженого артрозом, швидко зменшує біль у багатьох пацієнтів.

К.Pridie, в 1959 р. доповнив дебрідмент тунелізацією зон остеохондрозу при гонартрозі.

В 1974 р. R.Jackson вперше описав зменшення болю в колінному суглобі після промивання його під час артроскопії.

В тому ж році R.O'Connell вперше виконав дебрідмент колінного суглоба при гонартрозі за допомогою артроскопа.

Поступово показання для ранніх операцій при гонартрозі розширились завдяки мінімальній травматизації та спрощенню реабілітації.

Патологічні зміни при гонартрозі можуть бути у вигляді ерозії суглобового хряща, синовіїту, спайок, вільних тіл, пошкоджень менісків, хондромалії надколінника, плато великої гомілкової кістки, виростків стегневої кістки, остеофітів, деформації кисток. За винятком деформації, решта змін може ефективно усуватись за допомогою артроскопічної техніки.

Під нашим наглядом перебувало 33 хворих з гонартрозом, з них 8—з I ст., 10—з II ст., 15—з III ст.

Ми користуємось артроскопом “Сміт і Нев’ю” з комплектом артроскопічних інструментів. Артроскопія виконувалась під загальним знеболюванням, кінцівка знекровлювалась турнікетом. Артроскопічними доступами були передньомедіальний на передньолатеральний. Огляд суглобу проводили в рідкому середовищі, розчин 0,9% NaCl вводили в суглоб за допомогою насоса апарата гемосорбції УЕГ-1 з темпом 224 мл/хв.

Артроскопія розпочиналась промиванням суглоба 300-400 мл фізіологічного розчину, під час якого з порожини суглоба видалялись змінена синовіальна рідина та продукти деструкції. Після цього виконувалась ревізія суглоба, під час якої артроскоп послідовно переводився з верхнього завороту через латеральний в латеральний відділ, потім в медіальний відділ. Звідки через медіальний заворот знову до верхнього завороту.



Така послідовність дозволяє уважно обстежити порожнину суглоба і не залишити поза увагою найменших дрібниць.

План лікування складається зразу після діагностичного етапу втручання.

Артроскопічне лікування синовіту, складок, спайок, вільних тіл та хондромалаяції обговорюється багатьма спеціалістами. Лікування цих патологій при остеоартрозі не відрізняється принципово від лікування цих змін ізольовано. Саме комбіноване лікування цих змін і має назву дебрідмент. Наступним етапом проводилось власне хірургічні втручання, як то резекція меніска, видалення зон пошкодженого хряща, резекція виростків синовії, розтинання спайок резекція остеофітів, видалення вільних тіл. Зони хондромалаяція остеофіти можуть зустрітися у різноманітних місцях. Дебрідмент призводить до видалення змінених тканин та заміни поверхонь фіброзним хрящем (Dandy DJ., 1986). Якщо зони пошкоджень хряща були невеликі (до 2 см. в діаметрі), а суглоби не піддавалися дії хронічного перевантаження, як це часто було у осіб похилого віку, то результатом артроскопічного дебрідменту було достатньо довге, стійке зменшення больового синдрому та покращення рухів у суглобі.

Обробка зон пошкодження хряща проводилась за допомогою шліфувальних бурів, які проводились в дію циркулярним ножем-шейвером. Великі ділянки пошкодженого хряща, що видстав кісткової поверхні, віддалялась за допомогою корзинкоподібних щипців. Обробка проводиться ззаду наперед. Глибина шліфування досягає до 1мм нижче площани субхогуральної кістки.

Для оцінки ефективності шліфування ми користувались таким тестом: після зупинки нагнітання різцем до суглоба на обробній поверхні повинні були з'явитись дрібненькі краплини крові. Поява "червоної роси" свідчила про адекватну обробку зони хондромалаяції. Остофіти скушувались корзинкоподібними щипцями, а їх основа шліфувалась бурами. Часткова менісоектомія відіграла найбільшу роль в дебрідменті при гонартрозі. Дуже рідко ми виявляли меніски з нормальною архітектурою. Частіше нам зустрічалась різна комбінація поздовжніх, радіальних, горизонтальних та язикоподібних пошкоджень. Резекції підлягала лише нестабільна частина меніска в межах стабільної. Для резекції використовували корзинкоподібні щипці та бури, якими шліфували ложе видаленої частини меніска.

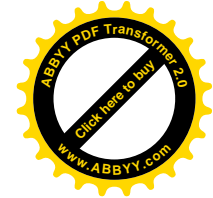
Вважаємо за недоцільне видалення непошкоджених частин меніска, оскільки вони відіграють значну роль в стабілізації суглоба.

Закінчували артроскопію встановленням вакуум-дренажу через один з доступів. Іммобілізацію після втручання не проводили, в той же день хворі починали ходити з милицями, з наступного дня починали лікувальну фізкультуру та фізіотерапію.

Ефективність лікування визначали за схемою оцінки симптомів при гонартрозі за В.А.Поповим (1987).

Артроскопічні прояви при гонартрозі відповідають трьом його клініко-рентгенологічним стадіям за Косинською.

При гонартрозі I виявлені незначні зміни менісків у вигляді їх нерівномірності, тріщинах країв хряща, що вкриває виростки стегнової кістки, зони хондромалаяції на надколіннику гіперемію синовії. Зміни виявляються переважно в медіальному відділі суглоба.



Для другої стадії гонартрозу були характерні більші зміни на менісках, зони деструкції хряща на стегневій кістці та плато великої гомілкової до кісткової тканини, синовія була з елементами фіброзу, зони гіперемії змінювались зонами з послабленим малюнком судин, в порожненні суглоба вільно переміщувались хрящеві тіла.

Для третьої стадії гонартрозу характерні глибокі зміни хряща, які проявлялись його дефектами різних розмірів більше в медіальному відділі. В синовії виявились значні фіброзні зміни, спайки. Синовія та хрящі були блідного кольору. В порожненні суглоба переміщувались вільні тіла різних розмірів.

У 8 хворих I стадії гонартрозу стійкий клінічний результат виявлено через 12 місяців, при оцінці за схемою В.А. Попова в цій групі одержано результат 4 бала.

У 10 хворих II стадії гонартрозу стійкий клінічний ефект був більше 6 місяці, при оцінці за Поповим В.А. в цій групі одержано 3,7 бала.

У 15 хворих III стадії стійкий клінічний ефект виявлено після 6 місяців у 3 хворих, при оцінці симптоматики у хворих цієї групи одержано результат 3,1 бала за Поповим.

На наш погляд, протипоказаннями для артроскопічного дебрідменту значна повнота пацієнта, нестабільність суглобу, деформація всієї кінцівки на рівні суглобу (varus понад 10° valgus понад 15°), остеонароз епіфізіф.

Артроскопічний дебрідмент є цінною альтернативною процедурою в лікуванні деформуючого артрозу колінного суглоба. Паліативний за своєю природою в багатьох випадках він приносить стійке зменшення симптоматики у довгохворюючих пацієнтів похилого віку. Цей метод також дуже цінний у осіб молодих, які ще не досягли віку ідеального для реконструкції колінного суглоба. Артроскопічний дебрідмент значно спрощує реабілітацію і має незначний інтра- та постопераційний ризик.