

ОШИБКИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИИ МЕНИСКОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Бабуркина Е.П., Сименач Б.И., Пустовойт Б.А.

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И.Ситенко НАМН Украины»

Введение. Патология менисков коленного сустава приводит к развитию артрозов уже в ближайшие 7 -10 лет после оперативного вмешательства, у 20-40 % больных, и что важно - это лица преимущественно молодого возраста. Это относится и к артроскопическим вмешательствам. Большое количество артрозов после менискэктомии ставит вопрос «почему развивается артроз?», почему остаются боли в суставе. По нашему мнению не учитывается строение коленного сустава.

Цель исследования. Раскрыть особенности лечебно-диагностической тактики при патологии менисков в условиях диспластического коленного сустава.

Материалы и методы. Нами проанализированы анатомические изменения коленных суставов 85 больных с патологией менисков, проанализированы анатомические изменения оперированного (состояние после менискэктомии) и неоперированного коленного суставов 16 больных с варусной деформацией. Из них 12 ранее была произведена менискэктомия. Сроки от проведения менискэктомии до повторного обращения за медицинской помощью колеблются от 4 месяцев до 30 лет. 6 пациентам из 12 после менискэктомии в ближайшее после операции время (до 1 года) было произведено эндопротезирование коленного сустава. Проведено математическое моделирование ситуации нагружения медиального мениска в условиях нормы и варусной деформации, которая оказывает существенное влияние на медиальный мениск,

Результаты исследования. Аномалии строения коленного сустава, приводящие к нарушению нагружения сустава – определяющий биомеханический фактор диспластического процесса. Проведенное нами исследование показало, что при угле варусной деформации на уровне коленного сустава: $d1=80$ и $E=6$ МПа относительное сжатие мениска увеличивается на $0,308 = 30,8\%$. Артроз тибιο-фemorального сочленения в неоперированном суставе преимущественно отмечали 2 стадии, а в оперированном (где удалялся ранее мениск) – 3 стадии. Для данного параметра различия статистически значимые ($p < 0,01$). Для патологии менисков в сочетании с дисплазией феморо-пателлярного сочленения (47 больных) характерно повреждение мениска без адекватной травмы и аномалии строения феморо-пателлярного сочленения. Разработана тактика диагностики и лечения больных с патологией менисков диспластического генеза.

Выводы. Проведенные исследования подтвердили наши высказывания о том, что удаление мениска в коленном суставе, имеющем фронтальные деформации, способствует прогрессированию деформации и артроза в тибιο-фemorальном сочленении. Мы рекомендуем учитывать строение коленного сустава при планировании оперативных вмешательств на менисках. Перед операцией необходимо обязательно выполнять рентгенограммы коленного сустава в положении стоя в прямой, аксиальной и боковой проекциях. При выявлении фронтальных деформаций на уровне коленного сустава, которые сочетаются с повреждением мениска, показано выполнение корригирующей остеотомии большеберцовой кости в сочетании с вмешательствами на менисках. Выполнение эндопротезирования коленного сустава после менискэктомии считаем некорректным. При выявлении дисплазии феморо-пателлярного сочленения необходимо выполнять оперативные вмешательства, направленные на коррекцию аномалий строения этого сочленения с целью профилактики феморо-пателлярного артроза.