

АЛГОРИТМ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Гайко Г. В., Осадчук Т. І., Підгасцький В. М, Сулима О. М., Калашніков О. В.,
Заєць В. Б.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ, Україна.

Вступ. Остеоартроз – найбільш поширене захворювання суглобів, частота розвитку якого неухильно зростає, що робить проблему його вивчення та лікування однією з найважливіших в артрології. В Україні розповсюдженість остеоартрозу становить майже 500 осіб на 100 тис. населення. Частота остеоартрозу колінного суглоба (гонартрозу) досягає 24–68% від усіх дегенеративно-дистрофічних уражень суглобів.

Мета дослідження – розробка клініко-діагностичного алгоритму вибору оперативних втручань у хворих на остеоартроз колінного суглоба.

Матеріали і методи Нами проаналізовані результати лікування 650 хворих з деформівним артрозом колінних суглобів II–IV стадії. Серед пацієнтів було 433 жінки та 217 чоловіки, середній вік хворих становив 58,7 роки.

При визначенні лікувальної тактики у хворих на гонартроз ми враховували наступні критерії, що визначають прогноз перебігу захворювання:

- 1 R-графічна стадія остеоартрозу (ОА);
- 2 наявність деформації у фронтальній площині;
- 3 дефект кісткової тканини виростків великогомілкової або стегнової кістки за даними рентгенографії;
- 4 обсяг рухів в колінному суглобі;
- 5 величина згинальної контрактури;
- 6 висота хряща за даними ультрасонографії;

Залежно від наявних ознак хворим виконували наступні оперативні втручання: корегувальні остеотомії великогомілкової (158 випадків) або стегнової кістки (34 випадки), артроскопічні втручання у поєднанні із корегувальною остеотомією великогомілкової кістки (12 випадків) та тотальне ендопротезування колінного суглоба (446 випадків). При другій стадії остеоартрозу колінного суглоба за відсутності деформації у фронтальній площині хворим призначали консервативне лікування, за наявності деформації–виконували корегувальну остеотомію, доповнюючи її консервативним лікуванням в післяопераційному періоді.

При другій стадії захворювання, за наявності деформації у фронтальній площині, відсутності дефектів виростків стегнової або великогомілкової кісток, відсутності згинальної контрактури, хворим виконували корегувальну остеотомію. У тих же випадках, але за наявності згинальної контрактури додатково до остеотомії виконували артроскопічний дебридмент суглобу.

У хворих із третьою стадією гонартрозу за відсутності деформації у фронтальній площині проводили консервативне лікування та, за необхідністю (за наявності згинальної контрактури)–виконували артроскопічний дебридмент.

У хворих з четвертою стадією захворювання із деформацією у фронтальній площині до 15 градусів за відсутності дефектів виростків стегнової та великогомілкової кісток та збереженням рухів у колінному суглобі більше 80 градусів, відсутністю або наявністю згинальної контрактури менше 10 градусів, висотою внутрішньосуглобового хряща більше 1 мм та віком хворого молодше 65 років виконували корегувальну остеотомію, яку, у випадках дегенеративного пошкодження менісків, доповнювали артроскопічним дебридментом.

У хворих із четвертою стадією захворювання із деформацією у фронтальній площині більше 15 градусів, виконували тотальне ендопротезування колінного суглоба. Також тотальне ендопротезування виконували хворим із обсягом рухів в колінному суглобі

менше 70 градусів, наявністю згинальної контрактури більше 10 градусів, висоти хряща колінного суглоба менше 1 мм та віком пацієнта старше 65 років.

У хворих із четвертою стадією захворювання без наявності деформації у фронтальній площині, без кісткових дефектів виростків стегнової та великогомілкової кісток із обсягом рухів у суглобі понад 80 градусів, відсутності згинальної контрактури, при висоті внутрішньосуглобового хряща більше 1 мм. проводили консервативне лікування, а у випадках наявності хондроматозних тіл виконували артроліз колінного суглоба

У пацієнтів із дефектами виростків стегнової або великогомілкової кісток виконували тотальне ендопротезування колінного суглоба.

При варусних деформаціях колінного суглоба, які зумовлені порушенням осі великогомілкової кістки, що рентгенологічно проявлялось зменшенням базо-тібіального кута ми виконували надгорбкову корегувальну остеотомію великогомілкової кістки з використанням аутотрансплантатів, відповідних розмірів, з крила клубової кістки.

При деформаціях ділянки колінного суглоба, зумовленими порушенням осі стегнової кістки, що рентгенологічно проявлялись зміною базо-фemorального кута, ми виконували надвиросткову корегувальну остеотомію стегнової кістки з резекцією клина і фіксацією L-подібною металеву 95° пластиною.

Результати та їх обговорення За результатами лікування спостерігали від 2 до 10 років після оперативних втручань.

- добрі результати отримані у 71% хворих;
- задовільні – у 25% пацієнтів ;
- незадовільні – у 4%.

Висновки

1. При варусних деформаціях колінного суглоба, зумовлених порушенням осі великогомілкової кістки, що рентгенологічно проявлялось зменшенням базо-тібіального кута, та задовільному обсязі рухів доцільно виконувати надгорбкову коригувальну остеотомію великогомілкової кістки та застосовувати стабільно-функціональний остеосинтез.

2. При виконанні коригувальної остеотомії доцільно використовувати артроскопію з метою діагностики та лікування внутрішньосуглобових пошкоджень (розрив меніска, вільні суглобові тіла).

3. При деформаціях колінного суглоба, зумовлених порушенням осі стегнової кістки, що рентгенологічно проявлялись зміною базофemorального кута, та задовільному обсязі рухів доцільно виконувати надвиросткову, резекційну коригувальну остеотомію стегнової кістки із фіксацією L-подібною металеву 95° пластиною.

4. При значних деструктивних змінах у колінних суглобах, із різким обмеженням рухів, тотальне ендопротезування є методом вибору оперативного відновлення його функції.