

ТОТАЛЬНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ЗА НАЯВНОЇ ВАЛЬГУСНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Герасименко С. І., Полулях М. В., Герасименко А. С., Автомеєнко Є. М.,
Громадський В. М.

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

Ревматоїдний артрит – на сучасному етапі розвитку медицини розглядається як аутоімунне системне захворювання сполучної тканини для якого характерним є симетричний ерозивний артрит (синовіт) та широкий спектр позасуглобових (системних) проявів з хронічним прогресуючим перебігом та переважним ураженням суглобів, розвитком стійких деформацій кінцівок, порушенням їх функції, втратою працездатності та інвалідацією пацієнтів.

Захворювання займає одне з провідних місць серед ревматологічної патології, а по «тяжкості клінічної картини і своїм наслідкам (анкілозування) немає собі рівних серед інших артритів».

Через п'ять років від початку захворювання до 60% хворих втрачають працездатність, а через 20 років – до 90%. Ураження колінних суглобів відмічаються у 65–70 % випадків і є найбільш поширеною причиною втрати працездатності. Ураження колінних суглобів при ревматоїдному артриті супроводжується формуванням контрактур та розвитком дискордантних деформацій нижніх кінцівок, які призводять до часткової або повної втрати опорно-локомоторної функції кінцівки. Дослідження вітчизняних і закордонних авторів свідчать, що при розвитку функціонально невідповідних деформацій у колінних суглобах значення хірургічної допомоги збільшується. На пізніх стадіях захворювання усунути численні деформації та відновити опорно-рухову функцію суглобів та кінцівок можливо лише за допомогою реконструктивних операцій, а саме – тотального ендопротезування.

Мета – підвищити ефективність лікування хворих на пізніх стадіях ревматоїдного артрити з ураженням колінного суглоба за наявності вальгусної деформації на основі розробки передопераційної підготовки та удосконалення технології ендопротезування.

Матеріали і методи. Робота виконана на базі відділу захворювань суглобів у дорослих ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України». Проліковано 113 хворих на РА з ураженням колінного суглоба, яким було виконано 140 оперативних втручань (тотальне ендопротезування колінного суглоба), 27 хворих були з двобічним ураженням, тому оперативні втручання були виконані з обох сторін. У 31 випадку спостерігалась значна вальгусна деформація та 17 з них потребували заміщення дефекту латерального виростка великогомілкової кістки, що було виконано за допомогою кісткової аутопластики. Вік пацієнтів коливався від 18 до 77 років та у середньому складав (45,1 + 1,1) років..

Діагноз ревматоїдного артрити встановлювався на основі критеріїв, які рекомендовані Американською асоціацією, а також прийнятої у 2003 р. на пленумі ревматологів України робочої класифікації РА.

Всі хворі обстежені клінічно, рентгенологічно, біомеханічно, анамнестично.

Результати та їх обговорення. У хворих на ревматоїдний артрит найбільш типовою деформацією у колінному суглобі є вальгусна деформація, яка формується за рахунок компенсаторних механізмів, що пов'язане з ураженням у вище розташованому кульшовому суглобі. Типовими контрактурами та установами для кульшового суглоба є згинально-привідна, це пов'язано із запаленням у суглобі та збільшенням внутрішньосуглобового тиску. Тому, як компенсація, для прямиостояння, відбувається вальгусне відхилення гомілки у колінному суглобі, що у подальшому призводить до перерозтягнення капсульно-зв'язкового апарату та значних дефектів латерального виростка великогомілкової кістки.

Тотальне ендопротезування колінного суглоба з вальгусною деформацією має свої особливості. Під час планування операції та під час неї проводиться оцінка дефекту

латерального виростка та товщини необхідного зпилу медіального виростка для компенсації дефекту. При первинному ендопротезуванні потрібно максимально зберегти кісткову тканину, враховуючи, що у подальшому будуть потрібні ще ревізійні оперативні втручання. Тому резекцію суглобових поверхонь ми робили економно, розроховуючи застосувати вкладиш найменшого розміру. А зону деструкції, очищали від нежиттєздатних кісткових тканин та залишків хряща, і проводили його аутопластику, використовуючи зпил кісткової тканини з контрлатерального виростка. Кістковий трансплантат фіксували за допомогою великогомілкового компонента ендопротеза. У подальшому на контрольних рентгенограмах у всіх випадках ми спостерігали перебудову трансплантату. Отримані віддалені результати оцінені, як добрі.