

Малоинвазивная оперативная коррекция проксимального отдела большеберцовой кости с фиксацией наkostной пластиной угловой стабилизацией, как метод выбора лечения при начальной стадии гонартроза у взрослых
Джумабеков С. А.¹, Сулайманов Ж. Д.², Айтназаров Э. Т.³, Сулайманов Б. Ж.⁴

¹Джумабеков Сабырбек Артисбекович / Dzhumabekov Sabyrbek Artisbekovich – доктор медицинских наук, профессор, директор;

²Сулайманов Жаныш Дайырович / Sulaymanov Janish Dairovich – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора,

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии;

³Айтназаров Эмилбек Тыныбекович / Aitnazarov Emilbek Tynybekovich – кандидат медицинских наук;

⁴Сулайманов Бахтияр Жанышович / Sulaimanov Bakhtiar Janyshevich – научный сотрудник,

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: проведено исследование 79 пациентам сроком наблюдения от 1 года до 3 лет. Пациенты разделены на 3 группы для сравнительной оценки - это основная и 2 контрольные группы. К основной группе применено оперативное лечение - малоинвазивная коррекция большеберцовой кости с фиксацией наkostной пластиной угловой стабилизацией. Пациентам контрольной группы были выполнены высокие корригирующие остеотомии большеберцовой кости с фиксацией угловой и наkostной пластинами. Пациенты 2 контрольной группы получали консервативное лечение, включающее в себя медикаментозную терапию с использованием сосудистых препаратов и хондропротекторов, препаратов гиалуроновой кислоты, нпвс-терапия, физиотерапевтическое лечение, санаторно-курортное лечение в течение всего периода. Предлагаемая нами малоинвазивная оперативная коррекция при начальных стадиях гонартроза у взрослых с применением наkostной мини-пластины с высокой клинко-рентгенологической достоверностью показала, что данная методика в подавляющем большинстве случаев дает благоприятные результаты.

Ключевые слова: коленный сустав, остеоартроз, коррекция деформации.

Введение: Патология опорно-двигательного аппарата занимает второе место в категории временной нетрудоспособности и третье среди причин инвалидности [1]. По данным зарубежных и отечественных авторов, в последние годы отмечен не только рост заболеваемости коленного сустава, но и омолаживание контингента с этой патологией, причем имеет место явное увеличение выявляемости запущенных форм, о чем свидетельствует возрастающее число операций тотального эндопротезирования коленного сустава у лиц молодого и зрелого возраста [2, 3, 4]. Хотя этот вид хирургической помощи при запущенных гонартозах является весьма эффективным, в тоже самое время с учетом молодого и зрелого возраста пациентов возникает проблема неоднократного ревизионного эндопротезирования, с последующей инвалидизацией больного и возрастающей стоимостью его дальнейшего лечения [4, 5].

Что же является причиной позднего выявления дегенеративно-дистрофического поражения коленного сустава у лиц молодого и среднего возраста? По мнению большинства авторов, причин несколько. Это, прежде всего, трудности диагностики начальной стадии дегенеративно-дистрофического процесса в коленном суставе; быстрое прогрессирование заболевания при идиопатическом, посттравматическом гонартрозе и неэффективные схемы лечения лиц, страдающих начальной, быстро прогрессирующей стадией заболевания [2, 3, 4].

В специализированной научной литературе ведется дискуссия о преимуществах, показаниях и эффективности как консервативных, так и оперативных способов лечения различных форм и стадий гонартроза. По мнению большинства авторов, консервативное лечение эффективно при не быстро прогрессирующих формах гонартроза, поскольку процессы разрушения сустава развиваются достаточно медленно, иногда годами. При быстро прогрессирующей форме процесс разрушения сустава происходит в сроки от полугода до трех лет, что требует более ранней активной лечебной тактики, направленной на сохранение сустава. Однако до сих пор в литературе имеются практически единичные сведения о профилактическом, органосохраняющем лечении начальных прогрессирующих форм заболеваний коленного сустава, таких как идиопатический и посттравматический гонартроз, асептический некроз мыщелков бедренной кости, об эффективности и долговечности терапии и реабилитации при этой же стадии заболевания [3, 4, 6, 7]. В литературе пока мало сведений и объективных исследований, доказывающих долговечность и эффективность консервативного лечения при различных формах и стадиях артроза коленного сустава. А применение оперативных методов его лечения на ранних стадиях и критерии оценки их эффективности отражены крайне недостаточно и противоречиво. Вместе с тем, ранее использовались различные реваскуляризирующие туннелизации, остеотомии проксимального отдела большеберцовой кости с последующим восстановительным лечением [3, 4] при гонартрозах III-IV стадии дегенеративно-дистрофического процесса.

Материалы и методы: Исследованию подлежало 84 пациента с начальной стадией гонартроза. Для сравнительной оценки всех пациентов разделили на 3 группы - это основная группа и две контрольных

групп. Из них 32 человека - это основная группа (мужчин было 7, женщин 25). В основной группе с посттравматическим гонартрозом - 5 пациентов (мужчин - 4, женщин - 1), с идиопатическим гонартрозом 27 пациентов (мужчин - 3, женщин - 24). Средний возраст (в среднем $45 \pm 14,2$ года) от 38 до 65 лет. В I контрольной группе лечение получали 28 пациентов. В этой группе с посттравматическим гонартрозом было 4 пациента (все мужчины), с идиопатическим гонартрозом было 24 пациента (мужчин - 5, женщин - 19). Средний возраст (в среднем $45 \pm 14,2$ года) от 38 до 65 лет. Во II контрольной группе лечение получали 24 пациента. В этой группе с посттравматическим гонартрозом было 3 пациента (мужчины-2, женщины-1), с идиопатическим гонартрозом был 21 пациент (мужчин - 2, женщин - 19). Средний возраст (в среднем $45 \pm 14,2$ года) от 38 до 65 лет. У всех больных, как в контрольных так и в основной группах, диагноз был установлен при рентгенологическом, УЗИ-обследовании, с помощью компьютерной томографии (КТ), МРТ.

По половому признаку во всех группах наблюдалось значительное преобладание лиц женского пола, что в первую очередь мы связываем с особенностями гормональных возрастных изменений и предрасположенностью женщин к дегенеративно-дистрофическим заболеваниям крупных суставов. Пациентам I контрольной группы были выполнены высокие корригирующие остеотомии большеберцовой кости с фиксацией угловой и наkostной пластинами

Пациенты II контрольной группы получали консервативное лечение, включающее в себя медикаментозную терапию с использованием сосудистых препаратов и хондропротекторов, препаратов гиалуроновой кислоты, НПВС-терапия, физиотерапевтическое лечение, санаторно - курортное лечение, в течение всего периода протекания болезни, вплоть до прогрессирования дегенеративно-дистрофического процесса.

Пациентам основной группы было применена малоинвазивная корригирующая остеотомия проксимального отдела большеберцовой кости с фиксацией наkostной пластиной угловой стабилизацией разработанной в БНИЦТО.

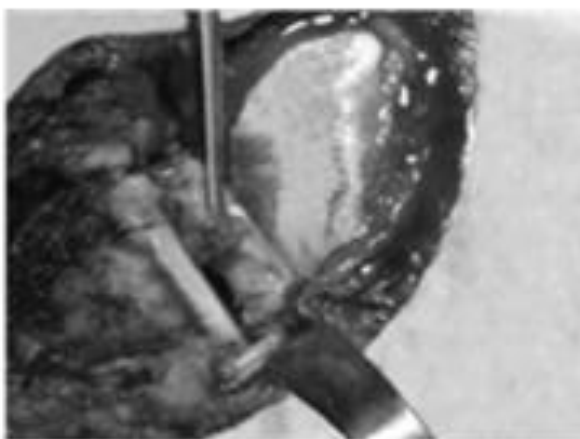


Рис. 1. Хейл и менисэктомия

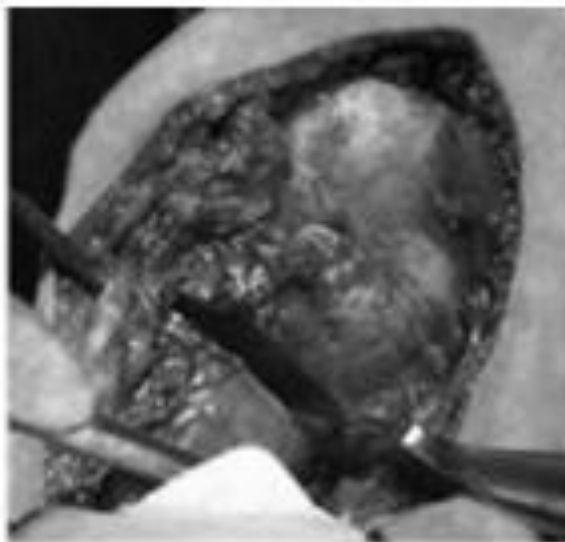


Рис. 2. Неполная кортиктомия



Рис. 3. Долото-корректор



Рис. 4. Установка винтов



Рис. 5. Установка пластины



Рис. 6. Швы на кожу

Данный способ малоинвазивной корригирующей остеотомии проксимального отдела большеберцовой кости с фиксацией наkostной пластиной угловой стабилизацией выполняется следующим образом. В известных способах, для доступа к коленному суставу в большинстве случаев пользуются Пайеровским доступом, длина разреза составляет не менее 15 см. В данном случае под общим или спинномозговым обезболиванием в положении больного на спине производим косой разрез по внутреннему краю коленного сустава, почти как при удалении внутреннего мениска, длиной до 5-6 см с обязательным рассечением внутренней гусиной лапки (рис. 1, 2). Необходимое условие доступа - это обязательная ревизия коленного сустава (рис. 3), т.к. в нашем случае у всех пациентов мы обнаружили дегенеративное повреждение мениска и хондромалиции суставных поверхностей сочленяемых костей, после удаления последнего (рис. 1) производится высокая поперечная проксимальная внутренняя неполная кортикотомия большеберцовой кости (рис. 2) без нарушения целостности наружного кортикального слоя с латеральной стороны ее. Затем с помощью специально разработанного нами инструмента долота-корректора исправляется варусная деформация голени с учетом данных рентгенограммы и клиники. После чего, не вынимая долота-корректора в заданном положении производится остеосинтез наkostной пластиной в виде «бабочки» (рис. 4-5), винты устанавливаются с помощью направителя для обеспечения наибольшей безопасности при установке пластины (рис. 4). Далее послойно ушивают рану с дренированием микро-выпускником на сутки (рис. 6). Накладывают асептическую повязку. Кровопотеря при таком операционном доступе не превышает 200 мл. Послеоперационное ведение обычное. Снятие швов на 12 сутки. Через 2 месяца с момента операции практически послеоперационный рубец не заметен. В послеоперационном периоде - ходьба с помощью костылей без нагрузки на оперированную конечность в течение 2-х месяцев с момента операции. В дальнейшем в течение полугода после операции рекомендуется восстановительное лечение, т. е. санаторно-курортное лечение. Удаление пластины показано через 8-10 месяцев с момента операции.

Результаты и обсуждение: Сравнение результатов консервативного и оперативного лечения с применением различных модификаций пластин, а также пластины разработанной в БНИЦТО больных в основной и контрольных групп выявило значительные различия в исходах лечения. Состояние коленного сустава консервативного и оперативного лечения оценивалось по данным клинической методики стандартизированной оценки исходов лечения (СОИ-3), предложенной коллективом авторов Центрального института травматологии и ортопедии имени Н. Н. Приорова, антропометрических, рентгенологических и УЗИ методов исследования, КТ и МРТ.

Исходы лечения прослежены от 1 года до 3 лет (в среднем 2 года) у 79 больных (30-основная группа, 27-Контрольная группа и 22 - II контрольная группа сравнения). В основной группе наблюдались с посттравматическим гонартрозом 55 больных, идиопатическим гонартрозом 25 больных. Для сравнения из I контрольной группы исследовались 3 больных с посттравматическим гонартрозом и 24 больных с идиопатическим гонартрозом, из II консервативной контрольной группы 3 больных с посттравматическим гонартрозом и 19 больных с идиопатическим гонартрозом. Осмотр проводился в амбулаторных условиях при плановом контрольном посещении лечащего врача в сроки от 6 до 8 месяцев. В основной группе средние показатели суммы баллов по СОИ-3 составили 94,7, разброс составил от 83 до 99 баллов. Тогда как в I- контрольной группе средний балл составил 87,15 балла, а показатели колебались в пределах от 60 до 88 баллов, а во II-группе средний балл составил 77.4 и показатели колебались в пределах от 50 до 78 баллов.

Выводы: Предлагаемая нами малоинвазивная оперативная коррекция при начальных стадиях гонартроза у взрослых с применением наkostной мини-пластины угловой стабилизацией с достоверностью показала, что данная методика в подавляющем большинстве случаев дает благоприятные результаты. Позволяет на достаточно длительное время приостановить процессы разрушения сустава в молодом и зрелом возрасте, отложить проведение в этом возрасте дорогостоящих оперативных вмешательств, таких как тотальное эндопротезирование. Позволяет минимизировать травматичность оперативного вмешательства. Исключается развитие ложного сустава или несращение кости в месте остеотомии. Малоинвазивная техника остеотомии проксимального отдела большеберцовой кости дает и прекрасный косметический результат после операции. Использование методики стандартизированной оценки исходов (СОИ-3) позволяет математически более точно и достоверно сравнивать и анализировать результаты.

Литература

1. Бамерт П., Карлбауэр А. Переломы в области коленного сустава. Иркутск, 2005.
2. Житницкий Р. Е., Серебrenникова Л. Г. Микротравматическая болезнь опорнодвигательного аппарата. Опыт лечения антигомотоксической терапией. // Бюл. ВСНЦСО РАМН, 2006. № 4. С.100103.
3. Корнилов Н. Н., Новоселов К. А., Куляба Т. А. Современные представления о целесообразности применения корригирующих околосуставных остеотомии при деформирующем артрозе коленного сустава // Вестник травмат. и ортопедии им. Н. Н. Приорова, 2004. № 3. С.91-95.
4. Корнилов Н. Н. Хирургическое лечение больных с изолированными проявлениями дегенеративнодистрофических заболеваний коленного сустава: Автореф. дис. д-ра мед. наук. СПб., 2004. 43 с.

5. *Хрулев В. Н.* Корригирующая околоуставная остеотомия с артропластикой коленного сустава при деформирующем остеоартрозе: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1997. 15 с.
6. *Мюллер В. (Muller W.)* Высокая остеотомия большеберцовой кости: условия, показания, техника, проблемы, результаты // *MargoAnterior*, 2003. № 12. С. 210.
7. *Busto J. M., Aguilera J. M., Saldivar A.* Complication in total knee replacement. // III Congress of the European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology: Abstracts of posters and videos. Barcelona, 1997. P. 295.