

АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ МЕНИСКОВ И ДЕФОРМИРУЮЩИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННОГО СУСТАВА 2-3 СТАДИЙ.

Татлыбаева Н. З.

Научный руководитель - Иштуков Р. Р.

ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет
Минздрава России (Уфа, Россия)
Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики ИДПО
ГБУЗ "Республиканская клиническая больница им. Г. Г. Куватова"

Ключевые слова: остеоартроз, мениск, коленный сустав, артроскопия.

Резюме. В данной статье приведен анализ ближайших результатов хирургического лечения заболеваний коленного сустава. Пациенты разделены на 2 группы: пациенты с гонартрозом 2-3 стадий и повреждениями менисков. Исследовано 35 пациентов. Положительная динамика наблюдалась через 2 недели в обеих группах: снижение клинических проявлений заболевания, восстановление объема движений сустава, улучшение качества жизни пациентов.

Summary. In this article the analysis of the nearest results of surgical treatment of diseases of the knee joint is given. Patients are divided into 2 groups: patients with gonarthrosis of 2-3 stages and meniscus lesions. 35 patients studied. Positive dynamics was observed after 2 weeks in both groups: reduction of clinical manifestations of the disease, restoration of range of motion of the joint, improving the quality of life of patients.

Актуальность.

Одним из самых распространенных заболеваний в структуре костно-мышечной системы является остеоартроз коленного сустава. Данное заболевание составляет 33,3 % от числа всех случаев остеоартроза крупных суставов и нередко является причиной потери трудоспособности и инвалидности населения. По данным статистики, в Российской Федерации остеоартрозом коленного сустава страдает до 12 % трудоспособного населения. Частота инвалидизации достигает 20%, а снижение качества жизни, связанное с данной патологией, отмечают у 80% пациентов. Частота встречаемости заболевания повышается возрастом и развивается после 35-50 лет в 30-40%, и после 65 лет в 60-70%, при этом соотношение заболеваемости мужчин и женщин – 1:3. Согласно данным ВОЗ, ОА коленных суставов находится на 4-м месте среди основных причин нетрудоспособности у женщин и на 8-м у мужчин. Посттравматические гонартрозы составляют 16 % случаев. Особую группу риска составляют люди, деятельность которых связана с большой физической нагрузкой, так согласно статистике клиники спортивной и балетной травмы ЦИТО, у 60% всех поступающих с травмой колена диагностируют повреждение мениска, что является одной из причин развития остеоартроза.

Цель работы.

Анализ ближайших результатов оперативного лечения больных с остеоартрозом и повреждениями менисков коленного сустава, выявление взаимосвязи предрасполагающих факторов на развитие заболевания и результат лечения.

Материалы и методы.

На базе ГБУЗ РКБ им.Г.Г.Куватова проанализированы результаты лечения 35 пациентов с артрозом коленного сустава и повреждениями менисков, из которых были 16 мужчин и 19 женщин, средний возраст составил 45 лет.

Всем пациентам была проведена артроскопическая операция коленного сустава, резекция поврежденной части мениска, шлифовка-шейвирование поврежденного гиалинового хряща латерального или медиального мыщелков, дебридмент полости сустава.

Пациенты разделены на 2 группы. Первую группу составили пациенты с повреждениями менисков – 16 человек. Вторая группа из 19 пациентов включала в себя больных с гонартрозом 2-3 стадии.

Всем больным проведена оценка болевого синдрома по 10-ти балльной визуально-аналоговой шкале боли (ВАШБ) до оперативного вмешательства и спустя 2 недели после операции, эффективность лечения оценивалась по динамике шкалы. У больных второй группы для оценки тяжести гонартроза рассчитывался альгофункциональный индекс Лекена.

Во всех сравниваемых группах оценены клинические симптомы заболевания до операции и через 2 недели после артроскопии: боль в покое, боль при движении, крепитация(хруст), припухлость, наличие кисты Бейкера.

Обсуждение.

Остеоартрозом является хроническое постоянно прогрессирующее заболевание суставов, при котором изначально повреждаются, а затем разрушаются хрящи и костные суставные поверхности на фоне нарушенного его диффузного питания. В данный патологический процесс вовлекаются все структурные компоненты сустава: хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, суставная капсула, связки, периартикулярные мышцы [2]. Возможно развитие деформации за счет отека мягких околоуставных тканей или небольшого выпота, что характерно для коленных суставов. В поздних стадиях гонартроза могут определяться изменение формы, нестабильность и атрофия мышц в области пораженного сустава.

В патогенезе деформирующего остеоартроза коленного сустава большая роль отводится биомеханическим изменениям. Различные факторы, такие как избыточная масса тела, малоподвижный образ жизни, последствия различных травм приводят к развитию этой патологии. В основе лежит неравномерное распределение внутрисуставного костного давления на суставные поверхности, что ускоряет изнашивание сустава и разрушение гиалинового хряща. Возрастные изменения, возникающие после 35-40 лет, приводят к снижению синтетической функции хондроцитов, потере эластичности хряща, усилению деградация протеогликанов, разволокнению коллагенового каркаса, данные процессы приводят к истончению, размягчению и разрушению хряща в местах максимальной нагрузки. Дальнейшее разрушение хряща приводит к обнажению подлежащей субхондральной кости, появлению участков остеосклероза, субхондральных кист и возникновению остеофитов.

Избыточный вес увеличивает нагрузку на коленные суставы при ходьбе в 3-4 раза, при беге – в 7 раз, поэтому риск развития гонартроза возрастает. В норме ось нагрузки проходит через центр тибioфemorального отдела. У тучных людей

происходят изменения положения оси сустава. Лишний вес способствует максимальному смещению нагрузки на медиальную часть сочленения. Изменение оси нарушает нормальное распределение внутрисуставного давления и приводит к повреждению хряща. Согласно статистике, в среднем медиальный тибioфemorальный отдел поражается в – 75%, латеральный – 25% [1].

Нередко риск развития остеоартроза коленного сустава увеличивается при повреждениях менисков, которые представляют собой хрящевые прокладки, выполняющие роль амортизаторов в суставе, а так же стабилизирующие коленный сустав. Мениски поглощают от 50 до 80% ударной нагрузки на коленный сустав, что защищает сустав от травм[4]. Разрывы этих структур самая частая из травм коленного сустава - до 75% от всех закрытых повреждений. Одним из способов лечения менископатий является артроскопическая резекция поврежденной части мениска. Резекция мениска приводит к меньшему разрушению суставного хряща по сравнению с менискэктомией, но не исключает риск развития остеоартроза, так как давление в области контакта бедренной и большеберцовой костей увеличивается. Травматическое повреждение хряща вызывает его структурную неполноценность, которая выражается в разрушении структуры коллагена, что ведет к уменьшению устойчивости к механическим нагрузкам. Роль пускового момента в патогенезе играет механическая перегрузка суставного хряща (микротравматизация), что ведет к синтезу хондроцитами провоспалительных медиаторов[3].

Результаты.

Влияние избыточного веса на развитие заболеваний коленного сустава оценивалось по ИМТ (индекс массы тела): среди женщин 85 % имели избыточный вес, среди мужчин – 50%. Высокий ИМТ увеличивает нагрузку на сустав, увеличивает скорость деградации хряща, что является одной из причин развития гонартроза.

В данном исследовании через 2 недели наблюдалась положительная динамика. Выраженность болевого синдрома при движении по шкале ВАШБ в 1 группе (повреждения менисков) снизилась в 3 раза по сравнению с исходными значениями 5-6 (рис. 1, рис. 2). Пациенты отмечали улучшение состояния, отсутствие болей при ходьбе, при спуске и подъеме по лестнице, снижение отека.

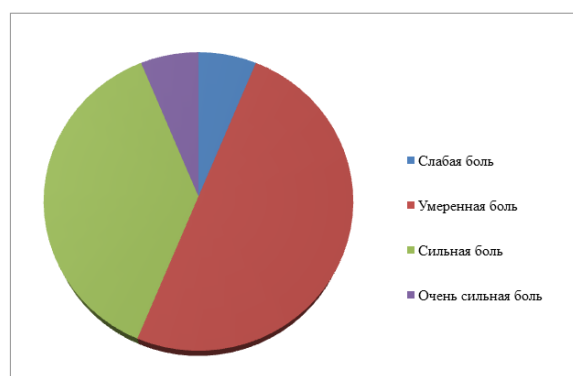


Рис. 1. Выраженность боли до операции (1 группа)

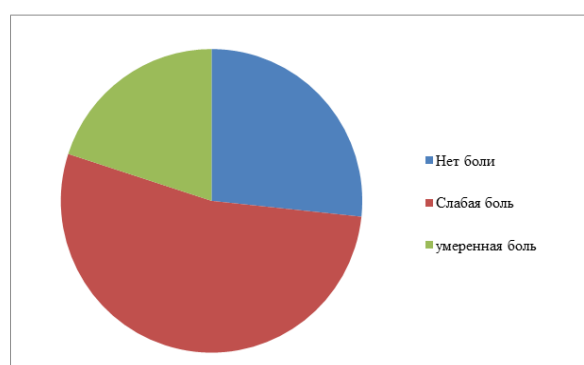


Рис. 2. Выраженность боли через 2 недели после операции (1 группа)

Во 2 группе (остеоартроз 2-3 стадий) выраженность боли уменьшилась в 2 раза с исходными значениями 7-9 (рис. 3, рис. 4). Пациенты оценивали боль как умеренную и слабую, отмечали болезненность при разгибании и ходьбе по лестнице,

сохранение боли в покое в 13 случаях(68%), крепитации – в 9 случаях(47%), припухлости в 11 случаях(57%) из 19. Данные представлены в таблице 1.

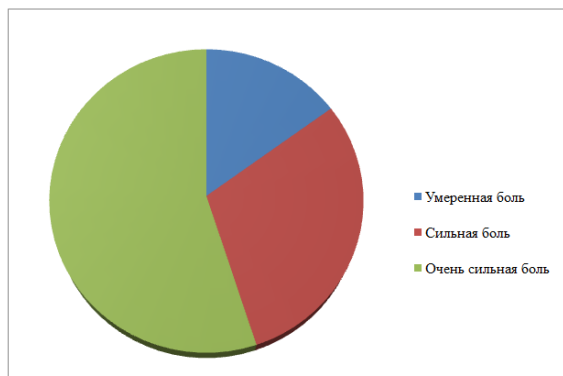


Рис. 3. Выраженность боли до операции (2 группа)

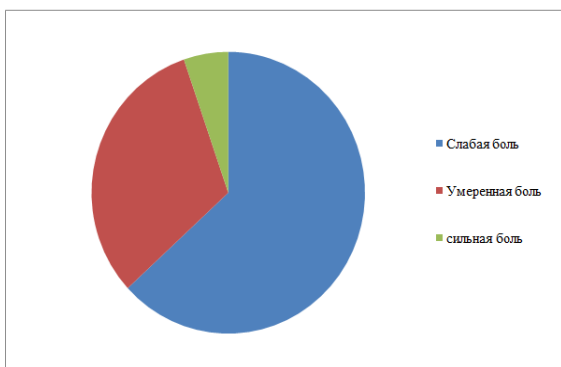


Рис. 4. Выраженность боли через 2 недели после операции (2 группа)

Таблица 1

Параметры	Клиническая характеристика			
	1 группа (повреждение менисков)		2 группа (остеоартроз 2-3 стадии)	
Общее количество пациентов	16 пациентов		19 пациентов	
	До операции	После операции (через 2 недели)	До операции	После операции (через 2 недели)
Боль в покое	10	5	17	13
Боль при движении	14	9	19	18
Крепитация	15	5	13	9
Припухлость	9	7	17	11
Киста Бейкера	7	5	15	12

Степень тяжести гонартроза у пациентов 2 группы определялась по альгофункциональному индексу Лекена, который в 98 % составил более 12 баллов (резко выраженная степень гонартроза). Течение заболевания сопровождалось выраженным болевым синдромом, ограничением подвижности, значительным отеком и хрустом в суставе.

Среди предрасполагающих факторов развития остеоартроза в 19 случаях (90%) были застарелые повреждения менисков, а также перенесенный ревматизм, и иные травмы коленного сустава.

В 1 группе чаще наблюдалось повреждение медиального мениска – 14 случаев(87%) из 16, что объясняется его меньшей подвижностью за счет сращения с суставной капсулой и большеберцовой коллатеральной связкой, а также смещением максимальной нагрузки на внутренний мениск при различных патологических состояниях. Частая локализация повреждения – область заднего рога, 4 случаях (25%) из 16 повреждение по типу «ручки лейки». Латеральный мениск был поврежден в 2 случаях (13%).

Киста Бейкера, развивающаяся вследствие растяжения синовиальной сумки синовиальной жидкостью, выявлялась при МРТ-исследовании. В 1 группе пациентов киста Бейкера в 7 случаях(43%) из 16, после операции киста сохранилась в 5

случаях(31%). Во 2 группе наличие кисты отмечалось в 15 случаях(78%) из 19, после операции киста сохранилась у 12 пациентов(63%).

В 3 случаях (18%) повреждения менисков сопровождались с повреждением передней крестообразной связки.

В 1 случае (3%) течение заболевания отягощалось наличием свободных хрящевых фрагментов, которые удалены артроскопически.

Выводы.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что артроскопическая операция является клинически эффективным методом оперативного лечения. Так через 2 недели после проведенной операции пациенты отмечали снижение интенсивности болевого синдрома, скованности коленного сустава, полное или частичное восстановление двигательных функций пациента.

Литература

1. В.В. Бадокин Остеоартроз коленного сустава : клиника, диагностика, лечение. Современная ревматология № 3 ' 1 3. С. 70-75.
2. Жиликов А.В. Остеоартроз. Основные причины и способы лечения. Екатеринбург, 2010. – 89 с.
3. Ревматология: нац. руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 720 с.
4. Netter's concise atlas of orthopaedic anatomy/Jon C. Thompson. 1st ed., 2002. P. 296 – 307.