

Случай из практики

© Группа авторов, 2006

Хондропластика при лечении пациента с болезнью Кенига (первый опыт)

В.И. Шевцов, Т.Ю. Карасева, А.Г. Карасев

Chondroplasty in treatment of a patient with König disease (early experience)

V.I. Shevtsov, T.Y. Karasiova, A.G. Karasiov

Федеральное государственное учреждение науки

«Российский научный центр "Восстановительная травматология и ортопедия" им. академика Г. А. Илизарова Росздрав», г. Курган
(генеральный директор — заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор В.И. Шевцов)

Рассекающий остеохондроз (остеохондрит) суставных поверхностей описан немецким хирургом F. König (1887) и представляет собой ограниченный асептический субхондральный некроз суставной поверхности мыщелков бедренной кости. По данным А.Х. Диасемидзе [1], болезнь Кёнига у ортопедических больных встречается в 0,8 % случаев, а среди заболеваний коленного сустава составляет 2 %. Данным заболеванием наиболее часто страдают люди в возрасте 20-40 лет, мужчины — в 2 раза чаще. Патологический очаг в 93 % случаев локализуется в коленном суставе.

До настоящего времени этиология заболевания не выяснена, ряд авторов называет дегенеративные, диспластические, нервно-сосудистые, травматические и также эндокринные причины.

Лечение рассекающего остеохондроза зависит от стадии заболевания и возраста больного. При выборе методики лечения (консервативное или оперативное) мы руководствуемся классификацией повреждений суставного хряща по Оутербридж (1961).

При IV стадии рассекающего остеохондрита мы отдаем предпочтение биологическому восстановлению суставной поверхности медиального мыщелка бедренной кости костно-хрящевыми трансплантатами.

Основоположником данного метода является доктор L. Hangody, который в 1996 г. предложил мозаичную костно-хрящевую аутопластику повреждений коленного сустава цилиндрическими костно-хрящевыми трансплантатами, в основе которой лежит «моно- и поликомпонентная пластика», описанная Д.А. Маланиным [2] и А.В. Антиповым [3].

Пересадка остеохондральных аутоотрансплантатов (Osteochondral Autograft Transfer Sys-

tem (OATS) внедрена в клинику Центра с 2004 г. и выполняется при помощи набора инструментов для мозаичной артропластики фирмы "ACUFEX" (рис. 1).



Рис. 1. Набор инструментов для мозаичной артропластики фирмы "ACUFEX"

Остеохондральный дефект мыщелка бедренной кости исследуется артроскопически с определением размера повреждения при помощи комплекта трамбовок — измерителей с диаметром от 5 до 10 мм.

Забор донорской ткани в области ненагружаемой поверхности бедренной кости феморопателлярного сустава осуществляется при помощи пробойника — экстрактора с трубчатым заборником, формирование костного стержня реципиента выполняют подобным образом (рис. 2).

Установка донорского костно-хрящевого стержня из трубки заборника осуществляется при помощи молотка или экструдера с последующим выравниванием трансплантата с окружающим хрящевым покрытием при помощи измерителя трамбовки (рис. 3).

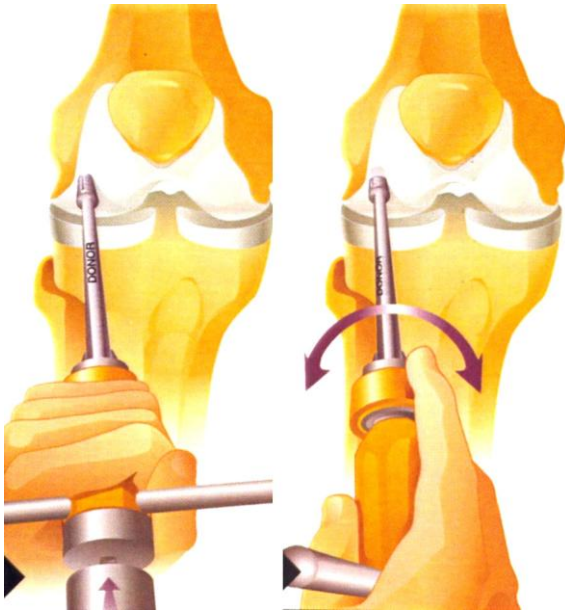


Рис. 2. Этапы забора донорской ткани (рисунки из инструкции по применению набора инструментов)



Рис. 3. Установка донорского костно-хрящевого стержня (рисунок из инструкции по применению набора инструментов)

Предлагаем вашему вниманию клиническое наблюдение.

Больной Ч., 20 лет. Диагноз: болезнь Кёнига правого коленного сустава.

Из анамнеза выяснено, что болен в течение шести лет. Неоднократно обращался в поликлинику по месту жительства, однако заболевание не было диагностировано. В декабре 2003 г. военкоматом был направлен на консультацию в поликлинику РНЦ «ВТО». Диагностирована болезнь Кёнига и больной направлен на плановое оперативное вмешательство.

При поступлении предъявлял жалобы на боли в области правого коленного сустава и ограничение движений в коленном суставе, хромоту.

Контуры коленного сустава сглажены, симптом баллотации надколенника положителен. При пальпации – локальная болезненность в области медиального мыщелка бедренной кости. Разгибание в коленном суставе ограничено до 170°.

В клинике РНЦ «ВТО» имени акад. Г.А. Илизарова под эпидуральной анестезией после обработки операционного поля растворами антисептиков выполнена артроскопия правого коленного сустава.

Диагностирована хондромалиция II-III степени медиального мыщелка бедренной кости с дефектом 3×3 см на нагружаемой его поверхности. Выполнена резекция диссекатов с последующей шейверной обработкой материнского ложа и пересадка остеохондральных аутотрансплантатов с последующей пластикой донорских каналов костными цилиндрами из материнского ложа. На рентгенограмме: определяются остеохондральные трансплантаты и «донорские» каналы (рис. 4).



Рис. 4. Рентгенограмма больного Ч. в день операции

В послеоперационном периоде проведен курс консервативного лечения, включающий медикаментозное, физиолечение, массаж, баротерапию, ЛФК, внутрисуставное введение хондропротекторов. На пятые сутки больной приступил к разработке коленного сустава. Частичную нагрузку на оперированную конечность пациенту разрешили через 2 месяца, полную – через 2,5 месяца.

Через четыре месяца после оперативного вмешательства на контрольных рентгенограммах и КТ-исследовании коленного сустава определяется состоятельность всех трансплантатов, однако органотипическая перестройка медиального мыщелка бедренной кости не завершена (рис. 5).

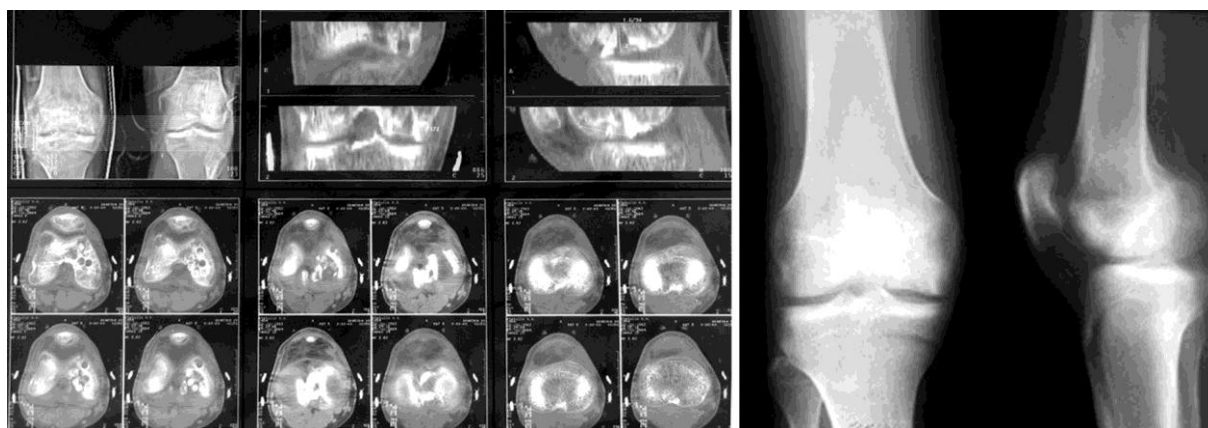


Рис. 5. КТ и рентгенограмма больного Ч. через 4 месяца после оперативного вмешательства

Через 10 месяцев после операции больной жалоб не предъявляет. Походка правильная. Объем движений в коленном суставе в полном объеме. Результатом лечения больной удовлетворен (рис. 6).



Рис. 6. Больной Ч. через 10 месяцев после оперативного вмешательства

На контрольной рентгенографии определяется полная органотипическая перестройка медиального мыщелка бедренной кости (рис. 7).



Рис. 7. Рентгенограмма больного Ч. через 10 месяцев после оперативного вмешательства

Таким образом, артроскопический метод позволяет оценить степень повреждения хрящевого покрытия коленного сустава и выбрать тактику оперативного лечения больных, а метод артропластики цилиндрическими костно-хрящевыми трансплантатами является методом выбора и эффективным способом профилактики развития вторичного артроза при изолированных повреждениях суставного хряща у лиц молодого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Травматология и ортопедия / рук. для врачей : в 3-х т. / под ред. Ю. Г. Шапошникова. – М. : Медицина, 1997. – Т. 3 - С. 496.
2. Маланин, Д. А. Пластика полнослойных дефектов гиалинового хряща в коленном суставе: экспериментальные и клинические аспекты репаративного хондрогенеза : автореф. дис. д-ра мед. наук / Д. А. Маланин. – Волгоград, 2002. – 39 с.
3. Антипов, А. В. Артроскопическое замещение дефектов суставной поверхности костно-хрящевыми трансплантатами при рассекающем остеохондрите (экспериментально-клиническое исследование) : автореф. дис. ... канд. мед. наук / А. В. Маланин. – Курган, 2003. – 16 с.

Рукопись поступила 20.05.05.