

Случай из практики

© Группа авторов, 2008

Экстраартикулярный метод закрытой спицевой туннелизации зоны патологической перестройки по типу болезни Кёнига у пожилой пациентки

В.Д. Макушин, О.К. Чегуров, П.В. Нецветов, Л.В. Мальцева

The extraarticular technique of closed wire tunnelization of pathological reorganization zone by König disease type in an elderly female patient

V.D. Makushin, O.K. Chegourov, P.V. Netsvetov, L.V. Maltseva

Федеральное государственное учреждение

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

Разработан малотравматичный метод экстраартикулярной закрытой спицевой туннелизации зоны патологической перестройки мыщелков. Применение разработанного способа лечения асептического некроза мыщелка бедренной кости у трех пожилых больных женского пола показало, что уже в ближайшие сроки наблюдений (через 3-6 месяцев после операции), по данным рентгенологических методов обследования и ультрасонографии, наблюдается положительная динамика перестройки в патологическом очаге с восстановлением структуры костной ткани и конфигурации суставной поверхности. Клинически определяется уменьшение интенсивности болевого синдрома, увеличение амплитуды движений в суставе.

Ключевые слова: нижняя конечность, коленный сустав, болезнь Кёнига, оперативное лечение.

The little-damage technique of closed wire tunnelization of the zone of condyle pathological reorganization has been developed. The use of the technique proposed for treatment of aseptic necrosis of femoral condyle in three elderly female patients has demonstrated that even in the immediate periods of observations (3-6 months after surgery), by the data of roentgenological methods of examination and ultrasonography, the positive dynamics of reorganization is noted in the focus of pathology with the restoration of bone tissue structure and articular surface configuration. Both the decrease of pain syndrome intensity and the increase of range of movements in the joint are determined clinically.

Keywords: lower limb, the knee (joint), König disease, surgical treatment.

Локальный асептический субхондральный некроз мыщелков бедра при выраженном дистрофическом процессе в коленном суставе встречается часто. Так, по сведениям А.Ю. Каюмова с соавторами [1], болезнь Кёнига наблюдается в 51,1 % случаев при третьей стадии гонартроза. В руководстве по травматологии и ортопедии под редакцией Ю.Г. Шапошникова (1997) указано, что патологические очаги обнаруживают в мыщелках бедренной кости в 93 % случаев дегенеративно-дистрофических изменений преимущественно у мужчин в возрасте от 20 до 40 лет [2].

В настоящее время признанным методом хирургического лечения болезни Кёнига является артроскопический с включением резекции диссекатов, шейвирования и аутопластики [3].

Не умаляя значения современных интраартикулярных методов лечения данной болезни в достижении благоприятных результатов, не всегда удается получить положительную динамику органотипической перестройки некротических участков мыщелка. Более того, по данным А.Ю. Каюмова с соавт. (2006), при применении

артроскопических операций при третьей и четвертой стадиях деформирующего артроза коленного сустава (по классификации Outerbridge, 1961) в 30 % случаев наблюдается прогрессирование заболевания. В связи с этим понятен интерес исследователей к поиску альтернативных малоинвазивных способов лечения, позволяющих получить стойкий положительный эффект с улучшением качества реабилитации при болезни Кёнига у гериатрических больных, особенно женщин.

В лаборатории патологии суставов РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова разработан метод спицевой экстраартикулярной закрытой туннелизации патологического очага. Он применен с положительным анатомо-функциональным результатом лечения у трех пациенток пожилого возраста с субкомпенсированной стадией гонартроза. Это побудило нас опубликовать клиническое наблюдение.

Больная Д., 61 год, поступила в клинику Центра по поводу двустороннего идиопатического гонартроза II стадии с выраженным болевым синдромом. Клинически определяли сгибательно-

разгибательную контрактуру левого коленного сустава 90-165°. Со слов пациентки, обострение болей в левом коленном суставе наступило 2 года назад, когда, выходя из автобуса, оступилась на левую ногу. Через 2 недели покоя болевой синдром уменьшился. Лечилась консервативно по месту жительства (диклофенак, витамины, кортексин, пирасетам). Отмечала улучшение, но подниматься по лестнице по-прежнему было трудно из-за болей.

При поступлении на рентгенограмме в переднезадней проекции во внутреннем мыщелке левой бедренной кости определяли костно-хрящевой дефект неоднородной структуры со склеротической границей очага деструкции и прерывистостью линии хрящевой поверхности (рис. 1, а). На компьютерных томограммах патологический очаг был локализован в заднем отделе внутреннего мыщелка бедренной кости (рис. 2, а, б). Дефект по площади составлял половину контактной поверхности мыщелка. Ультразвуковое исследование при поступлении показало, что структура внутреннего мыщелка бедра неоднородна в центре с фрагментами хрящевой поверхности и костной деструкцией.

В клинике Центра под эпидуральной анестезией больной выполнена малоинвазивная операция: закрытая субхондральная туннелизация зоны патологической перестройки внутреннего мыщелка бедренной кости. Очаг деструкции туннелирован стипцами толщиной 1,8 мм. Стипцы вводили субхондрально со стороны противоположного мыщелка

бедренной кости наклонно с охватом всей зоны перестройки по периферии и центру заднего отдела мыщелка (рис. 1, б). По окончании туннелирования стипцы удаляли. После операции на период восстановительного лечения рекомендовали ходьбу с помощью костылей без нагрузки на левую ногу. Время стационарного лечения составило 45 дней.

Динамика восстановительного лечения по поводу болезни Кёнига протекала со следующими структурными изменениями.

На рентгенограммах через 2,5 месяца после операции (рис. 1, в) структура кости в патологической зоне перестройки стала более равномерной, остеопороз мыщелка сохранялся, ограниченная граница (ободок) склероза не прослеживалась; через 6 месяцев на рентгенограммах (рис. 1, г) структура кости в проекции патологического очага перестройки однородная, непрерывность хрящевой поверхности восстановлена, склероз отсутствует. При ультразвуковом исследовании через 6 месяцев после туннелизации контур внутреннего мыщелка левой бедренной кости (рис. 3) непрерывный и ровный. Деструкции и фрагментации хрящевой поверхности нет. Компьютерная томография коленного сустава через 6 месяцев показала, что в заднем отделе мыщелка на сравнительных сканах отмечается восстановление структуры кости (рис. 2, в, г). Резорбция контактных хрящевых поверхностей значительно уменьшилась, структурно костный дефект активно восстанавливается.

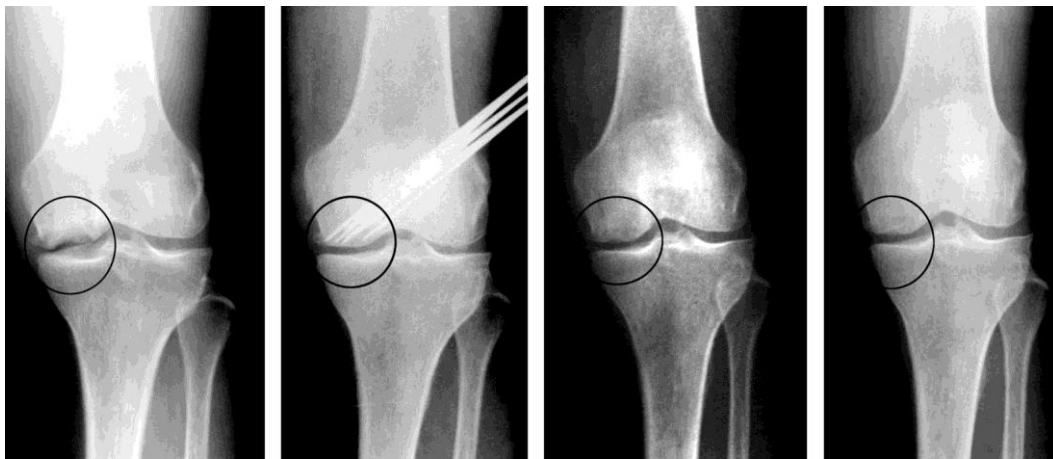


Рис. 1. Рентгенограммы больной Д., 61 года: а – до лечения; б – в процессе туннелирования патологической зоны; в – через 2,5 месяца; г – через 6 месяцев

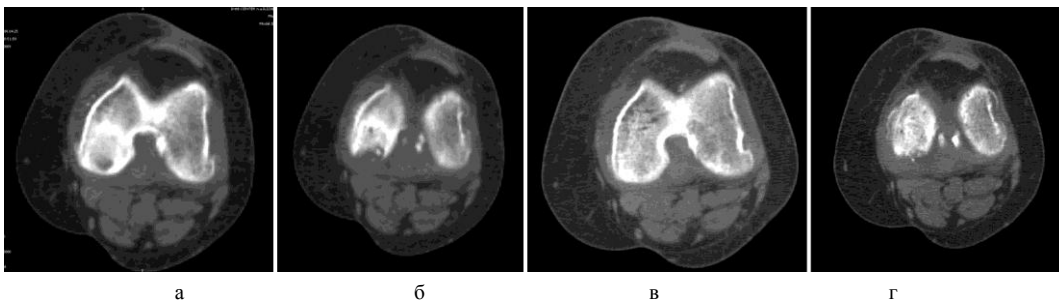


Рис. 2. Компьютерные томограммы больной Д.: а, б - до лечения; в, г – через 6 месяцев после туннелизации

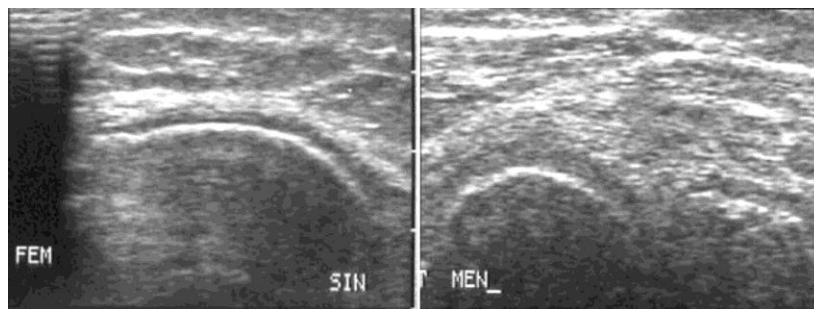


Рис. 3. Сонограммы больной Д. через 6 месяцев после выписки из клиники

При клиническом осмотре пациентки через 6 месяцев после выписки из клиники интенсивность болевого синдрома значительно уменьшилась, при подъеме по лестнице на 4-й этаж отмечает легкие боли. Увеличилась функция

сустава: безболезненное полное разгибание и сгибание до 50°. Дистанция стабильной безболевой ходьбы до 2 км. Считает, что улучшилось качество жизни. Удовлетворена лечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У пожилых пациентов с гонартрозом при возникновении ограниченных асептических некрозов мыщелка бедра (болезнь Кёнига) целесообразно использовать закрытую тотальную спицевую туннелизацию патологического очага. Операция малоинвазивна, легко переносится больными. Спицевая туннелизация позволяет стимулировать репаративный процесс в очаге

деструкции посредством улучшения микроциркуляции и трофики в тканях коленного сустава. Восстанавливается конфигурация (конгруэнтность) суставных поверхностей.

Операция экстраартикулярного закрытого субхондрального туннелирования является альтернативой другим методам интрасуставных вмешательств при болезни Кёнига.

ЛИТЕРАТУРА

1. Особенности оперативного лечения различных стадий деформирующего артроза коленного сустава с применением артроскопической техники / А. Ю. Каюмов [и др.] // Нижегород. мед. журн. - 2006. - С. 108-110. - (Приложение).
2. Травматология и ортопедия : рук. для врачей. В 3 т. Т. 3. Ортопедия / под ред. Ю. Г. Шапошникова. - М. : Медицина, 1997. - 623 с.
3. Шевцов, В. И. Хондропластика при лечении пациента с болезнью Кёнига (первый опыт) / В. И. Шевцов, Т. Ю. Карасева, А. Г. Карасев // Гений ортопедии. - 2006. - № 4. - С. 100-102.

Рукопись поступила 15.01.07.