

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 72 (1675)

(Окончание.
Начало в № 83 от 07.11.2012.)

Задачей остеотомии при гонартрозе является восстановление равномерной нагрузки по всей поверхности сустава с уменьшением нагрузки на наиболее пораженную суставную поверхность. Остеотомия как эффективное средство профилактики прогрессирования гонартроза рекомендуют даже на тех стадиях, когда костная деформация еще не развилась. Так как в большинстве случаев (свыше 85%) при гонартрозе мы имеем дело с варусной деформацией, то выполняется вальгизирующая остеотомия большеберцовой кости.

Разработаны методики клиновидной, костнопластической и V-образной остеотомии с полным или неполным пересечением большеберцовой кости. Использование современных наконечников фиксаторов позволяет разрешить раннюю функциональную нагрузку, избежать необходимости ношения внешних повязок (гипса, ортезов). В связи с этим фиксация зоны остеотомии с помощью спицевых или стержневых аппаратов стала применяться реже, так как, не имея преимуществ в отношении эффективности фиксации, уступает в комфорте для пациента и возможности развития осложнений (необходимость ухода за спицами или стержнями, внешний вид конечности, опасность нагноения или расшатывания конструкции за весь период ношения аппарата).

При коксартрозе остеотомию также выполняют с целью вывести из-под нагрузки пораженную суставную поверхность. Здесь следует учитывать, что в большинстве случаев коксартроз сопровождается остеопорозом и нарушением кровоснабжения головки бедренной кости, что чревато развитием асептического некроза. Остеотомию бедра проводят в вертикальной или подвальной области, фиксируя наконечники погружными конструкциями. При этом или изменяют шеечно-диафизарный угол (вальгизирующая остеотомия), или смещают вертикальную ось нагрузки на тазобедренный сустав (остеотомия по МакМуррею). Предложенная операция остеотомии основания шейки бедренной кости с разворотом головки не нашла широкого применения.

Остеотомию применяют и для лечения гонартрозов других суставов, когда определяется их деформация, однако целью таких операций является уже не столько перераспределение нагрузки на суставную хрящ и субхондральную кость, сколько устранение вторичных нарушений функции и стабильности сустава, ликвидация косметических дефектов.

Артродезирование.

Артродез – калечащая операция, заключающаяся в полном обездвиживании сустава за счет его ликвидации и формирования в этой зоне костного сращения (анкилоза). Таким способом удается купировать боль (так как после артрорезирования нет ни суставных поверхностей, ни движений) и восстановить опорность конечности (что для нижней конечности иногда является главным достижением – человек может длительное время стоять или ходить, не ощущая боли). Необходимым условием обеспечения полноценного анкилозирования является резекция суставных поверхностей с удалением не только остатков суставного хряща, но и слоя склерозированной субхондральной кости. После того как будут обнажены кровоснабжаемые поверхности, обеспечивают их плотный контакт и неподвижность до достижения костного сращения.

Резекцию суставных поверхностей выполняют как традиционно (открытым способом через артротомический доступ), так и в некоторых случаях с помощью артроскопии. Сближение и фиксацию «освеженных» суставных поверхностей осуществляют с помощью аппаратов (стержневых или спицевых), погружных фиксаторов (интрамедуллярных и костных конструкций, компрессирующих винтов, спиц), внешних иммобилизирующих приспособлений (гипсовых

повязок или ортезов). В некоторых случаях для стимуляции анкилозирования суставную щель перекрывают костным ауто-, гомо – или аллотрансплантатом.

Артродезирование крупных суставов конечностей заведомо приводит пациента к инвалидности. Поэтому для выполнения таких операций должны быть очень веские и крайне ограниченные показания. Безусловно, предпочтительнее операция эндопротезирования. Артродезирование же мелких суставов, особенно суставов стопы, не столь негативно отражается на функции конечности и в ряде случаев может быть применено как метод выбора.

Остеоартроз

Артропластика.

Артропластикой называют операцию, заключающуюся в моделировании суставных поверхностей и помещении между ними прокладки из биологических тканей или искусственных материалов. Все возможные варианты артропластики можно разделить на три группы: щелевая, интерпозиционная и заместительная.

Интерпозиционная артропластика заключается в том, что между обработанными суставными поверхностями помещают прокладки из собственных тканей пациента (кожа, фасция), из тканей другого человека (хрящевые колпачки, оболочка плода) или животного, а также из искусственных материалов. Эти прокладки препятствуют консолидации кровоснабжаемых костных концов, но позволяют выполнять определенный объем движений. Сегодня интерпозиционную артропластику применяют в основном в лечении мелких суставов стопы или кисти.

Щелевая артропластика решает задачу предотвращения формирования костного анкилоза не с помощью прокладок, а за счет создания большого зазора между костными концами. Фактически между костными концами также возникает интерпозиция, но только собственными окружающими тканями и рубцами, образующимися в зоне дефекта. Такой способ менее надежен и применяется значительно реже (примером могут служить операции Гомана и Гохта при деформации пальцев стопы, когда после резекции соответственно головки или основания основной фаланги пальца за счет значительного диастаза формируется новый межфаланговый сустав в правильном положении).

Заместительная артропластика изначально заключалась в трансплантации фрагментов или даже целых суставов, взятых у трупа и консервированных. Однако такие операции не позволяли добиться хороших результатов, и сегодня не применяются.

Все перечисленные методы артропластики сегодня имеют весьма ограниченное применение, так как со второй половины XX века получил широкое распространение еще один вид заместительной артропластики – **эндопротезирование**, при котором используют не биологические трансплантаты, а имплантаты из искусственных материалов.

Эндопротезирование произвело настоящую революцию в хирургическом лечении гонартрозов, заняв по праву главенствующее положение. Соответственно, изменились показания к выполнению артропластики. До появления эндопротезирования основным показанием было устранение костно-фиброзных анкилозов и выраженных артрогенных контрактур. Поэтому артропластику применяли в основном при последствиях тяжелых травм, после перенесенного гнойного артрита, при системных заболеваниях с поражениями суставов, врожденных патологиях, но достаточно редко – при «классических» первичных гонартрозах. Эндопротезирование позволило существенно расширить показания к

заместительной артропластике, включив сюда широкий спектр тех состояний, при которых движения в суставе могут быть не только ограничены, но и находиться в пределах нормы и даже быть избыточной амплитуды (посттравматические артрозы, выраженный болевой синдром, прогрессирующая деформация, асептический некроз, дисплазия суставов, ложные суставы окостеневших областей и др.). В сущности, сегодня основным показанием к имплантации искусственного сустава является задача улучшения качества жизни пациента. Поэтому эндопротезирование целесообразно выделить из общей группы методов артропластики и рассматривать его как отдельное, имеющее свои особенности направление в хирургическом лечении гонартрозов.

Эндопротезирование.

Замена сустава на искусственный решает сразу многие проблемы, и прежде всего – проблему боли. Первые эндопротезы имели достаточно небольшой срок полноценного функционирования,

и этой проблемы благодаря реализации специальных медицинских программ по оказанию населению бесплатной высокотехнологичной медицинской помощи.

Таким образом, эндопротезирование становится все более доступным. В настоящее время в мире ежегодно выполняется свыше 1,5 млн операций эндопротезирования крупных суставов конечностей. Вместе с тем к определению показаний к эндопротезированию следует относиться очень ответственно. Являясь практически единственным радикальным средством в лечении пациентов с тяжелыми стадиями гонартроза, эндопротезирование по сути является свидетельством отчаяния врача, не сумевшего излечить пациента другими средствами. Действительно, в случае удачной операции пациент может существенно улучшить качество жизни, избавившись от постоянных болей и ограничений, расширив свои профессиональные, социальные и бытовые возможности. Правда, после эндопротезирования все же не рекомендуют занятия спортом, длительные повышенные нагрузки. В случае же неудачи пациенту практически гарантирована достаточно тяжелая инвалидность.

Сформировалось два подхода к определению показаний к эндопротезированию.

Первый подход – радикальный. Остеоартроз – заболевание, которое практически невозможно вылечить, можно только замедлить его прогрессирование. Поэтому, если в суставе начались какие-то регулярные проблемы, мешающие нормальной жизни, связанные с объективно доказанным гонартрозом, следует сразу подумать об эндопротезировании, чтобы избавиться от этих проблем раз и навсегда. В пользу такого подхода говорят и все современные технические достижения медицины, снизившие травматичность и риск операции, создавшие широкий спектр разнообразных конструкций для всех суставов, продлившие срок функционирования эндопротезов и создавшие при необходимости возможность в последующем их замены, сделавшие операцию широко доступной.

Другой подход – более осторожный. Остеоартроз – заболевание, которое в большинстве случаев прогрессирует достаточно медленно. При разумном ограничении функциональной нагрузки и проведении курсов консервативной поддерживающей терапии можно многие годы пользоваться пораженным суставом, не ощущая (или почти не ощущая) снижения качества жизни. Постоянно появляются новые медикаментозные средства – все более эффективные и безопасные. Расширяются и возможности артроскопии, позволяющие выполнять малоинвазивные реконструктивные операции на пораженном суставе. Эндопротезирование – это необратимый шаг, когда собственные ткани, являющиеся компонентами сустава, будут удалены. Неудача операции поставит крест на полном использовании конечности. Поэтому с эндопротезированием лучше подождать до тех пор, когда больной сустав начнет существенно мешать полноценной жизни. Каждый из этих подходов по-своему обоснован. Выбор решения в таких случаях всегда за пациентом и зависит не только от рекомендаций лечащего врача, но и от темперамента, жизненной позиции, рода занятий, психоэмоционального статуса самого пациента.

Общеведомая тенденция заключается в предпочтении активной тактики с расширенными показаниями к эндопротезированию, что связано с техническими возможностями медицины, а также с заинтересованностью врачей, производителей медицинского оборудования, медицинских администраторов в преимущественном проведении в короткий срок дорогостоящего высокотехнологичного лечения. Кроме того, сами пациенты стремятся как можно быстрее вернуться к активной жизни, и прежде всего к работе. В нашей стране еще в конце XX века пациенты чаще предпочитали длительное консервативное лечение, но сегодня такие операции стали более доступными и безопасными, и их число существенно возрастает с каждым годом, приближаясь к среднемировому уровню.

Андрей ГАРКАВИ,
профессор кафедры
травматологии, ортопедии
и хирургии катастроф.

Первый Московский
государственный медицинский
университет им. И.М.Сеченова.

Третья проблема, до недавнего времени ограничивавшая эндопротезирование в нашей стране, – это высокая стоимость конструкции и самой операции, нехватка соответствующим образом оснащенных стационаров и квалифицированных медицинских кадров. Сегодня сделаны существенные шаги на пути к разрешению