



Р.З. САЛИХОВ, Ю.А. ПЛАКСЕЙЧУК, В.В. СОЛОВЬЕВ

УДК 617.585

Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Татарстан

Артроскопия голеностопного сустава

Салихов Рамиль Заудатович

врач, травматолог-ортопед отделения ортопедии, научный сотрудник

420140, г. Казань, ул. Ноксинский Спуск, д. 26, кв. 194, тел. 8-917-286-40-34, e-mail: ramils@list.ru

В исследовании, основанном на оценке результатов лечения 18 пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями голеностопного сустава с использованием артроскопической техники, описаны показания, методика операции, представлены результаты лечения и осложнения. Изучались показатели функции голеностопного сустава. Полученные данные свидетельствуют о значимом увеличении этих показателей на момент повторного обследования на сроке 6-12 месяцев после операции. Осложнение было получено лишь у одного пациента в виде преходящего нарушения кожной чувствительности.

Ключевые слова: артроскопия голеностопного сустава, артроз голеностопного сустава, остеохондропатия таранной кости.

R.Z. SALIKHOV, J.A. PLAKSEYCHUK, V.V. SOLOVYOV

Republican Clinical Hospital of Ministry of Health Care of the Republic of Tatarstan

Arthroscopy of the ankle joint

The study, based on an assessment of treatment outcomes of 18 patients with degenerative-dystrophic lesions of the ankle joint using arthroscopic techniques, described the statements, the method of operation, the results and complications. Indicators of the function of ankle joint were studied. The data indicate significant increase in these parameters at the time of re-examination at 6-12 months after surgery. Complication was obtained only in one patient in the form of transient disturbances of skin sensitivity.

Keywords: ankle arthroscopy, ankle arthritis, osteochondropathy talus.

Артроскопические исследования как малоинвазивные вмешательства, обладающие большими диагностическими возможностями, относятся к числу высоких медицинских технологий, которые позволяют на качественно новом уровне принимать окончательные решения при неясной клинической картине различных повреждений и заболеваний суставов. Впервые эндоскопическое исследование голеностопного сустава было описано М. Virman в 1931 году. Дальнейшее развитие это исследование получило в 70-е годы XX века благодаря работам японского врача М. Watanabe с использованием эндоскопа собственной конструкции. Он подробно описал доступы, технику применения и показания к артроскопии голеностопного сустава. С середины 80-х годов артроскопические вмешательства на голеностопном суставе привлекают к себе все большее внимание зарубежных и отечественных хирургов благодаря появлению современных конструкций артроскопов и расширению арсенала лечебных манипуляций. На протяжении последнего десятилетия предпринимались попытки обобщения накопленного опыта специалистами разных стран по применению артроскопических вмешательств на голеностопном суставе. Эти данные позволили получить определенные представления

о диагностических и лечебных возможностях данной операции, хотя не устранили имеющихся в литературе разногласий по обоснованию и клиническому применению данного метода при патологии голеностопного сустава. В целом подавляющее большинство авторов отмечают, что артроскопический метод как никогда нуждается в популяризации и в дальнейшем накоплении клинического опыта. Требуется обсуждение и уточнение показаний и противопоказаний, способов артроскопических вмешательств и техники операции, оценка ближайших и отдаленных результатов оперативных вмешательств, ошибок и осложнений при их выполнении [1-4].

В данном исследовании обобщен опыт артроскопии голеностопного сустава, основанный на 18 операциях, проведенных в отделении ортопедии РКБ МЗ РТ в 2008-2011 гг.

Материалы и методы

У 18 пациентов (из них 11 женщин и 7 мужчин) проведено 18 артроскопий голеностопного сустава. Все пациенты были трудоспособного возраста. Средний возраст составил 32 года (от 20 до 58 лет). Показаниями к операции были: остеохондропатия таранной кости у 5 пациентов (27,8%), артроз — у 6 пациен-

тов (33,3%), передний импиджмент-синдром — у 4 пациентов (22,2%), синовит — у 3 пациентов (16,7%). Противопоказаниями к операции были местные трофические и воспалительные изменения, артроз III-IV ст., крайне тяжелая степень двигательных нарушений, выраженные нарушения психического состояния, изменения со стороны внутренних органов, не позволяющие выполнить хирургическое вмешательство.

При планировании артроскопии голеностопного сустава проводили комплексное клинико-рентгенологическое обследование больного. Уточнялись характер жалоб больного, образ жизни, предъявляемые требования, проводимое ранее консервативное и оперативное лечение (применялись ли глюкокортикостероиды, было ли инфицирование и т.п.), сопутствующие заболевания (сосудистые, неврогенные, системные). При объективном обследовании оценивалась ходьба больного, наличие деформации оси конечности. При этом очень важно было определить установку стопы в момент опоры: наличие эквинуса или пяточной стопы, варусной или вальгусной деформации, оценить свод стопы (продольное и поперечное плоскостопие). Больной должен был указать локализацию боли и момент ее появления. Диапазон движений в стопе измерялся с помощью гониометра между осями голени и стопы в положениях максимального тыльного и подошвенного сгибаний. Стандартная передне-задняя и боковая рентгенограммы, а иногда и аксиальная проекция, позволяли оценить степень остеоартроза, состояние костной ткани, ось конечности, наличие артроза смежных суставов. У 12 больных проводились МРТ или РКТ голеностопного сустава, позволяющие подтвердить диагноз остеохондропатии таранной кости в сомнительных случаях, уточнить характер поражения хрящевой ткани, состояние смежных суставов. УЗИ голеностопного сустава проводилось 3 пациентам, у 5 больных — подография с помощью планто-визора.

Для проведения артроскопии голеностопного сустава использовались стандартная 30-градусная оптика, эндоскопическая стойка, артрошейвер. Дистракция выполнялась с помощью ручного вытяжения, без применения специальных устройств. Все манипуляции проводились с наложением турникета, как правило, под субарахноидальной анестезией. С помощью маркера производили обозначение краев внутренней и наружной лодыжек, границ сустава на передней поверхности, проекцию сосудисто-нервного пучка. С помощью шприца внутрь сустава закачивали 15-20 мл физиологического раствора, что облегчало проведение артроцентеза. Наружно-боковой доступ выполняли кожным разрезом скальпелем и далее с помощью тупого троакара. Через этот доступ выполнялась артроскопия переднего отдела голеностопного сустава с продвижением к медиальному отделу, где далее осуществляли передне-медиальный доступ. Передние доступы позволяют осуществить осмотр ventralного отдела голеностопного сустава, а при применении дистракции и заднего отдела. Описываемые в литературе передний центральный и задние доступы мы не применяли, хотя они могут быть полезны при наличии соответствующих показаний. Лечебные мероприятия включали: удаление хондроматозных тел и остеофитов (8 пациентов), абразивную хондропластику и микрофрактуринг (остеоперфорация) (6 пациентов), синовэктомии артрошейвером (9 пациентов). В раннем послеоперационном периоде применялся холод, гипсовая иммобилизация не использовалась. На следующий день после операции начинали физиолечение (магнит), лечебную физкультуру (активные движения без нагрузки), разрешалась ходьба с костылями с неполной нагрузкой на ногу. На 3-4-е сутки больных выписывали на амбулаторное лечение. Больным, которым был проведен микрофрактуринг, рекомендовалась ходьба с костылями до 4 нед. с момента операции.

Для оценки результатов лечения пациентов была использована модифицированная шкала оценки функции голеностопного сустава (Д.Д. Черкес-Заде с соавт., 1999 г). Шкала оценки состоит из 10 признаков, позволяющих дать объективную оценку биомеханических параметров, характеризующих функциональные возможности голеностопного сустава. Данные функционального исследования голеностопных суставов выражались в баллах по пятибалльной шкале. Изучались такие показатели, как болевой синдром, хромота, использование дополнительной опоры, расстояние, которое может преодолеть больной, трофика параартикулярных тканей, объем движений в суставе, рентгенологические данные. Каждая группа включает от трех до пяти показателей, соответствующих системе оценок. Согласно данной шкале при общей сумме 45-50 баллов функция признавалась отличной, от 39 до 44 — хорошей, от 31 до 38 — удовлетворительной, ниже 30 баллов — неудовлетворительной. Результаты получали путем анкетирования до операции и на сроке 6-12 месяцев.

Результаты

Полученные данные свидетельствуют о значимом увеличении средних показателей функции голеностопного сустава — с 31,7 балла до операции до 45,3 на момент повторного обследования. Уменьшились или исчезли боли, хромота, увеличилось расстояние, которое может преодолеть больной, объем движений в суставе. В меньшей степени это касалось трофики параартикулярных тканей и использования средств опоры. Значимых рентгенологических изменений мы не обнаружили. Результат лечения достоверно коррелировал с размерами и стадией хондромалиции суставной поверхности таранной или большеберцовой кости, выявленной при артроскопии голеностопного сустава.

Осложнение было получено лишь у одного пациента (5,6%) на этапе освоения артроскопии голеностопного сустава в виде нарушения кожной чувствительности в проекции *p. cutaneus dorsalis intermedius*, связанное с наружно-боковым доступом. Нейропатия разрешилась в течение 8 месяцев. Инфекционных осложнений не было.

Обсуждение

Полученные данные подтвердили высокую диагностическую значимость артроскопического вмешательства на голеностопном суставе, позволяющего с учетом характера поражения хряща определить оптимальную тактику лечебного процесса. Несмотря на это, артроскопии голеностопного сустава должны предшествовать тщательный клинический осмотр и неинвазивные методы обследования, включающие рентгенографию и МРТ, а также РКТ, УЗИ сустава и плантографию по показаниям. В литературе приводится достаточно большой перечень показаний к артроскопии голеностопного сустава [5, 6]. Помимо свободных внутрисуставных тел, остеохондральных переломов, ревматоидного полиартрита, переднего импиджмент-синдрома артроскопические вмешательства на голеностопном суставе нередко применяются при патологии связочного аппарата и инфекционном артрите в качестве санирующих мероприятий. Список показаний по-прежнему расширяется, растет число выполняемых артроскопий голеностопного сустава. Представляется перспективным использование эндоскопической техники для диагностики и контроля репозиции ряда внутрисуставных переломов и внедрение артроскопического артрореза голеностопного сустава. Полученные нами данные лечения больных с остеохондропатией таранной кости, передним импиджмент-синдромом, синовитом позволяют рекомендовать артроскопию голеностопного сустава как операцию выбора при данной патологии, благодаря которой малоинвазивно и с высокой эф-



фективностью можно проводить лечение данной категории больных. У больных с артрозом голеностопного сустава прогноз будет определяться степенью и размерами поражения хряща и наличием патологии смежных суставов, выдвигая на первый план диагностическую значимость метода. При этом большинство больных отметили снижение болевого синдрома и увеличение амплитуды движений в суставе. Однако у данной категории пациентов требуется обязательное назначение поддерживающего лечения хондропротекторами, физиопроцедурами, лечебной физкультурой.

Данные по осложнениям сильно варьируют в литературных источниках. Описаны неврологические, сосудистые, инфекционные осложнения. Большинство исследователей отмечает более высокий риск, по сравнению с артроскопией коленного и плечевого суставов, развития неврологических осложнений. Так, Sprague N.F. приводит 24% осложнений [7], а Small N.C. лишь 0,7%. [8] Мы получили 5,6% (1 пациент) неврологических нарушений, что согласуется с данными ряда других авторов [9, 10]. Приведенные данные литературы и наш опыт подтверждают, что артроскопическое вмешательство требует тщательной подготовки хирурга, бережного отношения при проведении манипуляции, информирования пациента о возможных рисках и осложнениях.

Выводы

Артроскопия голеностопного сустава при дегенеративно-дистрофических заболеваниях является высокотехнологичной, малоинвазивной лечебно-диагностической процедурой, требующей специальной подготовки хирурга, аккуратного отношения к анатомическим структурам и использования современного эндоскопического оборудования и инструментария. Артроскопическому вмешательству на голеностопном суставе должно

предшествовать тщательное обследование пациента, включая МРТ или РКТ. Применение артроскопической операции позволяет обеспечить в сравнении с открытыми вмешательствами более раннее начало реабилитационного лечения в послеоперационном периоде, сократить сроки стационарного лечения, ускорить восстановление больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Архипов В. Современные аспекты лечения посттравматического деформирующего артроза голеностопного сустава / В. Архипов, А.В. Лычагин. — Вестн. травматологии и ортопедии. — 2000; 4; 64-67.
2. Миронов П. Новое в лечении застарелых повреждений голеностопного сустава / П. Миронов, Д.Д. Черкес-Заде. — Вестн. травматологии и ортопедии. — 1999; 3; 21-26.
3. Boe S. (1986): Arthroscopy of the ankle joint Arch Orthop Trauma Surg 105: 285-286.
4. Carson W.G., Andrews J.R. (1987): Arthroscopy of the ankle. Clin Sports Med 6: 503-512.
5. Barber F.A., Britt B.T., Ratliff H.W., Sutker A.N. (1988): Arthroscopic surgery of the ankle. Orthop. Rev. 17: 446-451.
6. Ferkel R.D., Fischer S.P. (1989): Progress in ankle arthroscopy. Clin. Orthop. 240: 210-220.
7. Sprague N.F. (1989): Complications in arthroscopy. Raven Press, New York, P. 212-223.
8. Small N.C. (1988): Complications in arthroscopic surgery. Arthroscopy 4: 215-221
9. Demaziere A., Ogilvie-Harris D.J. (1991): Operative arthroscopy of the ankle. 107 cases. Rev. rheum. Mal. Osteoartic. 58: 93-97.
10. Martin D.F., Baker C.L., Curl W.W., Andrews J.R., Robie D.B., Haas A.F. (1989): Operative ankle arthroscopy. Long term follow up. Am J Sports Med 17: 16-23.