

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В настоящее время мы имеем опыт лечения 25 больных методами рентгенэндоваскулярной хирургии. По этиологии у 2 больных выявлена болезнь Иценко — Кушинга, 5 больных были с эссенциальной гипертензией и 19 больных с гиперфункцией мозгового слоя левого надпочечника — псевдохромоцитомы.

Применялись различные методы рентгенэндоваскулярной облитерации центральной надпочечной вены, повреждение ткани надпочечника, предложенный Комисаренко И.В. (6), окклюзию надпочечной вены тромбозом (5) и 3% этоксисклеролом (15). Изучены ближайшие и отдаленные результаты до 5 лет.

РЕЗУЛЬТАТЫ

У больных с болезнью Иценко — Кушинга мы получили клинический эффект, но через 1 — 3 месяца в связи с возвратом клиники больным была выполнена поэтапная адреналэктомия.

У больных с эссенциальной гипертензией при проведении рентгенэндоваскулярной облитерации правого надпочечника в одном наблюдении развился синдром нижней полой вены, клинический эффект отмечался до года. Лучшие результаты мы получили у 15 больных с псевдохромоцитомой при использовании в качестве склерозанта 3% этоксисклерола, проводимой по методике дозированного, локального введения склерозанта. При отсутствии осложнений был получен стабильный, длительный гипотензивный эффект.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

У больных с синдромом Иценко — Кушинга, с тяжелой эссенциальной гипертензией показания к рентгенэндоваскулярной хирургии должны ограничиться в объеме предоперационной подготовки или применяться у больных с высоким операционным риском.

У больных с гиперфункцией мозгового слоя надпочечников дозированное, локальное введение 3% этоксисклерола дает минимальное количество осложнений при максимальном клиническом эффекте — исчезли кризы артериальной гипертензии, ни один больной не потребовал заместительной терапии.

А.А. Раджабов

ДИАГНОСТИКА И ДИНАМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ СИНОВИТА ПРИ ГОНАРТРОЗЕ

*ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия (Махачкала)
ООО «Поликлиника Надежда» (Махачкала)*

АКТУАЛЬНОСТЬ

Синовит коленного сустава свидетельствует об осложнении артроза асептическим воспалительным процессом. Температура при этом, как правило, не повышается и анализы крови не показывают отклонений от нормы. В этой связи представляется целесообразным разработать доступный, достоверный и объективный способ измерения синовита коленного сустава в динамике.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Устройство для диагностики и динамического контроля при гонартрозе и синовите коленного сустава (патент № 87887 РФ, 2009 г.), выполнено из горизонтальной пластины, с которой соединена вертикальная пластина со шкалой. С вертикальной пластиной соединен бегунок с планкой. Горизонтальная пластина и планка расположены по разные стороны от вертикальной пластины. Для выполнения измерений (патент № 2417747 РФ, 2011 г.) голень больного разгибается в коленном суставе, горизонтальная пластина устанавливается на передней поверхности голени. Затем планка опускается на переднюю поверхность коленного сустава. Расстояние между передней поверхностью голени и передней поверхностью коленного сустава, характеризующее выраженность синовита, оценивается по шкале, в миллиметрах. Исследование выполнено у 150 пациентов с гонартрозом.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больная Д. (48 лет) обратилась с жалобами на боли в обоих коленных суставах, «хруст», «блокады», неустойчивость при спуске с лестницы, ограничение движений, отеки суставов после небольшой физической нагрузки и утреннюю скованность, более выраженные справа. Лечилась по поводу гонартроза в течение четырех лет. Во время осмотра, в числе других показателей, выполнялось измерение величины синовита. Слева данный показатель составил 21 мм, справа — 25 мм. Назначенное комплексное лечение включало противовоспалительные препараты, хондропротекторы и средства,

улучшающие микроциркуляцию. Кроме того, была выполнена лечебно-диагностическая артроскопия правого коленного сустава.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через два дня после операции, на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов, величина синовита левого коленного сустава равнялась 15 мм, а правого коленного сустава — 16 мм. Через три недели исследования проведены повторно: справа и слева показатель синовита составил по 15 мм, что наряду с отсутствием жалоб и данными объективного исследования свидетельствовало об эффективности проводимого лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Предложенное устройство позволяет исследовать и сравнивать выраженность синовита в обоих коленных суставах, а также сравнивать результаты измерения одного и того же сустава, полученные на разных этапах лечения. Поиск ориентиров для выполнения измерений (передняя поверхность коленного сустава и передняя поверхность голени) не занимает много времени. Исследование не требует сложных вычислений. Это позволяет предложить устройство для диагностики и динамического контроля синовита у пациентов с гонартрозом.

А.А. Раджабов

ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГОНАРТРОЗА

**ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия (Махачкала)
ООО «Поликлиника Надежда» (Махачкала)**

АКТУАЛЬНОСТЬ

Развитие посттравматического гонартроза связано с хроническим или острым повреждением коленного сустава. На ранних стадиях, при сохранении нормальной анатомической и биомеханической оси конечности, операция по восстановлению хряща может выполняться при помощи артроскопа. После обязательного дебридмента значительные дефекты хряща подвергаются абразивной артропластике, а по периферии дефекта проводится субхондральная туннелизация для обеспечения выхода из костного мозга мезенхимальных стволовых клеток, образующих новый хрящ. При этом важно минимизировать дополнительную травму мягких тканей сустава, обеспечить эффективный контроль глубины введения инструмента для туннелизации (1,5 см) и его быстрое атравматичное извлечение из кости.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Больной К. (36 лет) шесть лет назад перенес оперативное лечение: внеочаговый остеосинтез по поводу открытого внутрисуставного перелома проксимального метаэпифиза правой большеберцовой кости. Впоследствии появилась болезненность в области правого коленного сустава при приседании, беге и длительном пребывании в положении стоя. Альгофункциональный индекс WOMAC по ВАШ составил 712 мм, суммарный индекс Лекена — 7 баллов, синовит — 19 мм. Для измерения синовита было использовано «Устройство для диагностики гемартроза и синовита коленного сустава» (патент 87887 РФ, патент 2417747 РФ). Мышечная сила разгибателей и сгибателей голени и стопы соответствовала 4 баллам. Движения в суставе составляли 90°/0/0. На рентгенограмме определялись признаки, соответствующие I стадии остеоартроза (по Kellgren и Lawtence, 1957).

Во время артроскопии правого коленного сустава была выявлена гипертрофия синовиальной оболочки с кровоизлияниями, значительное разволокнение суставного хряща во всех отделах с множественными лоскутными повреждениями и его дефект в центральном и переднем центральном отделе внутреннего мыщелка бедренной кости (по классификации повреждения суставного хряща ICRS, 2000) в виде костно-хрящевой импрессии размером 3,6 × 2,7 см.

После выполнения дебридмента и абразивной артропластики была проведена субхондральная туннелизация дефекта хряща при помощи «устройства для туннелизации и микрофрактурирования субхондральной кости» (заявка № 2011107614/17 от 28.02.2011), содержащего спицу Киршнера с градуировочными метками и упором, пружину и канюлю с ручкой. Перед началом работы спицу фиксировали в электродрели. После этого на спицу надевали пружину и канюлю. Устройство вводили в сустав и подводили к поврежденному участку. Глубину рассверливания контролировали по градуировочным меткам на спице. После прекращения давления на дрель спица под действием пружины выходила из кости. Затем был выполнен лаваж сустава 6 л физиологического раствора.