

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 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.

После операции больной придерживался ортопедического режима: не нагружал конечность в течение 4 нед.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Через четыре месяца альгофункциональный индекс WOMAC по ВАШ составил 93 мм, суммарный индекс Лекена — 3 балла, синовит — 14 мм, мышечная сила разгибателей и сгибателей правой голени и стопы — 4 балла, движения в суставе — 110 /0/0.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Ближайшие хорошие результаты лечения пациента с посттравматическим гонартрозом показали эффективность устройства для туннелизации и микрофрактурирования субхондральной кости. Это позволяет предложить устройство для использования при выполнении костномозговой стимуляции у больных с посттравматическим гонартрозом или гонартрозом другой этиологии.

Е.А. Распопова, А.А. Дударева, А.И. Метальников, Ж.Н. Радимова

СПОНДИЛОЛИСТЕЗ У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Алтайский государственный медицинский университет (Барнаул)
Детская городская поликлиника № 9 (Барнаул)*

Под спондилолистезом понимают смещение позвонка с нижерасположенного (Kilian H.F., 1853). На фоне дисплазии соединительной ткани спондилолистез начинается в детстве и называется диспластическим или спондилолизным с характерным медленным смещением позвонка и неврологическими осложнениями. Отмечено прогрессирование к 11 — 12 годам.

Цель исследования: систематизировать симптомы ранней диагностики спондилолистеза с методами патогенетической терапии у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

По нашим материалам частота спондилолистеза достигла 7,6 %, из них в возрасте от 1 до 5 лет — 1,3 % и от 6 до 10 лет — 2,5 %, а от 11 до 18 лет — 3,8 %. Эти наблюдения позволили нам сделать выводы о причинах возникновения спондилолистеза в разных возрастных группах:

- 1) врожденная аномалия развития пояснично-крестцовой области позвоночника;
- 2) наследственная предрасположенность;
- 3) нарушения обменно-гормональных процессов в различные периоды постнатального развития;
- 4) статико-динамические особенности позвоночника на уровне пояснично-крестцовой области;
- 5) слабость связочного аппарата позвоночника и околопозвоночных мышц;
- 6) травма и микротравма;
- 7) спортивная и трудовая деятельность, связанная с постоянными физическими и осевыми нагрузками.

Заболевание проявляет себя болями в пояснице различной степени тяжести — острыми, тупыми, спорадическими, иррадиирующими в нижние конечности.

Клиника: углубленный поясничный лордоз, укороченное туловище, относительное удлинение конечностей, внешние проявления дисплазии пояснично-крестцового отдела позвоночника, признак «вожжей», «походка канатоходца». К тяжелым проявлениям спондилолистеза был отнесен симптом «уступа», усиленный грудной кифоз, поясничный лордоз, наклоненный вперед таз и выпячивающиеся назад ягодицы.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА

Стандарт обследования — спондилография, функциональная рентгенография и УЗИ поясничного отдела позвоночника.

У детей важна профилактика спондилолистеза. В нашей работе представлено консервативное лечение: ортопедический режим, ЛФК, массаж, ношение разгрузочного поясничного корсета, физиотерапевтические процедуры, медикаментозная терапия (МОВАЛИС).

Наблюдалось 174 детей (118 девочек, 56 мальчиков) в возрасте от 12 до 17 лет. МОВАЛИС назначали в виде ректальных суппозиторий однократно перед сном (15 мг) в течение 6 дней. Отмечалось уменьшение болей, восстановление функции позвоночника. Таблетированные формы назначали в течение 10 — 30 дней. С целью коррекции дисплазии соединительной ткани препарат магния «Магнерот» по схеме и хондропротекторы в возрастных дозировках.