

Таблица 2

Динамика симптоматики, качества жизни больных до и после лечения

Время исследования	Болевые ощущения в тазовой области (средние баллы)		Расстройства мочеиспускания (средние баллы)		Оценка качества жизни (средние баллы)	
	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа	основная группа	контрольная группа
До лечения	14,3	14,7	4,8	4,8	7,8	7,3
После лечения	4,6	6,3	1,2	2,7	3,1	5,6

В контрольной группе, которая состояла из 22 больных ХБП в возрасте от 24 до 45 лет (средний возраст 35,6 лет), применяли антимикробную терапию спарфлоксацином и 10 сеансов мануального массажа. Спарфлоксацин назначали по 400 мг (2 таб.) 1 раз в первые сутки, а в последующие дни по 200 мг (1 таб.) в сутки. Общая продолжительность курса лечения составила 4 недели. Клинический и бактериологический контроль эффективности проводимой терапии осуществляли через 4 нед. после приема препарата.

Результаты и обсуждение

Спарфлоксацин хорошо переносился больными, и мы не отмечали нежелательных реакций во время всего курса лечения. При контрольном обследовании получены следующие результаты: эрадикации возбудителей по данным бактериологического исследования удалось добиться у 25 больных (92%) основной группы и у 19 (86,4%) больных, входящих в контрольную группу. На фоне проведенного лечения было отмечено значительное уменьшение симптомов, нормализация количества лейкоцитов в секрете простаты и уменьшение объема простаты по данным трансректального ультразвукового исследования. Динамику симптоматики и качества жизни в каждой группе иллюстрирует таблица 2.

При анализе полученных данных обращали на себя внимание более высокие показатели качества жизни после проведенного лечения в основной группе по сравнению с данными у больных контрольной группы. Обращало на себя внимание и то, что купирование болевого синдрома у 77,7% (21 больной) основной группы наблюдали уже к 9-му дню проводимого курса лечения, в то время как у 68% (15 больных) контрольной группы – только к 14-му дню курсового лечения. Уменьшение

выраженности диуретического синдрома происходило приблизительно в одинаковые сроки – в среднем к 12-му дню в обеих группах.

Микробиологическая эффективность антимикробной терапии спарфлоксацином в основной группе больных ХБП составила 92%, в контрольной группе – 86,4%.

Таким образом, применение вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10 на базе аппарата лазерной терапии «Матрикс-уролог» в комплексном лечении больных ХБП позволяет повысить эффективность лечения больных хроническим простатитом, за счет сочетанного воздействия антибактериальных препаратов и бактериостатического и иммуномодулирующего действия применяемых физических факторов, восстановления и нормализации микроциркуляции в зоне предстательной железы, улучшения дренирующей функции протоков предстательной железы.

Так же достоинством данного аппарата является его способность в более сжатые сроки избавлять больных от болевого синдрома, что, в свою очередь, помогает больному быстрее адаптироваться в психоэмоциональном плане.

Эффективность лечения в основной группе составила 92%, что позволяет утверждать, что применение вибромагнитнолазерной головки ВМЛГ-10 на базе аппарата лазерной терапии «Матрикс-Уролог» в комплексном лечении больных ХБП является высокоэффективной патогенетической частью комплексной терапии больных хроническим простатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мазо Е.Б., Попов С.В. Хронический бактериальный простатит // Врачебное сословие. — 2004. — № 1-2. — С. 18
2. Москвин С.В., Ачилов А.А. Лазерная терапия аппаратом «Матрикс». — М. — Тверь: Триада, 2008. — 144 с.
3. Муфегед М.Л., Иванченко Л.П., Москвин С.В. и др. Лазерная терапия в урологии. — Тверь: «Издательство «Триада», 2007. — 132 с.
4. Полонский А.К., Черкасов А.В. Об использовании полупроводниковых лазеров в экспериментальной и клинической медицине // Вопр. курорт. — 1984. — № 4. — С. 66—67.

Адрес для переписки: 665653, Иркутская обл., г. Железногорск-Илимский, квартал 8, д. 15, Железногорская центральная районная больница, тел. (39566) 3-17-14;
Еселевич В.С. — врач-уролог

© КЛИМЕНКО И.Г. — 2009

ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО, РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ВЫВИХА НАДКОЛЕННИКА

И.Г. Клименко

(Научный центр реконструктивной и восстановительной хирургии СО РАМН, г. Иркутск, директор — д.м.н., проф., член-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Представлен способ оперативного лечения пациентов с патологией коленного сустава (рецидивирующий привычный вывих надколенника), с применением артроскопии. Способ позволяет сократить сроки пребывания в стационаре, уменьшить восстановительный период и общую нетрудоспособность, снизить количество ближайших и отдаленных послеоперационных рецидивов. Данным способом прооперировано 48 больных в период с 1998 по 2008 годы.

Ключевые слова: коленный сустав, привычный вывих надколенника, хирургическая коррекция.

SURGICAL CORRECTION OF DYSONTOGENETIC RECURRENT PATELLA DISLOCATION

I.G. Klimenko

(Scientific Center of Reconstructive and Restorative Surgery SB RAMS, Irkutsk)

Summary. The article presents a method of surgical treatment of patients with pathology of knee joint (recurrent habitual patella dislocation) with use of arthroscopy. The method allows to reduce the terms of stay in hospital, restorative period and general disability, decrease quantity of imminent and distant postoperative relapses. With use of this method 48 patients in period from 1998 to 2008 were operated.

Key words: knee joint, habitual patella dislocation, surgical correction.

Проблемы лечения больных с повреждениями коленного сустава обусловлены все более возрастающим числом пациентов молодого трудоспособного возраста и сложностью диагностических задач [6]. Высокая частота заболеваний опорно-двигательного аппарата — от 88 до 220,3 больных на 1000 осмотренных, из которых подавляющее большинство (60-70%) составляют лица с патологией суставов, определяет значительный социально-экономический ущерб, наносимый обществу [8]. Официальные прямые экономические потери, связанные только с лечением больных остеоартрозом в стационарах г. Санкт-Петербурга в 2002 году составили 20,2 миллиона рублей или 6,1% всего бюджета территориального Фонда ОМС [8].

С целью улучшения качества лечения был усовершенствован способ оперативного лечения пациентов с патологией коленного сустава (рецидивирующий, привычный вывих надколенника) с применением артроскопии. Предлагаемый способ обладает высоким косметическим эффектом, менее травматичен и позволяет снизить послеоперационные рецидивы в ближайшем и отдаленном периодах.

Материалы и методы

Диспластические изменения различны, к ним относятся:

- изменения архитектоники бедренно-надколенникового сочленения, в виде дисплазии блока бедренной кости;
- дисплазия надколенника;
- латерализация бугристости большеберцовой кости в сочетании с увеличением вальгусного угла связки надколенника;
- аномалии широкой медиальной и латеральной мышц бедра, приводящие к развитию «мягкотканого дисбаланса», практически сопровождающие любое нарушение нагружения. Дисбаланс может быть с одной стороны результатом диспластических изменений непосредственно в соответствующих тканях (связках, мышцах), с другой стороны — следствием смещения точек их прикрепления за счет костных деформаций [1, 2, 4, 7].

«...Структурные аномалии могут существовать длительное время без клинически определяемых симптомов в условиях временной компенсации. Нарушение ее может произойти на любой стадии в любом возрасте, нередко под влиянием различных дополнительных факторов, например перегрузки...» [4].

Однако, несмотря на то, что многие авторы посвятили свои работы диагностике и лечению диспластического вывиха надколенника (существует более 160 способов хирургического лечения данной патологии), следует сказать, что применяемые методы оперативного лечения и до настоящего времени не всегда удовлетворяют ортопедов [1]. Растущее количество повреждений и заболеваний коленного сустава и не удовлетворяющая система диагностики и лечения требует пересмотра многих позиций, что создает необходимость расширения методов диагностики за счет обязательного использования возможностей эндоскопии. В большинстве случаев для восстановления полноценной функции сустава требуется активная хирургическая тактика лечения на основе органосберегающего принципа эндоскопии, которую целесообразно проводить наименее травматичным способом

по отношению к оперируемым структурам сустава, с высоким косметическим эффектом, что возможно, лишь при широком внедрении артроскопической техники, имеющей минимальные осложнения. Наиболее распространенными, при смещении надколенника 4 степени, являются открытые операции типа Insall, Insall-2, Campbell, Гейнике-Вредена, Elmslie-Trillat, предусматривающие выполнение всех составляющих, с транспозицией надколенника, латерального релиза, перемещение точек фиксации латерального отдела бедра и пластику медиального поддерживающего комплекса [3, 5, 6].

Клинический раздел работы основан на анализе результатов хирургического лечения 48 пациентов с патологией надколенниково-бедренного сочленения. Возраст больных колебался от 15 до 28 лет (44 человека), средний возраст которых составил — $20,1 \pm 1,5$ лет. И 4 пациента были старшей возрастной группы — 40-60 лет. Пациентов старше 60 лет не было.

Обработка результатов исследования произведена с использованием программы Statistica 6,0 (StatSoft, USA, 1999).

Результаты и обсуждение

Оцениваемые результаты обследования и оперативного лечения больных с 1998 по 2008 год, включают в себя 48 пациентов только с диспластическим синдромом нарушения равновесия надколенника. 40 больных, были направлены из других лечебных учреждений и имели на руках направления с различными диагнозами: «Повреждение мениска»; «Повреждение связок» и т.д. У обратившихся самостоятельно (8), также были представлены подобные диагнозы. Из 48 наблюдений рецидивирующего вывиха надколенника направительный диагноз во всех случаях не соответствовал клиническому. У всех больных присутствовала разгибательная контрактура сустава с ограничением сгибания от 10 до 30°. 35 (74,5%) пациентов отмечали в анамнезе явления хронического рецидивирующего синовита, леченного периодическими пункциями сустава, тогда как у 5 (10,4%) — он присутствовал на момент клинического осмотра. Ряду пациентов (12-25%) после травмы, в связи с наличием гемартроза, в других лечебных учреждениях были выполнены диагностическо-санационные артроскопии. Пациентам с интраоперационным диагнозом «Гемартроз, с частичным повреждением связок» какой-либо оперативной коррекции поврежденных связочных структур не выполнено ни в одном случае. После операции, пройдя курс восстановительного лечения, у всех 12 пациентов, на протяжении 12-16 месяцев произошло повторное смещение надколенника, что послужило причиной обращения в другое лечебное учреждение. Всем больным был проведен тщательный сбор анамнестических данных и выполнено клиническое исследование сустава. Во всех случаях присутствовала боль, при смещении — латерализации надколенника и положительный симптом «боязни вывиха» (100% достоверность). Всем больным выполнено рентгенологическое исследование обоих коленных суставов в боковой и аксиальной проекциях. Оценивались: критерий определения высоты надколенника; критерий вертикального расположения надколенника; угол конгруэнтности; угол открытия надколенника; угол открытия блока бедренной кости или угол борозды; латеральный пателло-фemorальный угол. Все критерии были выше средних величин.

Ряд пациентов, обратившихся за помощью, имели результаты уже выполненных, дополнительных диагностических исследований КТ, МРТ и УЗИ, подтверждающие клинко-рентгенологическую картину имеющихся повреждений.

Для определения степени латерального смещения надколенника, в операционной под анестезией, перед началом непосредственно самой операции, выполнялось воспроизводство вывиха или подвывиха (рис. 1, 2).



Рис. 1. Латеропозиция, высокое стояние надколенника.



Рис. 2. Воспроизводство вывиха под анестезией.

Клинический пример.

Б-й К., 21 год, обратился в клинику с жалобами на боли, отек, нестабильность в области левого коленного сустава. Из анамнеза: впервые травму получил («выскочило колено») 3 года назад. Обратился в травмпункт, где выполнили пункцию сустава, сделали обзорную рентгенографию в 2-х проекциях, на которой, по описаниям рентгенолога, патологии не выявлено, наложили заднюю гипсовую шину, и в дальнейшем вели консервативно с диагнозом: «Повреждение сумочно-связочного аппарата коленного сустава». После проведенного курса консервативного лечения, у пациента на протяжении последующих лет трижды смещался надколенник, по поводу чего он обращался и лечился также консервативно в травмпункте. Оперативное лечение ни разу не предлагалось. Больной обратился к нам в клинику для последующего лечения спустя 2 месяца после последнего инцидента. При сборе анамнеза выяснилось, что в начале заболевания у него произошел вывих надколенника, который больной вправил самостоятельно. На описание первого эпизода в травмпункте никто не обратил внимания. При клиническом осмотре выявлены положительный симптом «боязни вывиха» и боль при смещении (латерализации) надколенника. Угол Q равен 23°. На рентгенограммах в прямой, боковой и аксиальной проекциях, определялось высокое стояние и латерализация надколенника. Все кри-

терии были выше границ нормы. Проведено оперативное лечение – пластика по предлагаемой методике. В операционной, под анестезией, выполнено воспроизводство вывиха, выявлена истинная степень смещения надколенника, которая составила 2/3 латеропозиции надколенника, по отношению к латеральному мыщелку бедра. Произведена оперативная артроскопия, с диагностическим этапом, на котором выявлено – латерализация, высокое стояние, подвывих надколенника, с перерастяжением медиального ретинакулюма, и повреждением хряща медиальной фасетки и верхушки надколенника по Outebridge 3 степени, диаметром до 1,5 см, разрывом медиопателлярной складки и формированием внутрисуставного тела (рис. 3-6).

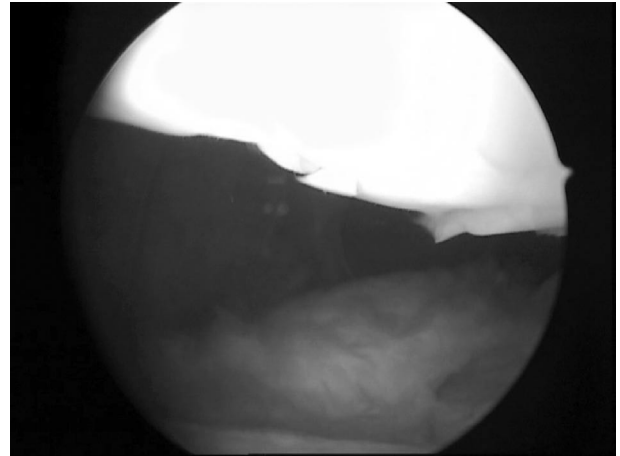


Рис. 3. Повреждение хряща верхушки и медиальной фасетки надколенника (артроскопический вид).

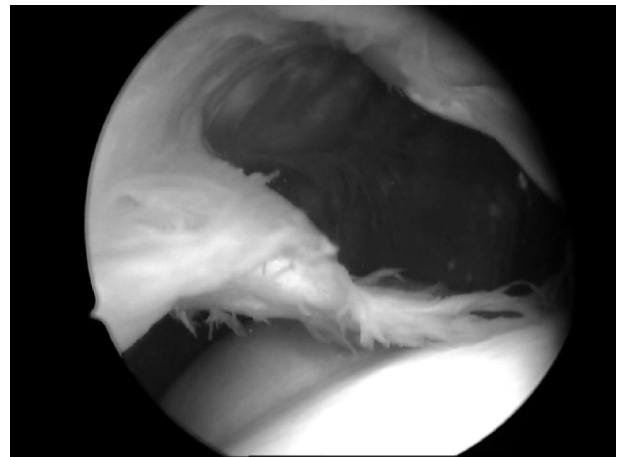


Рис. 4. Поврежденная медиопателлярная складка (артроскопический вид).

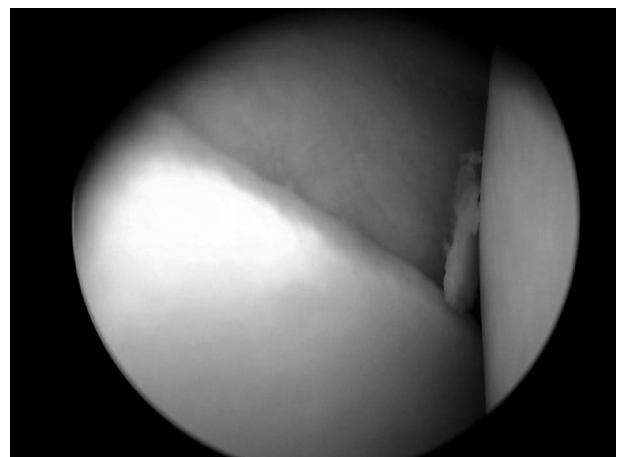


Рис. 5. Внутрисуставное хрящевое тело (артроскопический вид).

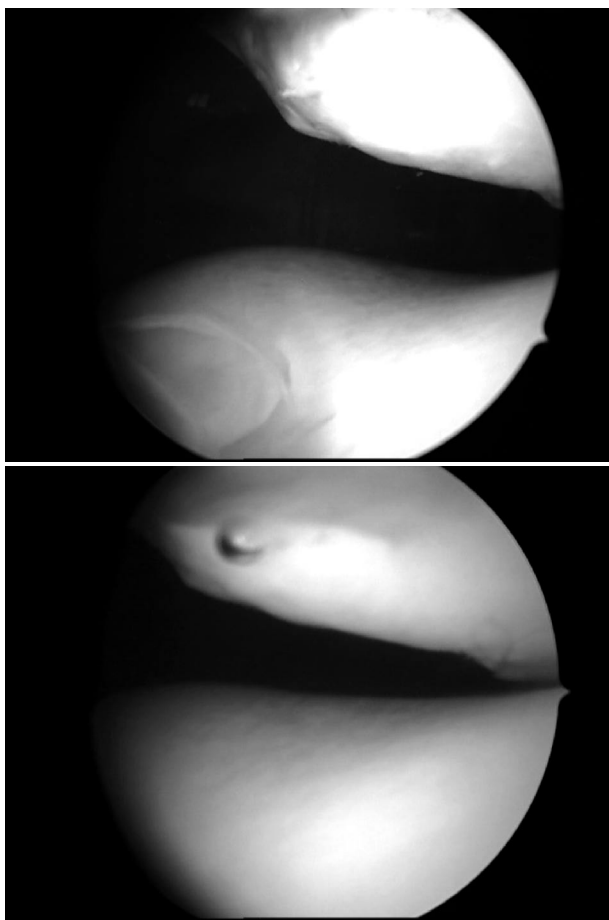


Рис. 6. Латеропозиция, высокое стояние надколенника (артроскопический вид).

Оперативный этап включал: удаление внутрисуставного тела, резекция поврежденной медиопателлярной складки, хейлэктомия, латеральный релиз и пластика медиального ретинакулума, после предварительной реконструкции объема медиализации. Далее, разрезом в верхней трети большеберцовой кости выполнен доступ к бугристости и произведено ее отсечение и транспозиция на 1,0 см медиальнее и 1,0 см дистальнее, с фиксацией шурупом с шайбой, перемещенного фрагмента бугристости большеберцовой кости. Выполнена контрольная артроскопия, на которой убедились в достаточности перемещения бугристости большеберцовой кости и степени натяжения медиальных поддерживающих связок (рис. 7, 8). После выполнения стандартной обработки ран конечность уложена в фиксирующий

брейс на 6 недель до костного сращения. В последующем, после выполнения контрольной рентгенографии, начат курс восстановительного лечения, который был закончен через 4 недели, что составило 2,5 месяца общего восстановительного периода.

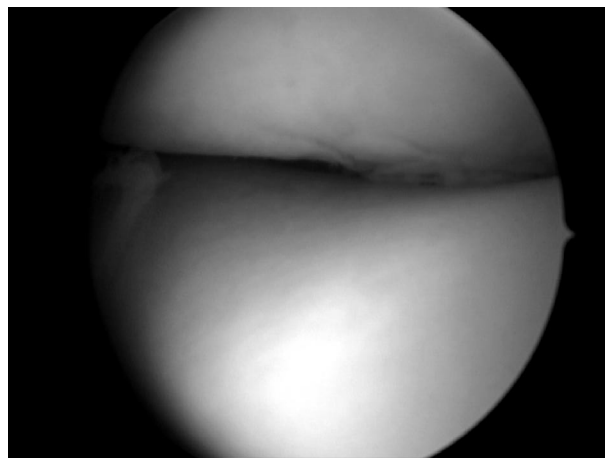


Рис. 7. Артроскопический контроль после транспозиции надколенника.



Рис. 8. Состояние после оперативного лечения.

Применение артроскопической технологии позволяет в полной мере выполнить реконструкцию пателло-фemorального сочленения с минимальной интраоперационной травмой, что снижает риск развития послеоперационных рецидивов, сокращает сроки общего восстановительного лечения с достаточно выраженным косметическим эффектом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грунтовский В.И. Врожденный вывих надколенника и его хирургическое лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1983. — 22 с.
2. Зеленицкий И.Б., Сименач Б.И., Михайлов С.Р. Синдром апофизотендопатии бугристости большеберцовой кости диспластического генеза // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1988. — № 9. — С. 41-46.
3. Волоховский Н.Н., Кузнецов И.А., Волоховский А.Н. Практические рекомендации для обследования и оперативного лечения пациентов с вывихами надколенника // Травматология и ортопедия России. — 2006. — № 2. — С. 65-67.
4. Корж А.А., Сименач Б.И., Мителева З.М. Дисплазия сустава — диспластический артроз (Концептуальная модель этиологии и патогенеза) // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1987. — № 6. — С. 1-7.
5. Комогорцев И.Е. Посттравматическая нестабильность коленного сустава (клиника и диагностика). — Иркутск: РИО НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН, 2003. — 168 с.
6. Кузнецов И.А. Совершенствование методов лечения повреждений коленного сустава с применением эндоскопической техники: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1988. — 46 с.
7. Сименач Б.И., Бондаренко Ф.Л., Суркин Н.П. и др. Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза (Концептуальная модель) // Ортопедия, травматология и протезирование. — 1985. — № 10. — С. 18-23.
8. Козел Н.П. Комплексное лечение больных первого зрелого возраста с посттравматическим остеоартрозом коленных суставов 1-2 стадии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Курган, 2006. — 22 с.

Адрес для переписки: 664003, г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1.

Клименко Игорь Георгиевич — к.м.н., научный сотрудник НКО нейрохирургии и ортопедии НЦРВХ СО РАМН