

Наш опыт артроскопического лечения кисты мениска коленного сустава

М. Э. Ирисметов, А. М. Холиков

Our experience of arthroscopic treatment of the knee meniscus cyst

M. E. Irismetov, A. M. Kholikov

НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз, г. Ташкент

Приведены результаты диагностики и лечения с использованием артроскопической техники 30 больных с патологией коленного сустава, у 12 из которых выполнено одномоментно удаление кисты мениска. Артроскопия позволяет одномоментно изучить внутрисуставные изменения, оценить характер и тип кисты, а также определить тактику оперативного лечения.

Ключевые слова: коленный сустав, артроскопия, киста мениска, диагностика, лечение.

The results of diagnostics and treatment using arthroscopic technique are presented for thirty patients with the knee pathology, 12 ones among whom have undergone the procedure of acute meniscus cyst removal. Arthroscopy gives the possibility of acute revealing intraarticular changes, assessing cyst character and type, as well as determining the tactics of surgical treatment in each case.

Keywords: the knee (joint), arthroscopy, meniscus cyst, diagnostics, treatment.

По литературным данным, кистозное перерождение мениска является самостоятельной нозологической единицей с вполне очерченной симптоматикой и характерной патологоанатомической картиной [1, 5, 9]. Сведения об этом заболевании почти не встречаются в учебной литературе, а в отечественной периодической печати опубликовано лишь несколько

работ [2, 6, 8]. Недостаточное знакомство практических врачей с этим довольно редко встречающимся заболеванием приводит к ошибкам в диагностике и неправильному лечению [3, 4, 7].

Цель — улучшение результатов лечения больных с кистами мениска с применением артроскопического хирургического лечения данного заболевания.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В отделении спортивной травмы НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз с 2006 по 2010 год лечились 30 пациентов с кистами мениска.

У 18 больных в анамнезе была травма коленного сустава, остальные пациенты заболевание ни с чем не связывали. Больные поступили на лечение через 6 мес. — 7 лет после травмы. Мужчин было 19 (64,4%), женщин — 11 (36,6%), в возрасте от 16 до 60 лет. Среди пролеченных были представители различных видов спорта (футбол — 7, борьба — 5, гимнастика — 3, легкая атлетика — 4, волейбол — 3, баскетбол — 2). Киста латерального мениска выявлена у 9, медиального — у 20, обоих менисков — у 1 больного. У всех 30 больных были проведены клиническое, рентгенологическое, ультразвуковое, артроскопическое обследования и магнитно-резонансная томография.

В ходе клинического обследования выяснялись жалобы пациента, собирались анамнестические данные, при этом уточнялся возможный механизм повреждения менисков и капсульно-связочного аппарата сустава, определялось общее состояние пациента. Как правило, развитию кисты предшествовали либо травма, либо обострение имеющейся внутрисуставной патологии коленного сустава.

На обзорных рентгенограммах коленных суставов, выполненных в двух стандартных проекциях, патологи-

ческих изменений не обнаружено, за исключением некоторого расширения суставной щели пораженного сустава.

Важное место в современной диагностике кисты мениска занимает ультразвуковое исследование (УЗИ). Использование ультразвуковой диагностики в совокупности с клинической симптоматикой позволяло получить подтверждающую информацию о повреждениях внутрисуставных структур, провести дифференциальную диагностику и визуализацию контуров кисты мениска, ее анатомического строения и содержимого, проследить границы кисты и ее протяженность, провести анализ течения заболевания и выявить возникшие осложнения.

Весьма важным методом лучевой диагностики кисты мениска является магнитно-резонансная томография (МРТ). Возможностей магнитно-резонансной томографии в диагностике патологии коленного сустава и кисты мениска вполне достаточно, чтобы избежать контрастного усиления как нежелательной инвазивной процедуры. Высокая контрастность и чувствительность, а также возможность получения серии послойных изображений в различных плоскостях сканирования ставят МРТ на первое место в визуализации мягкотканых структур коленного сустава. С помощью МРТ мы выявляли размер, расположение, состояние, соотношение кисты и мениска, камерность кисты.

У всех 30 больных было выполнено артроскопическое вмешательство, у 12 больных — одномоментно артроскопическое удаление кисты менисков. Во время операции у 12 больных обнаружен дегенеративно-фиброзно-измененный мениск, что указывало на перенесенную травму. У 16 больных было лоскутное повреждение тела и заднего рога мениска, и киста исходила из этих структур в паракапсулярную зону.

Метод оперативного лечения.

Операцию проводили следующим образом. После спинномозговой анестезии, антеролатеральным и антеролатеральным путем вводили артроскоп в полость сустава. С помощью артроскопических ножниц удаляли висцеральный листок кисты (рис. 1), после чего содержимое кисты вытекало в полость сустава. Затем промывали сустав с помощью артроскопической помпы. Удаление висцерального листка кисты и декомпрессия кисты уравнивает давление в кисте и полости сустава. При повреждениях мениска удаляли поврежденный участок артроскопическими инструментами до здоровой ткани или до стабильного края мениска. Под контролем

артроскопа с помощью обычной полусогнутой колющей иглы $d=0,1$ см для стабилизации мениска выполняли три мениско-капсулярных шва лавсановыми нитями (рис. 2), узлы оставлялись под подкожной клетчаткой (рис. 3), что позволяет не нарушать анатомическую форму сустава, предотвращает возникновение его нестабильности. После этого производили субхондральную туннелизацию с помощью обычного шила $d=0,2$ см под мениском или отступя 0,5–1 см от суставной поверхности бедренной и большеберцовой костей и на участках хондромалиции под контролем артроскопа (рис. 4). Субхондральная туннелизация позволяет улучшить кровообращение субхондральной зоны, местную трофику, устранить застойные венозные внутрикостные явления и снизить послеоперационные осложнения.

После операции у всех больных конечность фиксировалась специальной лонгетной шиной в течение 4–5 дней, проводилась разработка движений в коленном суставе. Через 5–6 дней больных выписывали из стационара. Общая трудоспособность восстанавливалась через 2–3 недели, спортивная — через 2–3 месяца.



Рис. 1. Этап операции: удаление висцерального листка кисты

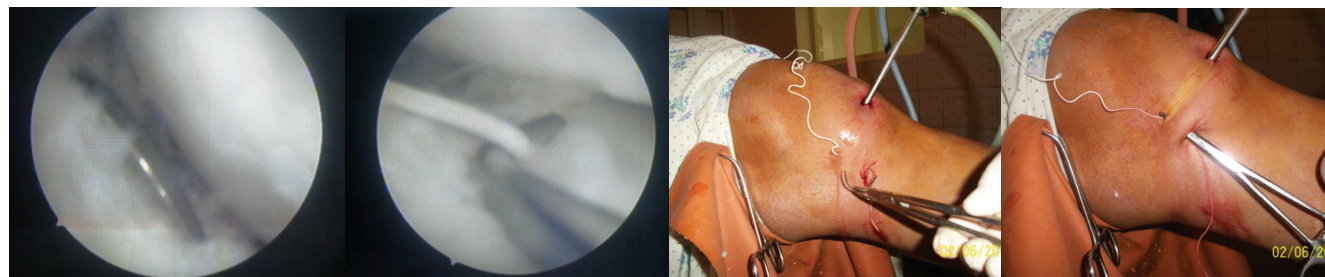
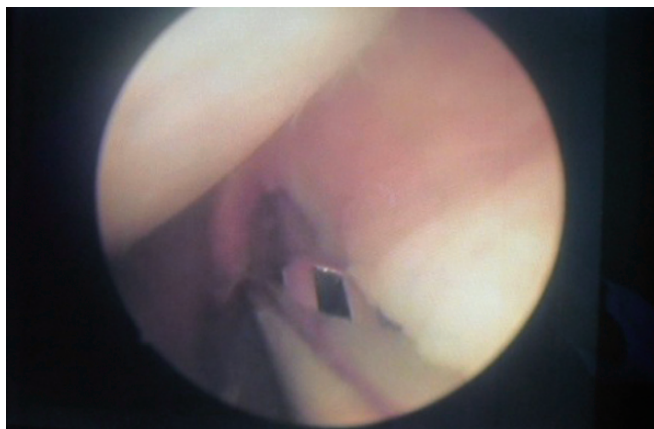


Рис. 2. Этап операции: стабилизация мениска мениско-капсулярными швами лавсановыми нитями



Рис. 3. Этап операции: погружение узлов под клетчатку

РЕЗУЛЬТАТЫ

Решающее значение для благоприятного исхода операции имеет максимально раннее и интенсивное функциональное лечение. Со 2-го дня производилась УВЧ-терапия. С 4–5-го дня проводилась разработка, активные и пассивные движения в коленном суставе. С 8–9-го дня разрешали дозированную нагрузку (ходить с тростью). Объем движений полный. Общая трудоспособность восстанавливается через 2–3 недели, спортивная — через 2–3 месяца.

У всех 30 больных, оперированных по нашей методике, изучены ближайшие результаты лечения от трех до шести месяцев. У всех больных отмечались хорошие результаты. Критерием их служили: отсутствие отека, локальной боли, адекватный объем активных

движений. Амплитуда движений у этих больных до операции составляла 0 / 0 / 50–0 / 0 / 60 градусов безболезненно, 0 / 0 / 100–0 / 0 / 110 градусов — с болью. В ближайшие сроки после операции амплитуда движений составляла 0 / 0 / 130–0 / 0 / 140 градусов.

Отдаленные результаты оперативного лечения в сроки от 6 месяцев до 2 лет изучены у 22 больных. Хорошие результаты отмечались у всех больных. Критерием оценки результатов лечения послужил объем активных движений, исчезновение болей в суставе и активное занятие спортом. Рецидивов кисты мениска не наблюдалось. Больные довольны лечением, жалоб нет.

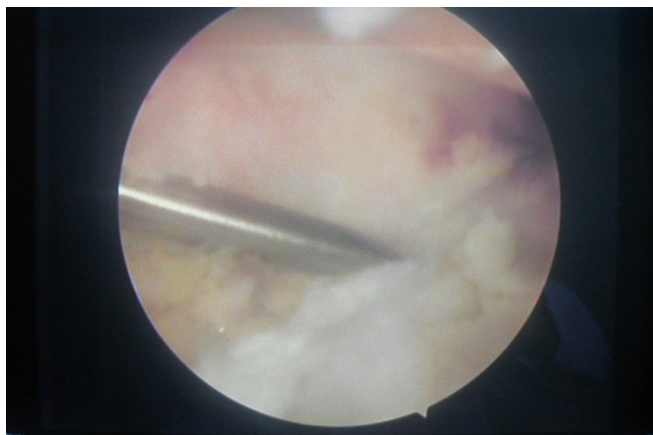


Рис. 4. Этап операции: субхондральная туннелизация

ВЫВОДЫ

Артроскопическое лечение кисты мениска дает возможность одномоментно изучить внутрисустав-

ные изменения, оценить характер и тип кисты, а также определить тактику оперативного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

- Орлянский В., Головаха М. Л. Руководство по артроскопии коленного сустава. Днепропетровск, 2007. 152 с.
- Миронов С. П., Орлецкий А. К., Цыкунов М. Б. Повреждения связок коленного сустава. М., 1999. 208 с.
- Капитанский И. С., Беляков А. А. Посттравматическое кистозное перерождение менисков коленного сустава // Казан. мед. журн. 1965. № 5. С. 51.
- Крупко И. Л., Ткаченко С. С., Овчинников Ю. И. К вопросу о диагностике и лечении кисты наружного мениска // Клиника и лечение заболеваний и повреждений суставов: тез. докл. науч. сессии по вопросам профилактики травматизма в нефтяной промышленности. Казань, 1967. С. 58–59.
- Николаев К. А. Современные методы диагностики и лечения кист подколенной области: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2005. 23 с.
- Мацык В. С. Необычная киста наружного мениска коленного сустава // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. 1971. № 11. С. 142–143.
- Ананьев Н. А. Оперативное лечение кисты наружного мениска // Ортопедия, травматология и протезирование. 1963. № 11. С. 57–58.
- Хомяк Т. Н. Киста внутреннего мениска // Ортопедия, травматология и протезирование. 1973. № 1. С. 79–80.
- Коган С. М. О кистозном перерождении менисков коленного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. 1961. № 1. С. 29–31.

Рукопись поступила 12.09.11.

Сведения об авторах:

- Ирисметов М. Э. — НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз, г. Ташкент.
- Холиков А. М. — НИИ травматологии и ортопедии МЗ РУз, г. Ташкент.