УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДИКИ СИНОВИАЛЬНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С УЧЕТОМ ВАРИАНТОВ ТЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА

Шушарин А.Г., Прохоренко В.М., Морозов В.В.

Учреждении Российской академии наук Институте химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения РАН

Лечение больных коксартрозом является актуальной проблемой травматологии и ортопедии, что определяется его высокой социальной значимостью, так как в последнее десятилетие показатель нетрудоспособности населения в связи с артрозом по данным различных авторов увеличился в 3-5 раз. Введение синовиальных протезов уменьшает болевой синдром, улучшает подвижность суставов, позволяет пациентам сократить употребление нестероидных противовоспалительных препаратов, а также отсрочить проведение ортопедической операции протезирования сустава.

Однозначных объективных выводов об успешности применения синовиальных протезов при лечении коксартроза в медицинской литературе нет, что связывается со сложностью инъекции в патологически измененный тазобедренный сустав (ТБС).

Целью работы являлось улучшение результатов лечения коксартроза с использованием синовиального протезирования на основе усовершенствования способов доставки протезов синовиальной жидкости.

В клиническом исследовании участвовали 309 пациентов с остеоартрозом ТБС II (54 %) и III (46 %) стадии по Келлгрену, находившихся на амбулаторном лечении в отделениях лаборатории восстановительной медицины Института химической биологии и фундаментальной медицины СО РАН. Сроки наблюдения три года.

Нами разработан трехэтапный способ синовиального протезирования, по которому введению вязкоупругого протеза в полость сустава предшествует курс инъекций ферментного препарата и сеансы постизометрической релаксации. После их выполнения повышалась эластичность мышц и сухожилий, устранялись сгибательные и разгибательные мышечные контрактуры в ТБС, увеличивалась наружная ротация и отведение бедра. Совместное проведение ферментных инъекций и сеансов ПИРА позволяло привести сустав в более подвижное состояние, несколько увеличить размер суставной щели по отношению к исходному, что фиксировалось по УЗИ.

На третьем этапе лечения прямой навигацией под УЗ контролем осуществляли введение вязкоупругого протеза синовиальной жидкости. Использовали гиалуронаты высокой степени очистки в стандартных фасовках по 2 мл геля, инъекции (всего 2-3) осуществляли 1 раз в неделю.

Введение синовиального протеза под УЗ контролем осуществляли из двух позиций.

1-я позиция. Препарат вводили в полость сустава с латерального доступа, при положении пациента лежа на боку. При этом нижняя конечность пациента максимально согнута в коленном и тазобедренном суставах и прижата к животу. Направление иглы в глубину определяли по УЗ навигации под углом 45° к продольной оси сканирования.

2-я позиция. Препарат вводили в полость сустава с медиального доступа, при положении пациента лежа на спине через паховую область; направление иглы спереди назад, по УЗ навигации под углом 30° к продольной оси сканирования.

Важной деталью перед осуществлением третьего этапа являлся выбор доступа при выполнении синовиального протезирования с учетом индивидуальных особенностей анатомической модели развития коксартроза. При верификации диагноза пациента учитывали данные рентгеновских снимков, УЗ диагностики и МРТ, что позволяло в каждом конкретном случае оценить патологические отклонения суставов от нормы - зоны деструкции хряща и сужения суставной щели - и провести введение протеза синовиальной жидкости с оптимального доступа. Так, при верхнебоковом поражении хряща суставная щель значительно сужена в верхнелатеральной области, а потому более эффективно проведение первой инъекции препарата из второй позиции. При медиальной локализации деструктивного процесса предпочтительна первая позиция. Перед каждым введением вязкоупругого препарата необходимо контролировать по УЗД равномерность суставной щели, ее состояние после предыдущей инъекции.

Положительный эффект лечения по новому способу характеризуют данные о том, что в сроки наблюдений (3 года) 26 пациентов с III стадией коксартроза (18 % от пациентов с III стадией коксартроза) отказались от ожидаемой операции эндопротезирования.

Выводы. Разработанный способ синовиального протезирования, по которому на предварительном этапе проводят инъекции ферментного препарата и сеансы постизометрической релаксации, верификацию диагноза пациента с учетом индивидуальных особенностей течения коксартроза, позволяет провести введение протеза синовиальной жидкости прямой навигацией под УЗ контролем с оптимального доступа, повысить точность доставки препарата в суставную полость. Сохранение эффекта лечения - до года и более.