

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОНСЕРВАТИВНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АРТРОЗА КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Профессор Н.А. КОРЖ, д. мед. н. В.А. ФИЛИППЕНКО

Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко АМН Украины, Харьков

Освещена разработанная автором концепция помощи больным с артрозом крупных суставов. Обосновано применение оперативных и консервативных методов лечения. Приведены результаты рационального сочетания тех и других методов, при котором показателем эффективности является качество жизни пациентов.

Лечение артроза крупных суставов — одна из основных проблем, решением которых занимаются ведущие ортопеды [1–3]. С учетом мировых тенденций развития этого направления в Институте патологии позвоночника и суставов АМН Украины сформировалась собственная концепция оказания помощи пациентам с данной патологией, обоснованию и изложению которой посвящено настоящее сообщение.

При поражениях крупных суставов западные специалисты считают ведущим методом лечения эндопротезирование и дискутируют преимущественно относительно дизайна эндопротезов и отличий различных технологий их применения [3–5]. Операция выполняется уже при 2-й стадии артроза у пациентов любого возраста, а в тяжелых случаях — даже у детей 15–16 лет.

Мы на основании значительного опыта эндопротезирования тазобедренного сустава (более 1700 операций) выяснили, что средний срок службы эндопротеза — 10–15 лет, после чего его надо менять. Поэтому мы придерживаемся другой точки зрения — считаем эндопротезирование операцией выбора у больных старше 50 лет, а в более молодом возрасте применяем его только у пациентов с поздней 3-й и 4-й стадиями заболевания по Кельгрону. В других случаях по показаниям выполняем реконструктивные операции на суставах с последующей комплексной консервативной терапией или проводим только консервативное лечение [6]. Это позволяет отложить эндопротезирование до достижения пациентами более старшего возраста. Однако последнее возможно только при постоянном лечении артроза, которое базируется на принципах комплексности, непрерывности и этапности. Используются медикаментозные препараты, физиотерапия, в том числе санаторно-курортные факторы, лечебная физкультура и массаж, а также профилактическая и корригирующая ортопедическая поддержка (режим, ортезы и др.). Консервативное лечение наиболее эффективно на 1, 2 и начальной 3-й стадиях, когда в суставе еще сохранены анатомические и функциональные соотношения, и после проведения остеотомий или других реконструктивно-восстановительных операций.

Становление и развитие системы лечения пациентов с патологией суставов в нашем учреждении имеет довольно давнюю историю. Практически с момента основания медико-механического института в Харькове проблему стали изучать не только в практическом, но и в научном плане. Учитывая тот факт,

что у истоков разработки проблемы стояли такие замечательные хирурги, как К.Ф. Вегнер, М.И. Ситенко, Н.П. Новаченко, А.А. Корж, основным методом лечения патологии суставов стал хирургический [7–8]. Конечно, это не означало, что консервативные методы были забыты — они также активно развивались, но применялись в основном на этапе послеоперационной реабилитации больных [10].

Все эти годы шел планомерный поиск оптимального объединения хирургического и консервативного методов лечения пациентов с целью восстановления безболезненной опорной и двигательной функции суставов. Мы прошли ряд этапов от безусловного предпочтения реконструктивно-восстановительных операций и эндопротезирования суставов до уменьшения показаний к хирургическим вмешательствам и активного проведения комплексного консервативного лечения. Все это позволило сделать обоснованные выводы и найти, как нам представляется, непротиворечивое решение проблемы, которое отвечает современному уровню знаний.

Прежде всего мы остаемся приверженцами выполнения профилактических операций при диспластической патологии суставов до ее клинической манифестации. Многолетние наблюдения за пациентами после таких операций убеждают в их эффективности и обеспечении пациенту высокого качества жизни на долгие годы и десятилетия (рис. 1). В таких случаях систематическое проведение комплексной консервативной терапии в значительной степени определяет продолжительность эффекта выполненной операции.

Сразу же остановимся на основных моментах комплексного консервативного лечения патологии суставов, так как оно стало обязательной частью программы лечения каждого больного, изменяясь в сторону более активного использования того или другого лечебного фактора в зависимости от индивидуальных показаний.

Поскольку при патологии суставов практически всегда страдает суставной хрящ, имеет место воспалительный процесс, наблюдаются дегенеративные процессы в параартикулярных тканях, в процесс компенсации нарушенной функции пораженного сустава вовлекаются соседние суставы, позвоночник, а при длительно существующем или тяжелом поражении страдает весь организм, консервативные методы должны быть направлены на нормализацию всех этих нарушений. Поэтому кроме комплексной медикаментозной терапии, которая включает использование хон-

дромодуляторов, нестероидных противовоспалительных средств, миорелаксантов, заменителей синовиальной жидкости и т.п., мы широко используем методику постизометрической релаксации, разнообразные блокады с анестетиками и стероидными препаратами пролонгированного действия, массаж, ЛФК, физиотерапевтические процедуры и пр. [6].

Как уже отмечалось, в комплексном лечении учитываются индивидуальные особенности проявления патологии у каждого пациента. Так, после профилактических операций по поводу диспластической патологии суставов основными моментами проводимой консервативной терапии являются поддержание функции суставного хряща с помощью применения хондромодуляторов и развитие сбалансированных мышечных групп, которые обеспечивают движение в суставе путем систематических занятий лечебной физкультурой.

Отличительной особенностью больных диспластическим артрозом является не только относительно молодой возраст, но и наличие в анамнезе в большинстве случаев различных вмешательств на суставе. Это резко сужает возможность реконструктивных опера-

ций и предопределяет необходимость эндопротезирования у молодых пациентов (рис. 2).

Очень серьезной проблемой остаются посттравматические артрозы суставов. Известно, что внутрисуставные переломы и переломовывихи всегда заканчиваются развитием артроза. Тем не менее сроки развития тяжелого артроза, требующего оперативного лечения, прямо зависят от лечения повреждения в ближайшее время после травмы. Восстановление формы суставов предопределяет более медленное развитие артроза, что в сочетании с комплексным консервативным лечением позволяет избежать операции многие годы (рис. 3). В то же время достижение анатомического вправления нередко возможно только оперативным путем. Поэтому отказ от вмешательства в показанных случаях ведет к неудовлетворительному результату. К сожалению, современное состояние этой проблемы в нашей стране нельзя признать удовлетворительным. На примере результатов лечения переломов и переломовывихов в тазобедренном суставе очевидно, что проблема требует решения. Сроки поступления таких пациентов в наш институт составляют от 1,5 мес до полугода и более. Простое открытое вправление и остеосинтез переломов таза в такие сроки выполнить очень сложно, а иногда и невозможно. В результате у большинства этих молодых пациентов (их средний возраст — 32 года) приходится устанавливать эндопротезы тазобедренного сустава, что, конечно, не является идеальным решением (рис. 4).

Но все-таки подавляющее большинство больных, которые обращаются за помощью к ортопедам,— это пациенты с так называемыми идиопатическими артрозами. У таких больных, если они моложе 50 лет, комплексное консервативное лечение, важной частью которого является санаторно-курортное лечение, проводится при 1, 2 и начальной 3-й стадиях заболевания по Кельгрону. Пациенты лечатся в стационаре дважды в год, что в сочетании с ограничени-

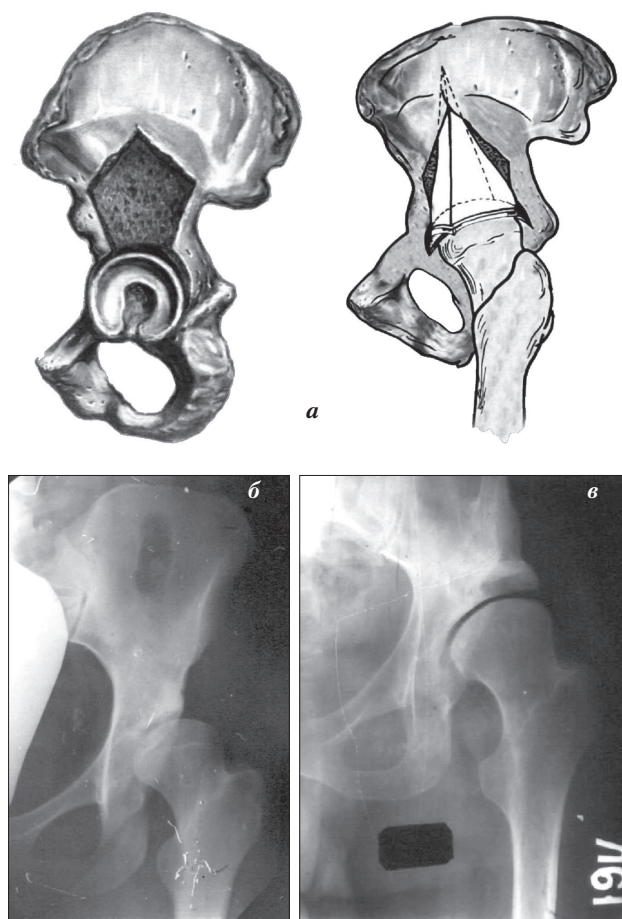


Рис. 1. Схема выполнения реконструкции надвертлужной области по А.А. Коржу—З.М. Мителевой (а) и рентгенограммы больной с диспластическим коксартрозом 1-й степени до (б) и через 8 лет после (в) операции

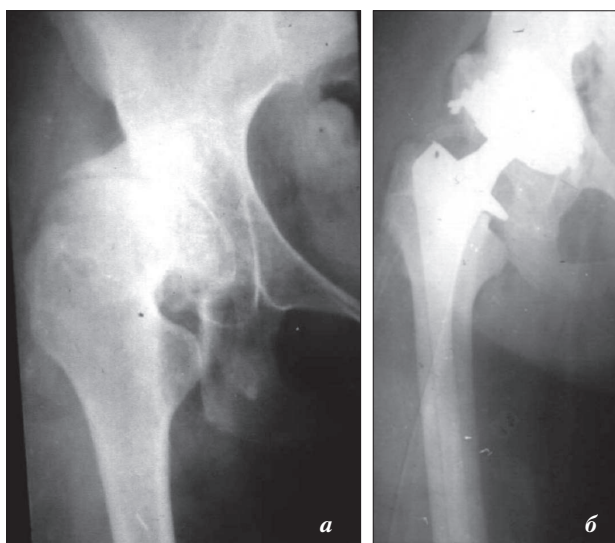


Рис. 2. Рентгенограммы больной с диспластическим коксартрозом 4-й степени до (а) и после (б) бесцементного эндопротезирования с костной аутопластикой надвертлужной области

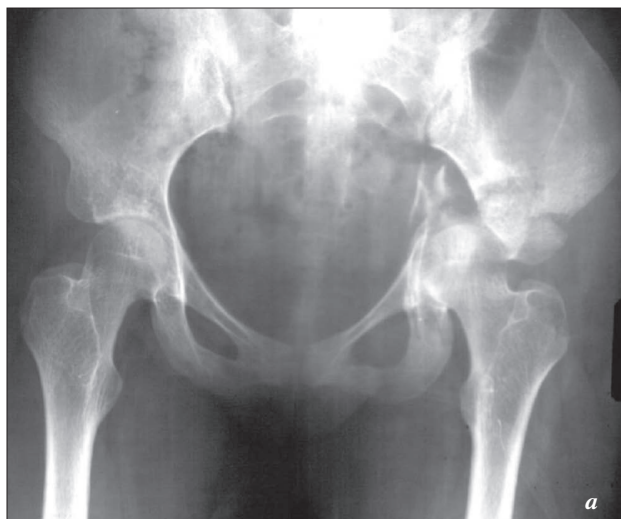


Рис. 3. Рентгенограммы больной с чрезвертлужным переломовывихом до (а) и через 6 мес после (б) операции

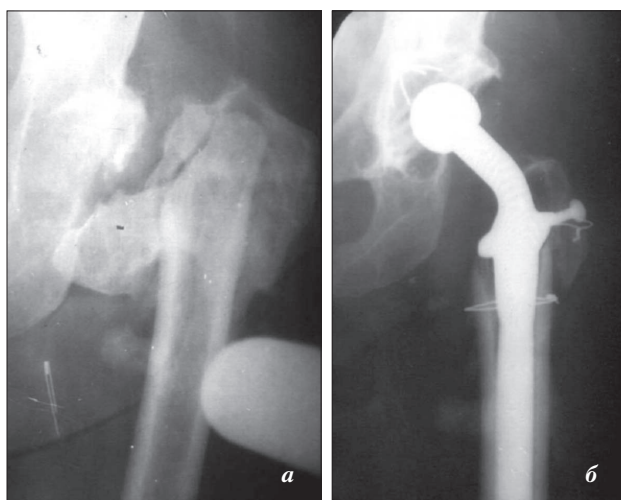


Рис. 4. Рентгенограммы больной с последствиями многооскольчатого переломовывиха в тазобедренном суставе до (а) и после (б) операции

ем нагрузок и соблюдением ортопедического режима позволяет замедлить прогрессирование артроза и предотвратить развитие контрактур и значительного ограничения движений в суставе. Если достигнутого результата достаточно для поддержания пациентом желательного качества жизни, лечение продолжается длительное время — до 8–10 лет и дольше. Если же стойкого улучшения состояния достичь не удастся, мы переходим к оперативному лечению и в таких случаях отдаем предпочтение выполнению разнообразных реконструктивно-восстановительных операций на суставах, в основном корригирующих остеотомий (рис. 5). Бесцементное эндопротезирование у этой группы больных является методом выбора при лечении тяжелых поражений сустава (поздняя 3-я и 4-я стадии). Несмотря на относительно молодой возраст пациентов и их активный образ жизни, который, безусловно, негативно сказывается на сроке службы эндопротеза и делает неминуемой необходимость его замены в будущем, мы уверены, что альтернативы на сегодня нет.

Консервативное лечение в послеоперационном периоде мы проводим в обязательном порядке не реже 1–2 раз в год. Особенно важно соблюдение этого принципа после реконструктивно-восстановительных операций. Тем не менее такое лечение необходимо и после эндопротезирования, особенно в течение 1–1,5 года. Дело в том, что мы в отличие от западных коллег выполняем эндопротезирование преимущественно в запущенных случаях заболевания, когда не только разрушен сам сустав, но и значительно изменены все окружающие его ткани. Поэтому замена сустава не решает всех проблем. По нашим данным, у 30–40% пациентов после корректно выполненного эндопротезирования остается артропатический синдром, ликвидировать который в большинстве случаев удается только при систематическом консервативном лечении в сроки до года после операции.

Несколько другая лечебная тактика применяется нами у пациентов старше 50 лет. При наличии по-

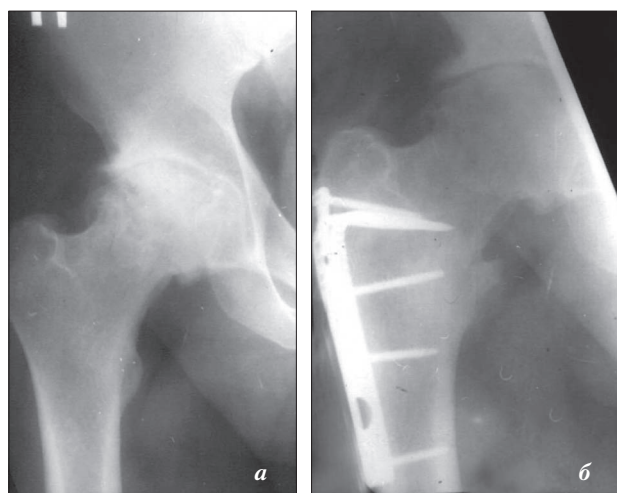


Рис. 5. Рентгенограммы больного с асептическим некрозом головки бедренной кости до (а) и после (б) корригирующей остеотомии бедренной кости

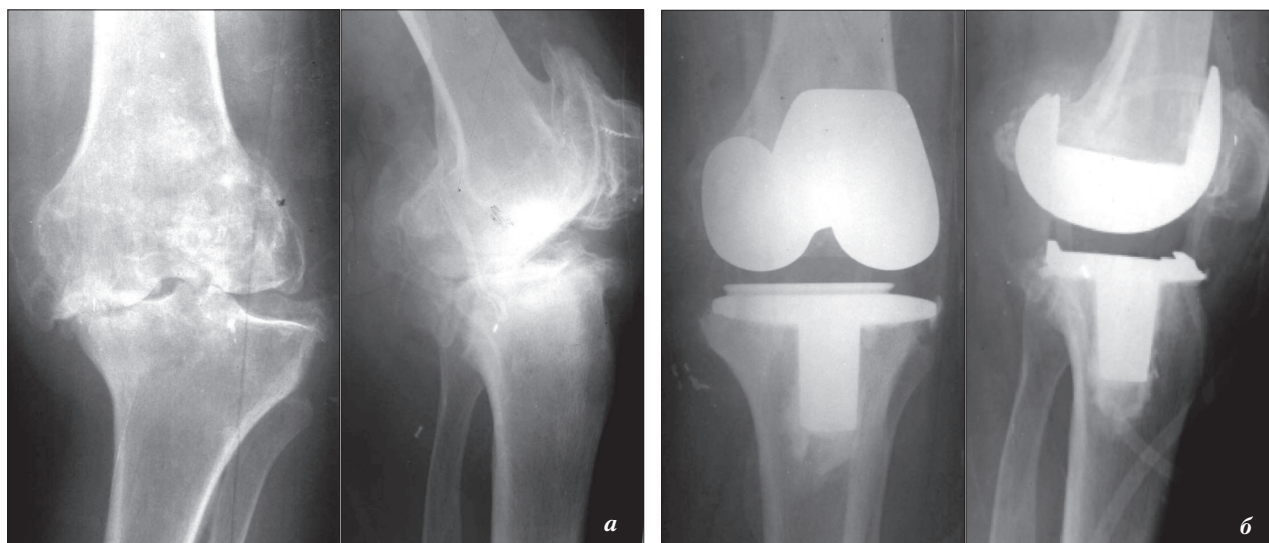


Рис. 6. Рентгенограммы больной с гонартрозом 4-й степени до (а) и после (б) эндопротезирования коленного сустава

казаний к операции методом выбора является эндопротезирование суставов, которое, в зависимости от наличия или отсутствия остеопороза, выполняется конструкциями с цементным или бесцементным креплением (рис. 6, 7). Дальнейшее консервативное лечение способствует более быстрой реабилитации оперированных больных.

И наконец, у больных старше 75 лет вследствие сопутствующей патологии выполнение эндопротезирования далеко не всегда возможно. В то же время возрастные особенности определяют довольно невысокие требования к функции пораженных суставов. Поэтому для поддержания этой функции на достаточном уровне у многих пациентов мы проводим комплекс консервативных мероприятий, направленных на борьбу с болью и контрактурами: назначаем нестероидные противовоспалительные средства (селективные ингибиторы ЦОГ-2), миорелаксанты, постизометрическую релаксацию, блокады и т.д. Обязательно рекомендуем пациентам противоостеопорозную терапию такими препаратами, как остеогенон, миакальцик и др., а также хондромодуляторы. Достигнутый эффект при поддерживающей терапии, как правило, сохраняется от нескольких месяцев до года.

По изложенной схеме за последние 7 лет получили лечение более 1850 пациентов, 893 из них — оперативное. Отсутствие эффекта от консервативного лечения отмечено только у 57 человек, 23 из которых были в дальнейшем прооперированы, а остальные от дальнейшего лечения воздержались. Это убеждает нас

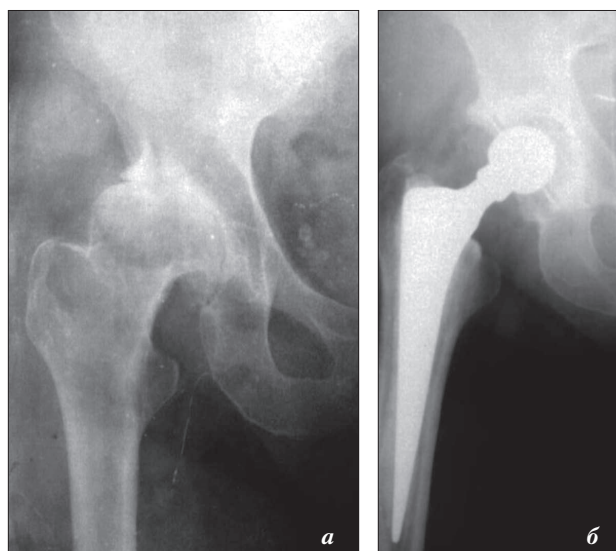


Рис. 7. Рентгенограммы больной с коксартрозом 4-й степени до (а) и после (б) цементного эндопротезирования

в правильности и эффективности разработанной лечебной концепции.

Таким образом, по нашему мнению, при лечении пациентов с заболеваниями и повреждениями суставов необходимо разумно объединять хирургические и консервативные методы, ориентируясь на основной показатель эффективности лечебных мероприятий — качество жизни пациентов.

Литература

1. Корж Н.А., Филиппенко В.А., Дедух Н.В. Остеоартроз: подходы к лечению // Матер. пленуму асоц. ортопедів-травматологів України.— Київ; Вінниця, 2004.— С. 106–110.
2. Лоскутов А.Е., Синегубов Д.А. Двустороннее эндопротезирование при тяжелых поражениях тазобедренных суставов // Ортопед., травматол. и протезир.— 2002.— № 2.— С. 72–77.
3. Coombs R., Gristina A., Hangerford D. Joint replacement. State of the Art. Mosby.— Year Book, 1990.— 421 p.
4. Mini-incision posterioir approach for total hip arthroplasty / S. Nakamura, K. Matsuda, N. Arai et al. // Intern. Orthop. (SICOT).— 2004.— Vol. 28.— P. 214–217.
5. Clinical outcome and periprosthetic bone remodelling of an uncemented femoral component with taper design /

- R. Schmidt, L. Mueller, T.E. Nowak, R.P. Pitto // Ibid.— 2003.— Vol. 27.— P. 204–207.
6. Остеоартроз. Консервативна терапія // За ред. М.О. Коржа, Н.В. Дедуха, І.А. Зупанця.— Харків: Прапор, 1999.— 336 с.
7. Корж А.А. Варианты реконструктивных операций на тазобедренном суставе // Тр. I Всесоюз. съезда травматологов-ортопедов.— М., 1965.— С. 189–193.
8. Реконструктивно-восстановительная хирургия тазобедренного сустава / Н.И. Кулиш, В.Т. Михайлов, В.А. Танькут, В.А. Филиппенко // Львов: Світ, 1990.— 136 с.
9. *Новаченко Н.П.* Наш путь в хирургии тазобедренного сустава // Ортопед., травматол. и протезир.— 1958.— № 5.— С. 18–25.
10. *Гращенко Т.Н.* Раннее восстановительное лечение больных после реконструктивно-восстановительных операций на примере диспластического коксартроза (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— К., 1993.— 19 с.

Поступила 19.11.2004

CORRELATION OF CONSERVATIVE AND SURGICAL TREATMENT OF ARTHROSIS OF THE LARGE JOINTS

N.A. Korzh, V.A. Filippenko

S u m m a r y

The original concept of the aid to the patients with arthrosis of large joints is featured. The use of operative and conservative methods of treatment was substantiated. The results of rational combination of these and other methods, in which the efficacy parameter is the quality of life, are presented.