

ISSN 1684-9280

**Травматология**  
**ЖӘНЕ**  
**Ортопедия**

## ЛЕЧЕНИЕ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

Н.Б. ОРЛОВСКИЙ<sup>1</sup>, М.Н. ОРЛОВСКИЙ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Казахская государственная медицинская академия

<sup>2</sup>Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии

Рассекающий остеохондроз может поражать все сус-тавы человеческого организма, однако излюбленной его локализацией является коленный сустав. В литературе описаны лишь единичные случаи рассекающего остеохон-дроза в позвоночнике и в суставах кисти и стопы.

В течении рассекающего остеохондроза клинико-рентгенологически выделяются три стадии: I - стадия фор-мирования очага остеонекроза, II - стадия отторжения костно-хрящевого секвестра и III - стадия образования внутрисуставного тела.

Первая и вторая стадии рассекающего остеохондроза относительно скудны клиническими симптомами: имеются умеренные боли в пораженном суставе, затруднение ходь-бы, иногда определяется выпот в суставе.

В третьей стадии заболевания наблюдаются харак-терные блокады сустава в результате ущемления внутри-суставного тела между суставными поверхностями.

При длительном течении болезни в суставе развива-ются явления деформирующего артроза, синовита, огра-ничение движения; при этом наруша-ется устойчивость в суставе и трудоспособность боль-ного.

Лечение рассекающего остеохондроза представ-ляет оп-ределенные трудности. В отличие от других видов остеохондропатий, которые лечатся в основном консервативно, болезнь Кенига часто требует опера-тивного вмешательства.

Работа основана на анализе истории болез-ни 46 больных рассекающим остеохондрозом различ-ных локализаций (41 мужчина и 5 женщин).

Большинство из них - 43 - лица физического тру-да. В 4 случаях было двухстороннее поражение коленных суставах, т.е. всего имелось 50 локали-заций рассекающего остеохондроза. В 48 случаях были поражены мышелки бедра, в 2 - мышел-ки большеберцовой кости.

Основным и радикальным при болезни Кенига нужно считать оперативное лечение.

Хирургическое лечение при рассекающем остеохон-дрозе нами предпринято у 23 больных (на 25 суставах).

Артротомия коленного сустава проивоздилась из внут-реннего парапателлярного разреза, преимущест-венно при локализации процесса в области внут-реннего мышелка бедра. Применяли в основном небольшой разрез, который применяется для удале-ния внутреннего мениска. Этот разрез полностью обеспечивает доступ к очагу и возмож-ность ревизию суставных элементов.

Нами применялись 5 методов оперативного вме-шательства:

Удаление костно-хрящевого секвестра с поверх-ностным кюретажем дна ложа для полного очищения от мелких некротических масс.

Операция типа Бека - экстраартикулярное формирование каналов спицей или тонким свер-лом в направлении к очагу с целью васкуляризации секвестра.

Удаление костно-хрящевого секвестра с под-равниванием дефекта хря-щевого края.

Простое удаление внутрисуставного тела.

5. Мозаичная аутопластика дефекта (при боль-ших и глубоких дефектах).

По первой методике нами оперировано 6 больных. У 4 из них при вскрытии сустава макроскопи-чески не опре-делялось изменений суставной поверх-ности и лишь при надавливании инструментом отмече-лись прогибание, мяг-кость покрывающего хряща над очагом. У 2 больных выя-вились изменение хряща над очагом в виде потемнения и наличие трещин по краям секвестра. После вскрытия по-лости сустава конеч-ность максимально сгибали в колен-ном суставе, а затем после уточнения границ очага острым скальпе-лем рассекали хрящ и осторожно удаляли секвестр, что почти всегда удавалось без затруд-нения; иногда

очаг держался на ножке - узком мягкотканном разрастании. Ниша после удаления секвестра имела вид кратера, по краю которого располагался хрящ, в дном являлась губчатая кость.

Далее производилась ревизия ниши, и только при наличии маленьких секвестров осуществлялся поверхностный кюретаж ложа секвестра. Рану всегда зашивали наглухо. Только при обширных вмешательствах и сопутствующих явлениях применяли иммобилизацию гипсовой лонгетой на 7-10 дней. Со второго дня назначали статистическую гимнастику. Нагрузку конечности на костылях разрешали через 10-15 дней, полная нагрузка допускалась через 3-4 недели.

Тунелизация мышечков выполнена у 6 больных. Показанием к тунелизации являлись молодой возраст больных и не резко выраженная клиническая картина болезни (отсутствие синовита и значительного болевого синдрома) и рентгенологически определяемая узкая линия диссекции мышечка без признаков резорбции секвестра. Методика операции заключалась в следующем: спицу из области верхне-внутреннего края внутреннего мышечка косо вниз и к наружи по направлению к месторасположению секвестра, производили рентгенографию в двух проекциях на операционном столе, и ориентируясь на спицу, проводили несколько каналов в сторону очага, не доходя до суставного хряща. После операции накладывали гипсовую лонгету на 2-3 недели. Полную нагрузку разрешали через 1-1,5 месяца после операции.

Из 6 больных у 5 через 3-4 месяцев наступило полное клинико-рентгенологическое восстановление заболевания. У одного больного не наступило приживление секвестра в связи с чем выполнено оперативное его удаление.

По третьей методике оперированы 4 больных. У этих больных отмечались явления синовита и артроза. После удаления костно-хрящевого секвест-

ра прибегали к подравнению хрящевого края ложа. Нагрузку на конечность разрешали через 7-10 дней.

Удаление костно-хрящевого тела произведено у 21 пациента. Как правило, внутрисуставное тело находилось в области межмышечкового возвышения или в верхней завороте. После операции иммобилизацию не применяли. У этих больных после операции явления синовита в большинстве случаев проходили в короткие сроки, поскольку основным поддерживающим его агентом являлось внутрисуставное тело.

Мозаичная аутопластика выполнена у 5 пациентов. Данная методика заключалась в следующем: после ревизии сустава очаг остеонекроза ограничивали влажными салфетками. После удаления секвестра готовили ло-же путем поверхностного кюретажа не вызывая кровотечения. Затем корончатой фрезой забирали костные ауто трансплантаты с боковой поверхности мышечков бедра длиной 1-1,5 см и диаметром 0,5 см, которые внедряли в предварительно сформированные каналы в нише по месту дефекта суставного хряща, на одном уровне с суставным хрящом мышечков.

Показанием к мозаичной пластике служили большие дефекты. Характерно, что после такой операции довольно быстро проходили явления синовита, а также уменьшался болевой синдром.

При рентгенконтроле через 3-4 месяца отмечалось хорошее приживление ауто трансплантатов.

Сравнительная оценка ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения болезни Кенига показала, что при соответствующих показаниях каждый метод имеет свои достоинства и гарантирует наиболее благоприятный исход лечения. Отметим лишь, что при наличии больших дефектов суставного хряща применение мозаичной аутопластики можно считать методом выбора.