



O.A. Бур'янов¹, Т.М. Омельченко¹, В.П. Кваша¹, Ю.Л. Соболевський¹,
Є.О. Скобенко¹, О.Г. Легенький², Ю.Г. Ейтутіс³

Комплексне лікування хворих на остеоартроз колінного суглоба

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

² ДЗ «Дорожня клінічна лікарня № 1 станції Київ
ДТГО «Південно-Західна залізниця», м. Київ

³ ДЗ «Дорожня клінічна лікарня № 2 станції Київ
ДТГО «Південно-Західна залізниця», м. Київ

Мета роботи — поліпшити результати лікування хворих на остеоартроз (ОА) колінного суглоба шляхом визначення показань і обґрунтування способів лікування.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 1620 хворих на ОА колінного суглоба, які перебували на клінічній базі кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (ортопедо-травматологічне відділення ДЗ «Дорожня клінічна лікарня № 1») із 2009 по 2012 р. Консервативне лікування проведено у 1056 (65,2 %) пацієнтів згідно з рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги (EULAR), оперативне — у 564 (34,8 %) пацієнтів. У межах оперативного лікування використовували: артроскопічний метод (423 (75,0 %) хворих); коригувальні остеотомії (56 (9,9 %)); ендопротезування суглобів (82 (14,4 %)); артродезування (4 (0,7 %)).

Результати та обговорення. На основі клініко-інструментальних даних та їх статистичного аналізу розроблено протокол діагностики ОА колінного суглоба.

Висновки. Артроскопічні операції широко застосовуються при I та II стадіях патологічного процесу, коригувальна остеотомія показана при порушенні осі кінцівки в I та II стадіях, тотальне ендопротезування показано при III стадії, а також при II стадії на тлі нестабільноті суглоба та осьової деформації.

Ключові слова: остеоартроз, колінний суглоб, діагностичні критерії, консервативне лікування, хірургічне лікування, артроскопічна техніка.

Остеоартроз (ОА) — одне з найпоширеніших дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів, на яке страждає від 6,4 до 12 % населення світу [1, 9, 11]. Це поліетіологічне захворювання, виникнення та розвиток якого пов’язані з низкою генетичних, ендогенних (гормональний дисбаланс, імунні порушення, оксидантний стрес) та екзогенних чинників (травма, перевантаження). Більшість учених вважають, що при ОА первинно пошкоджується хрящова тканина. У патогенезі цього захворювання спостерігається порушення не тільки структури й функції матриксу хряща, а і його метаболізму. Основний патологічний вияв ОА — руйнування суглобового хряща, найважливіша функція якого — адаптація суглоба до механічного навантаження та забезпечення вільного руху суглобових поверхонь [3, 4, 6, 7].

Згідно із сучасною дефініцією ОА — це гетерогенна група захворювань різної етіології з подібними

біологічними, морфологічними та клінічними виявами й наслідками, в основі яких лежить ураження всіх елементів суглоба. Указані зміни відбуваються поступово в результаті того, що травмування суглобового хряща під час навантаження перевищує швидкість його репарації (фізіологічного оновлення). Зміни в суглобі при ОА характеризуються первинною дегенерацією суглобового хряща з подальшими структурними змінами субхондральної кістки, помірним або вираженим синовієтом, хронічним перебігом і тенденцією до прогресування [12].

Залишається актуальним питання вибору адекватного лікування хворих на ОА через відсутність чіткого обґрунтованого алгоритму лікування, що враховував би етіопатогенез, об’ективні клінічні симптоми і стадію захворювання.

Таким чином, проблема ОА залишається однією з актуальних та невирішених проблем сучасної артрології, що зумовлено значною поширеністю цієї патології серед людей середньої і старшої вікової групи, нез’ясованістю багатьох аспектів патогенезу захворювання, відсутністю ефективних способів лікування та соціальними проблемами, які виникають у хворих, а саме: зниженням рівня якості життя, соціальною дезадаптацією, тривалим порушенням і втратою працевдатності.

Стаття надійшла до редакції 11 травня 2014 р.

Ейтутіс Юрій Георгійович, к. мед. н., заступник головного лікаря, лікар ортопед-травматолог вищої кваліфікаційної категорії 03049, м. Київ, просп. Повітрофлотський, 9

Тел. (044) 481-10-18

E-mail: ukraine_bbraun@mail.ru

Мета роботи — поліпшити результати лікування у хворих на остеоартроз колінного суглоба шляхом визначення показань і обґрунтування спосібів лікування.

Матеріали та методи

Проаналізовано результати лікування 1620 хворих, які перебували на клінічній базі кафедри травматології та ортопедії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця (ортопедо-травматологічне відділення ДЗ «Дорожня клінічна лікарня № 1») із 2009 по 2012 р. Важкість процесу визначали за класифікацією ОА Н.С. Косинської [2]. Розподіл хворих на ОА за віком, статтю і стадією хвороби наведено в табл. 1.

У роботі використовували дані клінічних, рентгенологічних, лабораторних і статистичних досліджень. З метою діагностики та диференційної діагностики ОА застосовували новітні інструментальні методи: комп’ютерну томографію, артросонографію, магнітно-резонансну томографію, діагностично-лікувальну артроскопію, які дають можливість не тільки якісної, а й точної кількісної оцінки патологічного процесу, що особливо важливо на ранніх стадіях захворювання.

Консервативне лікування проведено у 1056 (65,2 %) пацієнтів, оперативне — у 564 (34,8 %). Лікування пацієнтів проводили згідно з рекомендаціями Європейської антиревматичної ліги (EULAR) (2003, 2005), які передбачають чотири основні групи лікувальних заходів при ОА: нефармакологічні, фармакологічні, інтраартикулярні та хірургічні.

I. Нефармакологічне лікування

- Освіта.
- Зменшення надлишкової маси тіла, корекція харчування.
- Ортопедичний режим.
- Фізичні вправи.
- Фізіотерапевтичне лікування (балльнеотерапія, електромагнітна терапія, ультразвукова терапія, електростимуляція, акупунктура, лазерна терапія, електрофорез, гідротерапія).
- Вітамінотерапія (мінерали).
- Фітoterапія.

II. Фармакологічне лікування

- Протиартрозні препарати:

1. Препарати симптоматичної дії (SMOADs):
— швидкої дії (НПЗП, парацетамол, опіоїдні анальгетики, глукокортикоїдні препарати);
— повільної дії SYSADOA (хондроїтин сульфат, гіалуронова кислота, неомилювальні сполуки авокадо, діацерейн, глукозамін).

2. Препарати патогенетичної дії або такі, що структурно модифікують хрящ (DMOADs):

- Антиоксидантна терапія.
- Препарати, що покращують мікроциркуляцію.
- Інгібітори протеолітичних ферментів.
- Метаболічна терапія.

III. Інтраартикулярне лікування

- Хондропротектори для внутрішньосуглобового застосування.
- Протизапальна та антигомотоксична терапія.
- Глюкокортикоїдні препарати.
- Лаваж.

IV. Хірургічне лікування

- Діагностично-лікувальна артроскопія, лаваж.
- Корекційні остеотомії.
- Ендопротезування та артропластика суглобів.
- Артродез.

Під час проведення досліджень у рамках доказової медицини для оцінки ефективності діагностичних методів та результатів лікування обчислювали такі параметри, як чутливість, специфічність, загальна цінність метода (точність), прогностичність позитивного результату та прогностичність негативного результату.

Результати та обговорення

На основі клініко-інструментальних даних та їх статистичного аналізу розроблено протокол діагностики ОА колінного суглоба.

I. Клінічні критерії

- Біль у суглобах, що виникає наприкінці дня або в першій половині ночі.
- Біль у суглобах, що виникає після механічного навантаження і зменшується у стані спокою.
- Деформація суглобів за рахунок крайових розростань (остеофітів).
- Обмеження об’єму активних і пасивних рухів у суглобі.

II. Інструментальна діагностика

1. Рентгенографія, основні ознаки:

Таблиця 1

Розподіл хворих на ОА за віком, статтю і стадією хвороби

Стадія ОА	I		II		III		
	Стать	Ч	Ж	Ч	Ж	Ч	Ж
До 40 років	102 (48 %)	112 (52 %)	157 (51 %)	151 (49 %)	55 (45,8 %)	65 (54,2 %)	
Більше 40 років	100 (43,5 %)	130 (56,5 %)	145 (53,9 %)	185 (56,1 %)	198 (47,4 %)	220 (52,6 %)	

- звуження суглобової щілини;
- субхондральне ущільнення — зони субхондрального остеосклерозу;
- крайові кісткові розростання — остеофіти;
- субхондральний остеопороз.

2. Рентгенологічні стадії ОА за J.H. Kellgren i J.S. Lawrence (1957): 0, I, II, III, IV.

3. Артроскопія — безпосереднє візуальне внутрішньосуглобове обстеження з можливістю біопсії. Сьогодні виступає як золотий стандарт у діагностиці ОА.

4. Артросонографія — ультразвукове дослідження суглоба.

5. Комп'ютерна томографія.

6. МРТ: неінвазивний, високоінформативний, без променевого навантаження.

7. Гістоморфологічний метод: біопсія.

ІІІ. Лабораторна діагностика

1. Оцінка фізичного, біохімічного, клітинного та молекулярного стану синовіальної рідини.

2. Визначення біологічних молекулярних маркерів у біологічних середовищах (сироватка крові, синовіальна рідина та ін.).

Власні доповнення до робочої класифікації ОА, що прийнятої Асоціацією ревматологів України (APU) у 2000 р., представлено в табл. 2.

Лікування ОА залишається актуальною проблемою, незважаючи на значні успіхи в розкритті численних аспектів етіології та патогенезу цього захворювання. Це пов'язано з багатофакторністю розвитку захворювання та симптоматичною дією більшості лікарських засобів, що застосовуються для лікування. Сучасне лікування ОА базується на принципах етапності, безперервності, наступності й передбачає індивідуальний та комплексний підхід до хворого.

1. Нефармакологічне лікування

Нефармакологічне лікування передбачало такі заходи, як: освітні програми для навчання хворих

основним принципам профілактики та лікування ОА, зменшення надлишкової маси тіла шляхом корекції харчування та створення оптимального рухового режиму, індивідуальна розробка комплексу фізичних вправ, ортопедичний режим, комплекс фізіотерапевтичного лікування, вітаміно-та мінералотерапія, фітотерапія.

2. Фармакологічне лікування

Основною спрямованістю фармакологічного (медикаментозного) лікування ОА була корекція інтраартикулярних порушень, зменшення болювого синдрому, покращення внутрішньокісткового та регіонарного кровообігу, стимуляція метаболічних процесів в організмі в цілому та в суглобовому хрящі зокрема, лікування супутніх захворювань. Корекція інтраартикулярних порушень полягала передусім у протекторній дії на суглобовий хрящ, нормалізації біосинтетичних процесів у хондроцитах, пригніченні катаболічних процесів у хрящовій і кістковій тканинах, нормалізації секреції синовіальної рідини в синовіоцитах та пригніченні синoviїту. Стимуляція метаболічних процесів в організмі полягала в корекції обміну речовин, системній ензимотерапії, дезінтоксикації, поліпшені якості стану кісткової тканини, вітамінотерапії та корекції мінерального обміну, психотропній терапії.

У межах фармакологічного лікування хворих на ОА використовували:

- протиартрозні препарати;
- антиоксидантну терапію;
- препарати, що покращують мікроциркуляцію;
- інгібітори протеолітичних ферментів;
- метаболічну терапію.

3. Хірургічне лікування

Оскільки захворювання має прогресивний характер, необхідно вирішувати питання про можливе оперативне лікування в ранні терміни для збереження неушкоджених ділянок хряща, забез-

Таблиця 2

Рентгенологічно-артроскопічна класифікація ОА колінного суглоба

Рентгено-логічна стадія за Kellgren та Lawrence	Етіологія ураження суглобового хряща	Артроскопічні ознаки						Ступінь ураження хряща за Outerbridge	
		Локалізація ураження хряща, зона				Плато великогомілкової кістки, зона	Надколінок, зона		
		Медіальний виросток стегна, зона	Латеральний виросток стегна, зона	T 1	PM				
0	Травматична (гостра)	M 1	L 1			SS (до 2 см ²)	1		
		M 2	L 2						
		M 3	L 3	T 1					
		M 4	L 4	T 2	PM				
		M 5	L 5	T 3	PL	(2—6 см ²)	3		
		M 6	L 6	T 4					
		M 7	L 7			SL (від 6 см ²)	4		
		M 8	L 8						

печення рівномірного навантаження на всі зони суглоба, відновлення конгруентності, активізації гемомікроциркуляції в субхондральних зонах та ін. У пацієнтів з пізніми стадіями захворювання (III–IV) виникає питання про необхідність ендопротезування або виконання стабілізаційних (артродезувальних) оперативних втручань.

Сучасний арсенал ортопедичних хірургічних втручань при дегенеративно-дистрофічних захворюваннях суглобів, а саме при ОА, у нашому дослідженні представлений так:

- артроскопічне оперативне лікування суглобів — 422 (75,0 %) пацієнта;
- корекційні остеотомії — 56 (9,9 %) пацієнтів;
- ендопротезування та артропластика суглобів — 82 (14,4 %) пацієнта;
- артродезування — 4 (0,7 %) пацієнтів.

Показання до виконання артроскопії:

- Дегенеративні ураження менісків. При цьому після травматичний ОА розвивається значно рідше й повільніше прогресує.
 - Пошкодження й захворювання синовіальної оболонки.
 - Пошкодження й захворювання суглобового хряща. Вони часто стають причиною розвитку ОА.
 - Артроскопія відіграє вирішальну роль у діагностиці й виборі лікування на ранній стадії асептичного некрозу виростків стегна.
 - ОА I–II стадії, початок III стадії за класифікацією J.H. Kellgren i J.S. Lawrence.
- Протипоказання для виконання артроскопії:
- Неможливість виконання знеболення.
 - Гострі і хронічні інфекційні захворювання, а також раніше перенесені інфекційні захворювання суглоба.

- «Фіброзний» анкілоз, контрактура суглоба, виражений спайковий процес. Виконання артроскопії колінного суглоба можливе за наявності в ньому згиальних рухів з амплітудою щонайменше 60°.

При артроскопії видаляли хондроматозні та інші тіла, як вільні, так і прикріплені, частини дегенеративно уражених менісків, а також гіпертрофовані та фіброзно змінені ділянки синовіальної оболонки й жирового тіла в передньому відділі суглоба, які зазвичай заважають повному розгинанню. У низці випадків це дає можливість усунути згиальну контрактуру. За наявності кісткових розростань або остеофітів у ділянці міжвиросткового проміжку, які викликають імпічмент, показана їх резекція. У випадку виявлення ділянок пошкодженого хряща, що характеризуються розм'якшенням, розволокненням та нерівністю, під час артроскопії за допомогою шейвера виконували його шліфування.

З метою попередження прогресування руйнування суглобового хряща та стимуляції репаративних процесів при ОА під час артроскопії застосовували низку оперативних методик, спрямованих на заміщення дефекту суглобового хряща регенератором: абразивна хондропластика, мікропереломи та тунелізація дна дефекту суглобового хряща, кістково-хрящова аутотрансплантація (OATS, мозаїчна пластика) та кістково-хрящова алотрансплантація.

Артроскопічна абразивна хондропластика (69 (16,3 %) пацієнтів). Переваги її виконання — технічна простота й задовільні клінічні результати. До недоліків належить те, що дефекти заповнюються винятково волокнистим хрящем. Техніка

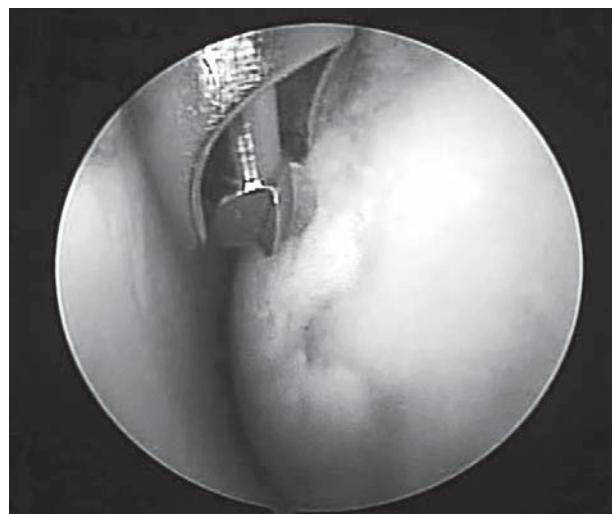


Рис. 1. Техніка виконання абразивної хондропластики (видалення пошкоджених фрагментів хряща та шліфування країв дефекту). Тут і далі власні рисунки, див.: [5]

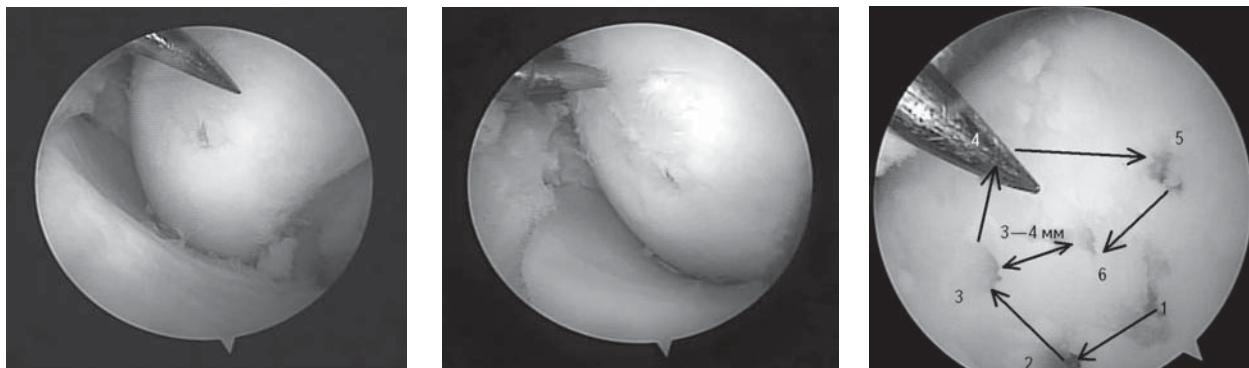


Рис. 2. Артроскопічне мікрофрактурування

виконання артроскопії з метою абразивної хондропластики передбачає видалення пошкоджених фрагментів хряща та ретельне шліфування країв дефекту (рис. 1).

Артроскопічне мікрофрактурування (302 (71,4 %) пацієнта) — виконання мікропереломів, тунелізації дна дефекту суглобового хряща. Переваги методики — економічна рентабельність, технічна простота виконання, добре клінічні результати лікування. У післяопераційний період обов'язково проводили фармакологічну корекцію із застосуванням комбінації хондромодифікаційних та антиоксидантних препаратів за розробленою методикою, що оптимізує умови для диференціації поліblastних клітин у хондробласти та хондроцити з утворенням хрящового регенерату, наближеного за будовою до гіалінового хряща.

Технічно методика артроскопічного мікрофрактурування передбачає первинну обробку (шлифування) хрящового дефекту та дна дефекту з метою видалення звапненого шару хряща. Потім виконували 3–4 перфорації на квадратний сантиметр, які проводять з периферії до центру дефекту (рис. 2). У післяопераційний

період пацієнтів показані ранні рухи в колінному суглобі з обмеженим навантаженням протягом 6 тиж.

Кістково-хрящова аутотрансплантація (OATS, мозаїчна пластика) (52 (12,3 %) пацієнта) — це одноетапна процедура, яка забезпечує відносно достатнє відновлення, може бути альтернативою в лікуванні дрібних і середніх дефектів. Цей спосіб дає змогу зберегти цілісність і функцію ушкодженого суглоба, забезпечує позитивні результати в аспекті попередження розвитку ОА в молодих людей. Переваги — потенційно високий ступінь виживання пересаджених хондроцитів, відтворена тканина схожа за механічними характеристиками з гіаліновим хрящем. До недоліків належить утворення дефекту донорської ділянки, обмежена кількість трансплантатів, триває відновлення, ризик травмування конгруентної поверхні кістково-хрящовим блоком за неправильного його розташування. Техніка виконання полягає в пересаджуванні циліндричних кістково-хрящових блоків, які взяті із місця суглобової поверхні, що не несе навантаження (зазвичай із передньої поверхні латерального надвиростка) (рис. 3).

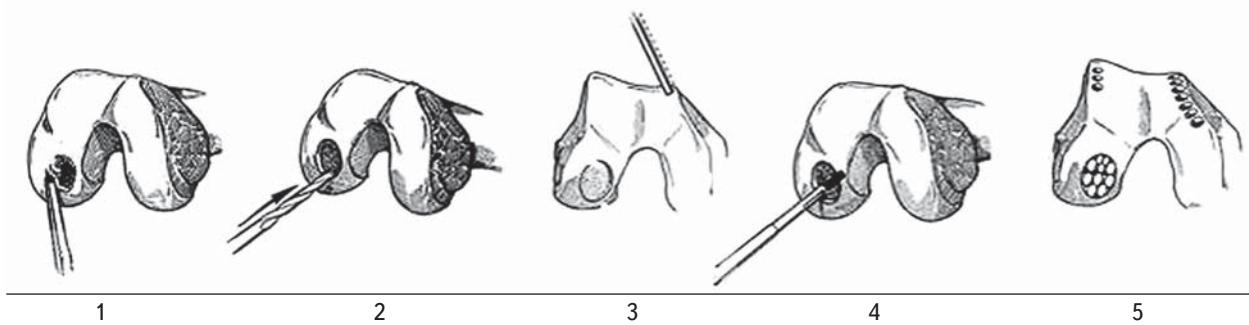


Рис. 3. Схема техніки мозаїчної хондропластики:

1 — шліфування країв дефекту; 2 — формування каналів під трансплантати; 3 — забір кістково-хрящових трансплантатів; 4 — переміщення кістково-хрящових блоків; 5 — вигляд після трансплантації

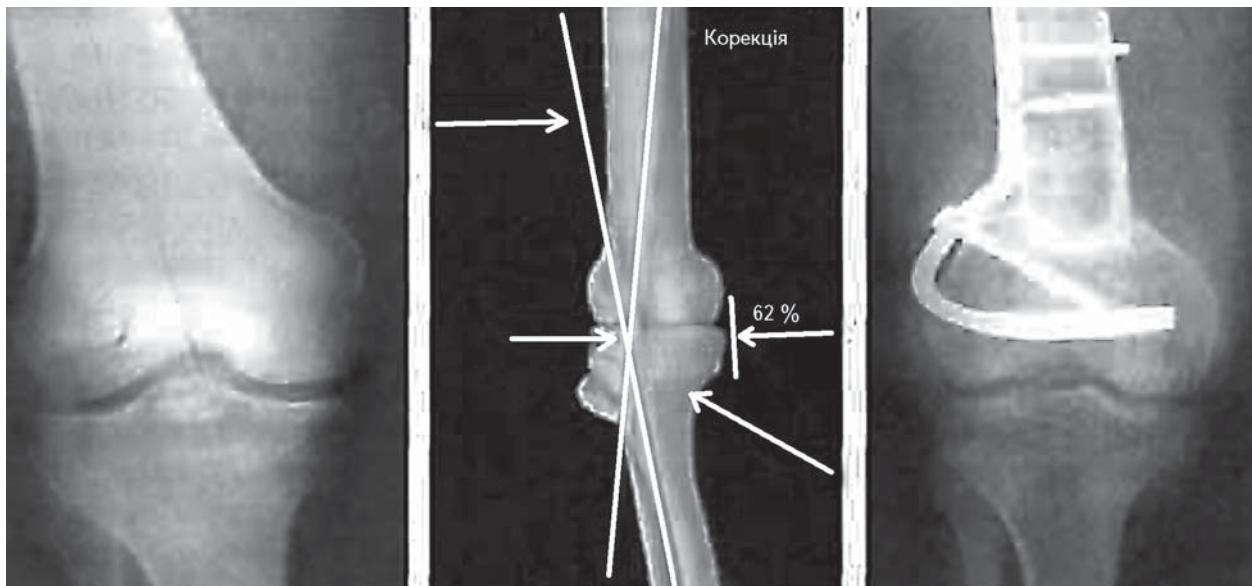


Рис. 4. Приклад коригувальної остеотомії

Окрім цього, артроскопічна хірургія дає повноцінну діагностичну можливість у визначенні подальшої тактики лікування.

Корекційні остеотомії. Мета остеотомій — відновлення осі кінцівки та біомеханіки в суглобі, нормалізація навантаження на суглобові поверхні, що запобігає прогресуванню дистрофічного процесу в суглобі. До недавнього часу корекційним остеотоміям відводили основну роль у хірургічному лікуванні ОА навіть при III стадії захворювання. Показання до виконання цього виду оперативних втручань — I, II і навіть початок III стадії ОА на тлі порушення біомеханічної осі суглоба. Особливо актуальним за наявності наведених показань є застосування корекційних остеотомій у хворих молодого віку.

При локалізації деформації на стегні частіше виконують варизувальну остеотомію стегнової кістки, яка показана при вальгусній деформації до 25°, об'ємі рухів у суглобі до 90° і відсутності значної згиальної контрактури колінного суглоба (рис. 4). При локалізації деформації на гомілці виконують варизувальну остеотомію великогомілкової кістки. Показанням до виконання цієї остеотомії є вальгусна деформація до 15°, нахил суглобової поверхні медіально до 12°.

Для досягнення позитивного післяоператійного результату остеотомія повинна поєднуватися з іншими втручаннями, спрямованими на усунення інших морфологічних (наприклад, пошкодження хряща або меніска) чи функціональних (наприклад, нестабільність) порушень у суглобі. Для забезпечення можливості раннього відновленого

лікування після остеотомії для стабілізації використовують способи стабільно-функціонального остеосинтезу.

Ендопротезування суглоба, або артропластика, — це хірургічна операція, під час якої зруйновані частини суглоба замінюються штучними, що повторюють форму й відтворюють функцію нормальногого суглоба. Заміна уражених частин суглоба сприяє повному усуненню болю в суглобі або її значному зменшенню та відновленню рухової функції кінцівки при збереженні її опороздатності. Часто ендопротезування залишається єдиним методом, здатним відновити втрачену рухливість суглоба й ліквідувати біль й ньюм.

Ендопротез, як і будь-яка механічна конструкція, має схильність до зношування. Термін його служби певною мірою залежить від навантажень, що виникають у процесі експлуатації. Як правило, за умов дотримання рекомендацій лікаря більше 95 % ендопротезів нормальню функціонують протягом 15 років, а в окремих випадках — більше 20 років [8, 10]. Після цього часу вірогідність механічного руйнування ендопротеза або його розхитування в кістці істотно зростає.

Показання до ендопротезування суглобів:

- важкі форми дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів;
- післятравматичні, диспластичні ОА III—IV стадії;
- неправильно зрошені внутрішньосуглобові переломи з порушенням функції суглобів.

До протипоказань для цього виду оперативних втручань можна зарахувати такі супутні захворювання: гострий і хронічний остеоміеліт; туберкульоз



Рис. 5. Рентгенограми ураженого колінного суглоба до та після ендопротезування

кісток і суглобів; важкі форми серцево-судинних захворювань; психоневрологічні захворювання.

Під час операції за допомогою спеціальних інструментів зруйновані частини колінного суглоба видаляють, відновлюють вісь нижньої кінцівки. Компоненти ендопротеза фіксують до кістки за допомогою кісткового цементу. Між ними, у порожнині протезованого суглоба, встановлюють вкладку зі спеціального полімерного матеріалу. Функція цієї вкладки — поліпшити ковзання суглобових поверхонь. Окрім цього, вона слугує амортизатором між поверхнями ендопротеза (рис. 5).

Основна відмінність відновного періоду при ендопротезуванні колінного суглоба — необхідність ранньої і регулярної розробки рухів у пропоперованому суглобі [7]. Ця процедура починається вже в 1-шу добу після ендопротезування і продовжується шонайменше впродовж 3—4 тиж після неї. На 2-й день після операції призначають дихальну гімнастику, лікувальну фізкультуру для м'язів кінцівок у вигляді ізометричних вправ. Виконуються легкі згинальні рухи в ендопротезованому суглобі. Пацієнт уже може сіяти в ліжку.

Ходьба за допомогою милиць рекомендується на 3-тю добу. Після виписки зі стаціонару пацієнт повинен обмежувати навантаження на суглоб (ходьба за допомогою милиць) до 4—6 тиж після оперативного лікування залежно від особливостей ендопротеза. Потім рекомендовано ходьбу з тростиною до 3 міс, після чого можливе повне навантаження на суглоб.

Артродез — хірургічна операція, що полягає у фіксації кісток у суглобі та зумовлює повний його анкілоз. Артодезування виконують у випадку, якщо суглоб украй болючий, нестабільний, значно деформований або уражений хронічним інфекційним захворюванням, а також якщо хворому через певні чинники неможливо або небажано виконувати артропластику чи ендопротезування.

Під час виконання артродезу використовують найрізноманітніші види фіксації: пластини з гвинтами, гвинти, скоби, стержні, шпіці, кісткові аутотранспланти, інtramедулярні стержні, апарати зовнішньої фіксації, гіпсові пов'язки (рис. 6). Артродез передбачає збереження або відновлення опорозднатості кінцівки в ураженому

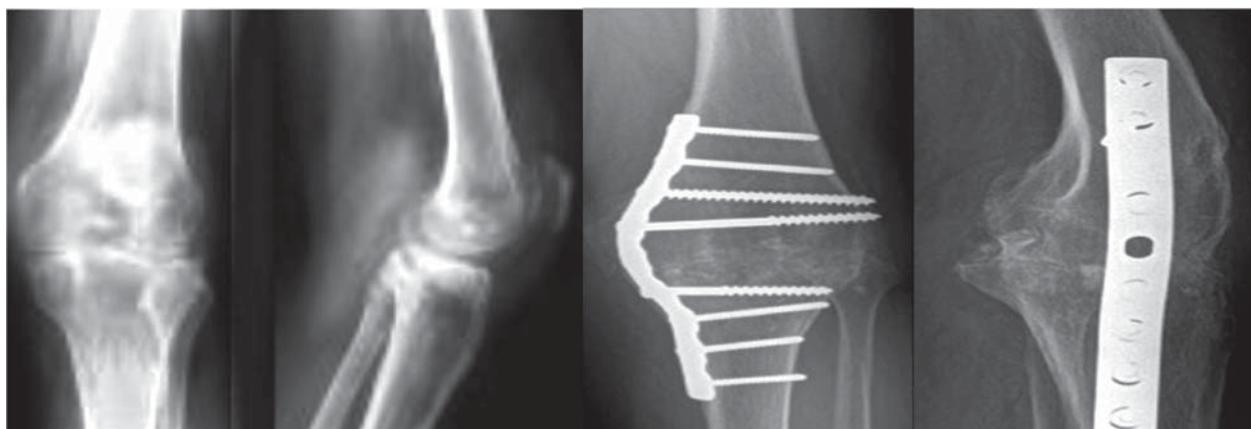


Рис. 6. Рентгенограми ураженого колінного суглоба до та після артродезування

суглобі і значне ослаблення або усунення бальово-го синдрому, проте при цьому найчастіше незворотно втрачається функція цього суглоба. Тому сьогодні цей вид оперативного лікування вважається крайнім і вимушеним заходом, і показання до його виконання повинні бути максимально обґрунтованими та виправданими.

Висновки

Діагностика та лікування остеоартрозу колінного суглоба — одна з актуальних проблем сучасної артрології. Повноцінна діагностика цього

захворювання потребує широкого кола традиційних і новітніх способів обстеження. Лікувальна тактика у хворих на остеоартроз колінного суглоба має ґрунтуватися на визначені стадії захворювання та відповідних біомеханічних змін у суглобі. Артроскопічні операції широко застосовуються при I та II стадіях патологічного процесу, коригувальна остеотомія показана при порушенні осі кінцівки в I та II стадіях, тотальне ендопротезування показано при III стадії, а також при II стадії на тлі нестабільності суглоба та осьової деформації.

Література

- Коваленко В.М., Борткевич О.П. Остеоартроз і біль: стан проблеми // Біль. Суглоби. Хребет. — 2011. — № 1. — С. 41–44.
- Косинская Н.С. Дегенеративно-дистрофические поражения костно-суставного аппарата. — Л.: Медгиз, 1961. — 202 с.
- Коструб А.А., Засаднюк И.А., Канюс С.М. Применение инъекционного глюкозамина сульфата в комплексной терапии пациентов с остеоартритом // Травма. — 2013. — Т. 14, № 15. — С. 32–35.
- Лукашенко Л.В., Головкина Е.С., Синяченко О.В. и др. Реологические свойства сыворотки крови у больных гонартрозом и коксартрозом // Травма. — 2013. — Т. 14, № 15. — С. 112–115.
- Остеоартроз / Під ред. О.А. Бур'янова, Т.М. Омельченка. — К.: Ленвіт, 2009. — 203 с.
- Gignac M.A., Backman C.L., Davis A.M. et al. Social role participation and the life course in healthy adults and individuals with osteoarthritis: are we overlooking the impact on the middle-aged? // Soc. Sci. Med. — 2013. — Vol. 81. — P. 87–93.
- Holt H.L., Katz J.N., Reichmann W.M. et al. Forecasting the burden of advanced knee osteoarthritis over a 10-year period in a cohort of 60–64 year-old US adults // Osteoarthritis Cartilage. — 2011. — Jan; 19 (1). — P. 44–50.
- Lampe F., Sufi-Siavach A., Bohlen K.E. et al. One year after navigated total knee replacement, no clinically relevant difference found between fixed bearing and mobile bearing knee replacement in a double-blind randomised controlled trial // Open Orthop. J. — 2011. — N 5. — P. 201–208.
- Litwic A., Edwards M.H., Dennison E.M. et al. Epidemiology and burden of osteoarthritis // Br. Med. Bull. — 2013. — Vol. 105. — P. 185–199.
- Lützner J., Hübel U., Kirschner S. et al. Long-term results in total knee arthroplasty: A meta-analysis of revision rates and functional outcome // Chirurg. — 2011. — Jul; 82 (7). — P. 618–624.
- Neogi T., Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis // Rheum. Dis. Clin. North Am. — 2013. — Vol. 39, N 1. — P. 1–19.
- Racine J., Aaron R.N. Pathogenesis and epidemiology of osteoarthritis // RI Med. J. — 2013. — Vol. 96, N 3. — P. 19–22.

*A.A. Бур'янов¹, Т.М. Омельченко¹, В.П. Кваша¹, Ю.Л. Соболевский¹, Е.А. Скобенко¹,
О.Г. Легенький², Ю.Г. Эйтутис³*

Комплексное лечение больных с остеоартрозом коленного сустава

¹ Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев

² ГУ «Дорожная клиническая больница №1 станции Киев ГТОО «Юго-Западная железная дорога», г. Киев

³ ГУ «Дорожная клиническая больница №2 станции Киев ГТОО «Юго-Западная железная дорога», г. Киев

Цель работы — улучшить результаты лечения больных остеоартрозом (OA) коленного сустава путем определения показаний и обоснования способов лечения.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 1620 больных деформирующим OA коленного сустава с разными стадиями заболевания. Консервативное лечение проведено у 1056 (65,2 %) пациентов согласно рекомендаций Европейской антиревматической лиги (EULAR), оперативное — у 564 (34,8 %) пациентов. При оперативном лечении использовали: артроскопический метод (423 (75,0 %) больных); корригирующие остеотомии (56 (9,9 %)); эндопротезирование суставов (82 (14,4 %)); артродезирование (4 (0,7 %)).

Результаты и обсуждение. На основе клинико-инструментальных данных и их статистического анализа разработан протокол диагностики OA коленного сустава.

Выводы. Артроскопические операции имеют распространенное использование при I и II стадиях патологического процесса, корригирующая остеотомия показана при нарушении оси конечности в I та II стадіях, тотальное эндопротезирование при III стадии, а также при II при нестабильности сустава и нарушении оси.

Ключевые слова: остеоартроз, коленный сустав, диагностические критерии, консервативное лечение, хирургическое лечение, артроскопическая техника.

*O.A. Buryanov¹, T.M. Omelchenko¹, V.P. Kvasha¹, Yu.L. Sobolewski¹, E.O. Skobenko¹,
O.G. Legenkiy², Yu.G. Eitutis³*

Complex treatment of osteoarthritis of knee joint

¹ Bogomolets National Medical University

² Road Clinical Hospital №1 of the Kyiv station of the South-Western Railway, Kyiv, Ukraine

³ Road Clinical Hospital №2 of the Kyiv station of the South-Western Railway, Kyiv, Ukraine

Objective. Improving the results of treatment of patients with osteoarthritis (OA) of the knee joint through identifying of the evidence and justification of the ways of treatment.

Materials and methods. Results of treatment of 1056 patients with different stages of disease osteoarthritis of knee joint were analyzed. Conservative treatment was performed in 1056 (65.2%) according to the recommendations of the European League Against Rheumatism (EULAR), operative — 564 (34.8 %). Surgical treatment was used: arthroscopic method (423 (75.0 %) patients); corrective osteotomy (56 (9.9 %)); replacement of joints (82 (14.4 %)), arthrodesis (4(0.7 %)).

Results and discussion. On the basis of clinical and instrumental data and their statistical analysis was developed Diagnostic Protocol OA of the knee joint.

Conclusions. Arthroscopic surgery are commonly used in the I and II stages OA, corrective osteotomy is indicated for abuse of the axis of the leg in the I and II stages of the disease process, total joint replacement — in stage III as well as in stage II in joint instability and violation of the axis.

Key words: osteoarthritis, knee joint, diagnostic criteria, conservative treatment, surgical treatment, arthroscopic technique.