

ОДНОВИРОСТКОВЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ПРИ ПСОРИАТИЧНІЙ АРТРОПАТІЇ

І. В. Гужевський, С. І. Герасименко

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

UNICOMPARTMENT KNEE ARTHROPLASTY IN CHONDRODYSPLASIA

I. V. Guzbevs'kyi, S. I. Gerasymenko

In a view of the psoriasis arthropathy with the aseptic necrosis of medial tibial condyle 53 years old man was operated. In one stage arthroscopic synovectomy and Unicompartment Knee Arthroplasty (“Oxford® Partial Knee”) was executed. Has been got good early postoperative result that can not be accepted as final, but used tactics of surgical treatment can be offered as method of choice for patients of this category.

Key words: psoriasis arthropathy, knee arthroplasty.

ОДНОМЫШЦЕЛКОВОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ АРТРОПАТИИ

И. В. Гужевский, С. И. Герасименко

По поводу псориатической артропатии правого коленного сустава с явлениями асептического некроза медиального мыщелка большеберцовой кости оперирован больной в возрасте 53 года. Одноэтапно были выполнены артроскопическая синовэктомия и уникондиллярное эндопротезирование коленного сустава с использованием конструкции с мобильной менискальной вставкой (“Oxford® Partial Knee”). Полученный хороший ближайший результат не служит основанием для окончательных выводов, однако предложенная тактика лечения может рассматриваться как подход к хирургическому лечению пациентов этой категории.

Ключевые слова: псориатическая артропатия, эндопротезирование коленного сустава.

Вступ

Псоріатична артропатія (М07 за МКХ – 10) належить до клінічних проявів одного з мультифакторних захворювань людини, загальна частота якого в популяції становить близько 2–3% [2]. У хворих з документованим псоріазом псоріатична артропатія (ПА) спостерігається в діапазоні від 6% до 42% випадків і проявляється переважно після тривалих шкірних проявів псоріазу (75%). У решті хворих цей варіант серонегативного артриту виникає одночасно або раніше за шкірні прояви основного захворювання [1, 2, 5]. При будь-якому варіанті дебюту ПА майже у 50% хворих патологія характеризується як моноартрит або асиметричний олігоартрит із доволі частим (20%) прогресуючим перебігом і виразним обмеженням функції суглобів, що приводить до застосування хірургічних методів лікування у 7–23,8% випадків [2, 4, 5]. Згідно з відомостями в доступних нам джерелах, тотальне ендопротезування кульшових суглобів у хворих з ПА виконується у 1,8%, а колінних суглобів – у 1,4% [4]. Відомостей про випадки одновиросткового ендопротезування колінного суглоба (ОЕКС) при ПА ми не зустріли. Це може бути пов'язано з утриманням ортопедів від подібних втручань через те, що у більшості рекомендацій ПА розглядається як протипоказання до ОЕКС [3]. Проте, як доводить наш досвід, у відповідних випадках ОЕКС може застосовуватись як ефективний метод ортопедичного лікування ПА.

Матеріали і методи

В клініку звернувся хворий Б., 53 років, і/хв. № 515805, зі скаргами на біль при навантаженні, “кляцання” під час рухів, припухлість правого колінного суглоба. Перелічені скарги турбували хворого близько 2-х років. З анамнезу встановлено, що протягом 10 років пацієнт спостерігався дерматологом з приводу псоріазу, а протягом останнього року за рекомендацією ревматолога отримував метотрексат (“Metoject”, Oncotec Pharma Produktion GmbH) в дозі 10 мг на тиждень та метилпреднізолон у формі депо-суспензії (“Metipred®”, Orion Corporation) в дозі 40 мг один раз на місяць.

При огляді привертала увагу надмірна вага хворого (індекс маси тіла дорівнював 35), на шкірі кінцівок та тулуба були елементи псоріатичного висипу, характерні для фази регресу шкірних проявів псоріазу. Зафіксована варусна деформація правої ноги до 5° з вершиною кута деформації на рівні колінного суглоба, відносно та функціональне вкорочення правої ноги до 0,5 см. Рухи в правому колінному суглобі становили 0–5–90°; при пальпації знайдено помірну кількість рідини в порожнині правого колінного суглоба, позитивні симптоми пошкодження медіального меніску. При сонографічному дослідженні правого колінного суглоба діагностовано явища проліферативного синовіту (рис. 1).

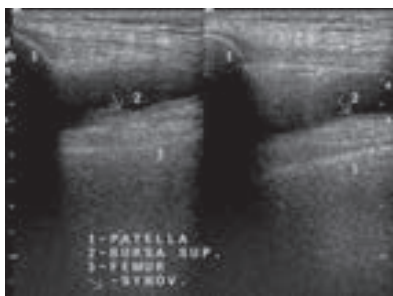


Рис. 1. Сонографічний вигляд проліферативного синовііту правого колінного суглоба хв. Б., 53 років, і/хв. № 515805

Рентгенологічне дослідження дозволило встановити ознаки гонартрозу 1 ст. (за класифікацією J.H. Kellgren, J.S. Lawtence, 1957). Виникла підозра щодо асептичного некрозу медіального виростку великогомілкової кістки (рис. 2а), що спонукало виконати магнітно-резонансну томографію, яка підтвердила діагноз (рис. 2б).

Враховуючи вік хворого, рентгенологічні та томографічні ознаки збереження суглобових поверхонь латерального феморо-тібіального та пателло-феморального відділів правого колінного суглоба, наявність проліферативного синовііту, було вирішено виконати діагностично-лікувальну артроскопію, під час якої остаточно обрати обсяг хірургічного втручання. Під час артроскопії знайдено виразну проліферацію синовіальної оболонки у всіх відділах суглоба (рис. 3) та виконано синовектомію.

Огляд суглобових поверхонь після синовектомії підтвердив добрий стан суглобового хряща латерального (рис. 4а) та пателло-феморального відділів суглоба (рис. 4б), зважаючи на що було прийнято рішення виконати ОЕКС правого колінного суглоба з використанням конструкції з мобільною меніскальною вставкою (“Oxford® Partial Knee”) (рис. 5).

Повне навантаження на оперовану кінцівку було дозволено з 3-ї післяопераційної доби. Операційна рана загоїлась первинним натягом, хворий був виписаний зі стаціонару на десяту добу після операції з доопераційним обсягом рухів у оперованому суглобі. При контрольному огляді через 3 місяці констатовано повне відновлення опороздатності кінцівки, рухи в межах 0–0–100°, відсутність болювого синдрому.

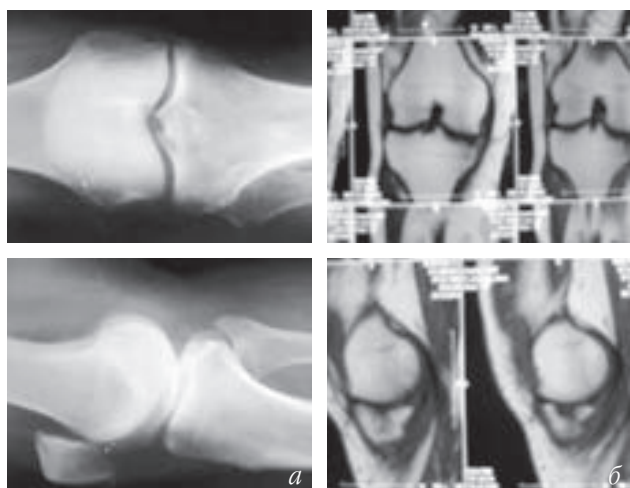


Рис. 2. а – рентгенограми, б – фрагменти магнітно-резонансної томограми правого колінного суглоба хв. Б., 53 роки, і/хв. № 515805

Висновки

Питання ОЕКС у хворих з ПА є маловисвітленим, але потребує розробки через таких пацієнтів. Отриманий нами добрий найближчий результат не може бути підставою для остаточних висновків, але дозволяє розглядати викладену тактику лікування як обґрунтований підхід у подібних випадках.

Література

1. Бурьянов А.А. Псориатический артрит (вопросы генезиса, диагностика и лечение) : монография / А.А. Бурьянов, В.П. Кваша ; Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца. – К. : Ленвит, 2009. – 202 с.
2. Національний підручник з ревматології / Коваленко В. М., Шуба Н. М., Казимирко В. К. [и др.] ; за ред. В.М. Коваленка, Н.М. Шуби. – К. : Моріон, 2013. – 671 с.
3. Benazzo F. Unicompartment Knee Arthroplasty: From Primary to Revision Surgery / F. Benazzo, S.M.P. Rossi // European Instructional Lectures / Bentley, George (Ed.) – 2013. – Vol. 13. – P. 259–267.
4. Day M.S. Psoriatic arthritis / Day M.S., Nam D., Goodman S. [et al.] // J.Am. Acad. Orthop. Surg. – 2012. – Vol. 20, № 1. – P. 28–37.
5. Strauss E.J. Orthopedic Manifestations and Management of Psoriatic Arthritis / Strauss E.J., Alfonso D., Baidwan G. [et al.] // Am. J. Orthop. – 2008. – Vol. 37, № 3. – P. 138–147.

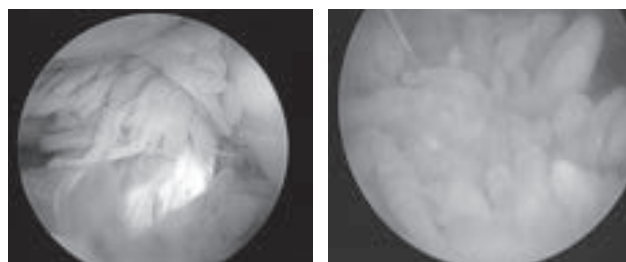


Рис. 3. Вигляд синовіальної оболонки до синовектомії під час артроскопії правого колінного суглоба хв. Б., 53 роки, і/хв. № 515805

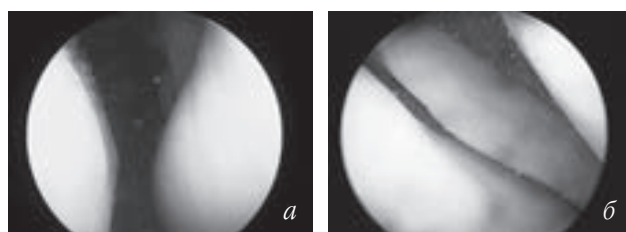


Рис. 4. а – фото суглобового хряща латерального відділу колінного суглоба хв. Б., 53 роки, і/хв. № 515805; б – фото суглобового хряща патело-феморального відділу колінного суглоба хв. Б., 53 роки, і/хв. № 515805

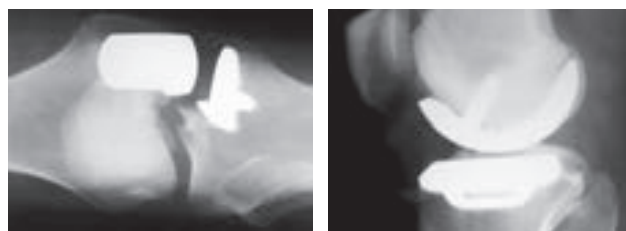


Рис. 5. Післяопераційні рентгенограми правого колінного суглоба хв. Б., 53 роки, і/хв. № 515805