

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ

ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ.

Артроскопия (или артроскопическое вмешательство) относится к эндовидеохирургии, и представляет собой малотравматичное малоинвазивное вмешательство на суставах. На сегодняшний день артроскопия является мировым и общепринятый стандартом в лечении заболеваний суставов, их травм и последствий. Наряду с такими технологиями, как лапароскопия и эндоскопия, артроскопия занимает важную роль при раннем лечении различной патологии суставов.

Впервые в мире исследование коленного сустава при помощи эндоскопической техники было проведено в 1918 году японским ортопедом Kenji Takagi. Уже через 2 года он сконструировал артроскоп, которым осуществил исследование коленного сустава у пациента с воспалением коленного сустава. В 1932 году была произведена первая успешная фотосъемка внутренних структур коленного сустава с помощью артроскопа на черно-белую пленку. А в 1936 году выполнена цветная фотосъемка с использованием оптики диаметром 5мм и дополнительного источника света, дополненная киносъемкой. В Европе в 1921 году E.Bircher из госпиталя кантона Аарау в Швейцарии впервые опубликовал работу о возможности и результатах эндоскопии коленного сустава человека. В 1925 году впервые в Америке Kreuscher опубликовал работу о применении артроскопии при патологии коленного сустава. Уже первые попытки применения эндоскопов показали возможность определения состояния внутрисуставных структур коленного сустава и их ранние изменения при различной патологии. Это воодушевляло ученых для дальнейшей разработки этого метода и совершенствования оборудования для артроскопии. В 1931 г. M.Burman также опубликовал технику и результаты артроскопического исследования голеностопного, тазобедренного, плечевого, локтевого и лучезапястного суставов. Это была первая публикация об артроскопических исследованиях других, кроме коленного, суставов. В 1957 году, школой Watanabe в Японии был создан первый в мире атлас по артроскопии с более чем тысячей цветных эндофотографий нормы и различной патологии коленного сустава. А в 1962 году ортопед Watanabe M. сделал первую артроскопическую менискэктомию (резекцию поврежденной зоны мениска коленного сустава).

Активное развитие артроскопической методики пришлось на 80-90 гг. XX века. На сегодняшний день артроскопическое направление представляет одно из ведущих и высокоспециализированных в травматологии и ортопедии, включая спортивную травматологию.

Артроскоп - это оптический прибор. Основной характеристикой конструкции артроскопа является направление видения и ширина его угла зрения. Использование особенностей артроскопов при операции позволяют добиваться хорошего обзора внутрисуставных структур без изменения места введения артроскопа в сустав, то есть при минимальном количестве хирургических доступов (проколов). В современной артроскопии используются микровидеокамеры со специальной насадкой непосредственно на окуляр артроскопа, причем головка камеры и соединительный кабель или стерилизуют или драпируют стерильным чехлом. Передача изображения происходит непосредственно на экран монитора, что позволяет сохранить асептику (стерильность) во время проведения операции и сделать доступным артроскопическое изображение всем присутствующим в операционной. Возможности артроскопических операций при посттравматической патологии суставов велики. Артроскопическая операция имеет ряд преимуществ перед

традиционной “открытой” хирургией. Наиболее важно, что артроскопическая ревизия позволяет хирургу более точно определить характер и все детали патологии сустава и его особенности, тем самым возможно избрать наиболее точное лечение. «Артроскоп позволяет лучше осмотреть все отделы сустава, чем через 1-2 больших хирургических доступа» (Henry A., 1973). При этом не страдает ни иннервация, ни кровоснабжение сустава.

Основными проявлениями ранней патологии в суставах являются спонтанная (беспричинная) боль, отек, ограничение активных движений в суставе, неустойчивость при ходьбе, хруст.

Самое распространенная причина болевой симптоматики в коленном суставе у пациентов в молодом и трудоспособном возрасте (от 20 до 40 лет) это – различные изменения в структуре и целостности суставного гиалинового хряща коленного сустава, а не связки, как считают многие, занимающиеся спортом и ведущие активный образ жизни. Вторая причина болей в коленном суставе – застарелые повреждения менисков, являющиеся своеобразными «амортизаторами» боковых поверхностей. Повреждения менисков или суставного хряща, покрывающего кости в суставе, часто происходит при определенных резких движениях в суставе с одновременной его ротацией, и большинство из таких повреждений после травмы могут многие месяцы проходить бессимптомно.

Через определенный период времени поврежденная часть мениска или хряща начинает смещаться более избыточно (это может быть во время обычной ходьбы или физической нагрузки) и проявляется болевой синдром. Болевой синдром при этом, может возникнуть и исчезнуть внезапно. Так как, к сожалению, хрящевая ткань не может регенерировать (восстанавливаться) в организме самостоятельно, она требует определенной обработки и воздействия при помощи эндоскопических (артроскопических) инструментов, которые и применяются при артроскопии суставов.

В нашем медицинском центре артроскопическая методика оперативного лечения применяется по абсолютным показаниям при следующих симптомах и, связанных с ними патологиями коленного и голеностопного суставов: 1. Болевой синдром, блокады, ограничения движений в коленном суставе (разрывы менисков, хондральные повреждения, импинджмент синдром). Артроскопическая операция направлена на резекцию поврежденной части мениска в пределах здоровой ткани или шов мениска 2. При неустойчивости (нестабильности) коленного сустава (разрывы передней и задней крестообразной связки, повреждение связок надколенника). Артроскопия выполняется для реконструкции, аутопластики связочного аппарата. 3. При отечности, при щелчках в суставе (хондропатия или остеоартроз на ранних стадиях). 4. При дискомфорте после спортивных нагрузок, фитнеса и игровых видах спорта (хондромалиция, стрессовые повреждения внутрисуставных структур). Также артроскопия активно применяется и при вторичных поражениях суставов, в частности, при подагре и ревматическом поражении.

Многие пациенты, имеющие в анамнезе такие изменения, к сожалению, предпочитают лечиться и купировать болевой синдром самостоятельно, избегая консультации врача специалиста. И как следствие такого неквалифицированного подхода к лечению, одни повреждения в суставе в скором времени приводят к другим (в частности, посттравматическим нарушениям целостности гиалинового покровного хряща).

Отдельное направление в артроскопической хирургии занимает тактика лечения у спортсменов высокого ранга (игроков премьер лиги) и артистов балета, в связи с необходимостью раннего возвращения спортсмена в игровые и атлетические нагрузки после повреждения и возможностью предупреждения последующих.

Артроскопическая хирургия в настоящее время применяется в 99% случаев для лечения суставов, и лишь в редких случаях, как диагностическая процедура. Это связано как с активным развитием направления артроскопической хирургии в мире и приобретением клинической практики врачей, занимающихся артроскопией, так и доступностью высокодифференцированных и экспертных методов диагностики, основным из которых является магнитно-резонансная томография (МРТ).

Стандартами для установления диагноза и определением возможности артроскопической операции являются также компьютерная томография, рентгенодиагностика и обязательный клинический осмотр врача специалиста.

Но артроскопия применяется не только в случае повреждений капсульно-связочного и хрящевого компонентов сустава. При многих видах внутрисуставных переломов суставов, артроскопическая визуализация суставных поверхностей помогает максимально точно сопоставить фрагменты кости и позволяет проконтролировать стабильность других видов лечения, в частности операции металлоостеосинтеза.

Артроскопия является самым распространенным и доступным видом оперативного вмешательства на коленном, плечевом и голеностопных суставах. Поскольку большая часть патологии и повреждений этих суставов приходится на мягкотканые элементы (связки, капсула, суставной покровный хрящ), то наиболее точное воспроизведение или лечение этих элементов достигаются при артроскопии.

Пребывание пациента в стационаре составляет до 1 суток после операции, практически представляя амбулаторный вариант лечения, т.е. после самой манипуляции пациент по показаниям может быть отпущен домой уже через несколько часов. Поскольку нагрузка в послеоперационном периоде ранняя, то обычная фиксация сустава (гипс, брейсы) используются только при лечении определенной патологии (аутопластика передней крестообразной связки). Универсальностью метода артроскопии является практическая доступность при любой патологии сустава, включая минимальный риск осложнений и раннюю реабилитацию, направленную на движения в прооперированном суставе.

Во многих случаях артроскопия помогает купировать болевой синдром, уменьшить отечность сустава, увеличить объем движений при начальных и средних стадиях остеоартроза (артроза, деформирующего артроза). В этом случае, деформированные поверхности суставного хряща выравниваются и моделируются, и таким образом ликвидируется патологическое трение в суставе.

Грамотный подход, показания к применению артроскопического лечения всегда выполняет специалист, имеющий опыт работы в данном направлении.

При правильной диагностике изменений в суставе, особенно при начальных стадиях изменений суставного хряща (например, хондромалиции 1 ст.), дегенеративных изменениях мениска, стрессовом болевом синдроме, возникающем при интенсивных

спортивных и физических нагрузках, артроскопическая операция не показана, так как консервативные методы лечения и подбор индивидуальной программы реабилитации и нагрузок успешно купируют изменения в суставе.

А вот повреждение передней крестообразной связки на коленном суставе или повреждение мышц ротаторной манжеты плечевого сустава практически всегда являются показанием для артроскопического лечения. При этом возвращение в спорт происходит во всех случаях, если артроскопическая реконструкция связочного аппарата производится своевременно после таких повреждений.

Монахов Вячеслав Валерьевич,

ортопед-травматолог высшей категории, артроскопический хирург, спортивный травматолог, кандидат медицинских наук, действующий член Европейской Ассоциации по артроскопии, хирургии и спортивной травматологии коленного сустава (ESSKA).