

ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД У ВИБОРІ СПОСОБІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМ ТА УШКОДЖЕНЬ СУГЛОБОВОГО ХРЯЩА КОЛІННОГО СУГЛОБА

Дідух П.В., Подік В.А., Засаднюк І.А., Коструб О.О.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», Київ, Україна

Вступ. Механічна травматизація суглобового хряща становить 25-43% всіх внутрішньосуглобових ушкоджень (Ушакова О.А, 1982). За даними літератури в 63% хворих, яким виконувалися артроскопіческие дослідження, виявлені пошкодження суглобового хряща. Існуючі на сьогоднішній день методи хондроластики забезпечують формування в області пошкодження суглобового хряща переважно фіброволокнисту тканину, яка не відповідає гістологічним і біомеханічним властивостям гіалінового хряща, що призводить до швидкого розвитку дегенеративно-дистрофічних змін в суглобі. Регенерація суглобового хряща при пошкодженні субхондральної кістки частково залежить від віку, тому що співвідношення мезенхімальних стовбурових клітин до решти клітин кісткового мозку при народженні становить 1 до 10 000, у підлітків - 1 до 100 000, в 50 років - 1 до 400 000, в 80 років - 1 до 2 000 000. Пошкодження суглобового хряща має бути виявлено в максимально ранні терміни для найбільш якісного відновлення хрящової тканини і функції суглоба.

Матеріал та методи. Дослідження ґрунтується на порівняльному аналізі результатів проведення оперативного лікування у 50 хворих після хондроластики колінного суглоба. З яких 10-ти пацієнтам проведено артроскопія та мозаїчна хондроластика (група 1), 35-ти пацієнтам (група 2) проведена артроскопія колінного суглоба та остеоперфорація. Також 5-ти пацієнтам було проведено артроскопію із закриттям дефекту суглобового хряща колагеновими матрицями, Chondrofiller. Ефективність лікування оцінювалась за допомогою 100 бальної шкали оцінки функції колінного суглоба (Дж. Лісхольм та Е. Гилквіст), що включає в себе вісім об'єктивних та суб'єктивних ознак, та шкалою активності Тегнера (Tegner Activity Levelscale). Аналізувались хромота, навантаження на оперовану кінцівку, підйом сходами, присідання, нестабільність, біль, випіт в суглобі, атрофія м'язів тощо.

Результати. На основі аналізу шкал оцінки функції колінного суглоба, виявлено недоліки різних методів хондроластики суглобового хряща колінного суглоба.

Функціональні результати лікування, як за шкалою Tegner, так і за шкалою Lysholm кращі, хоч і незначно, в групі пацієнтів, яким проводилась артроскопія та мозаїчна хондроластика дефекту суглобового хряща. Динаміка покращення функції колінного суглоба групи 1 в порівнянні з групою 2 за шкалою Тегнер через 3 місяці після початку лікування становила в середньому 4,8 бали проти 4 балів, через 6 місяців після початку лікування становила в середньому 7 балів проти 6,5 балів. Рівень активності за шкалою Лісхольм в групі 2 в порівнянні з групою 1 через 3 місяці після початку лікування для симптому хромота становив в середньому 4,0 бали проти 3,8 балів, необхідність підтримки в середньому 5 балів проти 4,4 бали, біль в середньому 20 балів проти 19 балів, набряк в середньому 9,0 балів проти 8,6 балів, ходьба сходами в середньому 9,0 балів проти 8,6 балів, присідання в середньому 4,8 бали проти 4,5 балів. Також хороші результати показала артроскопія колінного суглоба з закриттям дефекту суглобового хряща колагеновими матрицями, Chondrofiller. За шкалою Tegner через 3 місяці після початку лікування 4,4, через 6 місяців 6,6 балів. Рівень активності за шкалою Лісхольм становив через 3 місяці після початку лікування для симптому «хромота» становив в середньому 4,2 бали, необхідність підтримки в середньому 4,5 балів, біль в середньому 19 балів, набряк в середньому 9,2 балів, ходьба сходами в середньому 8,4, присідання в середньому 4,8 балів.

Висновки. Слід відмітити, що остеоперфорація має ряд недоліків таких, як утворення фіброволокнистої тканини в зоні регенерату, аеробний механізм метаболізму, згодом в зоні регенерату розвиваються дегенеративні зміни, однак вона є досить економічно вигідним методом. Перевагами мозаїчної хондроластики є те, що відновлений хрящ -

переважно гіаліновий, можливість відновлення конгруентності суглобової поверхні, при площі дефекту до 2 - 2,5 см², процедура виконується артроскопічно. Недоліками є додаткова травма донорського місця, площа дефекту не повинна перевищувати 4-4,5 см², при площі дефекту більше 2 - 2,5 см² процедура переважно виконується відкритим методом. Пошкодження суглобового хряща колінного суглоба має бути виявлено в максимально ранні терміни для найбільш якісного відновлення хрящової тканини і функції суглоба! При відновленні суглобового хряща необхідно використовувати методики, які сприяють формуванню гіалінового суглобового хряща. Важливим є диференційний підхід до вибору тієї чи іншої методики оперативного лікування дефектів суглобового хряща, позитивні результати свідчать про їх ефективність і вимагають подальших глибоких досліджень.