

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів
ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»



ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПРАЦЬ

**За матеріалами
науково-практичної конференції**

присвяченій 110-й річниці заснування ДУ «Інститут патології
хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»
та міжнародного навчального курсу:

**«Сучасні питання тотального
ендопротезування кульшового
та колінного суглобів»**



**Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів
ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»**

Збірник наукових праць

**За матеріалами науково-практичної
конференції, присвяченої 110-й річниці заснування
ДУ «Інститут патології хребта та суглобів
ім. проф. М.І. Ситенка НАМН України»
та міжнародного навчального курсу**

**«Сучасні питання тотального
ендопротезування
кульшового та колінного суглобів»**

**04-05 жовтня 2017 р.
м. Харків**

більш яскраво. У міжхребцевому диску L5-S1 характер розподілу НДС дещо інший. На верхній поверхні напруження в передній частині сягають 0,8 МПа, а в задній 0,4 МПа. На нижній поверхні рівень НДС в передній частині дорівнює 0,6 МПа, а в задній 0,4 МПа.

Для дослідження НДС в біомеханічній системі «поперековий відділ хребта - крижі - крижово-клубової суглоб - таз» при підвищенні щільності волокон КПЗ був проведений розрахунок на аналогічній моделі, але при значенні модуля пружності клубово-поперекової зв'язки 100 Мпа. Аналіз проведеного розрахунку показав, що загальний характер напружень в системі не змінився, але відбувся перерозподіл НДС в різних структурах попереково-крижового відділу хребта та таза. В суглобових відростках хребців L4-L5 рівень напруженого стану різко підвищився і становить 2,8 МПа для хребця L4 і 12,3 МПа для хребця L4.

У міжхребцевому диску L4-L5 розподіл НДС не змінилося, також практично не змінився і рівень напруженого стану, максимальне значення напруг Мізеса дорівнює 0,62 Мпа. У міжхребцевому диску L5-S1, на відміну від сегменту L4-L5, передня і задня частини напружені приблизно однаково, але рівень НДС підвищився майже в два рази. На передній кромці верхньої поверхні міжхребцевого диска напруження дорівнює 1,1 Мпа. На нижній поверхні рівень НДС сягає 1,3 МПа і, на відміну від моделі з інтактними КПЗ, більш напруженою є задня частина диска.

Висновки. Проведені нами розрахунки демонструють суттєве підвищення рівня НДС суглобових відростків хребців L4-L5 і міжхребцевого диска L5-S1 при зростанні щільності волокон КПЗ. Це може пояснювати низку вторинних змін в біомеханічній системі «поперековий відділ хребта - крижі - крижово-клубової суглоб - таз», які притаманні СКПЗ. Таким чином, концепція лікування СКПЗ має передбачати відновлення (наскільки це можливо) природньої щільності її волокон для запобігання дегенеративно-дістрофічних змін суглобових відростків хребців L4-L5 і міжхребцевого диска L5-S1.

МОЖЛИВОСТІ АРТРОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПРИЧИН ХРОНІЧНОГО БОЛЮ У КОЛІННОМУ СУГЛОБІ

Голка Г.Г.¹, Ханик Т.Я.²

¹ Харківський національний медичний університет, Україна

² Кошунівська міська клінічна лікарня, Львів, Україна

Вступ. У більшості клінічних випадків при стандартному кліні-

ко-рентгенологічному обстеженні причина хронічного болю у колінних суглобах встановлюється достатньо легко. Однак у ряду випадків, особливо при ураженні навколо- та внутрішньосуглобових м'яких тканин, на ранніх стадіях артрозу колінного суглоба визначення джерела больових відчуттів представляє певні труднощі. Навіть використання неінвазивних методів дослідження – магнітно-резонансної томографії та сонографії не завжди дозволяє розв'язувати відповідні діагностичні задачі внаслідок значного відсотка хибнопозитивних та хибнонегативних результатів.

Мета – дослідити можливості артроскопічної діагностики причин хронічного болю у колінному суглобі.

Матеріали и методи – протоколи клініко-рентгенологічного та артроскопічного дослідження 20 хворих з хронічним болем у колінному суглобі у віці 19 -35 років.

Результати. Проведене комплексне клініко-рентгенологічне обстеження з наступною діагностичною артроскопією колінного суглоба дозволило встановити наступне. Найчастіші патологічні зміни виявлялися у суглобовому хрящі медіальної фасетки (30,0%) та верхівки (15,0%) надколінка. Пошкодження суглобового хряща проявлялися розм'якшенням, набряком або розпушенням поверхневого шару хряща. При натисканні гачком на поверхні останнього спостерігалася утворення ямки. На нашому матеріалі жодного разу не спостерігали утворення тріщин, ерозій хряща, що не досягають його глибоких шарів і субхондральної кістки, або дефектів хряща з оголенням субхондральної кістки.

У 20,0% випадків виявлено пошкодження медіальної підтримуючої зв'язки у вигляді свіжих підсіновіальних крововиливів та часткових розривів волокон зв'язки.

Також встановлено розриви медіального (15,0%) та латерального (5,0%) менисків, з яких 2 було горизонтальними, 1 – неповним поздовжнім та 1 – складним. Розриви менисків локалізувалися переважно у червоно-білій зоні.

У 2 хворих (10,0%) спостерігалася початкова стадія хвороби Кеніга. У 1 пацієнта (5,0%) остаточний діагноз не був встановлений.

Висновки. У пацієнтів з хронічним болем у колінних суглобах артроскопічна діагностика дозволяє вірогідно верифікувати патоморфологічні зміни внутрішньосуглобових тканин.