



ПРОБЛЕМИ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОСТЕОСИНТЕЗУ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО - ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

1 (1) – 2015

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Почесний редактор

Гайко Г.В.

Головний редактор

Калашніков А.В.

Відповідальний секретар

Майко В.М.

Редакційна колегія

Аршулік М.А.	Левицький А.Ф.
Бур'янов О.А.	Литовченко В.О.
Гайко О.Г.	Лябах А.П.
Гайович В.І.	Малик В.Д.
Герасименко С.І.	Луцишин В.Г.
Герцен Г.І.	Павлішен Ю.І.
Грицай М.П.	Піонтковський В.К.
Гур'єв С.О.	Рой І.В.
Івченко Д.В.	Савка І.С.
Курілець І.П.	Семенович А.С.
Курінний І.М.	Ставінський Ю.О.
	Страфун С.С.

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 21176-10976Р
від 16.02.2015

Дизайн, верстка Непорожній О.А.
Друк – ТОВ «Видавництво Юстон»

Редакція залишає за собою право на редагування поданих матеріалів. Відповідальність за зміст реклами несе рекламодавець.



МАТЕРІАЛИ II - ГО З'ЇЗДУ УКРАЇНСЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА ОСТЕОСИНТЕЗУ

РАДИКАЛЬНА ТУНЕЛІЗАЦІЯ ЗОНИ ЛОКАЛЬНОГО ДЕФЕКТУ ХРЯЩА КОЛІННОГО СУГЛОБА

Березка М.І., Літовченко А.В.

Харківський національний медичний університет

Головною ідеєю доктрини тунелізації органів є ствердний постулат, що створення тунелю стимулює ангиогенез за типом пасивної імплантації стромальних клітин кісткового мозку для подальшої репаративної регенерації. В основі репаративних методик лікування хондромалаяції колінного суглоба лежить стимуляція кісткового мозку (marrow stimulation techniques). Підхрящова тунелізація спричинює утворення волокнистого хряща в зоні дефекту шляхом формування тонких каналів у підхрящовій пластинці, через які плюрипотентні стовбурові осередки кісткового мозку проникають у зону дефекту. Гіпотетично, перебіг репаративного хондрогенезу прямо залежить від кількісної міграції стовбурових стромальних клітин кісткового мозку мезенхімального походження в зону дефекту для створення відповідного клітинного пула, а тому глибока тунелізація дна хрящового дефекту, на нашу думку, є перспективною. Дані попереднього експериментального дослідження спонукали до застосування більш радикальної репаративної методики, а саме тунелізації дна хрящового дефекту до кістковомозкової порожнини.

На базі ортопедо-травматологічного відділення Харківської обласної клінічної лікарні за період 2008 – 2010 років було 20 пацієнтів з хондромалаяцією суглобового хряща колінного суглоба 3 – 4 ступеня за R. Outerbridge (1961), яким була виконана підхрящова тунелізація дна дефекту. Ці пацієнти склали I клінічну групу (групу порівняння). За період 2010 – 2013 років хворих з хондромалаяцією суглобового хряща 3 та 4 ступеня, яким була застосована нова хірургічна технологія – глибока тунелізація, було 21, останні склали II клінічну групу (основну групу). Хворі в обох групах були працездатного віку. Отже, тотожність патологічного процесу та вік свідчать про коректність порівняння результатів лікування. Для оцінки ортопедичного статусу та якості життя використовувались ВАШ – візуальна аналогова шкала, індекс Лекена та SF – 36 та модифікована шкала Цінцінатті. Відмінні та добрі результати в пацієнтів першої клінічної групи були наявні в 62%, а у хворих другої клінічної групи такі показники склали 88%.

Отже, репаративна методика хірургічного лікування локальних дефектів хряща колінного суглоба, що полягає в тунелізації дна ділянки хондромалаяції до кістковомозкової порожнини є перспективною.