

© Ролік О.В., Сморщок Ю.С., Ружицький О.М., Тугаров Ю.Р., Засаднюк І.А., Кіцак Я.М.

УДК 616. 711-018,3-002-08-035

## ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РОЗСІКАЮЧОГО ОСТЕОХОНДРИТУ У ФАЗІ ФРАГМЕНТАЦІЇ З ПОЗИЦІЙ МАЛОІНВАЗИВНОСТІ

*О.В.Ролік, Ю.С.Сморщок, О.М.Ружицький, Ю.Р.Тугаров, І.А.Засаднюк, Я.М.Кіцак*

*Кафедра ортопедії і травматології з курсом стоматології (зав. – д.м.н. О.В.Ролік) Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського*

Розсікаючий остеохондрит (РО) – часткова остеохондропатія суглобової поверхні виростка стегнової кістки або хвороба Кеніга – відноситься до захворювань суглобових поверхонь, в основі яких лежить асептичний некроз субхондральної кістки. Як правило, РО виявляється у молодих спортсменів. У дорослих захворювання може виникнути в будь-якому віці, але здебільшого до 50 років. РО належить 2% серед усіх патологій колінного суглоба, прогностично-функціональний стан суглоба несприятливий [1]. У дорослих після стихання клінічної симптоматики не відбувається повного відновлення дефекту кістки і хряща, навіть після хірургічного лікування можливий розвиток деформуючого остеоартрозу. Актуальність даної теми диктується необхідністю вчасної верифікації діагнозу за умов малоінвазивності та визначення перспектив подальшого лікування.

**Мета дослідження.** Визначити основні принципи та перспективні напрямки у діагностиці та лікуванні РО колінного суглоба у фазі фрагментації з позицій малоінвазивності.

**Матеріал і методи.** Клінічно та артроскопічно проведена оцінка стану колінного суглоба у 20 хворих на РО з використанням інформаційно-аналітичного та прогностичного методу дослідження. Анамнестично визначено, що захворювання не було пов'язане з травмуючим чинником, розвивалося поступово з наростаючою болючістю, з виникненням періодичних блоків у колінному суглобі.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Інструментально доведено, що функціональний блок розвивався при інтерпозиції вільного внутрішньосуглобового тіла (фрагмента хрящового або хрящово-губчатого субстрату) між виростками стегнової та великогомілкової кісток. Некроз розвивається частіше в медіаль-

ному виростку, оскільки саме тут на цю ділянку припадає найбільше статичне навантаження при ходьбі та фізичних навантаженнях. Величина вільного внутрішньосуглобового тіла коливалася в межах від горошини до п'ятикопійкової монети (рис. 1). Лікувальна тактика, спрямована на мануальне усунення функціонального блоку без визначення субстрату блокування, часто спричинює додаткове травмування спровокованого хряща виростків (рис. 2), що призводить до синдрому місцевого взаємобтяження перебігу захворювання і збільшує розміри хондрального дефекту. Тому діагноз РО має бути поетапно-спланованим та малоінвазивним.

Нами розроблено алгоритм обстеження колінного суглоба при РО. 1. Першим етапом доцільно визначити скарги хворого та детальний збір анамнезу розвитку захворювання. При розпитуванні доцільно з'ясувати відповіді на три запитання: коли? (фіксація моменту захворювання чи блоку), як? (обставини та симптоматична динаміка), що було після цього? (етапність та види медичної допомоги, які надавалися до моменту обстеження) [2]. 2. Огляд, пальпація, вивчення функції (рухливості) хворого суглоба. Визначення виду нестабільності, блокування, випоту у суглобі, м'язової атрофії тощо. 3. Рентгенографія колінного суглоба. У більшості випадків ділянки некротизованої кістки добре візуалізуються. На рентгенограмі виявляються ніша у медіальному виростку стегнової кістки і ледь помітне внутрішньосуглобове тіло. Проте не завжди цей метод дослідження дозволяє визначити субстрат блокування. При підозрі на РО доцільно проводити рентгенографію контрлатерального колінного суглоба, ос-



Рис. 1. Видалення вільного внутрішньосуглобового тіла при функціональному блоці колінного суглоба.

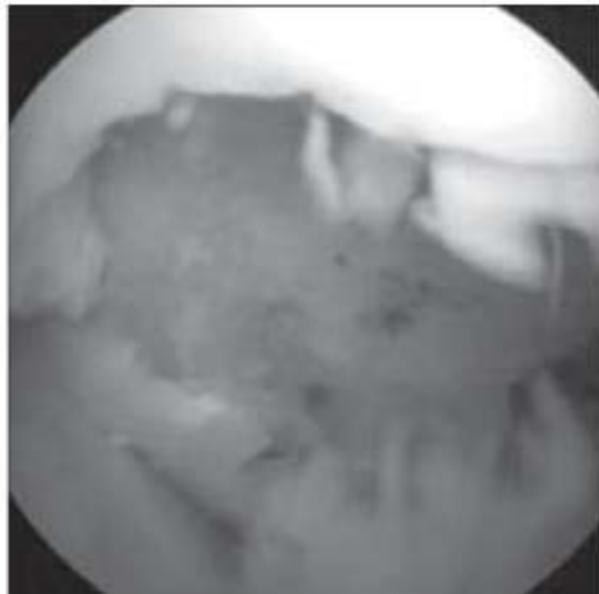


Рис. 2. Хрящовий дефект IV ст. після спроби травматичного усунення функціонального блоку.

кільки не завжди "імітний" суглоб є інтактним. 4. Ультразвукова діагностика дозволяє одержати чіткі зображення поверхневих м'яких тканин – сухожилків, зв'язок та імплантатів. Глибші м'які тканини, хрящі і навіть кісточки також піддаються візуалізації, в тому числі внутрішньосуглобові вільні тіла. 5. Магнітно-резонансна томографія дозволяє дослідити патологічні зміни м'яких тканин та кісткових структур. 6. Радіоізотопне сканування кісток дозволяє діагностувати РО на ранніх стадіях і визначити стан субхондральної кістки, активність процесу дегенерації. 7. Артроскопія дозволяє не тільки видалити вільне суглобове тіло, дебрідмент дефекту, але й визначити джерело вільного тіла, стан та ступінь хондрального дефекту, оцінити ступінь дегенерації суглобових поверхонь, а при потребі підготувати зону дефекту до хондропластики.

Артроскопічні методики у лікуванні РО посідають перше місце. Артроскопія є діагностично-лікувальною малоінвазивною методикою, яка дозволяє проводити контроль елементів синовіального середовища. У післяопераційному періоді вважаємо доцільним застосування хондропротекторів: інтраартикулярне введення синтетичних замінників синовіальної рідини (гіалган, синвіск, ортовіск), пероральний прийом таблетованих форм терафлексу, артрону з метою стабілізації стану синовіального середовища і запобігання подальшій деструкції спровокованого суглобового гіалінового хряща. У програму

консервативного лікування доцільно включити курс остеотропної терапії (остеогенон, міакальцик з препаратами кальцію), а також судинної та обмінної терапії (вазоніт, вазопростан) з метою нормалізації і відновлення структури та функції субхондральної кістки як одного з основних джерел живлення хряща. Тривалість консервативної терапії в післяопераційному періоді при РО становить від 10 до 18 місяців. Протягом цього періоду повністю виключаються фізичні навантаження хворої кінцівки. Протягом двох місяців ходити необхідно за допомогою милиць.

**Висновки.** 1. При розсікаючому остеохондриті з функціональним блоком колінного суглоба доцільно застосувати діагностично-лікувальну артроскопію, яка дозволяє отримати об'єктивні дані про патологічні зміни всередині суглоба та видалити вільне хрящове тіло з наступним дебрідментом зони хрящового дефекту як основи для подальшої хондропластики. 2. Без превентивного з'ясування причини мануальне його усунення неприпустиме.

**Перспективи наукового пошуку.** При розсікаючому остеохондриті перспективним вважаємо поєднане застосування артроскопічних методик діагностики та оперативного малоінвазивного лікування з наступним комплексом хондропластики та імплантації хондроцинарного матриксу у поєднанні з патогенетично обґрунтованою структурно-модифікуючою та судинною терапією.



### Література

1. Шапошникова Ю.Г. Травматология и ортопедия. – М.: Медицина, – 1997. – С. 496-497. 2. Ночевкин В.А., Набоков А.Ю. Обследование коленного сустава. – Донецк, 2002. – 82 с.

#### ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ РОЗСІКАЮЧОГО ОСТЕОХОНДРИТУ У ФАЗІ ФРАГМЕНТАЦІЇ З ПОЗИЦІЙ МАЛОІНВАЗИВНОСТІ

О.В.Ролік, Ю.С.Сморщок, О.М.Ружицький, Ю.Р.Тугаров, І.А.Засаднюк, Я.М.Кіцак

**Резюме.** При розсікаючому остеохондриті з наявністю функціонального блоку колінного суглоба обов'язкове проведення діагностично-лікувальної артроскопії. Травматичне мануальне усунення блоку без превентивного з'ясування його причини неприпустиме.

**Ключові слова:** розсікаючий остеохондрит, функціональний блок колінного суглоба, діагностично-лікувальна артроскопія.

#### BASIC TRENDS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OSTEOCHONDRITIS DISSECANS AT THE STAGE OF FRAGMENTATION IN TERMS OF MINIINVASIVENESS

O.V.Rolyk, Yu.S.Smorshchok, O.M.Ruzhytskyi, Yu.R.Tuharov, I.A.Zasadnjuk, Ya.M.Kitsak

**Abstract.** Performing diagnostic-medicinal arthroscopy is mandatory in case of osteochondritis dissecans with the presence of the functional block of the knee joint. Traumatic manual elimination of the block without preventive establishment of its cause is inadmissible.

**Key words:** osteochondritis dissecans, functional block of the knee joint, diagnostic-medical arthroscopy.

I.Ya.Horbachevs'kyi State Medical University (Ternopil')

Надійшла в редакцію 08.06.2005 р.

© Розгонюк В.Л., Піонтковський В.К., Павлішен Ю.І.

УДК 616.718.4-001-089.84

### ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ В ЛІКУВАННІ ДІАФІЗАРНИХ ПЕРЕЛОМІВ ВЕЛИКИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК

В.Л.Розгонюк, В.К.Піонтковський, Ю.І.Павлішен

Хмельницька міська лікарня

Сучасний остеосинтез повинен відповідати вимогам "біологічного остеосинтезу" [1, 2], суть якого полягає в дотриманні таких принципів: а) можливість закритої репозиції за допомогою дистракторів; б) максимальне збереження кровопостачання кісткових відламків; в) застосування імплантів, які при мінімальному контакті з відламками забезпечують стабільність, достатню для ранньої мобілізації та розробки рухів у суміжних суглобах; г) відмова від точної репозиції кісткових відламків, якщо це призведе до порушення їх кровопостачання. Найбільше від-

повідає сучасним вимогам блокуючий інтрамедулярний остеосинтез (БІОС).

**Мета дослідження.** Проаналізувати результати оперативного лікування діафізарних переломів великих трубчастих кісток за допомогою закритого БІОС.

**Матеріал і методи.** Для остеосинтезу стегнової та плечової кісток використовували блокуючий інтрамедулярні фіксатори фірми "Сht" (Польща), для остеосинтезу великогомілкової кістки – як зарубіжні фіксатори так і компресійні металополімерні фіксатори вітчизняного виробництва [3]. Окрім за-