

МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ В МЕНІСКАХ ПРИ СИНДРОМІ САГІТАЛЬНОЇ ДЕВІАЦІЇ ВИРОСТКІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Шимон В.М., Пушкаш І.І., Дедух Н.В.

*ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, Ужгород
ДУ “Інститут патології хребта та суглобів ім. М.І. Ситенка НАМН”, Харків*

Вступ. Частота ушкоджень колінного суглоба серед усіх травм нижньої кінцівки коливається від 6,9 до 75% випадків, а на частку диспластичних пошкоджень менісків, за даними різних авторів, припадає від 32% до 85% випадків (Соколова І.В., 2000; Сергєєв С.В. з співавт., 2001; Карусінов П.С., 2001). У чоловіків меніски пошкоджуються частіше, ніж у жінок – від 66% до 77,4%, у жінок – від 22,6 до 34% (Рибалко Д.Ю., 2007).

Меніски – важлива функціональна ланка в системі капсулярно-зв’язкового апарату колінного суглоба. Вони забезпечують стабілізацію суглоба під час флексії – екстензії, передачу й розподіл навантаження зі стегнової кістки на тибіальне плато. Розриви меніска колінного суглоба виникають внаслідок непрямої або комбінованої травми, крім того, патологічний стан у меніска може сформуватися на тлі дегенеративних змін, при дисплазії, мікротравмах, хронічних інтоксикаціях та інших факторів, що призводять до розривів.

Частота диспластичних змін за даними авторів у колінному суглобі складає 10–45% [1, 2, 3, 5, 7]. Фронтальні деформації є фактором розвитку диспластичних змін у колінному суглобі [4, 6].

Мета дослідження. Визначення морфологічних змін менісків у хворих зі зміною кута сагітальної девіації виростків стегнової кістки.

Матеріали та методи. Проведено аналіз 80 хворих із диспластичними змінами в колінному

суглобі, де нами було проведено морфологічне обстеження менісків хворих зі зміною кута девіації виростків стегнової кістки.

У роботі використані гістологічні методи з оцінкою клітинного складу й міжклітинної речовини меніска, а також гістохімічні методи для оцінки колагену й глікозаміногліканів. Для гістологічних досліджень використовували меніски колінного суглоба, видалені після хірургічного лікування 80 пацієнтів із синдромом сагітальної девіації. Для аналізу були використані медіальні меніски, які найбільш часто ушкоджуються. Матеріал фіксували в 10% розчині нейтрального формаліну, зневоднювали в спиртах зростаючої міцності й укладали в целлоїдин. Зрізи виконані на мікротомі Reichert товщиною 7–8 мкм, їх фарбували гематоксиліном і еозином, а також пікрофуксином за Ван-Гізеном для світлової мікроскопії (Саркісов Д.С., Перова Ю.Л., 1996).

Опис визначення кута девіації: кут девіації суглобових виростків (α) стегнової кістки, що формується прямою перпендикулярною діафіза стегнової кістки А-В та прямою С-Д, що проходить через дві фіксовані точки: центр кривизни R задньої артикулюючої з великогомілковою кісткою частини виростка та через вершину суглобового хряща (рис. 1).

Результати дослідження. Хворі були розподілені нами наступним чином: перша група з відхиленням кута α у межах 82–110° – 20 хворих, друга група – з відхиленням кута α у межах 110° – 25 хворих, третя група хворих – з відхиленням

Таблиця. Результати проведеного лікування

Показник	До ЛПФ	Після курсів ЛПФ	Норма
НЬ	108 г/л	116 г/л	120,0–140,0 г/л
ШОЕ	36 мм/год	15 мм/год	2–15 мм/год
Тимолова проба	11,5 од/SH	7 од/SH	0–4 од/SH
СРБ	++++	+++	негативні
Ревмофактор	++++	+++	негативні
Сиалові к-ти	260 у.о.	245 у.о.	135–200 у.о.
IgE	124,1	112,3	до 100,0
IgG	20,73	18,92	7,00–16,00
ЦІК сер	95,0	91,3	60,0–90,0
ЦІК вел.	165,0	161,4	130,–160,0

кута α у межах $110\text{--}125^\circ$ – 20 хворих, з відхиленням кута α понад 125° – 15 хворих. Хворі були поділені за типом змін у менісках: пошкодження за типом “ручка лійки”; паракапсулярні пошкодження; радіальні пошкодження; дегенеративні пошкодження менісків.

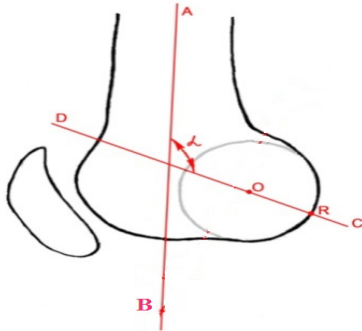


Рис. 1. Загальна схема сагітальної деформації дистальних відділів стегнової кістки.

Висновок. При морфологічному обстеженні хворих із синдромом сагітальної девіації було виявлено диспластичні зміни в менісках у хворих з відхиленнями від норми кута сагітальної девіації, що підтверджено даними морфометрії.

Ключові слова: колінний суглоб, морфологічні зміни менісків, дисплазія, синдром сагітальної девіації.

Література

1. Диагностика диспластических синдромов коленного сустава: тез. Докл. IX съезда травматологов-ортопедов России / Саратов, 2010. – С. 500–501.
2. Зазірний І.М., Терновий М.К. Хірургічне лікування остеоартрозу колінного суглоба: Монографія / Київ: Навчальна книга, 2005. – 192 с.
3. Кризь-Пугач А.П., Кінча-Поліщук Т.А., Гук Ю.М. Наш досвід лікування дисплазій колінного суглоба у дітей // Ортопед. Травматол. – 2007. – №3. – С. 95–97.
4. Корж Н.А., Филиппенко В.А., Дедух Н.В. Остеоартроз – подходы к лечению // Вісник ортопед., травматол. та протез. – 2004. – №3. – С. 75–78.
5. Особенности клинического течения диспластического гонартроза у лиц молодого возраста: мат. IV Націон. Конгресу ревматол. України. / Полтава, 2005. – 58 с.
6. Корж Н.А., Головаха М.Л., Гавриленко Б.С. и др. Прогноз прогрессирования остеоартроза коленного сустава // Ортопед. Травматол. – 2010. – №2. – С. 28–34.
7. Карусинов П.С. Опыт применения магнитно-резонансной томографии в диагностике поврежденных и заболеваний крупных суставов // Воен.-мед. журнал. – 2001. – №11. – С. 63–64.
8. Рыбалко Д.Ю. Строение менисков коленного сустава человека и их фиксирующего аппарата в зрелом, пожилом и старческом возрастах. Автореф. дис... кан. мед. наук, 2007, Уфа.