

## ХІРУРГІЯ

Грубар Ю.О., Смрщок Ю.С.

## ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РОЗСІКАЮЧОГО ОСТЕОХОНДРИТУ В КОНТЕКСТІ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННОГО СУГЛОБА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РОЗСІКАЮЧОГО ОСТЕОХОНДРИТУ В КОНТЕКСТІ ПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ ОСТЕОАРТРОЗУ КОЛІННОГО СУГЛОБА – Наведено результати діагностики та лікування 38 хворих з розсікаючим остеохондритом колінного суглоба. У більшості пацієнтів – 31 (81,57 %) – оперативні втручання проведені в III-IV стадії захворювання, у 7 (18,43 %) – в II стадії. Термін спостереження за хворими від 2 до 5 років. Відмінні результати лікування отримано у 13,40 %, добрі – у 63,30 %, задовільні – у 23,30 % пацієнтів.

ДІАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РАССЕКАЮЩЕГО ОСТЕОХОНДРИТА В КОНТЕКСТЕ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА – Приведены результаты диагностики и лечения 38 больных расщепляющим остеохондритом коленного сустава. У большинства пациентов – 31 (81,57 %) оперативные вмешательства проведены в III-IV стадии заболевания, у 7 (18,43 %) во II стадии. Время наблюдения за больными от 2 до 5 лет. Отличные результаты лечения получено у 13,40 % пациентов, хорошие – у 63,30 %, удовлетворительные – у 23,30 % больных.

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OSTEOCHONDRITIS DISSECAN IN CONTEXT OF PROPHYLAXIS OSTEOARTHRITIS OF A KNEE JOINT DEVELOPMENT – The results of diagnostics and treatment of 38 patients with osteochondritis dissecans of knee joint are adduced. Operative interventions at the largest part of the patients – 31 (81,57 %) were performed on the III-IV stage of disease, at 7 (18,43 %) patients – on the II stage. Time of observation after the patients was from 2 to 5 years. Excellent results of treatment were in 13,40 % patients, good – in 63,30 %, satisfactory results – in 23,30 % patients.

**Ключові слова:** розсікаючий остеохондрит, артроскопія.

**Ключевые слова:** расщепляющий остеохондрит, артроскопия.

**Key words:** osteochondritis dissecans, arthroscopy.

**ВСТУП** Розсікаючий остеохондрит колінного суглоба або хвороба Кеніга – це захворювання, що характеризується обмеженим субхондральним некрозом суглобово поверхні кістки з формуванням кістково-хрящового фрагмента та його подальшою міграцією в порожнину суглоба. В 1887 році німецький хірург Кеніг запропонував термін «розсікаючого остеохондриту» та висунув травматичну теорію даного захворювання [4]. Сьогодні хвороба Кеніга вважається мультифакторним захворюванням [6, 7].

Частота випадків дано патології становить від 15 до 30 випадків на 100 000 жителів. Середній вік пацієнтів від 10 до 25 років. Особи чоловічої статі хворіють в три-чотири рази частіше ніж жінки. У 85 % випадків діагностується ураження медіального, в 15 % випадків – латерального, а в 20-30 % – ушкоджуються обидва стегново кістки [4, 5, 7].

Для клінічної картини захворювання є характерною відсутність достовірних клінічних проявів, що утруднює своєчасну діагностику. Пізня діагностика, розвиток суглобових ускладнень (синовіт, контрактура, блоки суглоба) призводить до розвитку остеоартрозу колінного суглоба [1, 2, 3].

Мета роботи – сформувати послідовність діагностично-лікувальних заходів, спрямованих на підвищення ефективності процесу діагностики та лікування розсікаючого остеохондриту (хвороби Кеніга) колінного суглоба.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Нами проведено операційну артроскопію 38 пацієнтам з розсікаючим остеохондритом на різних стадіях захворювання. Чоловіків було – 29 (76,32 %), жінок – 9 (23,68 %), середній вік хворих становив 23,5 року. Клінічний перебіг захворювання, результати обстежень та оперативних втручань, період реабілі-

тації вивчався шляхом безпосереднього спостереження за пацієнтами.

Після госпіталізації хворих у стаціонар вивчали анамнез захворювання. Проводили порівняльний огляд колінних суглобів, при цьому звертали увагу на атрофію м'язів стегна, наявність реактивного синовіту, обсяг рухів у суглобі. З додаткових методів дослідження усім хворим проводили рентгенографію та сонографію суглоба. Рентгенологічне обстеження виконували в стандартних положеннях. При УЗД-дослідженні колінного суглоба звертали увагу на товщину капсули, стан синовіальної оболонки, гіперплазію синовіальних ворсинок, стан хряща, наявність вільних ехогенних тіл. У 8 хворих проведено ЯМРТ-дослідження колінного суглоба.

Для артроскопії використовували обладнання фірми «Karl Storz» (ФРН). Вона проводилася в рідкому середовищі за стандартною схемою через передньо-латеральний і передньо-медіальний доступи.

Артроскопія була одночасно діагностичним та лікувальним заходом, залежно від стадії захворювання були застосовані різноманітні підходи. При візуалізації ушкодження хряща II ст. виконували остеохондроперфорацію дано ділянки спицею. При III ст. хвороби керувалися станом хряща. При набряку і розволонненні хряща без зон відриву з субхондральною кісткою ділянку поверхнево обробляли рашпелем або кюреткою та виконували остеохондроперфорацію. При частковому відриві хряща з прилеглою субхондральною ділянкою кістки виконували обробку дано ділянки шейвером та остеоперфорацію спицею або остеотомом (рис. 1, 2). При IV ст. проводили видалення вільних кістково-хрящових фрагментів з порожнини суглоба (рис. 3, 4), обробку ділянки кістково-хрящового дефекту шейвером, мікрофрактурування зони дефекту остеотомом. Після завершення артроскопічного втручання для видалення вільних дрібних постстрезекційних кістково-хрящових фрагментів обов'язково проводили лаваж колінного суглоба 1,5 – 2 літрами фізіологічного розчину.

Післяопераційний період нами умовно був розділений на ранній та пізній. У ранньому післяопераційному періоді проводилася іммобілізація суглоба ортезом терміном на 3-5 днів з метою боротьби з больовим синдромом та реактивним синовітом. При необхідності виконували пункцію суглоба. Призначали протизапальні нестероїдні препарати (Моваліс по 1,5 мл внутрішньом'язово 1 раз на добу, Наклофен-дуо 75 мг 1 раз на добу). Профілактично призначали антибіотики (Лораксон 1г внутрішньом'язово 2 рази на добу). З 3-4 доби після операції призначали електро-міостимуляцію чотирьохголового м'яза стегна, магнітно-лазерну терапію на ділянку суглоба, ЛФК, масаж м'язів стегна та гомілки. З метою попередження подальшої деструкції суглобового хряща пацієнтам призначали хондропротектори («Дона» 3 мл внутрішньом'язово 2-3 рази на тиждень (до 3 тижнів), надалі 1500 мг перорально до 2-3 місяців, гіалган інтраартикулярно 20 мг 1 раз в 5-7 днів № 5. У задовільному стані хворих виписували на амбулаторне лікування та спостереження ортопеда за місцем проживання.

Через 5-6 місяців після втручання (пізній післяопераційний період) хворі оглядалися повторно. Визначалася ди-



Рис. 1. Обробка дна кістково-хрящового дефекту шейвером.



Рис. 2. Мікрофрактурування зони кістково-хрящового дефекту.



Рис. 3. Вільне хондроматозне тіло в порожнині суглоба.



Рис. 4. Видалення вільного хондроматозного тіла інструментом.

наміка лікувального процесу, в разі необхідності проводилася його корекція. Повторно виконували УЗД суглоба. Призначали курс фізіотерапії, масажу, ЛФК, внутрішньосуглобово вводили гіалган. Рекомендували хворим бальнеологічне лікування.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ** Аналізуючи ефективність допоміжних методів дослідження шляхом порівняння результатів дослідження та артроскопії нами встановлено, що рентгенографія дозволяє точно встановити діагноз лише на III-IV стадії захворювання. Ультразвукове дослідження при розсікаючому остеохондриті показало свою ефективність у 84,21 % випадків (32 хворих). Дані ЯМРТ були достовірними у 87,50 % (7 хворих).

Проводячи аналіз артроскопічних втручань при розсікаючому остеохондриті, нами встановлено, що у більшості пацієнтів – 31 (81,57 %) оперативні втручання проведені в III-IV стадії захворювання, у 7 (18,43 %) – у II стадії.

У 7 пацієнтів з II ст. захворювання було виконано остеохондроперфорацію ділянки зміненого хряща спицею Кіршнера. У 12 (31,53 %) пацієнтів при III стадії захворювання при фіксованому хрящі (5 хворих) його поверхню обробляли рашпілем або кюреткою та виконували остеохондроперфорацію спицею. При частковому відриві хряща з прилеглою субхондральною ділянкою кістки (7 хворих) обробляли дану ділянку шейвером та виконували остеохондроперфорацію спицею або тонким шилом. У 19 (50 %) пацієнтів з IV стадією захворювання проводили видалення вільних кістково-хрящових фрагментів з порожнини суглоба, шейверообразію ділянки кістково-хрящового дефекту та мікрофрактурування зони дефекту остеотомом.

Термін спостереження за хворими від 2 до 5 років. Результати ефективності лікування наведено на рисунку 5.

**ВИСНОВКИ** 1. У хворих з підозрою на розсікаючий остеохондрит (хворобу Кеніга) рекомендуємо в діагностично-лікувальні заходи включати, окрім клініко-рентгенологічного обстеження, обов'язкове УЗД-дослідження, ЯМРТ та артроскопію.

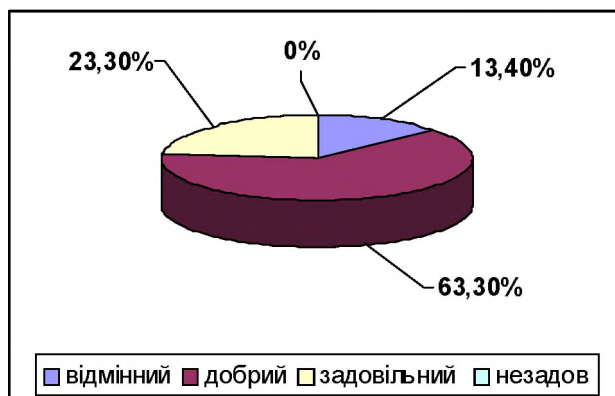


Рис. 5. Результати ефективності лікування розсікаючого остеохондриту колінного суглоба.

2. Діагностично-лікувальна артроскопія дозволяє провести найбільш достовірну верифікацію діагнозу та провести оптимальну санацію ураженої ділянки хряща залежно від стадії захворювання.

3. При розсікаючому остеохондриті тільки рання діагностика та адекватне лікування дозволяє максимально зберегти структуру хрящової тканини. Для профілактики розвитку раннього ОА в післяопераційному періоді вважаємо необхідним проведення комплексного відновного лікування.

**Література**

1. Зазірний І.М., Терновий М.К. Хірургічне лікування остеоартрозу колінного суглоба. – К.: Навчальна книга, 2005. – 192 с.
2. Левенець В.Н., Пляцко І. І. Артроскопія. – К.: Наукова думка, 1991. – 232 с.
3. Aichroth P.A. Osteochondritis dissecans of the knee. A clinical survey // J. Bone Joint Surg. – 1971. – Vol. 53. – P. 440-447.

4. Clanton T.O., DeLee J.C. Osteochondritis dissecans: history, pathophysiology and current treatment concepts // Clin. Orthop. – 1982. – Vol. 167. – P. 50-64.  
 5. De Smet A.A., Ilahi O.A., Graf B.K. Reassessment of the MR criteria for stability of osteochondritis dissecans in the knee and ankle // Skeletal Radiol.

– 1996. – Vol. 25. – P. 159-163.  
 6. Jacobs B. Knee Osteochondritis Dissecans // J. Bone Joint Surg. – 1992. – Vol. 66. – P. 1242-1245.  
 7. Obedian R.S., Grelsamer R.P. Osteochondritis dissecans of the distal femur and patella // Clin. Sports Med. – 1997. – Vol. 16. – P. 157-174.

Лучанко П.І.<sup>1</sup>, Гриза П.В.<sup>2</sup>

## СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ДОНОРСЬКИХ КАДРІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ

Тернопільська обласна комунальна станція переливання крові<sup>1</sup>, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького<sup>2</sup>

**СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИЙ ПОРТРЕТ ДОНОРСЬКИХ КАДРІВ ТЕРНОПІЛЬЩИНИ** – Проведений аналіз розвитку донорства крові Тернопільщини за період 2003-2007 рр. Визначений соціально-демографічний портрет та розподіл донорів за груповими системами крові АВО і Резус. Дана оцінка донороспроможності різних соціальних і вікових категорій населення, встановлені причини спаду донорства та намічені заходи, які б позитивно вплинули на розвиток донорства в області.

**СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ДОНОРСКИХ КАДРОВ ТЕРНОПОЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ** – Проведен анализ развития донорства Тернопольской области в период 2003-2007 гг. Определен социально-демографический портрет и распределение доноров по групповым системам АВО и Резус. Дана оценка возможности участия в донорстве различных социальных и возрастных категорий населения, определены причины падения донорства и начерчены мероприятия, которые бы позитивно повлияли на развитие донорства в области.

**SOCIAL-DEMOGRAPHIC PORTRAIT OF DONATING INDIVIDUALS OF TERNOPIIL REGION** – The analysis of development of donorship of Ternopil region during the period of 2003-2007 was conducted. Social-demographic portrait and distributing of donorship by the group blood systems ABO and Rhesus was defined. Estimation of donor ability of different social and age categories of population the reasons of falling of donorship were certain and measures which positively would affect development of donorship in a region were drawn.

**Ключові слова:** донорство, соціально-демографічний портрет донорів крові.

**Ключевые слова:** донорство, социальное-демографический портрет доноров крови.

**Key words:** donorship, social-demographic portrait of donors of blood.

**ВСТУП** В усьому світі з кожним роком зростає потреба в компонентах та препаратах крові, яка пов'язана із збільшенням кількості складних оперативних втручань на життєво важливих органах, ростом числа дорожньо-транспортних та техногенних катастроф, військових конфліктів, природних катаклізмів.

Основним завданням служби крові є забезпеченість лікувальних закладів високоякісними компонентами та біопрепаратами донорської крові та забезпечення інфекційно безпеки етапів донор-персонал-реципієнт. Сьогодні в службі крові виник ряд невідкладних правових, організаційних, виробничих та наукових проблем, які потребують якомога швидшого вирішення.

За останні два десятиріччя в лікувальних закладах України зросли масштаби застосування компонентів та препаратів крові при різних захворюваннях і патологічних станах, набула промислового характеру виробнича трансфузіологія [1].

Основним і єдиним джерелом крові та компонентів є донори. Сьогодні донорство в Україні стало серйозною соціальною проблемою, яка торкнулась різних сторін життєдіяльності суспільства і знаходиться в прямій залежності від економічного стану та суспільно моралі. Організація донорства, в зв'язку з масовістю і складністю, вийшла далеко за рамки можливостей закладів служби крові, лікувальних закладів. Усі ці фактори визначили мету нашого дослідження.

Мета дослідження – визначити соціально-демографічний портрет донорських кадрів Тернопільщини за останні 5 років, встановити причини спаду донорства та накреслити заходи, які б позитивно вплинули на розвиток донорства в області та розподіл донорів за системами АВО і Резус.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** Об'єктом дослідження є діяльність Тернопільської обласної комунальної станції переливання крові (ТОКСПК) з розвитку донорства за період 2003-2007 рр. Проаналізовано 5 річних звітів роботи ТОКСПК та 1000 карт донорів на предмет встановлення груп крові за системами АВО і Резус, віку, статі, соціального статусу. Формування дослідження здійснювалось на принципах адекватності об'єкта та предмету дослідження. У процесі дослідження були використані методи соціологічного, медико-статистичного, структурно-логічного аналізу.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ** Донор є основною ланкою в службі крові і розвиток, в першу чергу, залежить від активності населення та його готовності брати участь у донорстві, яке на Тернопільщині за останнє десятиріччя переживає не найкращі часи. Основними негативними факторами, які вплинули на розвиток донорства Тернопільщини, необхідно відзначити несприятливу демографічну ситуацію, високий рівень міграції донороздатного населення за межі області, зниження життєвого рівня людей, ріст поширеності гемотрансмісивних інфекцій, відсутність пропаганди донорства у засобах масової інформації, пасивна участь місцевих органів самоврядування в організації донорського руху, незадовільне фінансове та матеріально-технічне забезпечення закладів служби крові.

Слід відмітити, що за останні роки змінилась структура донорських кадрів (табл. 1). У 2007 р. зменшилась, порівнянні з 2003 р., кількість активних (платних) донорів на 26,7 %, захворюваність серед яких значно менша, ніж серед безоплатних, донорів резерву на 9,2 %. Основною групою донорів стали донори-родичі, кількість яких становить 99,5-99,9% від загальної кількості. Зменшилась кількість донорів плазми у 2007 р. порівняно з 2004 р. на 38,9 %. Кількість імунних донорів у 2007 р. становила 15 осіб, що дорівнює 0,1 % від усієї кількості донорів.

Вікова характеристика донорів Тернопільщини за останні 5 років представлена в таблиці 2.

Як видно з таблиці 2, найбільша кількість донорів припадає на вікову категорію 21-30 р., найменша на вікову категорію – старше 50 років.

Соціальна структура донорських кадрів (табл. 3) Тернопільщини показала, що найбільшу участь в донорстві крові, компонентів беруть донори, соціальний статус яких належить до робітників промислових підприємств та працівників сільського господарства 48,4 %, найменша участь в донорстві відмічена серед студентсько та учнівсько молоді 14,2 %.

За даними Ради Європи, для самозабезпечення лікувальних закладів донорською кров'ю, компонентами і