



## **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.