

УДК: 616.728.2-007.24 (005)
© Калашніков О.В., 2011

РОБОЧА СИСТЕМАТИЗАЦІЯ СТАНУ ХВОРОГО З ДЕФОРМУЮЧИМ ОСТЕОАРТРОЗОМ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

Калашніков О.В.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії АМН України», м. Київ

Вступ. Деформуючий артроз кульшового суглоба - коксартроз (КС) є найбільш поширеним дегенеративно-дистрофічним захворюванням опорно-рухової системи. Аналіз статистичних даних о розповсюдженості КС показує, що в різних регіонах світу його частота коливається від 7% до 25% дорослого населення. КС в 60% випадків призводить до зниження працездатності та в 11,5% — до інвалідності [1,2,3].

Усе це свідчить про високу медичну та соціальну значимість КС, який не тільки значно погіршує якість життя хворого, але й призводить до великих соціально-економічних витрат суспільства [4].

КС — велика міждисциплінарна проблема, якою займаються як спеціалісти ревматологи так і ортопеди-травматологи. Все це знайшло своє відображення в відомих класифікаціях як зарубіжних так і вітчизняних авторів. Недоліки найбільш відомих класифікацій КС представлено нижче:

Класифікація КС, згідно міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, десятого перегляду [5] виділяє первинний (ідеопатичний) та вторинний КС, виділяється за розповсюдженістю (однобічний, двобічний) та за етіологією диспластичний та післятравматичний КС. В даній класифікації не визначається стадія розвитку КС, стан кісткової і сполучної тканини та швидкість перебігу патологічного процесу. Це утруднює вибір методу лікування, прогнозування та його подальшу профілактику.

Відома класифікація КС Американської асоціації ревматологів (ACR) [6]. Автори виділяють первинний (ідеопатичний) та вторинний КС. В свою чергу первинний коксартроз ділять на локалізований та генералізований (три або більше груп суглобів). В залежності від локалізації патологічного процесу виділяють ексцентричний (верхній), концентричний (аксіальний, медіальний) та дифузний (сохае senilis). Серед вторинних КС виділяють післятравматичний (гострий; пов'язаний з деякими професіями, видами спорту), пов'язаний з вродженими хворобами та патологію розвитку (**локалізовані**: хвороби кульшового суглоба (хвороба Легга-Калве-Пертеса, вроджена дисплазія кульшового суглоба и т.і.), локальні та механічні фактори (вкорочення нижньої кінцівки, вальгусна чи варусна деформація, гіпермобільний синдром і т.і.); **генералізовані**: кісткові дисплазії, метаболічні хвороби (гемохроматоз, охроноз (алкаптонурия), хвороба Вільсона-Коновалова і т.і.)), хвороби відкладення солей кальцію (кристалів пірофосфату кальцію, кристалів гідроксиапатиту кальцію), інші захворювання кісток та суглобів (**локалізовані**: переломи, аваскулярний некроз, інфекції і т.і., **дифузні**: ревматоїдний артрит, хвороба Педжета), інші (хвороби ендокринної системи: цукровий діабет, ожиріння, гіпотиреозидизм; відмороження, кесонна хвороба і т.і.).

На нашу думку дана класифікація занадто перервантажена даними і більш прийнятна в використанні в терапевтичній практиці. Крім того в неї не включений перебіг патологічного процесу а визна-

чення локалізації не пов'язане з можливістю кісткоутворення, що утруднює визначення методу оперативного втручання.

Робоча класифікація остеоартроза, запропонована Асоціацією ревматологів України (2000 р.) [7]:

Патогенетичні варіанти

I. Ідеопатичний (первинний)

II. Вторинний

Клінічні форми

1. Моноостеоартроз (ураження одного суглоба)

2. Олігоостеоартроз (ураження двох або більше, але не більше двох груп суглобів)

3. Поліостеоартроз (ураження трьох груп суглобів і більше)

Локалізації

1. Колінного суглоба:

2. Кульшового суглоба:

а) ексцентричний (верхній)

б) концентричний (аксіальний, медіальний)

в) дифузний (сохае senilis)

3. Кісті

4. Хребта

5. Стопи

6. Інших локалізацій

Синовіт

1. З синовітом

2. Без синовіта

Рентгенологічна стадія (за Kellgren J.H. та Lawrence J.S.)

I, II, III, IV

Функціональна придатність хворого

1. Працездатність тимчасово обмежена (Функціональна недостатність (ФН-1))

2. Працездатність втрачена (ФН-2)

3. Потребує стороннього догляду (ФН-3)

В даній класифікації відсутні дані відносно стану кісткової та сполучної тканини, перебігу патологічного процесу, що викликає труднощі в визначенні показів оперативного або консервативного лікування, прогнозування та профілактики даної патології.

Велика кількість класифікацій, відсутність їх уніфікації, та показів до сучасних методів оперативного та консервативного лікування хворих спонукало нас до створення робочої систематизації стану хворого на КС.

Мета роботи — розробити робочу систематизацію стану хворого з деформуючим остеоартрозом кульшового суглоба

Матеріали та методики. Основою розробки систематизації стану хворого на КС було поєднання відомих класифікацій та власні клініко-рентгенологічні та інструментальні дослідження 100 хворих на КС різної етіології. У хворих ретельно збирався анамнез, проводилось клінічне обстеження хворих з визначенням етіологічних чинників, ознак дисплазії сполучної тканини. Хворим визначали стадію коксартрозу (за Kellgren-Laurens) [8]. На рентгенограмах визначали тип кісткоутворення КС за класифікацією Bombelli R.[9] в модифікації Му-

хаметова Ф.Ф. [10]. Зважаючи на дані літератури [11,12] нами були виділені такі форми прогресування ідеопатичного КС: швидко прогресуюча (строк від початку до кінцевої стадії захворювання склав 5 років та менше), помірно прогресуюча (від 5 до 10 років) та повільно прогресуюча (більше 10 років).

Виконували іридобіомікроскопію за методикою Є.С. Вельховера [13], з визначенням щільності райдувної оболонки ока за В. Jensen [14].

Розробці систематизації сприяли дані отримані при виконанні вищевказаних досліджень. Доведена зворотна залежність між початком розгортання клінічної картини, прогресуванням патологічного процесу та ступенем щільності РО [15]. Для швидкої форми перебігу ідеопатичного коксартрозу характерно переважання атрофічного типу кісткоут-

ворення та велика кількість випадків кістковидної перебудови головки чи вертлюгової западини [16]. Доведена пряма залежність між швидкістю перебігу ідеопатичного коксартрозу та наявністю захворювань у найближчих родичів і великою кількістю поєднань супутніх хронічних захворювань (непрямі показники дисплазії сполучної тканини) [17]. Проведені дослідження та взаємозв'язок визначених діагностичних критеріїв доводять доцільність включення в класифікацію КС ступенів дисплазії СТ та щільності РО, типів кісткоутворення.

Результати та їх обговорення. Розроблена систематизація стану хворого з деформуючим остеоартрозом кульшового суглоба представлена в таблиці.

Назва критерію	Ознаки критерію			
	I	II	III	IV
Стадія коксартрозу (за Kellgren-Laurens)				
Етіологічні чинники	Післятравматичний	диспластичний	запальні ураження асептичні септичні	Ідеопатичний
Тип кісткоутворення (за Bombelli-Мухаметовим)	нормотрофічний	гіпертрофічний	атрофічний	
Тип прогресування	швидкопрогресуючий	помірнопрогресуючий	повільнопрогресуючий	
Ступінь дисплазії сполучної тканини (за Jensen-Вельховером)	ознаки відсутні (I- II)	Слабка (III)	Помірна (IV)	виражена (V- VI)

Висновок: Розроблена робоча систематизація стану хворого з деформуючим остеоартрозом кульшового суглоба сприятиме кращому розумінню особливостей розвитку та прогресування

цього складного патологічного процесу. Використання зазначеної систематизації дозволить більш детально визначити методи лікування та профілактики остеоартрозу кульшового суглоба.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Гайко Г.В. Остеоартроз – новий підхід до його профілактики. / Г.В. Гайко, А.Т. Бруско, Є. В. Лимар // Вісн. ортопед., травматол. та протезув. – 2005. – № 2. – С. 5–11.
2. Тихилов Р.М., Шаповалов В.М. Деформирующий артроз тазобедренного сустава (клиника, диагностика, хирургическое лечение) / Р.М. Тихилов, В.М. Шаповалов — СПб: Правда, 1999. – 112 с.
3. Elders M.J. Age is the most powerful risk factor for osteoarthritis (OA) in the United States. The increasing impact of arthritis on public health Text. / M. J. Elders // J. Rheumatol. - 2000. - Vol.60. - P. 6-8.
4. Остеоартроз: Современное состояние проблемы (аналитический обзор) / С.П.Миронов, Н.П.Омельяненко, А.К. Орлецкий [и др.] // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. – 2001. – № 2. – С. 96-99.
5. Корж Н.А. Остеоартроз: консервативная терапия / Н.А. Корж, Н.В. Дедух, И.А. Зупанец.– Харьков: Золотые страницы, 2007. – 424 с.
6. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis: classification of osteoarthritis of the knee. / R. Altman, D. Bloch, G. Bole [et al.] // Arthritis Rheum. –1986. – №29. – P.1039-1049.
7. Коваленко В.Н. Остеоартроз: практическое руководство / В.Н. Коваленко, О.П. Борткевич.– К: Морион, 2003.– 448 с.
8. Kellgren J. Radiological assessment of osteoarthritis / J. Kellgren, J. Lawrence // Ann. Rheum. Dis. – 1957. – Vol.16. – P. 494 – 501.
9. Bombelli R. Osteoarthritis of the Hip. Pathogenesis and Consequent Therapy / R.Bombelli // Springer, Berlin-Heidelberg-New
10. Мухаметов Ф.Ф., Мухаметов У.Ф. Принципы выбора вертлюжного компонента эндопротеза тазобедренного сустава / Ф.Ф. Мухаметов, У.Ф. Мухаметов // Всероссийский монотематический сборник научных статей: Эндопротезирование в России, Казань- Санкт-Петербург, 2009. – №5. – С. 69–75.
11. Bock G.W. Rapidly destructive hip disease: clinical and imaging abnormalities / G.W. Bock, A. Garcia, M.H. Weisman // Radiology. – 1993. – № 186. – P. 461–466.
12. Spector T.D. How serious is knee osteoarthritis? / T.D. Spector, D.J. Hart // Ann Rheum Dis. – 1992. – № 51. – P. 1105–1106.
13. Вельховер Е.С. Клиническая иридология / Вельховер Е.С.– М.: Орбита, 1992. – 423 с.
14. Jensen V. The science and practice in the healing / V. Jensen // Iridology. –1990. – P. 580.
15. Іридобіомікроскопія в комплексному обстеженні хворих на коксартроз / Г.В. Гайко, І.В.Рой, О.В. Калашніков, Т.Є.Русанова / Вісник ортопедії, травматології та протезування. – 2011. – Готується до друку.
16. Науменко Н.О. Рентгенологічні особливості прогресування ідеопатичного коксартрозу / Н.О.Науменко, О.В.Калашніков, Ю.Д.Шараєвська // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупіка.– Київ.–2011.–Готується до друку.
17. Калашніков О.В. Клініко-анемістичні ознаки дисплазії сполучної тканини у хворих на коксартроз / О.В. Калашніков // Наук. вісник Ужг. Ун-ту, серія «Медицина». – 2011. – Готується до друку.

Калашніков О.В. Робоча систематизація стану хворого з деформуючим остеоартрозом кульшового суглоба // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 67-68.

В роботі на основі літературних джерел та власних досліджень розроблена робоча систематизація стану хворого з деформуючим остеоартрозом кульшового суглоба. Використання зазначеної систематизації дозволить більш детально визначити методи лікування та профілактики остеоартрозу кульшового суглоба

Ключові слова: коксартроз, робоча систематизація

Калашніков А.В. Рабочая систематизация состояния больного деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава, а.в. калашников // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 67-68.

В работе на основе литературных данных и собственных исследований разработана рабочая систематизация состояния больного деформирующим остеоартрозом тазобедренного сустава. Использование вышеназванной систематизации позволит более детально определить методы лечения и профилактики остеоартроза тазобедренного сустава.

Ключевые слова: коксартроз, рабочая систематизация

Kalashnikov O.V. Working systematization of hip osteoarthritis patient state // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 3. – С. 67-68.

On the basis of literature and own research work was developed working systematization of hip osteoarthritis patient state. The usage of this systematization will further define the treatment and prevention of the hip osteoarthritis.

Key words: coxarthrosis, working systematization

Надійшла 16.02.2011 р.
Рецензент: проф. В.К.Івченко