

ДИСКУСІЇ

УДК 616.728.2-003.8.005

РОБОЧА ОРТОПЕДИЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ ОСТЕОАРТРОЗУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

С. І. Герасименко, В. М. Майко

ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України”, м. Київ

THE WORK ORTHOPAEDIC CLASSIFICATION OF THE HIP JOINT OSTEOARTHRISIS

S. I. Gerasymenko, V. M. Maiko

The working orthopaedic classification of the hip joint osteoarthritis is suggested. Its aim is to facilitate monitoring of the disease course, choice of treatment method and evaluation of its efficiency. Key words: working orthopaedic classification, hip joint osteoarthritis, diagnosis, treatment.

РАБОЧАЯ ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

С. И. Герасименко, В. М. Майко

Предлагается “Рабочая ортопедическая классификация остеоартроза тазобедренного сустава”, облегчающая мониторинг течения заболевания, определение лечебной тактики и оценку ее эффективности.

Ключевые слова: рабочая ортопедическая классификация, остеоартроз тазобедренного сустава, диагностика, лечение.

Остеоартроз кульшового суглоба (ОА КС) згідно з міжнародною класифікацією хвороб Х перегляду (1998) – це дегенеративно-дистрофічне ураження з хронічним прогресуючим перебігом [1, 3, 5].

Клінічна картина ОА КС дуже різноманітна: від незначних периферійних болей і відносно невеликого обмеження функції, утруднень рухів, що не впливають на якість життя пацієнта, до стійкого зниження працездатності, необхідності в сторонньому догляді, катастрофічному погіршенні якості життя [2–6].

Діагноз ОА КС не містить у собі досить повної інформації і не дозволяє виробити адекватної тактики лікування, об'єктивно оцінити його результати в порівняльному аспекті та прогнозувати його подальший перебіг. Тому необхідне *повне формулювання діагнозу*, що відображає критерії, які характеризують активність і тяжкість дегенеративно-дистрофічного процесу (ДДП), причому не лише в режимі Online, а й у динаміці, що дозволяє з достатньою вірогідністю прогнозувати подальший перебіг ОА, можливість і ефективність консервативного лікування або показання до хірургічної корекції [7–9].

Введення в практику *розгорнутого діагнозу* ОА КС, на нашу думку, сьогодні всебічно має забезпечити за-

тверджена або загальноприйнята в Україні універсальна класифікація ОА КС, першим кроком до створення якої може бути пропонування нами “Робоча ортопедична класифікація ОА КС”.

В основу роботи покладені різні класифікації ОА КС, що використовуються ортопедами на сучасному етапі з урахуванням багаторічного досвіду і перспектив моніторингу захворювання – від постановки діагнозу до оцінки ефективності лікування.

Мета дослідження – створити, робочу ортопедичну класифікацію ОА КС для формування розгорнутого діагнозу, полегшення моніторингу перебігу захворювання, визначення лікувальної тактики й оцінки її ефективності.

Різновид класифікацій ОА КС та їх використання ортопедами

Насьогодні в Україні відсутня *офіційно затверджена або загальноприйнята ортопедична класифікація ОА КС*. Зазвичай вітчизняні ортопеди-травматологи використовують при формулюванні діагнозу *рентгенологічну класифікацію J. H. Kellgren і J. S. Lawrence за п'ятьма стадіями* або *Н. С. Косинської – за трьома стадіями ДДП з доповненням етіології* [1, 5, 6].

Наприклад, діагноз “диспластичного ОА КС І стадії” формулюється з урахуванням перебігу ДДП, етіології, обмеженні функцій і даних рентгенологічного обстеження [2, 5, 6].

Значно більш *формалізований підхід* використовують *ревматологи*. Запропоновані *численні класифікації*, які істотно не відрізняються: Американської колегії ревматологів, Американської академії ортопедичної хірургії, Європейської ревматологічної ліги (табл. 1) та ін. [3, 4, 8, 9].

Таблиця 1

Класифікація остеоартрозу EVLAR (Європейської ревматологічної ліги)

Патогенетичні варіанти	I. Ідіопатичний (первинний) II. Вторинний
Клінічні форми	1. Моноостеоартроз (ураження одного суглоба). 2. Олігоостеоартроз (ураження двох суглобів і більше, але не більше двох груп суглобів). 3. Поліостеоартроз (ураження суглобів трьох груп і більше)
Локалізація	1. ОА колінного суглоба: – медіальної частини тібіофemorального відділу; – латеральної частини тібіофemorального відділу; – пателофemorального відділу. 2. ОА кульшового суглоба: – ексцентричний (верхній); – концентричний (аксіальний, медіальний); – дифузний. 3. ОА кисті: – вузлики Гебердена і Бушара (вузликова форма); – ерозивний з ураженням міжфалангових суглобів (безвузликова форма); – ОА зап'ястково-п'ясткового суглоба І пальця кисті; – ОА інших суглобів кисті. 4. ОА хребта. 5. ОА стопи: – <i>hallux valgus</i> ; – <i>hallux rigidus</i> ; – інших суглобів стопи. 6. ОА іншої локалізації
Синовіт	1. Є. 2. Немає
Рентгенологічна стадія за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence	0, I, II, III, IV
Функціональна здатність хворого – функціональна недостатність (ФН)	1. Працездатність помірно обмежена (ФН-1). 2. Працездатність втрачена (ФН-2). 3. Потребує догляду (ФН-3)

• *Поняття стадій остеоартрозу* (Н. С. Косинська) та *остеоартиту* (J. H. Kellgren і J. S. Lawrence) було запропоновано в середині ХХ ст. *рентгенологами*, на підставі даних рентгенографії КС і використовується як *ортопедами*, так і *ревматологами*.

Розрізняють *п'ять стадій артриту за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence* (0 або без рентгенологічних проявів; I – з сумнівними; II – з мінімальними; III – з помірними; IV – з вираженими рентгенологічними проявами) та *три стадії остеоартрозу – за Н. С. Косинською* (I, II, III). Автори досить детально розшифрували, що вони розуміють під цими визначеннями.

• *Поняття “преартроз”* було введено *ортопедами* (І. В. Шумада, О. І. Рибачук, А. П. Крисюк). Орієнтирами були диспластична деформація КС, осьові відхилення проксимального кінця стегнової кістки, порушення просторового розташування або формування вертлюгової западини. На сучасному рівні знання поняття “преартроз” набагато ширше, оскільки причинні чинники артрозу не лише

біомеханічні, а й метаболічні, імунні тощо.

Асоціація ревматологів України розглядає такі **параметри (критерії) діагнозу ОА КС:**

- 1) патогенетичні варіанти:
 - первинний;
 - вторинний;
- 2) клінічні форми:
 - моно-, – оліго- – не більше двох груп суглобів;
 - полі- – три і більше груп (див. табл. 1).

Широко використовується **класифікація функціональних порушень за O. Steinbroker, 1949.**

- **Клас 1** – повний обсяг рухів і функцій, збережена здатність до пересувань і виконання в повному обсязі повсякденного фізичного навантаження.
- **Клас 2** – функціональна здатність адекватна для повсякденної діяльності, незважаючи на обмеження і/або утруднення рухів, і/або дискомфорт в одному або декількох суглобах.
- **Клас 3** – функціональний обсяг достатній для виконання звичайних навантажень і/або самообслуговування.
- **Клас 4** – II або I група інвалідності, тобто хворий потребує постійного стороннього догляду.

Стадії ОА КС визначають за **J. H. Kellgren і J. S. Lawrence (1957)** на підставі рентгенографії КС із задньої проекції, оцінки звуження щілини КС, субхондріального склерозу суглобових поверхонь, остеопорозу (табл. 2).

Таблиця 2

Рентгенологічні критерії стадій ОА за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence, 1957

Стадії	Характеристика рентгенологічних змін
0	• Відсутність змін на рентгенограмі
I	• Мінімальне звуження суглобової щілини; • мінімальні остеофіти; • загострення суглобових поверхонь
II	• Збільшення звуження суглобового простору і розмірів остеофітів порівняно до таких у I стадії
III	• Множинні остеофіти середніх розмірів; • помірне звуження суглобового простору; • можливі склероз і деформація остеофітів
IV	• Великі остеофіти; • значне звуження суглобового простору; • виражений склероз субхондріальної кістки і деформації епіфізів

• *Приклад формулювання діагнозу за АРУ*

Первинний олігоостеоартроз з ураженням лівого кульшового суглоба (концентричний), рентгенологічна стадія III, лівого колінного суглоба (латерального тібіофemorального відділу), рентгенологічна стадія II. Синовіт лівого колінного суглоба. ФН-1.

Робоча група Асоціації ревматологів України (АРУ) запропонувала і затвердила на III конгресі АРУ в 2000 р. свою *робочу класифікацію* [4]. На жаль, класифікації, затверджені Асоціацією ортопедів-травматологів, поки що немає.

Але, незважаючи на численні переваги наявних класифікацій ОА, особливо АРУ, вони не можуть повністю задовольнити ортопедів-травматологів. Сучасні технології, перш за все артроскопія (АС), дозволяє виявити невраховані в цих класифікаціях зміни суглобового хряща, суглобової губи, дуже важливі для визначення хірургічної тактики, зокрема, операцій з використанням сучасних технологій – АС.

З урахуванням цього виникає потреба у створенні універсальної ортопедичної класифікації ОА КС.

Пропонована нами *“Робоча ортопедична класифікація ОА КС”* є першою спробою у вирішенні цього питання, тому за необхідності вона може бути змінена і доповнена, щоб стати досконалою.

Зупинимось на ній більш детально.

“Робоча ортопедична класифікація ОА КС” та її особливості

Створена нами класифікація враховує такі параметри (табл. 3).

Локалізація захворювання

За локалізацією захворювання ОА КС поділяють на: однобічний; двобічний; однобічний з ураженням інших суглобів; двобічний з ураженням інших суглобів.

Етіологія

За етіологію ОА КС поділяють на: первинний (ідіопатичний); вторинний (післятравматичний, післяревматоїдний, на ґрунті системних захворювань); диспластичний.

Рентгенологічна стадія

Ми вважаємо за краще використовувати класифікацію J. H. Kellgren і J. S. Lawrence (1957), якою користуються як ревматологи світу, так і Асоціація ревматологів України (див. табл. 2).

Робоча ортопедична класифікація ОА КС

Загальні критерії	Розповсюдження процесу і його характеристика
За локалізацією	1. Однобічний. 2. Двобічний. 3. Однобічний з ураженням інших суглобів. 4. Двобічний з ураженням інших суглобів
За етіологією	1. Первинний (ідіопатичний). 2. Вторинний (післятравматичний, асептичний некроз*, на ґрунті системних захворювань). 3. Диспластичний
Рентгенологічна стадія за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence	0, I, II, III, IV
Компенсація дегенеративно-дистрофічного процесу (ДДП)	1. Компенсація. 2. Компенсація на межі. 3. Субкомпенсація. 4. Декомпенсація
Активність ДДП	1. Загострення. 2. Ремісія
Перебіг ДДП	1. Доброякісний. 2. Злоякісний. 3. Змішаний
Функціональна недостатність суглобів (Фнс)	1. Обмеження амплітуди рухів: – Фнс 1 – обмеження до 10°; – Фнс 2 – обмеження до 20°; – Фнс 3 – обмеження понад 20°. 2. Порушення опорності: – опорність не порушена; – порушена незначно; – значно порушена; – неможлива

* Асептичний некроз з системними захворюваннями (системні захворювання, як правило, мають відношення до дисплазії сполучної тканини і їх лікування відрізняється від лікування диспластичного ОА); у зв'язку із зростанням частоти ревматоїдного процесу й істотними відмінностями прогнозу ми виділяємо цю форму з групи післязапальних і системних).

Дегенеративно-дистрофічний процес (ДДП)

Дегенеративно-дистрофічний процес має включати такі поняття, як компенсація, активність і перебіг захворювання.

1. *Компенсація ДДП*. Передбачає поняття про фазу компенсації, куди входять рентгенологічні тести, розроблені в ІТО АМНУ (О. І. Рибачук, О. Я. Суслова та ін.) і клінічні (порушення функції уражених кінцівок).

Ми пропонуємо виділяти такі фази: компенсація, компенсація на межі, субкомпенсація і декомпенсація.

2. *Активність ДДП*. Містить поняття загострення або ремісії: якщо понад 6 місяців – то стійка, якщо менше – не розшифровувати.

У діагнозі слід відображати наявність чи відсутність порушень гомеостазу. Якщо останній порушений, то відмічати – з порушенням метаболізму або імунітету відповідно до клінічного статусу.

3. *Перебіг ДДП*. Останнім у розгорнутому діагнозі має бути вказаний перебіг захворювання: доброякісний, злоякісний або змішаний.

• *Доброякісним* ми вважаємо такий перебіг ДДП, коли стадія, діагностована на цей момент, є стабільною і триває у фазі компенсації більше 5 років. За цей період відмічено не більше 2-х загострень тривалістю до 2 місяців, які задовільно піддаються лікуванню, а місцевий статус і гомеостаз істотно не порушений або його порушення добре піддається лікуванню.

• *Для злоякісного* перебігу ДДП характерними є швидке прогресування і перехід у наступну стадію кожні 2–3 роки, з загостреннями,

що відмічаються 1–2 рази на рік і більше, декомпенсацією і порушенням гомеостазу.

• *Змішаним* ми вважаємо перебіг ДДП, коли протягом 2 і більше років перебіг процесу був доброякісним, а потім відносно швидко порушувалися компенсаторні механізми і виникали загострення, які підлягали лікуванню 2–3 рази на рік.

Функціональний статус

Функціональний статус передбачає уточнення контрактур та їх вираженість, укорочення кінцівки тощо.

Додаткова інформація – як складник розгорнутого діагнозу

Стан суглобового хряща та суглобової губи

У випадках, коли виконувалася діагностична або лікувальна артроскопія, або проводилося контрастне променеве дослідження МРТ, у розгорнутому діагнозі необхідно відобразити характеристики стану хряща за R. E. Outerbridge і суглобової губи (*labrum*). Оцінка хряща і/або суглобової губи і наявність внутрішньосуглобових тіл особливо важлива в 0 або I стадії ОА, коли консервативне лікування не дає ефекту, а за іншими складниками діагнозу немає абсолютних показань для проведення тотального ендпротезування. У цих випадках можна прогнозувати (сподіватися), що артроскопічною операцією можна забезпечити стійку ремісію ДДП і, відповідно, досягнути тривалого збереження компенсації на межі або як мінімум, субкомпенсації.

• *Приклад формування розгорнутого діагнозу за нашою класифікацією*

Диспластичний, лівобічний ОА КС I стадії з гіпертрофічним синовітом без вільних внутрішньосуглобових включень у фазі компенсації, перебіг ДДП доброякісний, без порушення (чи з порушенням) гомеостазу, у стані ремісії. Стан суглобового хряща характеризується за R. E. Outerbridge. Суглобова губа без патологічних змін.

Променева діагностика

Окрім критеріїв, які, на наш погляд, мають бути включені в “Робочу ортопедичну класифікацію ОА КС” і в розгорнутий діагноз, є ще важливі параметри, що візуалізуються за допомогою променевої діагностики, яка не фіксується в діагнозі, але має важливе значення для визна-

чення лікарської тактики, консервативної і/або хірургічної і відповідно включена в класифікацію (табл. 4).

Серед цих параметрів особливе значення мають: структурно-функціональний стан кісткової тканини, КС і скелета в цілому (остеопороз, остеопенія кістки не порушена у межах одного стандартного відхилення).

Таблиця 4

Характеристика КС на основі променевої діагностики

Структурно-функціональний стан кісткової тканини	1. Остеопороз. 2. Остеопенія. 3. Не порушена
Реакція кісткової тканини	1. Нормопластична. 2. Гіпопластична. 3. Протрузійна. 4. З або без кистоподібної перебудови: – без кистоподібної перебудови; – кистоподібна перебудова вертлюгової западини; – кистоподібна перебудова головки стегна; – кистоподібна перебудова вертлюгової западини та головки стегна; – часткове або повне руйнування головки стегнової кістки
Контакт суглобових поверхонь	• Напівсферичний. • Еліпсоподібний. • S-подібний
Центрація КС	• Центрований (з або без осевих відхилень проксимального кінця стегнової кістки, патологічної орієнтації і/або порушенням формування вертлюгової западини). • Децентрований: – з підвивихом або вивихом стегна; – з неоартрозом або без
Рентгенологічна стадія за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence	0, I, II, III, IV
Синовіт	1. Гіпертрофічний. 2. Гіпотрофічний. 3. З або без вільних тіл
Стан хряща за R. E. Outerbridge	0, I, II, III, IV

Нульова рентгенологічна стадія за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence або преартрит за ДУ “Інститут травматології та ортопедії АМН України” потребують уточнення і розшифровки на підставі інших променевих методів: контрастної артрографії, сонографії, МРТ, КТ. Дуже важлива не лише стадія – 0, I, II, III, IV за J. H. Kellgren і J. S. Lawrence або I, II, III за Н. С. Косинською, але й розшифрувати, який синовіт – гіпертрофічний, гіпотрофічний, з наявністю чи без вільних тіл.

Природно, показання до хірургічного лікування залежать не лише від складників детального (розгорнутого) діагнозу, але й від статі, віку, соціального статусу пацієнта, його вимог, побажань, психологічних якостей, у тому числі надійності наступного дотримання призначеного лікування. Розгорнутий клінічний діагноз дозволяє встановити метод вибору лікувальної тактики за медичними показаннями, без урахування особистісних якостей пацієнта, його професії, соціального статусу тощо, а потім, спільно з пацієнтом, остаточно визначається лікувальна тактика.

Зазвичай, історія хвороби й інша медична документація (рентгенограми, аналізи, виписки) містять досить інформації для формування усіх або майже усіх складників для розгорнутого діагнозу класифікації конкретного пацієнта.

Ілюстративний супровід класифікації

Наша класифікація ілюструється рис. 1, 2.

• *Критерії першого з них доцільно включити в розгорнутий діагноз;*

• *критерії другого входять в опис місцевого статусу.*

Ці рисунки, введені в комп'ютерну історію хвороби пацієнта з ОА КС, можуть бути використані для моніторингу перебігу захворювання, оцінки ефективності лікування і визначення свідчень до його доповнення і зміни, включаючи й хірургічний метод.

Висновки

Складники розгорнутого діагнозу ОА КС на основі запропонованої нами "Робочої ортопедичної класифікації ОА КС" та додаткової інформації призначені для визначення диференційованих показань до планування лікувальної тактики в широкому значенні цього сло-

ва, тобто не лише консервативного або хірургічного лікування, але й можливості конкретизувати терміни і терапевтичні комплекси, особливості хірургічного лікування і післяопераційної реабілітації, прогнозування ефективності лікування.

Класифікація може використовуватися для порівняльного аналізу досягнутих результатів, у тому числі й ретроспективного, коли ця класифікація ще не була запропонована, і, природно, не могла використовуватися для визначення показань до різних методів лікування і планування операції, передопераційної підготовки і наступної реабілітації.

Література

1. *Гайко Г. В.* Остеоартроз – медико-соціальна проблема та способи її вирішення / *Г. В. Гайко* // Вісник ортопед., травматол. та протезув. – 2003. – № 4. – С. 5–8.

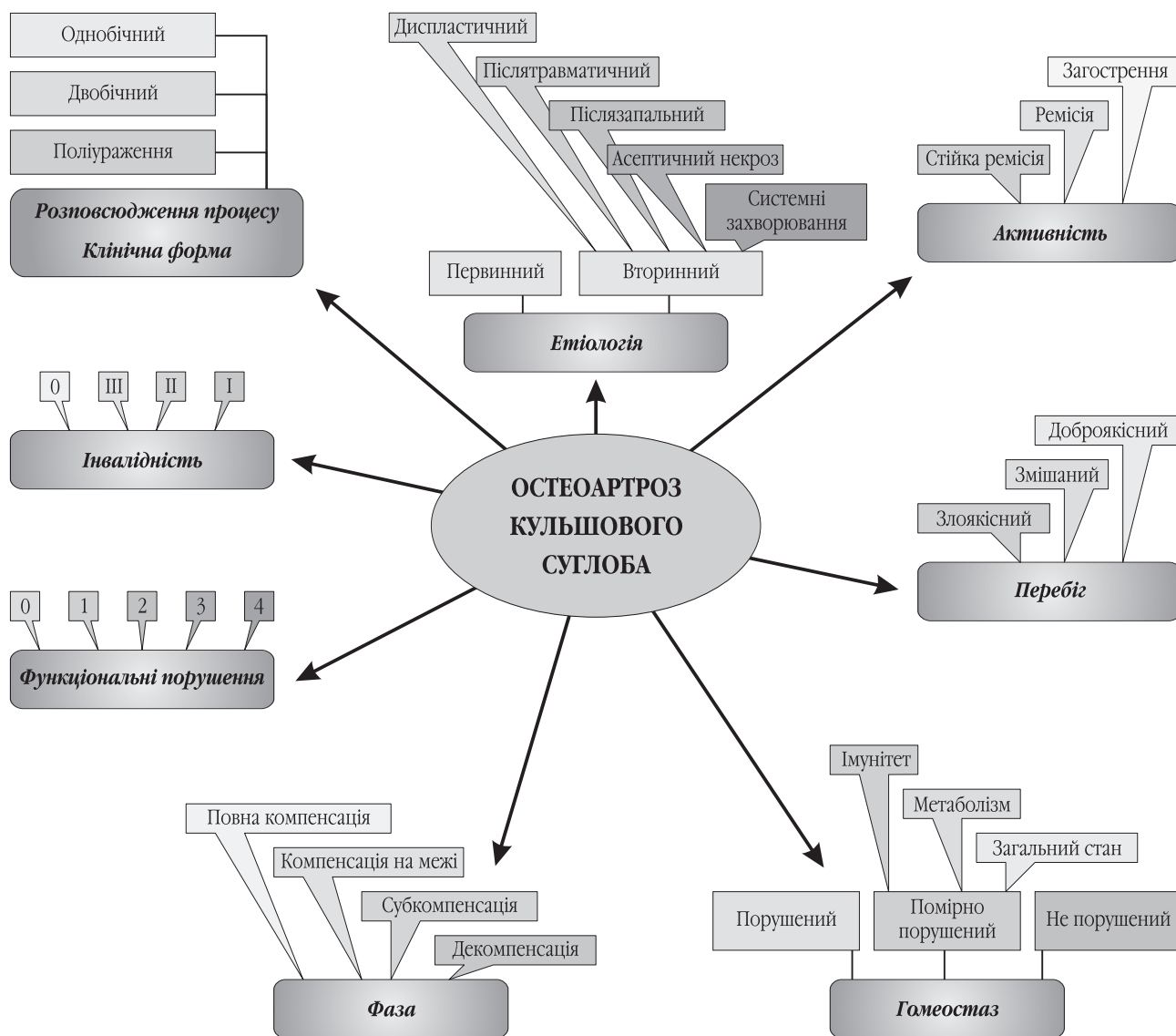


Рис. 1. Критерії "Робочої ортопедичної класифікації ОА КС"

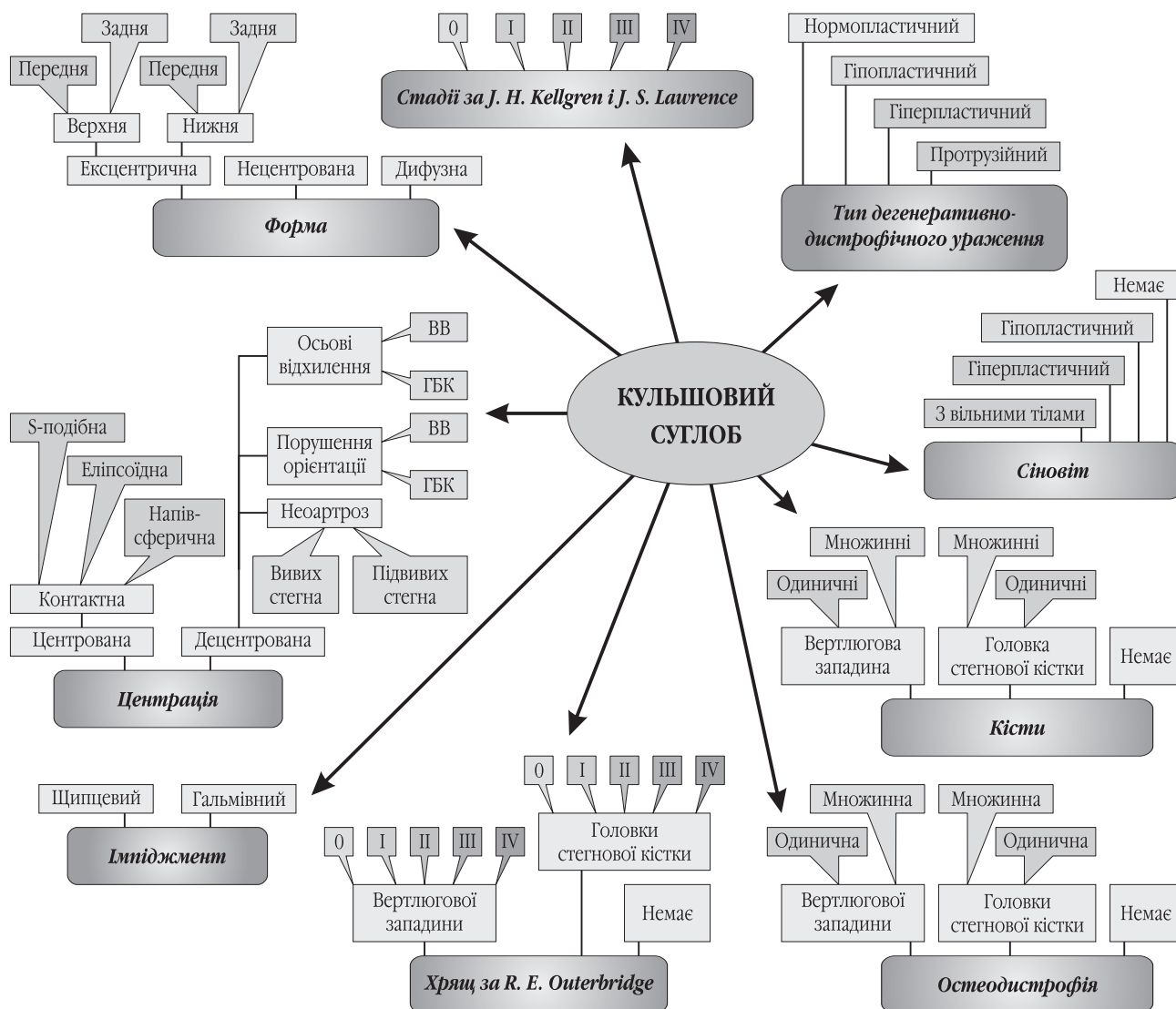


Рис. 2. Критерії променевої діагностики

- Сучасні підходи до діагностики і лікування остеоартрозу : метод. рек. ; укл. : Дядик А. Н., Штільяста Н. І., Здоховська І. І., Боева І. А., Христуленко А. П. – Донецьк : ДонДМУ, 2005. – 31 с.
- Коваленко В. Н. Остеоартроз : практ. керівництво / В. Н. Коваленко, О. П. Боркевич. – К. : Моріон, 2003. – С. 44–89.
- Коваленко В. Н. Ревматичні хвороби : номенклатура, класифікація, стандарти діагностики і лікування / В. Н. Коваленко, Н. М. Шуба. – К. : ТОВ "Катран група", 2002. – 214 с.
- Корж Н. А. Остеоартроз. Консервативна терапія / Корж Н. А., Дедух Н. В., Зутанец Н. А. – Харків : ТОВ "Золотые страницы", 2007. – 424 с.
- Поливода А. Н. Артроз / Поливода А. Н., Литвиненко А. Г., Вишневський В. А. – Одеса : Астропринт, 2007. – 320 с.
- Шумада И. В. Диагностика и лечение дегенеративно-дистрофических поражений суставов / Под ред. И. В. Шумады. – К. : Здоров'я, 1990. – 200 с.
- The American College of Rheumatology Criteria for the Classification of Osteoarthritis of the hip / Altman R. D., Alarcon G., Appelrouth D. [et al.] // Arthritis Rheum. – 1990. – Vol. 33. – P. 160–172.
- EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis : report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics / Zhang W., Doberty M., Arden N. [et al.] // Ann. Rheum. Dis. – 2005. – Vol. 64. – P. 669–681.