

© Калашніков А.В., Луцишин В.Г., Майко О.В.

УДК: 616.718.4 - 001.4 - 036

Калашніков А.В.¹, Луцишин В.Г.², Майко О.В.³

¹ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України" (вул. Бульварно-Кудрявська, 27, м. Київ, 01601, Україна), ²Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, 21018, Україна), ³Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ВИЗНАЧЕННЯ ПАТОГНОМОНІЧНИХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСІВ ВНУТРІШНЬОСУГЛОБОВИХ М'ЯКОТКАНИННИХ УШКОДЖЕНЬ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО КОКСАРТРОЗУ

Резюме. З метою визначення патогномонічних симптомокомплексів, які характеризують внутрішньосуглобові м'якотканні ушкодження кульшового суглоба проведено аналіз клінічного обстеження 30 хворих з післятравматичним коксартрозом I-II стадії, яким проводилось артроскопічне оперативне втручання на базі травматологічного відділення Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова в період з 2006-2015 рр. Визначені патогномонічні симптомокомплекси, що характеризують внутрішньосуглобові ураження м'якотканних елементів кульшового суглоба при початкових стадіях післятравматичного коксартроза: Стінчфілда + Мак-Карті, Стінчфілда + Log roll, Стінчфілда + FABER, Стінчфілда + імпліджмент. Визначення вищезазначених патогномонічних симптомокомплексів сприятиме покращенню якості діагностики внутрішньосуглобових уражень кульшового суглоба їх ранньому виявленню з послідувачим оперативним втручанням, зменшенню прогресування остеоартроза кульшового суглоба.

Ключові слова: діагностика, клінічні симптоми, внутрішньосуглобові ушкодження, коксартроз.

Вступ

Деформуючий артроз кульшового суглоба - коксартроз (КА) є найбільш поширеним дегенеративно-дистрофічним захворюванням опорно-рухової системи. В різних регіонах світу його частота коливається від 7% до 25% дорослого населення. КА в 60% випадків призводить до зниження працездатності та в 11,5% - до інвалідності [1, 7].

Все це свідчить про високу медичну та соціальну значимість КА, як проблеми, що призводить до значних економічних втрат. Тому обґрунтування нових підходів до ранньої діагностики, профілактики та лікування хворих на КА залишається на сьогоднішній день актуальним питанням сучасної ортопедії.

Класифікація КА, згідно міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, десятого перегляду виділяє первинний (ідіопатичний) та вторинний КА; виділяється за розповсюдженістю (однобічний, двобічний) та за етіологією диспластичний та післятравматичний КА [4].

Клінічна картина КА травматичної етіології (ПТ КА) залежить від характеру травми і ефективності її лікування [2, 3]. До основних факторів, що призводять до розвитку цієї патології, відносяться порушення кровопостачання головки стегнової кістки та дисконгруентність суглобових поверхонь при залишковій їх деформації. Можливо також поєднання обох цих факторів. До причин розвитку ПТ КА згідно з класифікацією КА Американської асоціації ревматологів (ACR) можна віднести також хронічну травматизацію, пов'язану з професійною діяльністю хворого (спортсмени тощо) [10].

Внутрішньосуглобові ураження м'якотканних елементів кульшового суглоба (ВУМЕКС), які можуть супроводжувати ПТ КА різноманітні, зокрема: травматичні та дегенеративні пошкодження ацетабулярної губи, круглої зв'язки, хряща суглобових поверхонь

головки стегнової кістки та вертлюгової западини, феморо-ацетабулярний імпліджмент, вільні тіла кульшового суглоба [12, 15].

Вважається, що діагностика травм та захворювань, що веде до порушення функції КС, відносно проста [9, 14]. Проте, з цим можна погодитися лише у випадках виразних морфологічних змін субхондріальної кістки, коли процес руйнування суглобового хряща досяг значного ступеня і зміни у кістковій тканині компенсують навантаження суглобових поверхонь.

При початкових ураженнях суглобового хряща, яке і характеризує I-II стадію КА, артроскопія КС є "золотим стандартом" [8, 13] діагностики і лікування, який дозволяє візуально оцінити не тільки структурно-функціональний стан внутрішньосуглобових структур, але й виявити взаємовідношення та їх поведінку під час рухів у суглобі.

Вважаємо цікавим в науковому та практичному плані проведення клінічного дослідження з метою визначення патогномонічних симптомокомплексів які визначали ушкодження внутрішньосуглобових структур при ПТ КА та які були підтверджені артроскопічно.

Мета дослідження - визначити патогномонічні синдроми комплекси, які характеризують внутрішньосуглобові м'якотканні ушкодження при післятравматичному коксартрозі.

Матеріали та методи

Було обстежено 30 пацієнтів з післятравматичним остеоартрозом кульшового суглоба I-II стадії [11]. Серед усіх хворих були 9 жінок та 21 чоловік у віці від 23 до 72 років (середній вік - 40,3±11,34 років). Метою обстеження було дослідити інформативність та специфічність клінічних та променевих методів досліджень порівняно з артроскопією в діагностиці внутріш-

Таблиця 1. Частотний аналіз симптомів та симптомокомплексів, що характеризують ВУМЕКС при післятравматичному коксартрозі.

Посттравматичний коксартроз:		
Клінічний тест або поєднання клінічних тестів	кількість випадків	відносна частота (p)
Імпінджмент тест	24	0,80
FABER (Patrick)	24	0,80
Асиметрія зовнішньої ротації	10	0,33
Apprehension тест (тест на передчуття болю)	15	0,50
Тест Томаса (згинальної контрактури)	9	0,30
Тест пасивної зовнішньої ротації	14	0,47
Тест Стінчфілда (підйом прям. ноги з подол. оп.)	30	1,00
Тест Мак-Карті	24	0,80
Передній імпінджмент тест	21	0,70
Задній імпінджмент тест	-	-
Log roll тест	27	0,90
Тест Стінчфілда + Імпінджмент тест	24	0,80
Тест Стінчфілда + FABER (Patrick)	24	0,80
Тест Стінчфілда + Тест Мак-Карті	24	0,80
Тест Стінчфілда + Передній імпінджмент тест	21	0,70
Тест Стінчфілда + Log roll тест	27	0,90
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Тест Стінчфілда	23	0,77
Імпінджмент тест + Тест Мак-Карті + Тест Стінчфілда	21	0,70
Імпінджмент тест + Передній імпінджмент тест + Тест Стінчфілда	21	0,70
Імпінджмент тест + Log roll тест + Тест Стінчфілда	22	0,73
FABER (Patrick) + Тест Мак-Карті + Тест Стінчфілда	21	0,70
FABER (Patrick) + Передній імпінджмент тест + Тест Стінчфілда	21	0,70
FABER (Patrick) + Log roll тест + Тест Стінчфілда	21	0,70
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Тест Мак-Карті + Тест Стінчфілда	20	0,67
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Передній імпінджмент тест + Тест Стінчфілда	21	0,70
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Log roll тест + Тест Стінчфілда	21	0,70
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Тест Мак-Карті + Передній імпінджмент тест + Тест Стінчфілда	18	0,60
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Тест Мак-Карті + Log roll тест + Тест Стінчфілда	18	0,60
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Передній імпінджмент тест + Log roll тест + Тест Стінчфілда	20	0,67
Імпінджмент тест + FABER (Patrick) + Тест Стінчфілда + Тест Мак-Карті + Передній імпінджмент тест + Log roll тест	17	0,57

Примітка. Жирним шрифтом виділені показники $\geq 0,75$.

ньосуглобових м'якотканинних ушкоджень у хворих на ранніх стадіях КА. Всім цим хворим проводили артроскопічне оперативне втручання на базі травматологічного відділення Вінницької обласної лікарні ім. М.І.Пирогова в період з 2006 по 2015 рр.

Для оцінки розповсюженості пошкоджень м'якотканинних елементів внутрішньосуглобових структур (хрящ, губа, кругла зв'язка, синовіальні складки) та навколосуглобових структур (ротатори та бурси) у хворих із порушеннями функції кульшового суглоба (хворих з початковими стадіями коксартроза) та їх поєднання був проведений частотний аналіз. Відносну частоту (вірогідність) появи клінічного тесту та варіантів його поєднання визначали за формулою [5, 6]:

$$p = \frac{\text{кількість хворих з наявною дією клінічного тесту (поєднання тестів)}}{\text{загальна кількість хворих}}$$

Результати. Обговорення

При частотному аналізі наявних клінічних проявів захворювання та їх поєднання при ПТ КА були виявлені наступні числові показники, які представлені в таблиці 1.

Аналізуючи дані, представлені в таблиці 1, визначені симптоми та симптомокомплекси, які характерні для ВУМЕКС при ПТ КА. Достовірними вважали дані, що склали $\geq 0,75$. До них відносяться наступні симптоми (тести): імпінджмент, FABER (Patrick), Стінчфілда (підйом прям. ноги з подол. оп.), Мак-Карті, Log roll та симптомокомплекси (поєднання 2 тестів): Стінчфілда + Мак-Карті, Стінчфілда + Log roll, Стінчфілда + FABER, Стінчфілда + імпінджмент; поєднання 3 тестів: імпінджмент + FABER (Patrick) + Стінчфілда. Найбільш інформативним з частотою $\geq 0,8$ є симптомокомплекс (поєднання тестів): Стінчфілда + Мак-Карті, Стінчфілда + Log roll, Стінчфілда + FABER, Стінчфілда + імпінджмент.

Визначення патогномонічних симптомокомплексів, які характеризують ВУМЕКС при початкових стадіях післятравматичного КА сприятиме покращенню якості діагностики, ранньому виявленню цих ушкоджень з послідуочим оперативним втручанням (артроскопія КС), зменшенню прогресування остеоартроза кульшового суглоба.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Визначені патогномонічні симптомокомплекси, що характеризують внутрішньо суглобові ураження м'якотканинних елементів кульшового суглоба при початкових стадіях післятравматичного КА. До них відносяться поєднання тестів: Стінчфілда + Мак-Карті, Стінчфілда + Log roll, Стінчфілда + FABER, Стінчфілда + імпінджмент.

Визначення вищезазначених патогномонічних симптомокомплексів у подальшому сприятиме по-

кращенню якості діагностики внутрішньо суглобових уражень кульшового суглоба їх ранньому виявленню з наступним оперативним втручанням, зменшенню прогресування остеоартрозу кульшового суглоба.

Список літератури

1. Гайко Г. В. Остеоартроз - новий підхід до його профілактики / Г. В. Гайко, А. Т. Бруско, Є. В. Лимар // Вісник ортопед., травматол. та протезування. - 2005. - № 2. - С. 5-11.
2. Гурьев В. Н. Коксартроз и его оперативное лечение / Гурьев В. Н. - Таллин: Вальгус, 1984. - 341 с.
3. Зоря В. И. Посттравматический протрузионный коксартроз / В. И. Зоря, Е. В. Проклова // Вестник травматол. и ортопедии: Ежеквартальный научн.-практ. журнал. - 2001. - № 4. - С. 38-41.
4. Корж Н. А. Остеоартроз: консервативная терапия / Н. А. Корж, Н. В. Дедух, И. А. Зупанец. - Харьков: Золотые страницы, 2007. - 424 с.
5. Лапач С. Н. Статистические методы в биологических исследованиях с использованием Excel / Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. - К.: Морион, 2000. - 320 с.
6. Мінцер О. П. Інформаційні технології в охороні здоров'я і практичній медицині: [у 10 кн.]: Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині: навч. посіб., Кн. 5 / Мінцер О. П., Вороненко Ю. В., Власов В. В. - К.: Вища школа, 2003. - 350 с.
7. Тихилов Р. М. Деформирующий артроз тазобедренного сустава (клиника, диагностика, хирургическое лечение) / Р. М. Тихилов., В. М. Шаповалов. - СПб: Правда, 1999. - 112 с.
8. Byrd W. T. Operative hip arthroscopy / Byrd W. T. - Stuttgart: Thieme, 2001. - 213 p.
9. Complications in hip arthroscopy: necessity of supervision during the learning curve / F. Dietrich, C. Ries, C. Eiermann [et al.] // Knee Surg. Sports Traumatol. Arthrosc. - 2014. - № 22. - P. 953-958.
10. 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.
11. Kellgren J. Radiological assessment of osteoarthritis / J. Kellgren, J. Lawrence // Ann. Rheum. Dis. - 1957. - Vol. 16. - P. 494-501.
12. Kelly B. T. Hip arthroscopy update / B. T. Kelly, R. L. Buly // J. Hss. - 2005. - № 1. - P. 40-48.
13. Mc Carthy J. C. Hip arthroscopy: indications, outcomes, and complications / J. C. Mc Carthy, J. A. Lee // Instr. Course Lect. - 2006. - № 55. - P. 301-308.
14. Open surgical dislocation versus arthroscopy for femoroacetabular impingement: a comparison of clinical outcomes / I. B. Botser, T. W. Jr. Smith, R. Nasser [et al.] // Arthroscopy. - 2011. - № 27. - P. 270-278.
15. Outcomes following hip arthroscopy for femoroacetabular impingement with associated chondrolabral dysfunction: minimum two-year follow-up / M. J. Philippon, K. K. Briggs, Y. M. Yen [et al.] // J. Bone Joint. Surg Br. - 2009. - № 91. - P. 16-23.

Калашников А. В., Луцишин В. Г., Майко Е. В.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫХ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОВ ВНУТРИСУСТАВНЫХ МЯГКОТКАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО КОКСАРТРОЗА

Резюме. С целью определения патогномоничных синдромакомплексов, которые характеризуют внутрисуставные мягкотканые повреждения тазобедренного сустава проведен анализ клинического обследования 30 больных с посттравматическим коксартрозом I-II стадии, которым проводилось артроскопическое оперативное вмешательство на базе травматологического отделения Винницкой областной больницы им. Н. И. Пирогова в период с 2006-2015 гг. Определены патогномоничные симптомокомплексы, характеризующие внутрисуставные поражения мягкотканых элементов тазобедренного сустава при начальных стадиях посттравматического коксартроза: Стинчфилда + Мак-Карти, Стинчфилда + Log roll, Стинчфилда + FABER, Стинчфилда + импинджмент. Определение вышеупомянутых патогномоничных симптомокомплексов будет способствовать улучшению качества диагностики внутрисуставных поражений тазобедренного сустава их раннему выявлению с последующим оперативным вмешательством, уменьшению прогрессирования остеоартроза тазобедренного сустава.

Ключевые слова: диагностика, клинические симптомы, внутрисуставные повреждения, коксартроз.

Kalashnikov A. V., Lutsishin V. G., Maiko O. V.

DEFINITIONS PATHOGNOMONIC SYMPTOMES ARTICULAR SOFT TISSUE DAMAGES POST-TRAUMATIC COXARTHROSIS

Summary. With the aim of identifying pathognomonic complex of syndromes that characterize soft tissue intra-articular damage of the hip joint the analysis of the clinical examination of 30 patients with post-traumatic coxarthrosis I-II stage, who underwent surgery on the basis of the traumatological Department of the Vinnytsia regional hospital named after M. I. Pirogov in the period of 2006-2015. Defined pathognomonic complex of syndromes characterizing internally the articular lesions soft tissue elements of the hip joint in the early stages of post-traumatic coxarthrosis: Stinchfield + McCarthy, Stinchfield + Log roll, Stinchfield + FABER, impingement + Stinchfield. The definition of the above-mentioned pathognomonic complex of syndromes will help to improve the quality of diagnosis internally the articular lesions of the hip joint early detection with subsequent surgical intervention and reduce the progression of osteoarthritis of the hip joint.

Key words: diagnosis, clinical symptoms, internally the articular damage of the hip, coxarthrosis.

Рецензент - д. мед. н. Калашніков О. В.

Стаття надійшла до редакції 5.07.2016 р.

Калашніков Андрій Валерійович - д. мед. н., проф., зав. відділом травматичних ушкоджень та проблем остеосинтезу ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України"; +38(044)2347333; Kalashnikov26@ukr.net

Луцишин Вадим Григорович - к. мед. н., лікар травматологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М. І. Пирогова; +38(050)5499701

Майко Олена Вячеславівна - к. мед. н., доцент кафедри внутрішньої медицини лікувального факультету №2 ВНМУ ім. М. І. Пирогова; +38(050)5499701