

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ДЕФОРМУЮЧИЙ АРТРОЗ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА ЗА РЕНТГЕНОЛОГІЧНИМИ ДАНИМИ.

Шармазанова О.П.¹, Мирончук Л.В.², Маметьєв А.О.²

Харківська медична академія післядипломної освіти¹,
Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності, м.Дніпропетровськ²

Введення. Переломи кісток, які складають ліктювий суглоб (ЛС), займають третє місце серед переломів верхньої кінцівки і залишаються найчастішими, що приводять до розвитку різних ускладнень. До несприятливих результатів ушкоджень ЛС відносять в основному розвиток контрактур та гетеротопічних осифікатів. Лікування навколо- та внутрішньо суглобових переломів ліктювого суглоба залишається складною задачею, але в останні десятиліття відбувся серйозний прорив у хірургії будь-якої патології верхньої кінцівки, в тому числі і при травматичних ушкодженнях ЛС, проте рентгенологічне забезпечення за останні роки зовсім не вдосконалювалося, суперечливими є дані про частоту посттравматичних змін ЛС, недостатньо розроблені рентгенологічні ознаки для визначення ступеня їх виразності, що має велике значення при встановленні ступеня порушення функції ЛС в практиці медико-соціальної експертизи.

Метою нашого дослідження було розроблення рентгенологічних показників ступеня виразності посттравматичного артрозу ліктювого суглоба.

Матеріал і методи. Проведений аналіз конвенційних та цифрових рентгенограм у прямій та бічній проекціях 138 хворих (з них – 90 чоловіків та 48 жінок) із застарілими пошкодженнями ліктювого суглобу, які звертались для обстеження, лікування і проведення медико-соціальної експертизи в клініку травматології і ортопедії Українського державного НДІ медико-соціальних проблем інвалідності (УкрДержНДІМСП). Середній вік хворих становив $41,8 \pm 10,3$ роки. Для визначення ступеня порушення функції ЛС всім хворим було проведено її функціональне дослідження в бічній проекції – в положенні максимального згинання та розгинання. Для проведення більш ретельного аналізу матеріалу пацієнти із застарілими пошкодженнями ліктювого суглоба були розділені на 4 групи: I – з пошкодженнями дистального відділу плечової кістки – 43 (31,2 %) чоловіка; II - з пошкодженнями проксимального відділу ліктювої кістки – 16 (11,6 %); III - з пошкодженнями проксимального відділу променевої кістки – 14 (10,1 %); IV - з поєднаними пошкодженнями кісток, які складають ліктювий суглоб – 65 (47,1 %).

Результати дослідження. Встановлено, що деформуючий артроз (ДА) (75,4%) та посттравматичні контрактури (58,7%) були найчастішими ускладненнями травм ліктювого суглоба. Вірогідно частіше обмеження рухомості ЛС спостерігалось в I і IV групах ($p < 0,001$) в порівнянні з окремими травмами променевої кістки, крім того різниця показників між I і IV груп також була достовірною ($p < 0,01$). Помірне обмеження функції ЛС переважала у пацієнтів I групи (66,7%), значно і різко виражена - у пацієнтів IV групи (50% і 77,8% відповідно). Необхідно відмітити, що за даними рентгенологічного дослідження лише у пацієнтів IV групи на функціональних бічних рентгенограмах визначені фіброзний (6,2%) і кістковий (3,1%) анкілози. У пацієнтів III групи обмеження рухливості зустрічалось найрідше (3,7%).

У більшості пацієнтів з контрактурами (54 хворих) було значне порушення функції ЛС – 66,7%. Ступінь порушення функції ЛС залежав від обсягу його рухів, найменший обсяг рухів встановлений у пацієнтів IV групи ($57 \pm 25,4^\circ$), вірогідної різниці між іншими групами не відмічено. В таблиці 1 подана частота визначення деформуючого артрозу у обстежених хворих, залежно від ступеня виразності.

В зв'язку з високою кореляцією посттравматичного деформуючого артрозу з контрактурою ЛС ($r = 0,87$) ми пропонуємо при визначенні ступеня виразності артрозу, крім морфологічних змін (звуження суглобової щілини, зміни замикаючих пластинок) враховувати і функціональні (ступінь виразності контрактур), в такому випадку визначати

клінічний ступінь порушення функції ЛС буде простіше. Динаміку розвитку ДА ми розділили на 4 стадії (за основу взята класифікація артрозів за Kellgren J.H., Lawrence J.S.).

Для I (початкової) стадії (18,3%) характерно звуження рентгенівської суглобової щілини до ½ та наявність невеликих крайових кісткових розростань менше 2 мм.

Таблиця 1.

Частота розвитку посттравматичного деформуючого артрозу за стадіями

Стадії ДА	1 стадія		2 стадія		3 стадія		4 стадія		Всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
I група	9	8,6	11	10,6*	11	10,6*	-	-	31	29,8**
II група	5	4,8	6	5,8	2	1,9	-	-	13	12,5*
III група	2	1,9	2	1,9	2	1,9	-	-	6	5,8
IV група	3	2,9	8	7,7	26	25**	17	16,3	54	51,9** *
Всього	19	18,3	27	26	41	39,4	17	16,3	104	00

Примітка: * - вірогідна різниця між групами (*- p<0,05, ** - p< 0,01, *** - p<0,001); порівняння проводилось з III групою.

2 стадія ДА ліктьового суглоба (26,0%) найчастіше зустрічалась в I групі (10,6%) і характеризувалась звуженням суглобної щілини до ½, нерівністю, потовщенням замикаючих пластин з помірно вираженими крайовими кістковими розростаннями від 2 до 4 мм та обмеженням об'єму рухливості до 100°.

3 стадію ДА (39,4%) вірогідно частіше діагностували в IV групі (25%) при звуженні щілини більше ніж на ½ її нормального розміру, виразних змінах замикаючих пластин з помірними або виразними крайовими кістковими розростаннями (більше 4 мм) з обмеженням рухливості до 80°.

4 стадія ДА зустрічалась виключно в IV групі (16,3%): суглобова щілина різко звужена, виразні крайові кісткові розростання, деформації епіфізів кісток, обмеження об'єму рухів менше 45°, наявність підвивихів або фіброзних анкілозів.

Таким чином, при визначенні стадії розвитку посттравматичного деформуючого артрозу ліктьового суглобу необхідно враховувати не тільки рентгенморфологічні, але й рентгенфункціональні зміни.