

РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Костогриз Ю.О., Костогриз О.А., Полулях Д.М., Бурсук Ю.Є., Мережко Я.В.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України” Київ, Україна

Вступ. Останнім часом погляд на ревматоїдний артрит (РА) як на потенційно невиліковне та прогностично несприятливе захворювання переглядається. Це пов'язано з розширенням можливостей з ранньої діагностики РА, розробкою нових класів базисних протизапальних препаратів, що селективно блокують важливі ланки патогенезу РА, вдосконаленням оперативних втручань з відновлення функції уражених суглобів, основним з яких є тотальне ендопротезування. Для досягнення максимальної ефективності терапії при РА, призупинення прогресування суглобових уражень, необхідно починати лікування в „сприятливий період” або „вікно можливостей” (window of opportunity) перебігу на ранніх стадіях ревматоїдного артрити. Механізм розвитку контрактур і деформацій нижньої кінцівки може бути зумовлений безпосередніми патологічними змінами в суглобах, що викликані основним захворюванням або вторинними реакціями всієї опорно-рухової системи. За наявності патологічного процесу в кульшовому суглобі значні ексудативні процеси і синовіт призводять до напруження капсульно-зв'язкового апарату внаслідок підвищення внутрішньосуглобового тиску. Оскільки капсульно-зв'язковий апарат кульшового суглоба максимально розслаблюється при згинанні і приведенні стегна, то саме в цьому положенні тиск ексудату в кульшовому суглобі на синовіальну оболонку та фіброзний шар суглобової капсули зменшується. Клінічно це супроводжується зменшенням болю. Тому хворий намагається надати стегну саме таке положення. Привідна контрактура у кульшовому суглобі супроводжується розвитком компенсаторного вальгусного відхилення гомілки. Чисельні дослідження вітчизняних і закордонних авторів свідчать, що розвиток функціонально невідгідних деформацій суглобів посилює значення хірургічної допомоги. Відновлення рухів у суглобі на пізніх стадіях захворювання можливе лише за допомогою оперативних втручань, а саме тотального ендопротезування. Хірургічні втручання спрямовані в першу чергу на відновлення втраченої функції кінцівки, покращення самообслуговування, підвищення функціональної активності хворих. Для покращення результатів ендопротезування кульшового суглоба необхідно досконало володіти знаннями щодо рентгенологічних особливостей у хворих на ревматоїдний артрит. Мета. Вивчити та проаналізувати рентгенологічні особливості кульшового суглоба у хворих на ревматоїдний артрит. Матеріали та методи. В основу цієї роботи покладено аналіз ортопедичного лікування, спрямованого на відновлення функції кульшового суглоба 40 хворих на ревматоїдний артрит, яким було виконано 57 тотальних ендопротезувань кульшових суглобів. 17 хворих були з двобічним ураженням, тому оперативні втручання були виконані з обох боків. Діагноз ревматоїдного артрити встановлювався на основі критеріїв, які рекомендовані Американським коледжем ревматологів (ACR), а також прийнятої у 2005р. на пленумі ревматологів України робочої класифікації РА. Вік пацієнтів коливався від 18 до 77 років та у середньому складав 45,1 ± 1,1 років. Серед прооперованих хворих на РА жінок було у 4 рази більше ніж чоловіків, що відповідає даним літератури. Рентгенологічне обстеження проводили за допомогою рентгенівського апарату SimensMultixTop. Усім хворим перед операцією проводили рентгенографію обох кульшових суглобів в передньо-задній проекції, з обов'язковим залученням діафіза стегнової кістки до рівня середньої третини. Контрольну рентгенографію оперованого суглоба проводили на наступний день після операції та в подальшому через 3, 6, 12 місяців та через кожний наступний рік. При рентгенологічній оцінці ураженого суглоба користувалися клініко-рентгено-морфологічною класифікацією Скларенка-Стецули та визначенням індексу Сінгха, морфологічно-кортикальний індексу тощо.

Результати. Всі 40 пацієнтів, яких ми досліджували, в обов'язковому порядку були рентгенологічно обстежені. На серії рентгенограм ми звертали увагу на такі зміни в кульшових суглобах хворих на ревматоїдний артрит, як:

1) Звуження суглобової щілини. Ця ознака спостерігалась у всіх 40 обстежених нами хворих;

2) Ерозії. Дана ознака була виявлена у 10 пацієнтів. Ерозії спостерігались як на головці стегнової кістки, так і на кульшовій западині;

3) Локальний остеопороз. Його ми спостерігали лише у 10% досліджуваних хворих – 4 пацієнта;

4) Склероз субхондральної кістки. Це одна з найпоширеніших змін, виявлених при рентгенографії кульшового суглоба у хворих на ревматоїдний артрит, що спостерігалась у половини обстежених нами пацієнтів (50%) – 20 хворих. Дана рентгенологічна ознака чітко спостерігалась у верхній частині кульшової западини;

5) «Нова кісткова формація». Дана ознака спостерігалась нами у 7 хворих. Вона мала дегенеративний характер;

6) Кістоподібна перебудова. Ці дані були виявлені в 25 відсотків обстежених нами пацієнтів – 10 пацієнтів;

7) Підвивих головки стегнової кістки. Цю рентгенологічну ознаку ми спостерігали у 5% хворих;

8) Кістковий анкілоз. Дана рентгенологічна ознака спостерігалась у 4 хворих. Іноді на рентгенограмах не було видно суглобової щілини, але кісткові трабекули іще не проходили через «спільну» ділянку суглоба;

9) Деформація головки стегнової кістки. Її ми спостерігали в 16 хворих на ревматоїдний артрит. У п'яти пацієнтів це були зміни з обох боків, в 11-ти – односторонніми. Були виявлені три форми: а) зміни стегнової кістки по типу «mushroom deformity»; б) генералізований ерозивний процес, аналогічний тому, що спостерігається при змінах кистьових суглобів у хворих на ревматоїдний артрит; в) деформація та руйнування головки стегнової кістки, що починається з некрозу чи резорбції стегнової кістки.

10) Протрузія кульшової западини. Дані рентгенологічні зміни виявлялись нами у 7 хворих. Чотири пацієнти мали двобічні зміни та три з одного боку.

При III стадії захворювання на РА індекс Сінгха коливався в межах 4–3 та 1–2 бали, що свідчить про значне зниження щільності кісткової тканини проксимального відділу стегнової кістки у цих хворих. Морфологічно-кортикальний індекс та індекс Сінгха – показники, що характеризують стан кісткової тканини проксимального відділу стегна. Проте стан кістки в ділянці кульшової западини вони не висвітлюють.

Висновки. На основі опрацьованих нами рентгенограм кульшових суглобів, у хворих на ревматоїдний артрит були виявлені та оцінені такі рентгенологічні ознаки, як звуження суглобової щілини, ерозії суглобових поверхонь, локальний остеопороз, склероз субхондральної кістки, кістоподібна перебудова, підвивих головки стегнової кістки кістковий анкілоз, деформація головки стегнової кістки, протрузія кульшової западини. Чим суттєвіші зміни в ділянці кульшового суглоба, чим більше наявних у пацієнта вищезгаданих ознак, тим складнішим буде тотальне ендопротезування та триваліша післяопераційна реабілітація.

Визначення у пацієнтів з ревматоїдним артритом морфологічно-кортикального індексу та індексу Сінгха допомагають краще охарактеризувати стан кісткової тканини проксимального відділу стегна, що в подальшому допоможе обрати правильну конструкцію ендопротеза, що, в свою чергу, дозволить максимально продовжити час його служби.