

ПОШКОДЖЕННЯ ХОНДРОЛАБРАЛЬНОГО КОМПЛЕКСУ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У ДОРΟΣЛИХ: СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ

Бурсуєк Ю.Є., Бабко А.М., Сергієнко Р.О., Костоєриєв Ю.О., Бурсуєк Є.Й.

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» Київ, Україна

МЦ «Клініка сучасної ортопедії» Київ, Україна

Чернівецька обласна клінічна лікарня. Чернівці, Україна

Вступ. Питома вага захворювань і пошкоджень кульшового суглоба з числа травм і захворювань всієї опорно-рухової системи складає 8-10%. Кожний десятий із захворюванням кульшового суглоба в Україні стає інвалідом (Гайко Г.В., Калашніков А.В., Полішко В.П., 2005 р.) За даними літератури, в останні роки відмічається не тільки зростання патології кульшового суглоба, але й її омолодження. На сьогодні існує проблема в діагностиці ранніх змін в кульшовому суглобі, яких ми не можемо бачити на рентгенограмах. Це призводить до неправильної діагностики та, відповідно, неправильного лікування, через що відбувається прогресування захворювання. Фемороацетабулярний конфлікт (ФАК) – одне з найцікавіших питань в сучасній хірургії кульшового суглоба. Довгий час лікарі просто не помічали цю патологію, і тільки в кінці ХХ століття проблема отримала належну увагу. ФАК – це патомеханічний процес хронічної травматизації суглобової губи і суглобового хряща даху вертлюгової западини головою або шийкою стегнової кістки. Відомо, що пошкодження хондролабрального комплексу (ХЛК) – найчастіша патологія, яка зустрічається під час артроскопії кульшового суглоба (Kelly V.T. et al, 2005; Merphy et al, 2006; Hinnes S.L., 2007, Marino I. et al, 2009). Взагалі, частота ушкоджень хондролабрального комплексу, за даними McCarthy I. et al (2003), при вивченні трупного матеріалу становить 93%. Оскільки губа та хрящ вертлюгової западини щільно з'єднані між собою, то правильно розглядати це не як окремі структури, а як комплекс – хондролабральний комплекс. Основною причиною пошкодження хондролабрального комплексу є ФАК. За вдалими визначенням S. Abramson et al. (2009): остеоартроз в своїй суті та основі – біомеханічне захворювання, викликане неадекватною відповіддю на навантаження суглоба. Таким чином, концепція ФАК як результат еволюції уявлень про біомеханічні механізми руйнування кульшового суглоба логічно інтегрується в цілісну систему наукових знань з етіології та патогенезу коксартрозу. В англійській мові медичної інформації термін «femoroacetabular impingement» мігрував із нідерландської мови, де він уперше (1999) в статті H. Eijer та R. Ganz був застосований для визначення патогенетичного механізму руйнування кульшового суглоба після консолидованого перелому шийки стегнової кістки. Раніше ці та інші автори застосовували терміни шийково-ацетабулярний імпінджмент та синдром ацетабулярного краю. Лексико-семантичною особливістю англійського дієслова *impinge* зі значенням «співударятися, зіштовхуватися, штовхати, посягати, защемлювати, тиснути, ламати» є його полісемія (термінологічна багатозначність). В 2004 р. у публікації Філіпчука В.В. українською мовою використано слово конфлікт для максимально точного відтворення семантики терміна «impingement». Згодом ортопеди інших європейських неанглійських країн використали аналогічний принцип. Прикладами можуть слугувати терміни: «conflit fémoro-acétabulaire» французькою та «conflito femoroacetabular» іспанською мовами. У той же час у білоруських, російських та деяких вітчизняних джерелах медичної інформації застосовується транслітерація на кирилицю імпінджмент, а подекуди навіть помилкова імпіджмент.

Установлення патоморфологічних змін як наслідок синдрому ФАК у тканинах кульшової западини неодноразово були предметом розгляду дослідників. Так Corten K. et al. (2011) на підставі гістологічних досліджень у 20 пацієнтів із променевими ознаками осифікації ацетабулярної губи встановили, що в результаті ФАК відбувається апозиційний ріст кісткової тканини ацетабулярного краю. Цікавим виявився факт, що гістологічно диференціювати нативну та апозиційно утворену кістку неможливо. У оглядовій роботі Grant et al. (2012) зазначено, що місцем максимального руйнування при асферичному типі

ФАК є перехід ацетабулярної губи в суглобовий хрящ западини з наступною деламініцією хряща. При ФАК за типом гіперзанурення насамперед страждає сама тканина губи. Якщо класичні (традиційні) методики спрямовані, насамперед, на реконструкцію та відновлення кутових показників анатомічної форми (кісткової геометрії), то новітні мають додаткову можливість та дозволяють виконати безпечні внутрішньосуглобові процедури, зокрема, відновлення ацетабулярного хондролабрального комплексу.

Висновки. Рентгенографія та МРТ сьогодні є основними методами діагностики ФАК. Хоча МРТ кульшового суглоба, передусім, спрямована на візуалізацію рентгеннеконтрастних структур, сучасні протоколи досліджень дозволяють чітко аналізувати кісткову геометрію. Незважаючи на наявність більш потужних томографів, переважна кількість досліджень кульшового суглоба виконується на апаратах із індукцією магнітного поля в 1,5Тл, які у більшості випадків дозволяють встановити хондральні та лабральні ушкодження.

Так як до кінця іще не створено протоколів та методів діагностики, лікування і реабілітації пацієнтів з пошкодженням хондролабрального комплексу кульшового суглоба, не вивчено причини виникнення рецидивів, не проаналізовано причини негативних результатів лікування – дана тема є сучасною і актуальною, яка потребує ретельного подальшого вивчення.