

КЛІНІКО-РЕНТГЕНОЛОГІЧНІ ТА ПАТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИН ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ.

Герасименко С.І., Григоровський В.В., Бабко А.М.
ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМНУ", м. Київ

Метою цього дослідження було встановити патоморфологічні особливості ураження тканин плечового та ліктьового суглобів у хворих на ревматоїдний артрит (РА), яким виконували реконструктивні операції, включно ендопротезування, з видаленням фрагментів суглобових кінців та суглобової капсули.

Матеріалом дослідження послужили тканини плечового та ліктьового суглобів 6 хворих на РА, яким виконували їх тотальне ендопротезування, з видаленням фрагментів суглобових кінців кісток та суглобової капсули.

За клініко-рентгенологічними особливостями ураження тканин суглобів верхньої кінцівки у хворих на РА розрізняємо 3 ступеня функціональної недостатності верхніх кінцівок у хворих РА. За I ступеня визначаються легкі деформації, незначне обмеження рухів, невиражений больовий синдром, незначні ексудативні або ексудативно-проліферативні зміни в суглобі, помірна атрофія м'язів з помірним зниженням їхньої функції. II ступінь функціональної недостатності верхніх кінцівок характеризується деформаціями середньої тяжкості та помірними болями у суглобах, вираженим обмеженням рухів, стійкими контрактурами або підвивихами в суглобах, значним зниженням функціонального стану м'язів. За III ступеня функціональної недостатності верхніх кінцівок мають місце важкі деформації з дискордантними установками, різким обмеженням рухів у суглобах або анкілози, сильними болями та значною атрофією м'язів. При швидко прогресуючому перебігу на рентгенограмі визначали обширні руйнування кісток аж до повного лізису суглобових поверхонь (остеолітичний варіант).

Патологічні зміни, які знаходили у суглобових кінцях, відзначалися неоднорідністю проявів у різних кістках. Суглобовий хрящ (СХ) у всіх випадках виявляв певний ступінь вираженості дистрофічно-деструктивних змін, або був повністю відсутнім, із заміщенням суглобової поверхні фіброзною тканиною. Характер ураження в окремих випадках мав деякі топографічні особливості. Так, траплялися випадки дуже нерівномірного, великоосередкового руйнування звичної структури суглобові поверхні – як СХ, так і субхондріальної кісткової пластинки, що у поєднанні з фрагментацією хряща, фіброзом, формуванням дефектів та хрящових вузликів-регенератів створювало дуже складну картину патологічних змін. В інших випадках дистрофічно-деструктивного ураження суглоба (ДДУС) загальна форма та топографія суглобового кінця в цілому зберігалася, хоча спостерігалася помітне стоншення перекладок спонгіози, включно – субхондріальної кісткової пластинки. При цьому СХ на певному проміжку суглобової поверхні був повністю або частково відсутнім та заміщеним або не заміщеним щільною фіброзною тканиною. Морфологічні ознаки активності запального процесу в тканинах суглобів були непостійними, варіювали та відповідали активності низького та середнього ступеня.

Висновок. В основі функціональної недостатності великих суглобів верхньої кінцівки лежать складні патоморфологічні зміни у суглобових кінцях та суглобовій капсулі. Хоча провідним фактором пошкодження нормальних структур суглобів є хронічний запальний процес з імунним компонентом різної інтенсивності, частіше – слабкої або середньої, у віддалені терміни, коли виконуються реконструктивні операції на суглобах з метою відновлення обсягу рухів, включно – артропластика суглобів з використанням ендопротезів, найбільшого значення набувають дистрофічно-деструктивні зміни у суглобових кінцях кісток. Виявлені дані про характер ураження тканин суглобів верхньої кінцівки у хворих на РА обґрунтовує необхідність більш широкого застосування радикальних ортопедо-хірургічних методів відновлення функціональної здатності цих суглобів.