

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ САГІТАЛЬНОЇ ДЕВІАЦІЇ ВИРОСТКІВ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

В.М. Шимон, І.І. Пушкеш

Державний Вищий Навчальний Заклад

Ужгородський національний університет

Кафедра загальної хірургії з курсом травматології та ортопедії, медичний факультет, м. Ужгород, Україна

Колінний суглоб — це найскладніший суглоб, на який щодня лягає велике навантаження. Тому немає нічого дивного, що біль в коліні є досить поширеним явищем, особливо, якщо у пацієнта була травма коліна. Крім того, хворобливі відчуття можуть бути викликані тим, що збирається рідина в колінному суглобі.

Пошкодження та захворювання менісків складають близько 13% від загальної кількості ортопедо-травматологічних хворих і 60% від усіх оперованих з патологією колінного суглобу. Дана патологія колінного суглобу призводить до розвитку артрозів у 20-40% в найближчі 10 років після оперативного втручання.

Методи консервативного лікування больових синдромів при деформуючому артрозі колінних суглобів та патології опорно-рухової системи в цілому поділяються на медикаментозну та фізіологічну терапію, а також санаторно-курортне лікування.

Незважаючи на використання сучасних методів лікування як консервативних, так і оперативних, деформуючий артроз у 80% випадків прогресує і ускладнюється повною дегенерацією суглобового хряща і незворотніми деструктивними змінами, а в майбутньому деформаціями колінного суглобу. В результаті вторинного запального процесу змінюється синовіальна оболонка та суглобова сумка, що призводить до поглиблення руйнівного процесу в суглобі, порушення його функції опори і є причиною інвалідності. Нерідко зустрічається дистрофія м'язів кінцівки і зміни осі нижніх кінцівок. Разом з тим, рання діагностика захворювань опорно-рухового апарату вимагає вдосконалення.

Особливістю деформуючого остеоартрозу є зміни, насамперед, у суглобовому хрящі у вигляді його розволокнення і нерівномірного звуження, які зустрічаються у 93% випадків, а також зміни м'яких оболонок суглобу в поєднанні з синовіїтом — в 54%.

Мета дослідження. Визначення змін кутів α , β та критерію Insal-Salvati в колінному суглобі. Де зміна кутів призводить до синдрому сагітальної девіації.

Матеріали та методи. Проведено аналіз рентгенометричних досліджень 82 рентгенограм хворих з диспластичними змінами в колінному суглобі, де нами було проведено обстеження і виявлено

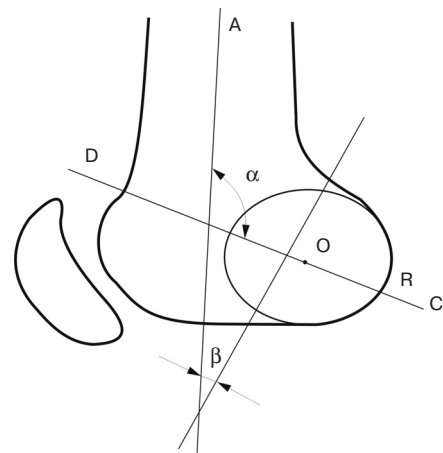


Рис. 1. Загальна схема сагітальної деформації дистальних відділів стегнової кістки (опис в тексті)

зміни кута α сагітальної девіації. Методикою визначення кута девіації виростків стегнової кістки; кут Andrews проводили наступним чином.

Опис визначення кута девіації:

- 1) кут α девіації суглобових виростків стегнової кістки, що формується прямою перпендикулярною діафізу стегнової кістки A-B та прямою C-D, що проходить через дві фіксовані точки: центр кривизни R задньої артикулюючої з великогемілковою кісткою частини виростка, та через вершину суглобового хряща;
- 2) кут β формується перпендикулярною діафізу стегнової кістки A-B прямою L-S, проведеною повздовж лінії Блюменсаата. Кут β , що в нормі досягає 20-35°, ми використовуємо для визначення ступеня деформації дистальних відділів стегнової кістки.
- 3) довжина радіуса "R" артикулюючої з великогемілковою кісткою частини виростка, у відношенні до довжини виростка за лінією C-D, що пропонується для визначення кута альфа.
- 4) Критерій Insal-Salvati $BD/AB=1,02$ (0,8-1,2), як величина відношення між висотою надколінка та довжиною зв'язки наколінка.

Результати дослідження та їх обговорення.

Від зміни кута деформації хворі були розподілені нами наступним чином: перша група з відхиленням кута α , кута β в межах 82-110° — 21 хворих, критерій Insal-Salvati від 0,88-1,0, друга гру-

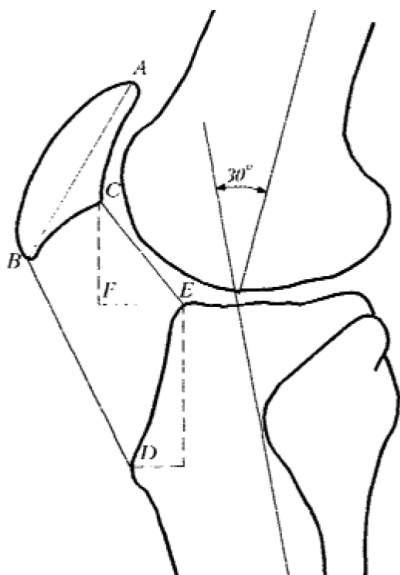


Рис. 2. Критерій Insal-Salvati

па — відхилення кута α , кута β в межах 110° — 28 хворих, критерій Insal-Salvati від 0,89-1,0, третя група хворих з відхиленням кута α , кута β більше $110-125^\circ$ — 15 хворих, критерій Insal-Salvati від 0,76-1,02, більше 125° — 8 хворих, критерій Insal-Salvati від 0,96-0,99.

У першій групі хворих з показником відхилення кута девіації в межах $82-110^\circ$ — 21 пацієнт, відзначали періодичні болі в колінному суглобі при надмірному фізичному навантаженні (довготривалій ходьбі, грі у футбол, баскетбол), які в стані спокою проходили без прийому знеболюючих.

Друга група хворих з показником відхилення кута девіації в межах 110° — 28 хворих, відмічали болі в колінному суглобі при незначному фізичному навантаженні, які турбують протягом декількох років. Біль турбував в ділянці медіальної щілини. Ввечері відмічали незначний набряк колінного суглобу. Незначне обмеження рухів в колінному суглобі. Больовий синдром проходив під час прийому знеболюючих.

Третя група хворих з показником відхилення кута девіації в межах $110-125^\circ$ — 15 хворих, відмічали болі в колінному суглобі з дитинства. Біль ниючого характеру в колінному суглобі при незначному навантаженні, а також біль періодично з'являвся в стані спокою. Обмеження рухів в колінному суглобі. Біль проходить після прийому знеболюючих.

Четверта група хворих з показником відхилення кута девіації більше 125° — 8 осіб. В цій групі хворі відмічають виражені болі в колінному суглобі при мінімальних навантаженнях. Різке обмеження рухів в колінному суглобі. Біль проходить тільки при прийомі знеболювальних препаратів.

В результаті рентгенометричних досліджень ми отримали наступні дані, які свідчать про те, що зміни кута α та кута β були виявлені у хворих з диспластичними змінами у колінного суглобу. Надзвичайно важливу роль при даних змінах відіграють меніски колінного суглобу під дією неправильного навантаження.

Підтвердженням змін кута α та кута β є диспластичне пошкодження медіального меніску при деформації колінного суглобу.

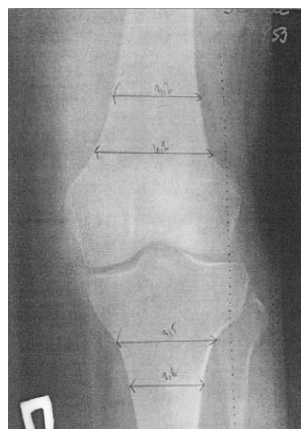


Рис. 3

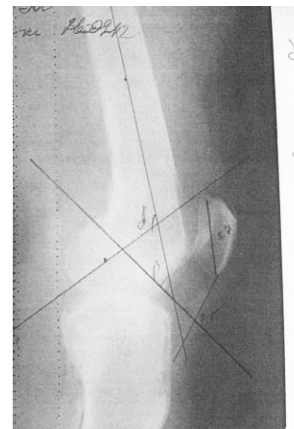


Рис. 4

Клінічні приклади

Хвора Р. 1953 р.н. вперше звернулася зі скаргами на болі, які періодично з'являються після тривалої навантаженні (довготривалій ходьбі, при грі у футбол) Кут α 114° , кут β 34° , критерій Insal-Salvati 0,77.



Рис. 5



Рис. 6

Хворий М. 1956 р.н., неодноразово звертався зі скаргами на болі в колінному суглобі, які турбують протягом декількох років. Зазвичай болі турбують в колінному суглобі при ходьбі. Ввечері відмічав незначний набряк колінного суглобу. Болі мали ниючий характер. Хворий відмічає незначне обмеження рухів в колінному суглобі, блокади. Больовий синдром проходив після прийому знеболюючих. Хворому було виконано менісскетомію медіального меніску, який був диспластично змінений. Останній здано на гістологічне дослідження. Кут α 119° , кут β 44° , критерій Insal-Salvati 0,99.



Рис. 7

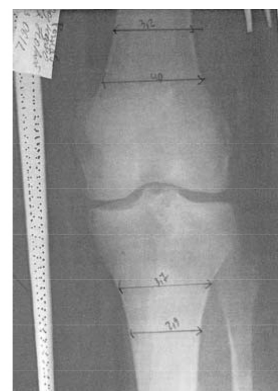


Рис. 8

Хворий Т. 1955 р.н. звернувся з болями в колінному суглобі, які відмічає з дитинства. Біль ниючого характеру в колінному суглобі при незначному навантаженні, а також періодично в стані спокою, незначний набряк м'яких тканин. Біль проходить після прийому знеболюючих, та в спокої. Хворий відмічає виражене обмеження рухів в колінному суглобі. Кут α 127° , кут β 42° , критерій Insal-Salvati 0,98.

Висновок. При обстеженні хворих було виявлено відхилення від норми кута сагітальної девіації, що в майбутньому призведе до деформації, пошкодження суглобового хряща та менісків колінного суглобу. Також може призвести до дегенеративних змін і в кульшовому суглобі та порушення осі кінцівки. Ці дані особливо потрібно врахувати при протезуванні як колінного, так і кульшового суглобів. Робота та дослідження над синдром сагітальної деформації нами продовжуються.

ЛІТЕРАТУРА

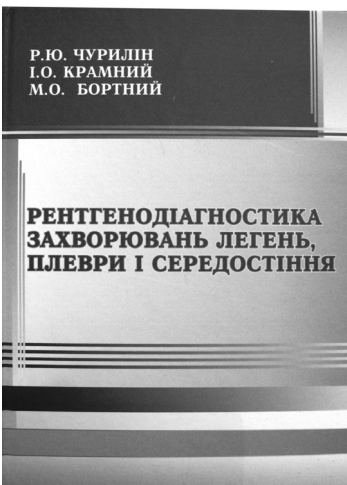
1. Бабуркіна Е.П. Патологія менісков колінного суглоба (генезис, лечебно-діагностическая тактика) / — Харьков, 2012. — 222 с.
2. Бабуркіна О.П. Синдром порушення навантаження феморо-пателлярного зчленування диспластичного генезу: Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: / О.П. Бабуркіна. — Харків, 1996. — 265с.
3. Бабуркіна Е.П., Сименач Б.И., Снисаренко П.И. Патология менісков колінного суглоба как артрологическая проблема //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика. Деякі питання ортопедії та травматології. Київ. — 2003. — С.201-209.
4. Нестеренко С.А. Синдром нарушения равновесия надколенника диспластического генеза: дис. канд. мед. наук. 14.01.21. — Харьков, 1989.

5. Пустовойт Б.А. Рентгенодиагностика дисплазии феморо-пателлярного сочленения колінного суглоба / Б.А. Пустовойт, Е.П. Бабуркіна, Тарик Зіал Абдул-Азис Рашид. — Х., 2007. — 36-41 с. — (Ортопед., травматол. и протез №2)
6. Сименач Б.И., Бабуркіна О.П., Снисаренко П.И., Пустовойт Б.А. Синдром артрозуючої деформації зумовленої спадковою схильністю // Матер. плен. асоц. ортоп. травм. України. — Київ-Вінниця. — 2004. — С.128-131.
7. Сименач Б.И. Спадково схильні захворювання суглобів: побудова лікувально-діагностичної тактики (на моделі колінного суглоба) / — Харків, 1999. — 393 с.
8. Шимон В.М. Синдром диспластичної сагітальної девіації виростка стегнової кістки /Пантьо В.І., Блинда І.І., Гук Б.М., Вайнагій О.М., Шимон М.В., Сливка Р.М., Сіреті Ю.Ю. — Ужгород., 2007. — 227-230 с. — Науковий Вісник УжНУ, серія "Медицина". № 32.
9. Шимон В.М., Блинда І.І. Синдром вертикальної дистонії надколінника // Літопис Травматології та ортопедії №1-2, Київ. — 2008. — с.59-62.
10. Шимон В.М., Блинда І.І., Василиця М.М. Нова концепція підходу до лікування дисплазій колінного суглоба у спортсменів.

РЕЗЮМЕ. При обстеженні хворих нами було виявлено синдром сагітальної девіації, що в майбутньому призводить до деформації, пошкодження суглобового хряща та менісків колінного суглобу, а також до дегенеративних змін і в кульшовому суглобі та порушення осі кінцівки.
Ключові слова: біль, колінний суглоб, дисплазія, синдром сагітальної девіації.

SUMMARY. When examining patients we found syndrome sagittal deviation in the future leads to deformation, damage to the articular cartilage and menisci of the knee joint, as well as degenerative changes in the hip joint and a violation of the axis of the limb.
Key words: pain, knee joint dysplasia syndrome, sagittal deviation.

НОВІ КНИГИ



Рентгенодіагностика захворювань легень, плеври і середостіння: підручник /Р.Ю. Чурилін, І.О. Крамний, М.О. Бортний — Х.: Видавництво Віровець А.П. "Апостроф", 2011 . — 252 с.: іл. 136.

Автори: кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **Р.Ю. Чурилін**; кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **І.О. Крамний**; кандидат медичних наук, доцент кафедри променевої діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти **М.О. Бортний**.

Рецензенти: завідувач кафедри променевої діагностики і радіології Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, доктор медичних наук, професор **О.П. Мягков**; професор кафедри онкології, радіології та радіаційної медицини Луганського державного медичного університету, доктор медичних наук, професор **О.М. Шкондін**.

У підручнику викладені особливості рентгенівської анатомії, методик дослідження, діагностики та диференційної рентгенодіагностики окремих захворювань легень, плеври та середостіння у відповідності до затвердженої програми.

Підручник пропонується лікарям-рентгенологам циклів спеціалізації, інтернам, пульмонологам, фтизіатрам, онкологам.

Затверджено та рекомендовано до друку Вченою Радою Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України (протокол № 6 від 25 червня 2010 р.).

Замовити книги можна за телефоном: +38044 503-04-39