

УДК 616.727.4-002.77-089

И.Ж. ОСМОНАЛИЕВ^{1,3}, И.Ф. АХТЯМОВ^{1,3}, Г.И. МИКУСЕВ², Г.Г. НЕТТОВ², Л.И. МЯСОУТОВА¹, Г.М. ФАЙЗРАХМАНОВА¹¹Казанский государственный медицинский университет, 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49²Городская клиническая больница № 7, 420136, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54³Республиканская клиническая больница МЗ РТ, 420064, г. Казань, Оренбургский тракт, д. 138

Хирургическое лечение ревматоидной кисти: поиск и решения

Осмоналиев Икар Жетигенович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС, тел. +7-962-558-83-88, e-mail: ikarkg-kaz@mail.ru^{1,3}

Ахтямов Ильдар Фуатович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний КГМУ, главный научный сотрудник научного отдела РКБ МЗ РТ, тел. +7-905-315-01-50, e-mail: yalta60@mail.ru^{1,3}

Микусев Глеб Иванович — кандидат медицинских наук, заведующий отделением травматологии № 2 городской клинической больницы № 7, тел. +7-917-915-24-77, e-mail: g.mikusew@mail.ru²

Неттов Газиз Гинойтович — доктор медицинских наук, врач травматолог-ортопед отделения травматологии № 2 городской клинической больницы № 7 г. Казани, тел. +7-917-893-24-97, e-mail: gaziz-nettov@yandex.ru²

Мясоутова Лейсан Ильдаровна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной терапии, тел. +7-917-245-55-75, e-mail: myasoutova74@mail.ru¹

Файзрахманова Гульнара Мубаракновна — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры травматологии, ортопедии и ХЭС, тел. +7-917-271-88-82, e-mail: fagumu69@mail.ru¹

Ревматоидный артрит (РА) — системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита, протекающее с множеством осложнений. Поражение кисти занимает особое место в клинической картине хронических заболеваний суставов. Хирургическое лечение применяют при РА с целью сохранения, восстановления или улучшения функции суставов. В зависимости от стадии заболевания и процесса в пораженном суставе применяется различное восстановительно-реконструктивное хирургическое лечение. С учетом высокой адаптационной способности ревматоидной кисти даже при крайне запущенных видах деформации, по нашему мнению, необходимо дальнейшее исследование для уточнения показаний и противопоказаний к корригирующим операциям.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, деформация кисти, лечение.

I.Zh. OSMONALIYEV^{1,3}, I.F. AKHTYAMOV^{1,3}, G.I. MIKUSEV², G.G. NETTOV², L.I. MYASOUTOVA¹, G.M. FAIZRAKHMANOVA¹¹Kazan State Medical University, 49 Butlerov St., Kazan, Russian Federation, 420012²City Clinical Hospital № 7, 54 Chuykov St., Kazan, Russian Federation, 420103³Republican Clinical Hospital of the Ministry of Health of the Republic of Tatarstan, 138 Orenburgskiy Trakt, Kazan, Russian Federation, 420064

Surgical treatment of rheumatoid hand: search and decisions



Osmonaliyev I.Z. — Cand. Med. Sc., Assistant Lecturer of the Department of Traumatology, Orthopedics and SES, tel. +7-962-558-83-88, e-mail: ikarkg-kaz@mail.ru^{1,3}

Akhtyamov I.F. — D. Med. Sc., Professor, Head of the Department of Traumatology, Orthopedics and Surgery of Extreme States of KSMU, Chief Researcher of the Scientific Department RCH of MH of RT, tel. +7-905-315-01-50, e-mail: yalta60@mail.ru^{1,3}

Mikusev G.I. — Cand. Med. Sc., Head of the Department of Traumatology № 2, tel. +7-917-915-24-77, e-mail: g.mikusev@mail.ru²

Nettov G.G. — D. Med. Sc., doctor-traumatologist-orthopedist of the Department of Traumatology № 2, tel. +7-917-893-24-97, e-mail: gaziz-nettov@yandex.ru²

Myasoutova L.I. — Cand. Med. Sc., Assistant Lecturer of the Department of Hospital Therapy, tel. +7-917-245-55-75, e-mail: myasoutova74@mail.ru¹

Faizrahmanova G.M. — Cand. Med. Sc., Assistant Lecturer of the Department of Traumatology, Orthopedics and SES, tel. +7-917-271-88-82, e-mail: fagumu69@mail.ru¹

Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic inflammatory disease of connective tissue, mainly affecting the joints in the form of chronic progressing erosive-destructive polyarthritis, occurring with a variety of complications. The hand injury takes a special place in the clinical pattern of chronic diseases of joints. Surgical treatment is used in RA with the aim of conservation, restoration or improvement of the joints functioning. Depending on the stage of the disease and the process in the affected joint, different methods of rehabilitation-reconstructive surgery are applied. Given the high adaptive capacity of rheumatoid hand, even the severe deformations demand further research is needed to clarify the indications and contraindications to corrective operations.

Key words: rheumatoid arthritis, hand injury, treatment.

Ревматические заболевания (РЗ) широко распространены в мире. В связи со сложностью лечения, хроническим и зачастую тяжелым течением, неуклонным ростом заболеваемости, высокой инвалидностью они представляют собой одну из важнейших медико-социальных проблем. Проблема лечения РЗ не теряет своей актуальности, хотя со времени описания этого заболевания прошло уже много лет.

Ревматоидный артрит (РА) — системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита, протекающее с множеством осложнений. РА поражает людей самого разного возраста, но чаще тех, кому за 30. Среди женщин примерно в 5 раз больше болеющих ревматоидным артритом, чем среди мужчин. Частота РА в различных регионах земного шара колеблется от 0,3 до 2-3% и составляет в России, по данным Института ревматологии, 0,42%, а в развитых странах Европы — 0,5-1,0%. Ежегодная заболеваемость составляет 0,02%. Установлено, что в России проживает более 250 000 больных с РА [2], а ежегодно вновь заболевают около 2200 человек.

Тяжесть РА во многом связана с тем, что субклинически текущий иммунопатологический процесс начинается до клинической манифестации заболевания. По данным биопсии синовиальной оболочки, признаки хронического воспаления выявляются в клинически непораженных суставах.

Поражение кисти занимает особое место в клинической картине хронических заболеваний суставов [3]. Суставной синдром составляет основу клинической картины. В патологический процесс могут быть вовлечены практически любые суставы, а также околосуставные ткани (связки, сухожилия, мышцы и др.). Наиболее характерна для РА тенденция к развитию эрозивного полиартрита с симметричным поражением суставов и их деформацией. Типичными для РА считаются артрит проксимальных межфаланговых суставов, в результате которого пальцы приобретают веретенообразную форму, и воспаление пястно-фаланговых суставов. Часто отмечается воспаление лучезапястных, пястных, запястных и

межзапястных суставов. Одним из ранних симптомов РА является уменьшение массы межкостных мышц на тыле кисти, обусловленное снижением их функциональной активности.

Поражение сухожилий и изменения мышц играют ведущую роль в формировании стойких деформаций кистей: девиация в ульнарную сторону пальцев, деформации пальца типа «пуговичной петли» (сгибательная контрактура проксимального и переразгибание дистального межфаланговых суставов) (рис.1) или «шеи лебедя» (сгибательная контрактура дистального и переразгибание проксимального межфаланговых суставов) (рис. 2). Эти деформации встречаются почти исключительно при РА и определяют понятие «ревматоидная кисть» (рис. 3).

Рисунок 1.
Развитие деформации по типу пуговичной петли

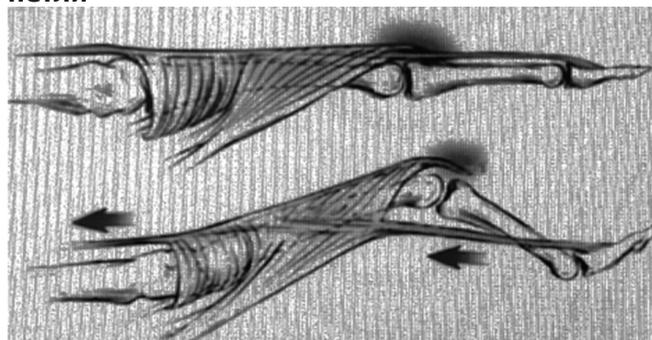


Рисунок 2.
Формирование деформации по типу шеи лебедя

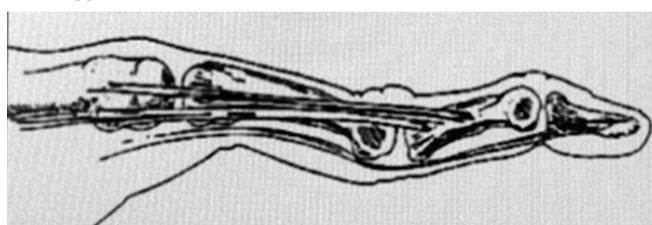


Рисунок 3.
Деформация суставов кисти при ревматоидном артрите

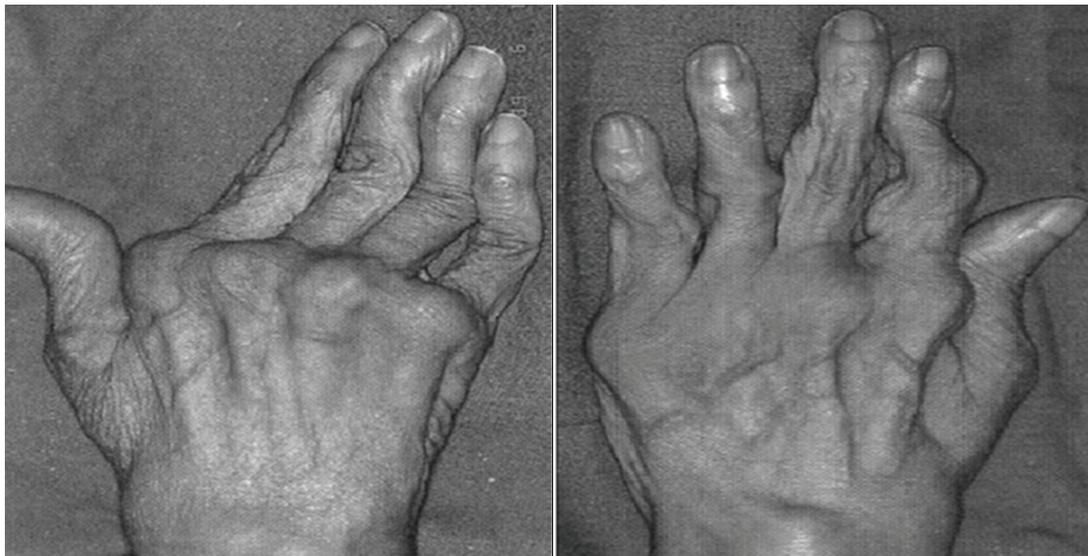


Рисунок 4.
Деформация суставов кисти при системной красной волчанке

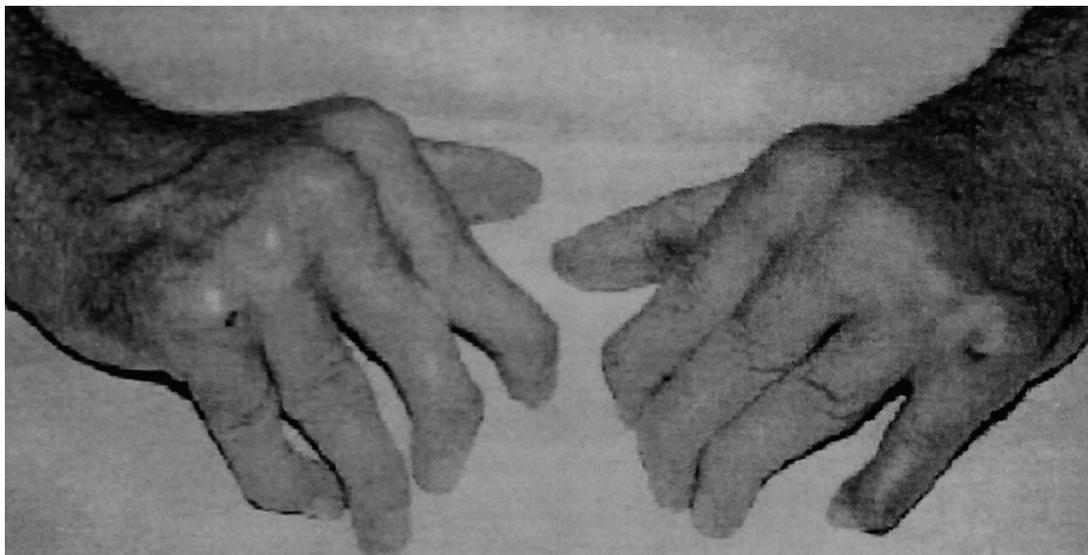
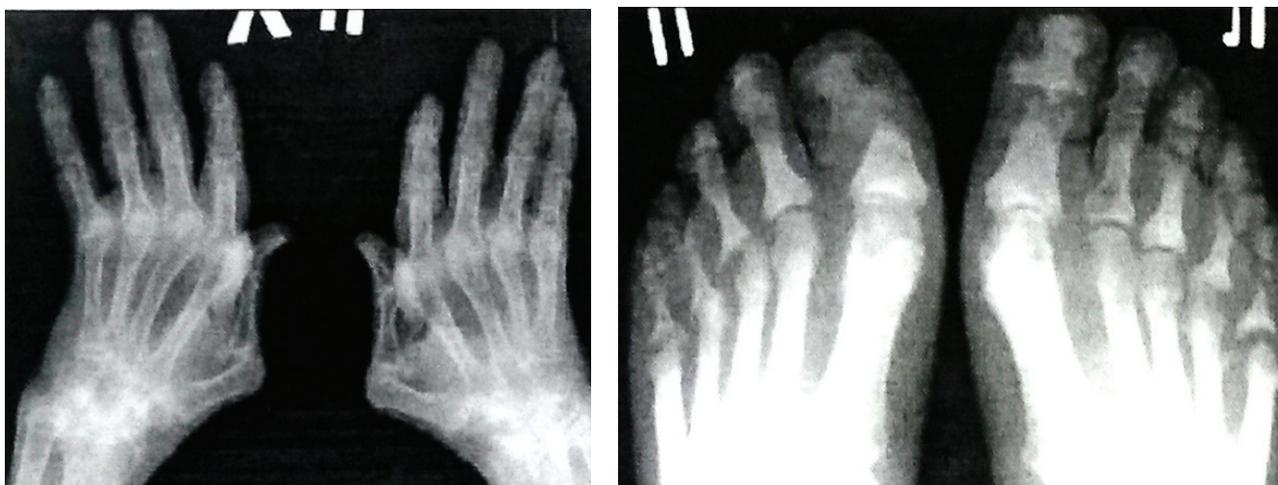


Рисунок 5.
Рентгенологические изменения в суставах кистей и стоп при ревматоидном артрите



Артрит сопровождается появлением болей в суставах, которые обычно усиливается к утру или ночью и часто сочетаются с утренней скованностью. При осмотре отмечают изменение конфигурации пораженных суставов, локальная болезненность при пальпации, а также нарушение функции. Наиболее типичным объективным признаком активного воспаления является припухлость сустава, которая может быть связана с отеком периартикулярных тканей или накоплением экссудата в суставной полости. Припухлость имеет мягкую консистенцию, а накопление экссудата определяется по наличию флюктуации, которую можно зафиксировать, попеременно сдавливая сустав в разных направлениях.

Течение воспалительных изменений, одновременное вовлечение в процесс многих суставов.

Однако следует помнить, что у некоторых пациентов с системной красной волчанкой и системной склеродермией артрит суставов кистей может иметь такую же картину, как и при классическом РА [3] (рис. 4).

При РА могут также развиваться подвывихи суставов, сгибательные контрактуры, костный анкилоз (чаще в межзапястных, лучезапястных, реже в проксимальных межфаланговых суставах).

Рентгенологические изменения, особенно рано выявляемые в суставах кистей и стоп, также имеют большое диагностическое значение. Основными признаками при этом являются околосуставной эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, развитие краевых костных эрозий (рис. 5). Наиболее ранние эрозивные изменения суставных поверхностей при РА отмечают в проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых (чаще в головках II-III пястных костей) суставах, костях запястья.

Данные примеры относятся к запущенным деформациям ревматоидной кисти, когда восстановительные консервативные мероприятия неэффективны.

Хирургическое лечение применяют при РА с целью сохранения, восстановления или улучшения функции суставов. В зависимости от стадии заболевания и особенно от стадии процесса в пораженном суставе условно различают раннее (профилактическое) и восстановительно-реконструктивное хирургическое лечение. К раннему относят оперативные вмешательства типа синовэктомии [5], теносиновэктомии [6], при которых иссекают патологически измененные синовиальную оболочку сустава или сухожильное влагалище.

Реконструктивно-восстановительные операции производят в более поздних стадиях болезни, в

т.ч. при наличии стойких деформаций суставов, снижающих функцию опорно-двигательного аппарата. В эту группу оперативных вмешательств входит расширенная синовкапсулэктомия, когда наряду с иссечением пораженной синовиальной оболочки удаляют измененные участки хряща, остеофиты, грануляционную ткань. Показанием является упорный артрит функционально важного сустава (коленного, локтевого, пястно-фалангового) с выраженным болевым синдромом, зависящим не только от воспалительного процесса, но и от механических причин, связанных с деструктивно-репаративными изменениями. При сгибательных контрактурах используют корригирующие операции типа капсулотомии, остеотомии.

К. Вайнио заметил, что, по данным ревматологического госпиталя г. Хейнола, большинство мягкотканых операций, выполняющихся при ревматоидной кисти, неэффективны. Тем более частой и эффективной операцией при артрите межфаланговых суставов на различных стадиях РА является артродез [1, 4, 6].

Артродез, т.е. создание анкилоза сустава, показан при резко выраженных деструктивных процессах в суставах при условии удовлетворительной функции смежных суставов, что в целом может обеспечить компенсацию утраченных движений в оперированном суставе и улучшить функцию конечности в целом.

Идеальным хирургическим методом лечения артрита пястно-фалангового сустава, позволяющим купировать боль, восстановить двигательную функцию и стабильность оперированных суставов, а при возникновении осложнений провести повторное хирургическое вмешательство, является артропластика [7].

В хирургической практике также широко используются такие методы, как резекционная артропластика [1] и эндопротезирование [7, 8], с использованием имплантатов, изготовленных из пластических материалов.

С учетом высокой адаптационной способности ревматоидной кисти даже при крайне запущенных видах деформации, по нашему мнению, необходимы дальнейшее исследования для уточнения показаний и противопоказаний к корригирующим операциям.

Таким образом, изучение этиологии и патогенеза РА — ревматоидная кисть и поиск надежных способов ее консервативного и оперативного лечения, продолжается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнио К. Восстановительная хирургия при ревматоидном артрите / В кн.: «Ревматоидный артрит» / под ред. В.А. Насоновой (СССР) и проф. В. Лайне (Финляндия). — М., 1983. — С. 184-191.
2. Государственный доклад Минсоцразвития РФ «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2005 г.».
3. Олюнин Ю.А. Ревматоидная кисть / Ю.А. Олюнин, А.В. Смирнов // Современная ревматология. — № 4. — 2009. — С. 16-20.
4. Раунио П., Павлов В.П. Синовэктомия при ревматоидном артрите / Под ред. В.А. Насоновой (СССР) и проф. В. Лайне (Финляндия). — М., 1983. — С. 210-216.

5. Backhouse K.M., Harrison S.H., Hutchings R.T. A Colours Atlas of Rheumatoid Hand Surgery. — Wolfe Medical Publications Ltd., 1981.
6. Raunio P. Prophylactic value of synovectomy of the proximal interphalangeal joint in rheumatoid arthritis // Scand. J. Rheum. — 1997. — Vol. 6 (Suppl. 19).
7. Swanson A.B. Flexible implant arthroplasty for arthritic finger joints. Rationale technique and results of treatment // J. Bone Joint Surg. — 1972. — Vol. 54A. — P. 435-455.
8. Swanson A.B. Reconstructive Surgery in the Arthritic Hand and Foot // Clin. Symposia Ciba. — 1979. — Vol. 31. — P. 6.