

визны трансплантата удалось сохранить и конгруэнтность плечевого сустава.

Отличным результатом лечения у пациентов молодого возраста мы посчитали сочетание двух основных показателей: восстановление циркумдукции верхней конечности и полное восстановление трудоспособности, либо возврат к занятиям любительским спортом. Данным критериям соответствовали 5 пациентов из 6. У шестого пациента результат лечения расценен как хороший, т.е. несмотря на невозможность полного поднятия конечности («волейбольный замах»), исчез страх вывихов, уровень движений в плечевом суставе позволил вернуться к занятиям экстремальными видами спорта.

Таким образом, предлагаемый «Способ оперативного лечения застарелого заднего вывиха плеча» по сравнению с другими известными технологиями обеспечивает следующие преимущества:

1. Используемый аутотрансплантат позволяет восстановить как утраченную площадь костной части суставного отростка лопатки, так и частично заместить безвозвратно утерянную функцию хрящевого гленоида;

2. Предлагаемый способ:

— позволяет сохранить кровоснабжение аутотрансплантата за счет сохранения крепления мышечной ножки дельтовидной мышцы;

— при помощи используемого аутотрансплантата

позволяет восстановить конгруэнтность в плечевом суставе, за счет формы костного трансплантата;

— не нарушает точек крепления ротаторов манжеты, что в последующем не приводит к изменению биомеханики плечевого сустава;

— сокращает сроки лечения, в том числе и период послеоперационной реабилитации пациентов, так как отсутствует гипсовая иммобилизация верхней конечности, а используется только эластичная отводящая шина, которая предупреждает развитие контрактур в плечевом и смежных суставах.

Таким образом, проспективное, неконтролируемое исследование с использованием предложенной модификации ранее известного способа костно-пластической стабилизации головки плечевой кости после устранения заднего вывиха, сочетающегося с наличием дефекта заднего края гленоида лопатки, наглядно продемонстрировало его эффективность у пациентов молодого и трудоспособного возраста. В срок наблюдения до 2-х лет после операции не получено ни одного рецидива вывиха плеча. Новый хирургический метод следует считать операцией выбора, дающей значительную перспективу для возврата к активному и здоровому образу жизни при низком риске рецидива вывиха, но только после подтверждения его эффективности в масштабном контролируемом рандомизированном клиническом исследовании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агеев А.А., Игнатьев А.Г., Тютюнников А.В. Хирургическая тактика при лечении застарелого вывиха плеча // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — № 4. — С. 20-24.
2. Корнилов Н.В. Травматология и ортопедия: рук. для врачей / Под ред. Н.В. Корнилова. — В 4 т.: Т. 2. — СПб.: Гиппократ, 2005. — С. 108-110.
3. Монастырев В.В., Васильев В.Ю., Пусева М.Э., Тишков Н.В. Наш опыт хирургического лечения пациентов с тотальным застарелым повреждением сухожилий ротаторной манжеты плеча // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. — 2013. — №1. — С. 59-63.
4. Монастырев В.В., Сидорова Г.В., Сорокочиков В.А. и др. Диагностическое значение мультиспиральной компьютерной томографии с трехмерной реконструкцией при посттравматической переднемидиальной нестабильности плечевого сустава: открытое проспективное исследование // Медицинская визуализация. — 2012. — № 2. — С. 115-121.
5. Способ оперативного лечения застарелого заднего вывиха плеча: пат. 2481798 Рос. Федерация: МПК А61В 17/56 / Монастырев В.В., Сорокочиков В.А., Васильев В.Ю. и др.; заявитель и патентообладатель НЦРВХ СО РАМН. — № 2011114949/14; заявл. 15.04.2011; опубл. 20.10.2013, Бюл. № 14. — 1 с.
6. Ahmad R., Ahmed S., Bould M. Iatrogenic fracture of humerus — complication of a diagnostic error in a shoulder dislocation: a case report // J Med Case Rep. — 2007. — P. 1-3.
7. Drakos M.C., Green D.M., Dodson C.C., et al. Shoulder Dislocation After Mobilization Procedures for Adhesive Capsulitis // Orthopedics. — 2008. — Vol. 31(12). — P. 1229-1233.
8. Kowalsky M.S., Levine W.N. Traumatic Posterior Glenohumeral Dislocation: Classification, Pathoanatomy, Diagnosis, and Treatment // Orthopedic Clinics of North America. — 2008. — Vol. 39 (4). — P. 519-533.
9. Riggensbach M.D., Najarian R.G., Bishop J.Y. Recurrent, locked posterior glenohumeral dislocation requiring hemiarthroplasty and posterior bone block with humeral head autograft // Orthopedics. — 2012. — Vol. 35 (2). — P.277-282.
10. Robinson C.M., Aderinto J. Posterior shoulder dislocations and fracture-dislocations // J Bone Joint Surg. — 2005. — Vol. 87 (3). — P.639-650.

Информация об авторах: Монастырев Василий Владимирович — младший научный сотрудник, 664003, Иркутск, ул. Борцов Революции, 1, тел. (3952) 290357, e-mail: scrrs.irk@gmail.com; Сорокочиков Владимир Алексеевич — д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе, заведующий кафедрой; Васильев Вячеслав Юрьевич — врач травматолог-ортопед; Пусева Марина Эдуардовна — к.м.н., заведующая отделением, доцент кафедры.

© КАЛЯГИН А.Н., ГРИГОРЬЕВА Т.В., АНТИПОВА О.В., БОЛЬШЕДВОРСКАЯ О.А. — 2013

УДК: 616.712-006:616-833

ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ АРТРИТ

Алексей Николаевич Калягин^{1,2}, Татьяна Васильевна Григорьева²,

Ольга Валентиновна Антипова², Ольга Александровна Большедворская³

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. А.Н. Калягин; ²Клиническая больница №1 г. Иркутска, гл. врач — Л.А. Павлюк, ревматологический центр, зав. — О.В. Антипова; ³Иркутский областной онкологический диспансер, гл. врач — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Паранеопластические синдромы в ряде случаев могут предшествовать диагностике опухоли, а в ряде случаев — следовать за ней. Первая ситуация требует от врача высокой настороженности в плане вероятности развития опухолевого процесса. Артриты — это частые, связанными с опухолями ревматологические синдромы. В статье представлены клинко-эпидемиологические особенности паранеопластических артритов, алгоритм обследования больного, а также клиническое наблюдение.

Ключевые слова: паранеопластический артрит, онконастороженность, диагностика опухоли.

PARANEOPLASTIC ARTHRITIS

A.N. Kalyagin^{1,2}, T.V. Grigorieva¹, O.V. Antipova², O.A. Bolshedvorskaya¹
(¹Irkutsky State Medical University; ²Irkutsk Municipal Clinical Hospital N 1, Russia)

Summary. Paraneoplastic syndromes, in some cases, may precede the diagnosis of the tumor, and in some cases — to follow her. The first situation requires a doctor of high vigilance in terms of the likelihood of developing cancer. Arthritis — is frequently associated with tumors of rheumatic syndromes. The article presents the clinical and epidemiological features of paraneoplastic arthritis, the algorithm examination of the patient, and clinical observation.

Key words: paraneoplastic arthritis, diagnosis of the tumor.

Злокачественные опухоли могут протекать под маской паранеопластических синдромов [12]. Данные литературы по указанной тематике свидетельствуют о том, что у 15,0-63,0% больных злокачественными опухолями обнаруживаются те или иные паранеопластические проявления [11, 13].

Под термином паранеопластический синдром подразумеваются клиничко-лабораторные проявления, обусловленные неспецифическими реакциями со стороны различных органов и систем, продукцией эктопической опухолью биологически активных веществ и не связанные непосредственно с локальным ростом первичной или метастатической опухоли [1, 3, 4, 5].

Эта статья является продолжением предыдущего сообщения, посвящённого паранеопластическим ревматологическим синдромам, предметом которого был миозит [2], в данном же случае речь пойдёт о паранеопластическом артрите.

По данным литературы, артрит является одним из наиболее распространённых паранеопластических синдромов. Он может проявляться в виде моно-, олиго- и полиартрита, иногда наблюдаются и артралгии. В ряде случаев клинически он очень напоминает ревматоидный артрит или синдром Стилла у взрослых. Появление паранеопластического артрита может наблюдаться до диагностики опухолевого заболевания или протекать одновременно с последним. Причём наблюдается тесная корреляция между состоянием опухоли и клинической картиной артрита: при прогрессирующем росте опухоли — артрит активный, при лечении — активность артрита существенно уменьшается. На фоне радикального лечения зачастую отмечается полное купирование артрита. При рецидиве опухолевого процесса — может вновь появляться артрит [7-10, 14-16].

Отличительными признаками паранеопластического варианта артрита по нашему мнению следует назвать следующие:

- 1) Возраст старше 50 лет.
- 2) Асимметричное поражение суставов.
- 3) Острое начало артрита.
- 4) Высокий уровень СОЭ.
- 5) Симптомы астенизации (лихорадка, похудание, снижение аппетита и т.д.).
- 6) Отсутствие типичных маркёров (ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду, ревматоидные узелки и т.д.).



Рис. 1. Рентгенограмма кистей больной

Приводим собственное клиническое наблюдение:

Больная С., 60 лет была госпитализирована в ревматологическое отделение с клиникой острого полиартрита мелких суставов кистей рук с обеих сторон (больше слева), артрита правого коленного сустава. Больной себя считает более одного года, когда впервые появились артриты кистей рук, в поликлинике было выполнено внутрисуставное введение глюкокортикостероидов и после этого клиника артрита существенно уменьшилась, но в последнее время вновь возобновилась, присоединился коленный сустав.

При объективном исследовании отмечается отёк обеих кистей (больше слева), с вовлечением проксимальных и дистальных межфаланговых суставов II-IV пальцев кистей, тендинитами сгибателей I-V пальцев кистей, артрит правого коленного сустава на 3 балла, также выявлено ограничение подвижности в левом плече (рис. 1-3).

При лабораторном исследовании в общем анализе крови существенных изменений нет, СОЭ 24 мм/ч, С-реактивный белок 3,4 мг/дл (норма 1 мг/дл). При исследовании синовиальной жидкости коленного сустава обращают на себя внимание цитоз (60 лейкоцитов в поле зрения), эритроциты 35%, жёлтая мутная окраска синовиальной жидкости с высокой вязкостью. Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду 44,6 (норма — до 22,0), ревматоидный фактор — отрицательный, антиядерные антитела 5,6 (при норме менее 1,0), вирусные гепатиты В и С методами ИФА и ПЦР — отрицательные. Учитывая плотный отёк кисти проводилась дифференциальная диагностика с системной склеродермией. В связи с этим выполнена рентгеноскопия пищевода, которая выявила проходящий спазм кардии, возможную ахалазию пищевода 1 ст., рентгенография грудной клетки — признаки пневмосклероза в прикорневых зонах и базальных отделах лёгких.

Учитывая вовлечение мелких суставов кистей рук, относительную симметричность суставного процесса, полиартикулярный характер поражения и наличие иммунологического маркера больной был диагностирован ревматоидный артрит и назначена терапия метотрексатом в дозе 10 мг/неделю. На фоне лечения через 2 месяца синдром существенно уменьшил свою активность: снизилась выраженность отёков, число припухших и болезненных суставов, однако стал увеличиваться в размерах живот.

Учитывая приём метотрексата, больной заподозрено лекарственное поражение печени с развитием печёночной недостаточности и портальной гипертензией, что и стало основанием для развития асцита. Больная была госпитализирована в гастроэнтерологическое отделение, где при дополнительном обследовании ей выявили опухоль яичника (синдром Мейгса — асцит на фоне опухоли яичника). Больная была направлена в онкологический диспансер, где выполнено радикальное лечение.

Через 2 года после этого больная обратилась к ревматологам повторно. В момент обращения больную

Рис. 2. Рентгенограмма стоп больной

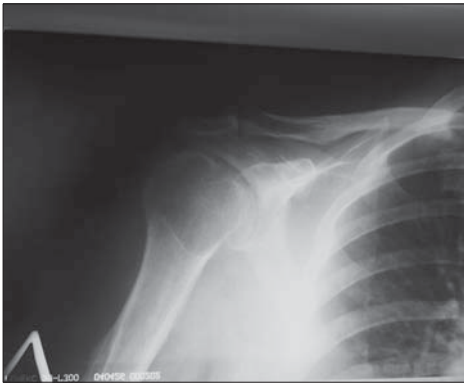


Рис. 3. Рентгенограмма плечевого сустава больной

беспокоили боли в мелких суставах кистей и сформированные сгибательные контрактуры IV-V пальцев левой кисти. Диагноз ревматоидного артрита был снят, клинические

и рентгенологические данные указывали на эрозивную форму остеоартроза суставов кистей рук.

В данном наблюдении представлен вариант паранеопластического ревматоидоподобного артрита, для которого были свойственны вовлечение суставов кистей рук, относительная симметричность и небольшие титры иммунологических маркеров ревматоидного артрита. Вызывало сомнения в плане диагноза позднее начало заболевания (около 60 лет), преобладание отека кисти и тендинитов над артритом, нетипичная рентгенологическая картина.

Таким образом, паранеопластический синдром может проявляться артритом. От врача требуется знание семиотики паранеопластических синдромов, умение провести грамотный диагностический поиск и направить больного для лечения основного заболевания к онкологу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдурасулов Д.М. Паранеопластические синдромы. — Ташкент: Медицина, 1983. — 309 с.
2. Анкудинов А.С., Калягин А.Н., Черных С.Ю. и др. Паранеопластический миозит. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 2013. — Т. 118. №3. — С. 120-123.
3. Геворков А.Р., Дарьялова С.Л. Паранеопластические синдромы. // Клиническая геронтология. — 2009. — Т. 15. №2. — С. 34-49.
4. Гогин Е.Е., Нешитов С.П., Чуванов М.В., Скалозуб О.И. Сложность распознавания паранеопластических синдромов. // Терапевтический архив. — 2008. — Т. 80. №4. — С. 73-76.
5. Дворецкий Л.И. Паранеопластические синдромы // Consilium medicum. — 2003. — Т. 3. №3. — С. 12-18.
6. Дворников А.С. К вопросу о патогенезе паранеопластических процессов. // Вестник новых медицинских технологий. — 2011. — Т. 18. №2. — С. 515-516.
7. Лисенко С.А., Болюх Б.А., Стрижалковский О.В. Структурні особливості плоскоклітинних карцином у хворих на рак легені з паранеопластичним ревматологічним синдромом // Світ медицини та біології = Мир медицины и биологии. — 2012. — Т. 8. №2. — С. 120-122.
8. Мазуров В.И. Клиническая ревматология (руководство для врачей). — СПб.: ФОЛИАНТ, 2005. — С. 278-301.
9. Мороз Н.Г., Бызова Т.Н., Мазина Н.М. Паранеопластическая реакция типа ревматоидного артрита и аллергического синдрома при опухолевых заболеваниях. // Терапевтический архив. — 1985. — Т. 18. — С. 130-132.
10. Ивашкин В.Т. Паранеопластический артрит: этиопатогенез — клинко-диагностические параллели. // Клиническая геронтология. — 2009. — Т. 15. №2. — С. 27-33.
11. Кузнецова Н.П., Цыренова С.А. Паранеопластические дерматозы. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 1994. — Т. 1. №1-2. — С. 39-41.
12. Николаева С.С., Аснер Т.В., Перетинская А.А. Случай дерматомиозита, обусловленного рецидивом гипернефроидного рака. // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). — 1994. — Т. 1. № 1-2. — С. 41-42.
13. Райцева С.С. Паранеопластические изменения кожи: распространенность, клиническое значение, дифференциальная диагностика: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Екатеринбург, 2003. — 23 с.
14. Ребров А.П., Алексеева И.Л., Кондюрина Е.Ю. и др. Ревматические маски паранеопластического синдрома. // Научно-практическая ревматология. — 2001. — №2. — С. 18-21.
15. Ревматология. Национальное руководство. / Под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — С.502-517.
16. Фомина Л.Л. Паранеопластические синдромы в ревматологии. // Научно-практическая ревматология. — 2002. — №2. — С. 4.

Информация об авторах: Калягин Алексей Николаевич — заведующий кафедрой, профессор, д.м.н., 664046, Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1, тел. (3952) 703722, e-mail: akalagin@mail.ru;
Григорьева Татьяна Васильевна — врач-ревматолог; Антипова Ольга Валентиновна — заведующая центром;
Большедворская Ольга Александровна — врач-терапевт.

© ЛЕОНОВА С.Н., РЕХОВ А.В., КАМЕКА А.Л. — 2013
УДК: 616.718.5/6-001.5+616.748.3

ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ ГНОЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Светлана Николаевна Леонова, Алексей Владимирович Рехов, Алексей Леонидович Камека
(Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии СО РАМН,
директор — чл.-корр. РАМН Е.Г. Григорьев)

Резюме. Приводится результат лечения пациента П., который в быту получил открытый перелом костей левой голени, осложнившийся хроническим травматическим остеомиелитом. В результате проведенного по месту жительства лечения с использованием чрескостного остеосинтеза не было достигнуто сращения перелома и купирования гнойного процесса, сформировался ложный сустав. При лечении в клинике Научного центра реконструктивно-восстановительной хирургии выполнена резекция зоны ложного сустава, чрескостный остеосинтез левой голени и продольная кортикотомия большеберцовой кости в области перелома. В результате лечения было достигнуто полноценное сращение перелома большеберцовой кости, восстановлена опороспособность левой нижней конечности, купирован остеомиелитический процесс. Использование при лечении переломов, осложненных гнойной инфекцией, продольной кортикотомии, позволяет добиться хорошего клинического результата.

Ключевые слова: переломы костей голени, ложные суставы, хронический травматический остеомиелит, продольная кортикотомия.