

УДК 617.576:616.72–002.77–089.23

Сучасний стан ортопедичної допомоги хворим на ревматоїдний артрит з ураженням суглобів кистей

Л.Ю. Науменко¹, Д.О. Бондарук², Є.Л. Ліфаренко²

¹ Дніпропетровська державна медична академія. Україна

² Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності, Дніпропетровськ

The article contains the basic statistical data about the spread of rheumatic diseases and rheumatic arthritis in particular. A review of the modern approaches to orthopaedic treatment of patients having rheumatoid arthritis with deformities of the hand, which are the most typical ones for this disease, is made.

В статтє представлєны основныє статистичєскє свєдєнєя о распространєнностє ревматичєскєх заболєванєй и, в частностє, ревматоїдногò артритà. Провєдєн обзòр соврємєннєх подхòдòв кò ортопєдичєскому лєчєнєю больнєх ревматоїдным артритом с разлїчнємы наїболєє типїчнємы для этòгò заболєванєя дєформàцєямє кїстєй.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, деформації кисті, ортопедичне лікування

Проблема ревматичних захворювань — одна з найбільш значних не лише медичних, а й соціально-економічних проблем у світі. Це зумовлено, перш за все, медико-соціальними наслідками ревматичних захворювань: значною їх поширеністю, тимчасовою непрацездатністю та інвалідністю, зокрема серед населення працездатного віку [13].

Рівень захворюваності на хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини та їх поширеність в Україні значно нижче таких у світі, що свідчить про неповне їх виявлення. Водночас в Україні невпинно зростають економічні витрати внаслідок цих захворювань.

Метою дослідження було вивчення сучасного стану проблеми ортопедичного лікування хворих на ревматоїдний артрит з переважним ураженням суглобів кистей у системі комплексного лікування цього контингенту хворих.

У розвинутих країнах артрити посідають перше місце серед причин непрацездатності населення 16–72 років. Так, у США хронічними захворюваннями суглобів страждають біля 15% всього населення. У Росії розповсюдженість хвороб кістково-м'язової системи, за даними на 1999 р., склала 8,26 % (більше 12 млн. осіб), в Україні на 2000 р. — 9,5 % (більше 4 млн. осіб) [2, 6, 9, 10].

Найбільш розповсюдженою формою запальних захворювань суглобів є ревматоїдний артрит. Це захворювання вражає приблизно 1 % населення (у Росії — 1,6 %, в Україні — 0,4 %, у Європі та Північній Америці — 1–2 %). Щорічна захворюваність на ревматоїдний артрит складає близько 0,02 %. Хворіють ним переважно жінки 40–50 років, але нерідко страждають цим захворюванням діти різного віку; чоловіки хворіють рідше (співвідношення чоловіків і жінок — 1 : 4) [19].

Ураження суглобів кисті у разі ревматоїдного артрити спостерігається у 91 % хворих і супроводжується деформаціями та обмеженнями рухів у суглобах, які призводять до повної або часткової втрати функції. Врешті хворі втрачають працездатність і можливість до самообслуговування, стають тяжкими інвалідами [16].

Лікування ревматоїдного артрити повинно бути практично безперервним та комплексним. Його компонентами є системна медикаментозна терапія, еферентні методи (плазмаферез, ентеросорбція), локальна терапія, фізіотерапевтичні методи, ортопедичне та санаторно-курортне лікування [19].

Фармакотерапія цього захворювання залишається однією з найбільш складних проблем сучасної клінічної медицини [9, 10]. Патогенез

ревматоїдного артрити остаточно не вивчено, що спричиняє труднощі в проведенні ефективної патогенетичної терапії [1,13].

Засоби запобігання розвитку контрактур, тугоухості, деформацій у суглобах до останнього часу не знаходять належного застосування. Проведення ортопедичного лікування на початку захворювання і на всіх його етапах дозволяє у більшості випадків запобігти тяжкій інвалідності та зберегти активність хворого хоча б у побутових умовах [5].

Ортопедичне лікування хворих з ревматоїдним ураженням суглобів кистей має містити ряд консервативних та оперативних заходів, які повинні носити патогенетичну спрямованість і диференційовано застосовуватись на різних стадіях захворювання.

Проведеними дослідженнями було доведено, що за відсутності проліферативних та деструктивних процесів у самих суглобах розвиваються м'язові контрактури. Разом з цим виникає гострий, підгострий чи хронічний синовіт [5].

У гостру фазу артрити для пригнічення болю у разі збереженої функції суглобів рекомендується контрольований спокій (збалансована програма періоду спокою та активності), ізометричні (статичні) вправи [17].

З метою усунення хибних установок і створення спокою у суглобі рекомендується використовувати іммобілізацію гіпсовими шинами впродовж 5–7 днів [5]. Але такий спосіб лікування тільки частково вирішує проблему: більш тривале застосування іммобілізації призводить до розвитку тугоухості в суглобі, обмежує можливості проведення функціонального лікування, викликає ряд незручностей у побуті.

«Ревматоїдна кисть» — так називають сукупність типових деформацій кисті у хворих, які страждають на ревматоїдний артрит. Найбільш розповсюдженими деформаціями пальців є так звані «шия лебедя», «бутоньєрка», «ласт моржа».

Ревматоїдна кисть — «візитна картка» ревматоїдного артрити. Формування ревматоїдної кисті є причиною цілого ряду функціональних обмежень у повсякденному житті, а також може бути причиною неспроможності виконувати професійні обов'язки. Крім того, ревматоїдна кисть є одним із добре помітних присутнім проявом хвороби, що негативно позначається на психічному стані пацієнтів (особливо враховуючи, що переважна більшість хворих на ревматоїдний артрит — жінки). Пацієнти приховують руки від оточуючих, уникають фізичних контактів, у результаті чого можливе виникнення

відчуття неповноцінності й порушення соціально-психологічної адаптації [8].

Деформації пальців можуть бути викликані однією або декількома з таких причин: напруження довгих м'язів, змінення положення латеральних груп сухожилків, розрив центральної порції сухожилка розгинача, розрив сухожилків довгих розгиначів та згиначів. Водночас на і так змінені хворобою суглоби здійснюють вплив нефізіологічні сили навантаження. Крім того, запалення тено-синовіальних оболонок згинача посилює обмеження рухів у міжфалангових суглобах. Цим зумовлений значно менший діапазон активних рухів, ніж пасивних [20].

Хірургічне лікування подібної патології — це велика галузь, що потребує подальшого дослідження та накопичення досвіду [14].

Функціональний стан кисті в значній мірі залежить від стану променево-зап'ясткового суглоба. Тому профілактика прогресування ревматоїдного процесу в променево-зап'ястковому суглобі та відновлення його функції слід розглядати як запобігання розвитку деформації пальців кисті. На початкових стадіях виконують синовектомію та синовкапсулектомію в поєднанні з синовектомією дистального променево-ліктьового суглоба, за необхідності виконують резекцію головки ліктьової кістки. Під час артропластики променево-зап'ясткового суглоба, крім часткової резекції променевої і головки ліктьової кістки, з метою усунення флексійного положення кисті резектують перший ряд кісток зап'ястка [16].

На II стадії захворювання (згідно з класифікацією Є.Т. Склярєнка та В.І. Стецули) виконують артропластику променево-зап'ясткового суглоба, що полягає у видаленні синовіальної оболонки та формуванні за допомогою долота суглобових поверхонь. Також видаляють суглобову капсулу волярної поверхні. На III стадії після виділення місця анкілозу виконують клиноподібну резекцію у відповідності до деформації, після чого формують суглобові поверхні. Перерозтягнуті сухожилки вкорочують. Іммобілізація триває 4–5 днів [18].

Деформація типу «шия лебедя» являє собою згинальну контрактуру проксимальної фаланги, перерозгинання в проксимальному міжфаланговому суглобі та згинальну позицію дистальної фаланги пальця. Подібну деформацію лікувати консервативними методами не вдається [14].

У початковій стадії формування деформації за типом «шиї лебедя» операцією вибору є синовектомія п'ястково-фалангового суглоба з видаленням фіброзного розтягнення червоподібних

та міжкісткових м'язів (операція Літтлера). Для профілактики рецидиву деформації Свансон запропонував виконувати вкорочення сухожилка згинача пальця.

Також варіантом корекції деформації «шиї лебедя» є синовокпсулектомія проксимального міжфалангового суглоба у поєднанні з розсіченням бічних зв'язок суглоба біля місця їх прикріплення і тенотомією контрагованих сухожилків міжкісткових м'язів [15].

Ефективною операцією у разі деформації «шия лебедя» вважають дерматодез за Фірпо, або хресто-подібний дерматодез. Операція полягає у тому, що в ділянці проксимального міжфалангового суглоба по долонній поверхні виконують еліпсоподібне висічення клаптя шкіри з подальшим накладанням швів у вигляді хреста. Після оперативного втручання накладають шину на 35 днів, без фіксації дистального міжфалангового суглоба [7].

Бекенбаху лікування таких деформацій проводить шляхом тенодезу проксимального міжфалангового суглоба розщепленою половиною поверхневого згинача. Він підкреслює, що іммобілізація суглоба в післяопераційному періоді не потрібна. Головним недоліком цього способу є формування згинальної контрактури суглоба більше ніж на 30°.

За відсутності явищ активного синовіту в п'ястково-фаланговому та проксимальному міжфаланговому суглобах і у випадку сформованої деформації пальця типу «шиї лебедя» також застосовують операцію тенодезу за Фірпо. Оперативне втручання полягає в корекції деформації за рахунок сухожилка довгого долонного м'яза, використаного в якості пластичного матеріалу. Сухожилок проводять через канал, який просвердлено в основі дистальної фаланги, кінці його підшкірно проводять на проксимальну фалангу, перехрещуючи на рівні дистального міжфалангового суглоба. Після цього кінці сухожилка натягують та підшивають до бічних пучків сухожилка розгинача пальців. Палець іммобілізують гіпсовою шиною на три тижні [7].

Деформація типу «бутоньєрки» розвивається в результаті ушкодження екстензорного апарату в дорсальному відділі проксимального міжфалангового суглоба, що призводить до згинальної установки в проксимальному міжфаланговому суглобі та розгинальної — у дистальному. Консервативне лікування не ефективне [14].

У залежності від ступеня вираженості деформації проводять різні варіанти реконструктивних оперативних втручань. У разі легко вираженої деформації «бутоньєрки», коли згинальна уста-

новка в проксимальному міжфаланговому суглобі складає до 15° і коригується пасивно, лікування може полягати в послабленні латеральних пучків сухожилків біля місця їх прикріплення до дистальної фаланги.

У разі помірно вираженої деформації «бутоньєрки» згинальна контрактура проксимального міжфалангового суглоба складає до 40°, дистальні суглоби перерозігнуті, п'ястково-фаланговий суглоб пасивно коригується до повного згинання. Латеральні пучки фіксовано в підвивихнутому положенні. Для виправлення такої деформації необхідно виконати відновлення центрального пучка і корекцію підвивиху латеральних пучків [20].

На думку інших авторів, на ранніх стадіях деформації ефективним є виконання синовектомії проксимального міжфалангового суглоба.

У разі вираженої деформації II–V пальців типу «бутоньєрки» виконують синовокпсулектомію, яку поєднують з відновленням розгинального апарату. Пластику зруйнованої центральної порції розгинального апарату над суглобом здійснюють бічними порціями розгинача, які після мобілізації зміщують у тильний бік і підшивають «бік у бік» до центральної порції або між собою. У разі вираженого перерозгинання нігтьової фаланги виконують розсічення розгинального апарату над дистальним міжфаланговим суглобом і капсулотомію по тильній поверхні [15].

Разом з тим Б. Бойчев вважає не досить задовільними результати у разі виконання шва бічних частин тильного сухожилково-апоневротичного розтягнення над проксимальним міжфаланговим суглобом, який виконується в разі деформації за типом «бутоньєрки».

Для підсилення екстензорного апарату пальця Flatt запропонував використовувати вільний клапоть сухожилка *m. palmaris longus* разом з фасцією. У деяких випадках виконують підсилення центрального пучка сухожилка шляхом дуплікатури або переміщення дистальніше місця прикріплення до основи середньої фаланги пальця. Водночас виконують фіксацію проксимального міжфалангового суглоба під кутом 15° спицею Кіршнера на два тижні [7].

У випадку зруйнування центрального пучка сухожилка Матев запропонував операцію, що призводить до перерозподілу силових натягнень розгинача пальця, з фіксацією суглоба спицею Кіршнера на два тижні.

У разі вираженої деформації «бутоньєрки» у більшості випадків на рентгенограмі відзначається анкілоз, деформація проксимального міжфалангового суглоба пасивно не коригується.

Така деформація потребує проведення артрорезу або ендопротезування проксимального міжфалангового суглоба [20].

Ульнарна девіація пальців у п'ястково-фалангових суглобах («ласт моржа») розвивається у разі зісковзування сухожилка розгинача пальця та його фіксації в ульнарній частині капсули суглоба. Консервативне лікування у вигляді ортезування приносить ефект лише на початкових стадіях захворювання.

У разі деформації пальців типу «ласт моржа» виконують синовектомію в поєднанні з пересіченням бічних зв'язок і сухожилків міжкісткових м'язів з ліктьового боку, сухожилків відвідного м'яза V пальця з усуненням зміщення сухожилків розгиначів пальців у ліктьовий бік і подальшою фіксацією сухожилкового розтягнення швами з променевого боку. Якщо зберігалась тенденція до вивиху основних фаланг у долонний бік, то виконують фіксацію металевими спицями впродовж двох тижнів [15].

На думку Б. Бойчева, варіантом корекції деформації у випадку ульнарних відхилень пальців є перенесення власних розгиначів II та V пальців на радіальні міжкісткові м'язи. У разі ушкодження III та IV пальців корекції досягають шляхом переміщення сухожилка загального розгинача радіально. Але позитивного результату можна очікувати лише в легких випадках ушкодження.

Також варіантом корекції даної деформації є операція Флатта, яка полягає у виконанні синовектомії п'ястково-фалангового суглоба та створенні дуплікатури суглобової капсули по радіальній поверхні.

У разі вираженої девіації другого пальця доречно виконати переміщення власного розгинача на променевий бік. Крім того, сухожилки міжкісткових м'язів переміщують від ліктьового краю пальця на променевий край суміжного пальця. Кисть упродовж 4–6 тижнів іммобілізують гіпсовою пов'язкою для профілактики рецидиву деформації [20].

У разі тугорухомості суглоба, викликаної зморщуванням суглобової капсули, виконують капсулотомію. Якщо втручання виконують на п'ястково-фалангових суглобах, що знаходяться в стані перерозгинання, то результати будуть далеко не блискучі.

Артропластика на дистальних і середніх суглобах пальців не призводить до бажаних результатів у силу анатомічного співвідношення і недостатніх стабілізуювальних можливостей. Артрорез є найбільш доцільним відновлювальним оперативним втручанням [11]. Однак він показаний лише у ви-

падку тяжких ушкоджень п'ястково-фалангових суглобів у разі збереження міжфалангових [3].

І.А. Мовшович вважає артропластику п'ястково-фалангових суглобів ефективним методом лікування тяжких деформацій пальців кистей у хворих з за давними формами ревматоїдного поліартриту [19].

На думку Пашкова Є.П., операції артрорезу на суглобах верхньої кінцівки, у тому числі на ревматоїдній кисті, знаходять обмежене застосування через характер патологічного процесу та чисельність ураження суглобів. Доцільне виконання артрорезу дистальних міжфалангових суглобів та зап'ястково-п'ясткового суглоба першого пальця у випадку тяжких деформацій, анкілозів у хибних положеннях, розхитаних суглобах та вивихах чи підвивихах фаланг.

У випадку вираженої деформації п'ястково-фалангових суглобів позитивного результату досягають виконанням операції за Vainio, яка полягає в резекції головок п'ясткових кісток та інтерпозиційній артропластиці сухожилком розгинача пальця.

У разі давньої деформації пальця операцією вибору є ендопротезування проксимального міжфалангового або п'ястково-фалангового суглоба ендопротезом Свансона чи Гришина – ЦІТО. Проведення такого оперативного втручання забезпечує зменшення болю, стабільність та корекцію деформації, а також прийнятний об'єм рухів у суглобі [12, 20].

Таким чином, проблема ортопедичного лікування хворих на ревматоїдний артрит кисті на сьогоднішній день залишається актуальною, що зумовлено досить значною поширеністю захворювання, його хронічним прогресуючим перебігом, недостатньою ефективністю відомих засобів фармакотерапії та тяжкими медико-соціальними наслідками цього захворювання. За даними літератури, неоднозначними є оцінки ефективності відомих способів оперативної корекції деформацій кистей, не знаходять достатньо повного відображення результату лікування та довготривалість отриманого ефекту. В останні роки вітчизняними вченими вкрай мало проводяться дослідження щодо вдосконалення лікувальних технологій у випадку деформацій кистей внаслідок ревматичних захворювань, звідси — невелика кількість публікацій, присвячених цій проблемі. Разом з тим, зарубіжні автори у разі проведення реконструкції деформованої кисті схильні віддавати перевагу артропластиці у вигляді ендопротезування суглобів пальців, що далеко не завжди є прийнятним варіантом лікування цього контингенту хворих.

Зважаючи на викладене вище, вважаємо, що проблема ортопедичного лікування хворих на ревматоїдний артрит з ураженням суглобів кистей потребує подальшого вивчення, потребують удосконалення відомі способи реконструктивно-відновлювальних оперативних втручань та ведення хворих у післяопераційному періоді. Необхідною є оптимізація оцінки функціональної недостатності кистей та розробка програм реабілітації цього контингенту хворих на всіх етапах розвинення патологічного процесу.

Література

1. Бабиніна Л.Я. Сучасні підходи до лікування ревматичних захворювань / Л.Я. Бабиніна, Т.М. Бенца // Український ревматологічний журнал. — 2003. — №2. — С. 55–58.
2. Балабанова Р.М. Ревматоїдний артрит — серйозна угроза качеству жизни во всем мире. Обнаруживать и лечить эту проблему непросто / Р.М. Балабанова // Медицинская консультация. — 2003. — №2. — С. 1–2.
3. Хирургия кисти и пальцев / Б. Бойчев, В. Божков, И. Матев и др. — София: Медицина и физкультура, 1971. — 280 с.
4. Бурьянов А.А. Профилактика и лечение ревматоидной кисти у детей / А.А. Бурьянов, М.А. Задниченко // Травма. — 2002. — Т. 3, №2.
5. Ревматоидное поражение коленного сустава / С.И. Герасименко, Е.Т. Скляренко, М.В. Полулях и др. — К.: ДСГ Лтд, 2004. — 133 с.
6. Дейкун А.І. Методи локальної терапії у хворих на ревматоїдний артрит / А.І. Дейкун, Н.К. Кремінська // Укр. ревматол. — 2000. — №2. — С. 43–44.
7. Загородний Н.В. Ревматоїдний артрит / Н.В. Загородний. — М.: Издательство РУДН, 1993. — 148 с.
8. Каратеев Д.Е. Ревматоїдна кисть / Д.Е. Каратеев // Ревматология. — 2005. — Т. 7, № 2.
9. Коваленко В.Н. Ревматологическая служба в Украине / В.Н. Коваленко // Doctor. — 2002. — №1. — С. 7–9.
10. Коваленко В.М. Стан ревматології в Україні: медично-соціальні аспекти та напрямки подальшого розвитку / В.М. Коваленко // Укр. ревматол. журнал. — 2002. — №2. — С. 3–8.
11. Кош Р. Хирургия кисти / Р. Кош. — Будапешт, 1966. — 511 с.
12. Мовшович И.А. Оперативная ортопедия / И.А. Мовшович. — М.: Медицина, 1994. — 446 с.
13. Насонова В.А. Ревматические болезни / В.А. Насонова, Н.В. Бунчук. — М.: Медицина, 1997. — 519 с.
14. Павлов В. Реабилитация при ревматоидной кисти / В. Павлов // Врач. — 2003. — №1. — С. 5–6.
15. Пашков Є.П. Ортопедичне лікування хворих на ревматоїдний артрит з ураженням верхніх кінцівок: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.00.22 «Травматологія та ортопедія» / Є.П. Пашков. — Київ, 1994. — 32 с.
16. Пашков Є.П. Ревматоїдна кисть та її ортопедичне лікування / Є.П. Пашков // Вісник ортопед., травматол. та протез. — 2003. — №1. — С. 12–14.
17. Петровська Н.Г. Режим рухів у хворих на ревматоїдний артрит / Н.Г. Петровська, Г.Ф. Клубова // Укр. ревматол. журнал. — 2000. — №2. — С. 29–30.
18. Скляренко Е.Т. Реконструктивно-восстановительные операции на кисти у больных инфекционным неспецифическим (ревматоидным) полиартритом / Е.Т. Скляренко, Е.П. Пашков — Киев, 1978 — 17 с. — (Методические рекомендации)
19. Яременко О.Б. Ревматоїдний артрит: современное состояние проблемы / О.Б. Яременко // Doctor. — 2002. — №1. — С. 32–36.
20. Interpositional arthroplasty for rheumatoid carpometacarpal joint disease / L.N. Millender, E.A. Nalebuff, P. Amadio [et al.] / J. Hand surg. — 1978. — Vol. 3A. — P. 553.