

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИЗАРТРОЗА КИСТИ

Михалкевич Д.И., Беспальчук П.И.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Минск, Беларусь

bespalchukpavel@gmail.com

Артроз первого запястно-пястного сустава (ризартроз, артроз седловидного сустава, артроз трапецио-пястного сустава) встречается довольно часто и приводит к потере трудоспособности и ограничению функции кисти. Это заболевание чаще встречается у женщин, в особенности в период постменопаузы. Выбор оперативного вмешательства зависит от стадии заболевания. В статье оцениваются различные методы хирургического лечения артроза первого запястно-пястного сустава кисти. Разработан алгоритм применения разных методов лечения ризартроза в зависимости от стадии заболевания, возраста и функциональной нагрузки на кисть.

Ключевые слова: остеоартроз; первый запястно-пястный сустав кисти; хирургия кисти.

SURGICAL TREATMENT OF THE FIRST CARPOMETACARPAL OSTEOARTHRITIS

Mikhalkevich D.I., Bepalchuk P.I.

Belarusian State Medical University

Minsk, Belarus

Carpometacarpal osteoarthritis I (rhizarthrosis, saddle joint arthrosis, trapeziometacarpal arthrosis) is quite frequent and leads to incapacitation and restriction of hand function. This disease is more frequently observed in women, especially in postmenopausal period. The choice of surgical intervention depends on the stage of the disease. The article provides evaluation of various methods of surgical treatment of hand carpometacarpal osteoarthritis I. The algorithm of implementation of various rhizarthrosis treatment methods depending from the disease stage, age and functional load on a hand was developed.

Key words: osteoarthritis, first carpometacarpal joint of hand, hand surgery.

Артроз первого запястно-пястного сустава – заболевание, связанное с дегенеративно-дистрофическими изменениями суставного хряща первой пястной кости и кости-трапеции, доставляющее значительный дискомфорт, вызывающее боль, отек и ограничение движений большого пальца кисти. Артроз первого запястно-пястного сустава (артроз седловидного сустава кисти) занимает важное место в структуре ортопедической патологии хирургии кисти, а при заболеваниях кисти встречается в 5% случаев. В международной классификации болезней это заболевание выделено в отдельную группу (M18), наряду с артрозом коленного и тазобедренного суставов. На поздних стадиях развития заболевания нарушение функции кисти приводит к серьезным профессиональным, бытовым и социальным проблемам, снижая качество жизни пациентов. Для артроза первого запястно-пястного сустава используется специальный термин – ризартроз. Заболевание было впервые описано французским врачом J. Forestier в 1937 году [1], поэтому нередко в литературе

его называют «ризартроз Форестье». Чаще ризартроз начинается бессимптомно, и лишь при незначительной травме пациенты отмечают появление болей в основании первого пальца кисти [4]. Применение консервативных методов лечения может помочь только на ранней стадии болезни. Высокая функциональная активность седловидного сустава приводит в дальнейшем к прогрессированию заболевания, поэтому хирургическое вмешательство становится неизбежным [2].

Существует несколько методов хирургического лечения артроза первого запястно-пястного сустава кисти: пластика связочного аппарата, артродезирование сустава, эндопротезирование, удаление кости-трапеции с последующей лигаментопластикой. Однако все они имеют ограниченное применение и недостаточную эффективность, особенно в случаях высокой функциональной нагрузки на кисть. Поэтому на сегодняшний день нами разработан и применен в клинической практике алгоритм оказания хирургической помощи, обеспечивающий дифференцированный подход к выбору тактики лечения в зависимости от стадии заболевания, возраста и функциональных нагрузок на кисть.

Как отмечают многие авторы, выбор метода хирургического лечения артроза первого запястно-пястного сустава зависит от стадии выраженности процесса.

На первой стадии заболевания, когда имеется нестабильность капсуло-связочного аппарата седловидного сустава с признаками артроза (субхондральный склероз суставных поверхностей), выполняется оперативное вмешательство по стабилизации первой пястной кости в «седле» кости-трапеции, за счет пластики капсулы или связок сустава, а также тено-капсулодеза сустава с использованием сухожилия длинной ладонной мышцы, порции сухожилия длинного лучевого разгибателя или сгибателя, возможен и артродез трапецио-пястного сустава. При этом в 60-80% случаев удается достичь хороших и отличных результатов лечения.

Эндопротезирование показано пациентам с изолированным артрозом первого запястно-пястного сустава 2-3 стадии, при условии, когда нет разрушения кости-трапеции, суставные поверхности ладьевидно-трапециевидного и трапецио-трапециевидного сочленений не изменены. Используются различные виды и модификации протезов с целью стабилизации первой пястной кости в оси первого луча, коррекции деформации седловидного сустава и получения функциональной амплитуды движений для первого пальца. Однако имеются сообщения о высокой частоте нестабильности и миграции компонентов эндопротеза.

В случаях артроза 3-4 стадии по классификации R.Eaton и S.Glickel [2], когда заболеванием поражен не только седловидный, но и ЛТС, на сегодняшний день в хирургии кисти предлагается лечение ризартроза путем удаления кости-трапеции с применением артропластики по типу «гамака» для первой пястной кости.

Удаление кости-трапеции, впервые было предложено W.Gervis в 1949 году [3]. Выполнение данной операции получило широкое распространение при лечении ризартроза на протяжении нескольких последующих десятков лет.

Многие хирурги отмечали положительный эффект от проведенных таким образом хирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде, связанный с купированием болевого синдрома, но данная методика имела свои недостатки, обусловленные уменьшением функциональной активности кисти, вследствие неизбежного укорочения первого луча. Помимо этого, ее применение приводило к возникновению подвывиха в сформированном неосуставе между основанием первой пястной кости и ладьевидной костью. В отдаленном периоде, в ряде случаев, развивался остеоартрит сформированного неосустава, сопровождающийся стойким болевым синдромом. Некоторые авторы отмечают, что решить эту проблему позволяет силиконовый имплантат или артропластика (замена удаленной кости-трапеции ауто сухожильным трансплантатом).

Но хирурги, применяющие силиконовые имплантаты, при оценке долгосрочных результатов отмечают, что кроме возможной дислокации (подвывиха) имплантата происходит и его износ, с образованием мелких силиконовых частиц, проводящих к развитию синовита сустава.

Поэтому использование силиконовых имплантатов чаще применяют у пациентов с ревматоидным артритом и пожилых пациентов с низкими требованиями к функции сустава.

Проведение артропластики, когда выполняется трапециэктомия и в область свободного пространства внедряется свернутое в клубок сухожилие (чаще сухожилие длинной ладонной мышцы или сухожилие длинного лучевого разгибателя), позволяет сохранить длину первого луча, предотвратить «проседание» первой пястной кости и сохранить силу первого пальца кисти.

Выводы

Хирургическое лечение ризартроза кисти по разработанному алгоритму выбора оптимального способа оперативного вмешательства в зависимости от стадии патологического процесса, является высокоэффективным методом лечения пациентов с данным заболеванием.

Список литературы

1. Chakrabarti, A. J. De la Caffinière thumb carpometacarpal replacements: 93 cases at 6 to 16 years follow-up / A. J. Chakrabarti, A. H. Robinson, P. Gallagher // *J. of Hand Surg. Br.* – 1997. – Vol. 22, № 6. – P. 695–698.
2. Eaton, R. G. Trapeziometacarpal osteoarthritis. Staging as a rationale for treatment / R. G. Eaton, S. Z. Glickel // *Hand Clin.* – 1987. – Vol. 3, № 4. – P. 455–471.
3. Gervis, W. H. Excision of the trapezium for osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint / W. H. Gervis // *The J. of Bone and Joint Surg. Br.* – 1949. – Vol. 31B, № 4. – P. 537–539.
4. Tytherleigh-Strong, G. Carpo-metacarpal arthritis of the thumb / G. Tytherleigh-Strong, R. Hampton, C. J. McCullough // *Curr. Orthop.* – 1999. – Vol. 13, № 4. – P. 302–308.