

Л.М. Барденштейн*, Г.А. Аleshкина

ОСТРЫЕ ПРЕХОДЯЩИЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА БЕЗ СИМПТОМОВ ШИЗОФРЕНИИ: КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ПРОГНОЗ

ГБОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова Минздрава России, 127473, Москва

*Барденштейн Леонид Михайлович. E-mail: barden@mail.ru

♦ Для уточнения структурно-динамических и прогностических аспектов острых преходящих психотических расстройств обследованы 55 пациентов с психотическими состояниями, отвечавшими диагностическим критериям МКБ-10 для острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении (F 23.0, F 23.3, F 23.8, F 23.9). В 1-ю группу вошли больные с единственным психотическим эпизодом ($n = 41$, средний возраст $30,6 \pm 10,1$ года), во 2-ю — с повторными психотическими приступами ($n = 14$; средний возраст $38 \pm 10,3$ года). Использовали клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, психометрический, статистический методы. В результате исследования установлено, что у 25,5% пациентов, перенесших острое преходящее психотическое расстройство без симптомов шизофрении, в дальнейшем развивался приступ шизофренической структуры с выявлением специфической дефицитарной симптоматики в постпсихотическом периоде.

Ключевые слова: острые преходящие психотические расстройства; шизофрения; первый психотический эпизод; расстройства шизофренического спектра

L.M. Bardenstein, G.A. Aleshkina

THE ACUTE TRANSIENT PSYCHOTIC DISORDERS WITHOUT SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIA: CLINIC, DYNAMICS, PROGNOSIS

The A.E. Evdokimov Moscow state medical stomatological university, 127473 Moscow, Russia

♦ The study was organized to specify structural dynamic and prognostic aspects of acute transient psychotic disorders. The sampling included 55 examined patients with psychotic conditions meeting diagnostic criteria of ICD-10 for acute transient psychotic disorders without symptoms of schizophrenia (F 23.0, F 23.3, F 23.8, F 23.9). The first group included patients with single psychotic episode ($n=41$, average age is 30.6 ± 10.1 years). The second group included patients with recurring psychotic attacks ($n=14$, average age is 38 ± 10.3 years). The clinical psychopathologic, clinical catamnestic, psychometric and statistical methods were applied. The study established that in 25.5% of patients having acute psychotic disorder without symptoms of schizophrenia hereinafter an attack of schizophrenic structure occurred with detection of specific deficiency symptomatology in post-psychotic period.

Keywords: acute transient psychotic disorders; schizophrenia; first psychotic episode; disorders of schizophrenia spectrum

На протяжении двух столетий клинического изучения острых психотических расстройств эти состояния некоторые исследователи рассматривали как реакции на внешние вредности [1, 2], самостоятельные нозологические формы [3, 4] и abortивные формы различных психозов, в том числе шизофрении [5, 6]. Клиническая картина острых преходящих психотических расстройств нередко представлена острым параноидным синдромом. Диагностическая категория МКБ-10 F 23 "Острые и преходящие психотические расстройства" включает острые преимущественно бредовые психотические расстройства (F 23.3); состояния, соответствующие реактивному параноиду (F 23.0, F 23.3); острые бредовые вспышки (F 23.0). Отношение этих расстройств к шизофреническому процессу определено недостаточно ясно. Некоторые исследователи подчеркивали феноменологическое сходство транзиторных психотических эпизодов с последующим манифестным приступом шизофрении [7—9]. Описаны случаи манифестации шизофрении состоянием реактивного параноида [10—12]. Острый параноидный синдром может развиваться в дебюте шизофрении с непрерывным, приступообразно-прогредиентным или рекуррентным типом течения [13]. Параноидному синдрому на начальных этапах шизофренического процесса свойственны транзиторное течение, аффективно насыщенные бредовые переживания конкретного содержания, отсутствие выраженных дефицитарных изменений личности, что затрудняет

своевременную диагностику эндогенного заболевания [14—18].

Целью исследования стало изучение структурно-динамических и прогностических аспектов острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении.

В работу включены результаты обследования 55 больных (37 мужчин и 18 женщин) с острыми психотическими состояниями, отвечавшими диагностическим критериям МКБ-10 для острых полиморфных психотических расстройств (F 23.0); других острых, преимущественно бредовых, психотических расстройств (F 23.3); других острых и преходящих психотических расстройств (F 23.8); острых и преходящих неуточненных психотических расстройств (F 23.9).

Острые и преходящие психотические расстройства характеризуются острым началом, т. е. "переходом из непсихотического состояния в четкое психотическое в течение 2 нед или менее" [19]. Психопатологическая симптоматика проявляется бредом, галлюцинациями, нарушениями мышления в различных сочетаниях, нестабильным эмоциональным состоянием, при этом клиническая картина не соответствует критериям органических психотических расстройств (F 00), аффективных расстройств (F 30) и др. Категория F 23 (МКБ-10) включает острые психотические состояния, при которых бред и галлюцинаторная симптоматика обнаруживают значительную вариабельность и могут сменять друг друга в течение приступа.

45 (81,8%) больных были обследованы в 2011—2013 гг. в процессе лечения в стационаре. Также в исследование включили больных ($n = 10$; 18,2%), находившихся на лечении ранее и госпитализированных повторно в связи с развитием второго психотического эпизода. Длительность кататонеза в этих случаях составила от 5 до 10 лет ($7,1 \pm 2$ года).

С целью поиска клинических прогностических критериев исхода острых преходящих психотических расстройств больных разделили на две группы. В 1-ю группу вошли больные с единичным психотическим приступом ($n = 41$; средний возраст $30,6 \pm 10,1$ года), во 2-ю — с повторными психотическими эпизодами ($n = 14$; средний возраст $38 \pm 10,3$ года).

Пациентов включали в исследование на основании следующих критериев: первый психотический эпизод; соответствие психотического эпизода диагностическим критериям МКБ-10 для острых и преходящих психотических расстройств (F 23); отсутствие предшествующего диагноза шизофрении на амбулаторном или стационарном этапах наблюдения и лечения; наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании.

Критериями исключения стали зависимость от психоактивных веществ, синдромы врожденного или приобретенного слабоумия, тяжелые соматические и неврологические заболевания в стадии декомпенсации, органическое поражение ЦНС.

Применяли клинико-психопатологический, клинико-кататонический, психометрический, статистический методы.

Выраженность психопатологической симптоматики оценивали по шкале позитивных и негативных симптомов — Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [20]. Психометрическую оценку психического состояния проводили при поступлении и через 4 нед пребывания в стационаре.

Для статистической обработки данных использовали статистический пакет Microsoft Excel 7.0. Прогностическое значение психопатологических симптомов и динамических характеристик оценивали с помощью программы Determinated Analysis Light Version 5.0 for Windows.

При сравнении синдромальной структуры первых психотических приступов существенных межгрупповых различий не выявили. В обеих группах преобладали психотические состояния параноидной структуры с острым чувственным бредом отношения и преследования — 63,4% в 1-й и 71,4% во 2-й.

Бредовые идеи персекуторного содержания сочетались с нарушением ассоциативного процесса в виде непроизвольного наплыва мыслей, но без ощущения постороннего воздействия. У больных с единственным психотическим приступом такой вариант идеаторных нарушений отмечали в 3 раза чаще, чем во 2-й группе (41,5% против 14,3%; $p \leq 0,01$).

Галлюцинаторно-параноидный синдром определял состояние у 22% больных в 1-й группе и у 28,6% во 2-й. Следует отметить, что у 5 (12,2%) больных из 41 с острыми преходящими психотическими расстройствами без симптомов шизофрении в группе с единственным психотическим эпизодом клиническая картина исчерпывалась галлюцинаторной симптоматикой в виде истинных вербальных и зрительных обманов восприятия. Во 2-й группе такой синдромальной картины не наблюдали. Можно предположить, что обилие истинных галлюцинаций и нарушение мышления в виде ускорения и дезорганизации ассоциативного процесса являются показателем острого течения психотических приступов, для которых характерен более благоприятный исход в отличие от психозов с подострым затяжным течением [21, 22].

У всех пациентов 2-й группы второй эпизод характеризовался психотическим приступом шизофренической

структуры. В подавляющем большинстве (85,7%) случаев клиническая картина определялась галлюцинаторно-параноидными расстройствами, синдромом психического автоматизма с нарушениями мышления в виде паралогичности, разорванности. У 2 (14,2%) больных повторный приступ был представлен кататоническим синдромом. После редукции второго эпизода у пациентов 2-й группы отмечали характерные для шизофрении дефицитарные симптомы — концептуальную дезорганизацию мышления (нецеленаправленность, непоследовательность, резонерство, спонтанные соскальзывания с темы беседы), снижение интенсивности эмоциональных проявлений, аутизм, редукцию энергетического потенциала личности.

При оценке тяжести психопатологической симптоматики статистически значимых межгрупповых различий не выявили. Средний общий балл PANSS в 1-й группе составил $89 \pm 10,6$ балла против $96,7 \pm 12,7$ балла во 2-й.

В 1-й группе негативная симптоматика подвергалась редукции одновременно с продуктивными симптомами ($7,4 \pm 0,7$ балла через 4 нед после поступления в стационар). Таким образом, негативные симптомы мы расценили как вторичные, обусловленные психотическим расстройством [23]. Отсутствие негативных симптомов в постпсихотическом периоде позволило квалифицировать психический приступ как острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении. У пациентов 2-й группы в постпсихотическом периоде наблюдали клинически очерченную негативную симптоматику ($14,6 \pm 2,7$ балла по негативной субшкале PANSS), что свидетельствует о формировании специфического личностного дефекта.

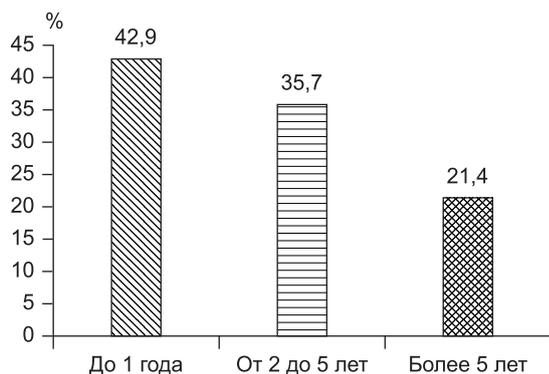
Первые приступы в обеих группах существенно не отличались по психопатологической структуре, но при анализе клинико-динамических характеристик выявили статистически достоверные различия на всех этапах развития психотического состояния (см. таблицы).

В МКБ-10 в отношении динамики острых преходящих психотических расстройств имеются указания на период психопатологических симптомов непсихотического уровня, включающий тревогу, депрессию, социальную отгороженность и предшествующий появлению психотической симптоматики. Также одним из обязательных диагности-

Клинико-динамические характеристики острых преходящих психотических расстройств без симптомов шизофрении

Клинико-динамические характеристики психотического состояния		Группа больных			
		1-я ($n = 41$)		2-я ($n = 14$)	
		абс.	%	абс.	%
Предпсихотический этап	Менее 1 сут	13	31,7*	3	21,4
	1—2 сут	7	17,1*	1	7,1
	3—7 сут	10	24,4	6	42,9**
	Более 30 сут	1	2,4	4	28,6**
Переход из непсихотического состояния в психотическое (МКБ-10)	Менее 2 сут	34	82,9**	9	64,3
	3—14 сут	5	12,2	2	14,3
	Более 14 сут	2	4,9	3	21,4**
Длительность психотического состояния	Спонтанная редукция психотической симптоматики (менее 1 сут)	5	12,2*	—	—
	1—7 сут	20	48,8**	2	14,3
	8—14 сут	5	12,2	6	42,9**
	Более 30 сут	1	2,4	4	28,6**
Выход из психотического состояния	Критический	21	51,2**	2	14,3
	Литический	20	48,8	12	85,7**

Примечание. * — $p \leq 0,05$; ** — $p \leq 0,01$.



Число (в %) больных в зависимости от сроков развития повторного психотического эпизода (2-я группа; $n = 14$).

ческих критериев F 23 (МКБ-10) является острое начало психоза, т. е. переход "из непсихотического состояния в четкое психотическое в течение 2 нед или менее". Согласно диагностическим указаниям МКБ-10 для острых проходящих психотических расстройств, эти этапы являются отдельными стадиями развития психотического состояния и не включаются в период развернутого психоза [19].

При ретроспективном анализе установили, что развитию психотического состояния предшествовал этап неспецифических продромальных проявлений в виде малодифференцированных аффективных симптомов, подавленности, раздражительности, постепенного нарастания тревоги, нарушений сна. Период неспецифических продромальных проявлений (предпсихотический), предшествующий первому психотическому приступу во 2-й группе, характеризовался большей продолжительностью и почти в половине случаев составил от 3 до 7 дней, тогда как в 1-й группе предпсихотический этап в 48,8% случаев не превышал 48 ч.

Для большинства (82,9%) психотических приступов в 1-й группе было характерно внезапное (менее 48 ч) развитие, и всего в 4,9% случаев переход из непсихотического состояния в психотическое превышал 14 сут.

Доля психотических состояний длительностью менее 1 нед в 1-й и 2-й группах составила 48,8 и 14,3% соответственно ($p \leq 0,01$). 12,2% психотических состояний ($n = 5$) в 1-й группе продолжались несколько часов и разрешились самостоятельно, во 2-й случаи спонтанной редукции психотической симптоматики не встречались. У 12 (85,7%) из 14 пациентов 2-й группы отметили постепенный, литический выход из психотического состояния (см. таблицу).

При исследовании возможной взаимосвязи между психопатологической структурой приступа и рецидивом заболевания статистически значимых результатов не получили. По данным детерминационного анализа наибольшее прогностическое значение в отношении развития рецидива имели характеристики, указывающие на затяжное течение психоза: продолжительность предпсихотического этапа более 30 сут, длительность психотического состояния более 1 мес и литический выход из психоза. Эти результаты согласуются с данными ряда исследователей, отмечавших благоприятное течение острых кратковременных психотических состояний с внезапным началом и быстрым разрешением симптоматики [21, 22].

Повторные психотические приступы наблюдали у 14 (25,5%) из 55 пациентов. Второй приступ развился в течение 1-го года после редукции первого психотического эпизода у 6 (41,7%) из 14 пациентов. Развитие рецидива в срок от 2 до 5 лет после выписки из стационара отметили у 35,7% ($n = 5$) больных, у 21,4% ($n = 3$) психическое состояние оставалось стабильным более 5 лет с момента предыдущей выписки. Наибольшая вероятность развития рецидива заболевания не исключена в 1-й год после выписки

из стационара, затем она постепенно снижалась (см. рисунок).

Таким образом, первые приступы в обеих группах больных существенно не различались по психопатологической структуре, но обнаруживали различия на всех этапах течения психотического состояния. Психотические расстройства, рецидивировавшие в дальнейшем приступами шизофренической структуры, характеризовались большей продолжительностью предпсихотического этапа и собственно психотического состояния, а также постепенным выходом из психоза. После редукции второго психотического эпизода в постпсихотическом периоде выявляли специфическую дефицитарную симптоматику. Вышеизложенное позволило отнести 25,5% исследованных случаев острых проходящих психотических расстройств без отчетливых шизофренических симптомов к атипичным дебютам шизофренического процесса.

ЛИТЕРАТУРА

- Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentale faites a l'Asile Clinique*. Paris; 1893. 435.
- McCabe M.S. Reactive psychoses and schizophrenia with good prognosis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976; 33: 571—6.
- Mojtabai R., Sussner E., Bromet E.J. Clinical characteristics, 4-year course, and DSM — IV classification of patients with nonaffective acute remitting psychosis. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160 (12): 2108—15.
- Thangadurai P., Gopalakrishnan R., Kurian S., Jacob K.S. Diagnostic stability and status of acute and transient psychotic disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2006; 188 (3): 293.
- Meynert T. *Klinische Vorlesung über Psychiatrie*. Wien; 1890.
- Westphal K. *Über die Verrücktheit. Allg. Zeitschr. für Psych.* 1878. 34.
- Концевой В.А. Транзиторные приступы при периодической форме шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1965; 65 (8): 1232—8.
- Симсон Т.П., Кудрявцева В.П. Клиника, этиология и патогенез шизофрении у детей и подростков. В кн.: Гиляровский В.А., ред. *Шизофрения у детей и подростков*. М.: Медгиз; 1959: 11—52.
- Скугаревская М.М., Копытов А.В., Скугаревский О.А. Продром шизофрении. Оценка риска первого психоза. *Психическое здоровье*. 2012; 5: 64—70.
- Молодецких В.А. *Клиническая динамика реактивного параноида*: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 1967. 246.
- Фелинская Н.И. О роли психогенного фактора в развитии шизофрении. В кн.: *Проблемы клиники, судебно-психиатрической экспертизы, патофизиологии и иммунологии шизофрении*. М.; 1964; 3: 15: 214—26.
- Шмилович А.А. *Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом*: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2013. 51.
- Мухин А.А. Клинико-психопатологические особенности и типология острых параноидов при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1985; 2: 236—43.
- Мучник П.Ю., Снедков Е.В. Типичные врачебные ошибки в дифференциальной диагностике эндогенных психозов. *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2013; 2: 32—6.
- Bechdolf A., Wagner M., Harrigan S. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br. J. Psychiatry*. 2012; 200 (1): 22—9.
- Klosterkötter J., Schultze-Lutter F., Bechdolf A., Ruchmann S. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry*. 2011; 10: 165—74.
- Ongur D., Lin L., Cohen B.M. Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr. Psychiatry*. 2009; 50: 13—9.
- Tucker M.E. Psychotic disorders increasingly seen as preventable. *Clin. Psychiatry Res.* 2011; 39 (2): 1—51.
- International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)*. Classification of mental and behavioral disorders. clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992. 419.
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 76: 1—100.

21. Корсаков С.С. *Общая психопатология*. М.: БИНОМ. Лаборатория знаний; 2003. 480.
22. Петракова А.В. *Клинические варианты, психопатология и прогноз транзиторных психозов*: Дис. ... канд. мед. наук. М.; 2003. 186.
23. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А., Ханнанова А.Н. Методологические подходы к оценке негативной симптоматики при шизофрении в процессе психофармакотерапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2009; (11): 101—6.

REFERENCES

1. Magnan V. *Leçons cliniques sur les maladies mentale faites a l'Asile Clinique*. Paris; 1893. 435.
2. McCabe M.S. Reactive psychoses and schizophrenia with good prognosis. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976; 33: 571—6.
3. Mojtabai R., Susser E., Bromet E. J. Clinical characteristics, 4-year course, and DSM — IV Classification of patients with nonaffective acute remitting psychosis. *Am. J. Psychiatry*. 2003; 160 (12): 2108—15.
4. Thangadurai P., Gopalakrishnan R., Kurian S., Jacob K.S. Diagnostic stability and status of acute and transient psychotic disorders. *Br. J. Psychiatry*. 2006; 188 (3): 293.
5. Meynert T. *Klinische Vorlesung über Psychiatrie*. Wien; 1890.
6. Westphal K. *Über die Verrücktheit. Allg. Zeitschr. für Psych.* 1878. 34.
7. Koncevoj V.A. Transient attacks periodic form of schizophrenia *Zhurnal nevropatologii i psikhiiarii im. S.S. Korsakova*. 1965; 65 (8): 1232—8 (in Russian).
8. Simson T.P., Kudryavtseva V.P. Clinic, etiology and pathogenesis of schizophrenia in children and adolescents. V kn.: Gilyarovskij V.A., red. *Schizophrenia in children and adolescents*. Moscow: Medgiz; 1959: 11—52 (in Russian).
9. Skugarevskaya M.M., Kopytov A.V., Skugarevskiy O.A. Prodromal stage of schizophrenia. Assessment of risk of the development of psychosis. *Psichicheskoe zdorov'e*. 2009; 6 (4): 71—9 (in Russian).
10. Molodetskikh V.A. *Clinical dynamics of reactive paranoid psychosis*: Dis. ... kand. med. nauk. Moscow; 1967. 246 (in Russian).
11. Felinskaya N.I. On the role of psychogenic factors in development of schizophrenia. V kn.: *The problems of the clinic of forensic psychi-*

- atric assessment, pathophysiology, immunology and schizophrenia*. Moscow; 1964; 3: 15: 214—26 (in Russian).
12. Shmilovich A.A. *Psychosis schizophrenia spectrum associated with stress*: Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Moscow; 2013. 51 (in Russian).
13. Mukhin A.A. Clinical psychopathological characteristics and typology of acute параноидов in schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i psikhiiarii im. S.S. Korsakova*. 1985; 2: 236—43 (in Russian).
14. Muchnik P.Yu., Snedkov E.V. Typical medical errors in the differential diagnosis of endogenous psychoses. *Obozrenie psikhiiarii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2013; 2: 32—6 (in Russian).
15. Bechdorf A., Wagner M., Harrigan S. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br. J. Psychiatry*. 2012; 200 (1): 22—9.
16. Klosterkötter J., Schultze-Lutter F., Bechdorf A., Ruchmann S. Prediction and prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry*. 2011; 10: 165—74.
17. Ongur D., Lin L., Cohen B.M. Clinical characteristics influencing age at onset in psychotic disorders. *Compr. Psychiatry*. 2009; 50: 13—9.
18. Tucker M.E. Psychotic disorders increasingly seen as preventable. *Clin. Psychiatry Res.* 2011; 39 (2): 1—51.
19. *International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10)*. Classification of mental and behavioral disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: WHO, 1992. 419.
20. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 76: 1—100.
21. Korsakov S.S. *General psychopathology*. Moscow: BINOM. Laboratoriya znaniy; 2003. 480 (in Russian).
22. Petraкова А.В. *Clinical variants, psychopathology and forecast of transient psychosis*: Dis. ... kand. med. nauk. Moscow; 2003. 186 (in Russian).
23. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A., Khannanova A.N. Methodological approaches to the assessment of negative symptoms in schizophrenia in the process of pharmacotherapy. *Zhurnal nevrologii i psikhiiarii im. S.S. Korsakova*. 2009; (11): 101—6 (in Russian).

Поступила 20.11.13
Received 20.11.13

© В.Ф. КОРШУНОВ, П.М. КИРИАКУ, 2014

УДК 616.727.9-02:617-001]-089

В.Ф. Коршунов, П.М. Кириаку*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, 117997, г. Москва, Россия
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

*Кириаку Полина Михалакисовна. E-mail: dr.kiriakou@yandex.ru

♦ Среди травм кисти 41% составляют повреждения суставов, последствия неправильного лечения которых (неправильно сросшиеся переломы, анкилозы, контрактуры, дефекты суставов) значительно снижают качество жизни пациента. Также большой процент повреждения суставов наблюдается при ревматоидном артрите, гнойно-септических заболеваниях, различных видах артрозов. Из хирургических методов лечения последствий внутрисуставных повреждений и заболеваний суставов пальцев кисти на различных этапах применяли артропластику, остеосинтез спицами Киришнера, пластинками, проволокой, аппараты внешней фиксации, а также раннюю активизацию или длительную иммобилизацию. Каждый из перечисленных методов имеет свои недостатки, оказывающие влияние на результаты лечения. По сравнению с ними метод distraction, применяемый в нашей клинике с 1968 г., имеет ряд преимуществ, которые позволяют наиболее эффективно бороться с артрогенными контрактурами и внутрисуставными повреждениями. Мы проанализировали результаты лечения 74 пациентов, находившихся в нашей клинике с января 2005 по декабрь 2011 г. Поражения пястно-фаланговых суставов наблюдались у 29 больных, межфаланговых суставов — у 45. Дефекты суставов выявлены у двух пациентов, неправильно сросшиеся переломы — у 10, артрогенные контрактуры — у 56, анкилозы — у двух, деформирующий/посттравматические артрозы — у четырех пациентов. Во всех случаях использовали distractionный аппарат с последующей дозированной distraction. Полученные положительные результаты лечения (96,8%) подтверждают высокую эффективность применения метода distraction для лечения последствий внутрисуставных повреждений и заболеваний суставов пальцев кисти.

Ключевые слова: сустав; ревматоидный артрит; distractionный аппарат; distraction; кисть; артроз; контрактура; анкилоз

V.F. Korshunov, P.M. Kiriaku

THE SURGICAL TREATMENT OF OUTCOMES OF INTRA-ARTICULAR INJURIES AND DISEASES OF JOINTS OF FINGERS OF HAND

The N.I. Pirogov Russian national research medical university Minzdrav of Russia, 117997 Moscow, Russia