

© Н.Я. Прокопьев, С.Л. Матусевич, 1999

Дифференциальная диагностика псориатических поражений коленного сустава

Н.Я. Прокопьев, С.Л. Матусевич

Differential diagnostics of psoriatic involvements of the knee

N.Y. Prokopyev, S.L. Matusevich

Тюменский государственный университет
(Ректор - академик РАЕН, д.ф.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ Г.Ф. Куцев)
Научный центр профилактического и лечебного питания ТюмНЦ СО РАМН
(Директор - академик РАЕН, д.м.н., профессор С.И. Матаев)

На основании собственных клинических наблюдений и анализа специальной литературы приводятся дифференциально-диагностические критерии основных заболеваний коленного сустава.

Ключевые слова: коленный сустав, дифференциальная диагностика.

A working classification of the main diseases of the knee, worked out by the authors, is given in the work. Differential diagnostics of some of the most difficult and rare diseases of the knee, based on the authors' clinical observations and analysis of literature, is presented.

Keywords: the knee, differential diagnostics.

Коленный сустав также полон загадок, как и брюшная полость

Jones, 1921

Псориазом страдают до 1-2% жителей городов [3,9,13,20,21]. Псориаз, помимо кожи, часто поражает и опорно-двигательный аппарат, в частности суставы [1, б, 10,13, 23, 24, 27], особенно коленный. Артрит развивается у 6-7 % больных псориазом [10]. Кожные и суставные проявления псориаза нередко разделяют многие годы, причем лечение одного не влияет на течение другого синдрома.

В клинической практике врачу всегда приходится испытывать определенные трудности

именно в диагностике той или иной патологии коленного сустава. Многообразие заболеваний коленного сустава нередко приводит к неправильной диагностике и, естественно, к назначению не соответствующего заболеванию лечения. От ранней диагностики заболевания и адекватного лечения во многом зависит исход болезни, предотвращение осложнений и трудоспособность человека.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Под нашим наблюдением находилось 93 больных с псориазом на фоне хронической описторхозной инвазии, из них 9 (9,6%) человек жаловались на боли и нарушение функции коленного сустава той или иной степени выраженности. У всех больных диагноз псориаза и описторхоза верифицирован клинически, биохими-

чески, иммунологически. Мы не ставим целью отразить особенности клинических проявлений псориаза и описторхоза, а останавливаемся на дифференциальной диагностике псориатического артрита коленного сустава с другими заболеваниями и повреждениями, с какими врач сталкивается в практической работе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

В доступной нам литературе мы не встретили работ, характеризующих состояние коленного сустава у больных псориазом и описторхозом. Что касается дифференциальной диагно-

стики псориатического поражения суставов, то проблема актуальна и сегодня, что объясняется чрезвычайным многообразием клинических проявлений. С.Г. Милевская и П.Н. Пестерев

[11] в монографии «Псориатический артрит» приводятся сведения о ревматоидном (инфекционно-неспецифическом) артрите, болезни Рейтера, инфекционно-аллергическом артрите, однако вообще не упоминают о других не менее сложных в диагностическом плане заболеваниях суставов, в частности коленного, с которыми врачу приходится часто сталкиваться.

Нами [7,8,9] составлена рабочая классификация и разработаны дифференциально-диагностические критерии основных заболеваний и повреждений коленного сустава:

Остеохондропатии:

- надколенника (болезнь Левена);
- внутреннего мыщелка бедренной кости (остеохондрит рассекающий, остеохондроз диссоциирующий, остеохондроз рассекающий - болезнь Кенига);
- бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуда-Шлаттера).

Болезни жировой ткани:

- болезнь Гоффа.

Синовиального слоя капсулы сустава:

- синовиты;
- остеохондроматоз сустава (болезнь Лексера).

Дистрофические (неинфекционные) артриты:

- деформирующий хронический остеоартрит (остеоартроз);
- метаболические артриты;
- эндокринные артриты;
- асептический субхондральный некроз.

Поражения сустава при заболеваниях:

- коллагенозах;
- системной красной волчанке;
- системной склеродермии;
- геморрагическом васкулите (болезни Шенлейна-Геноха);
- гонорейном артрите;
- болезни Рейтера;
- туберкулезе коленного сустава;
- бруцеллезе;
- сифилисе.

Травматические повреждения:

- менисков;
- крестообразных связок: передней, задней;
- бокового связочного аппарата: наружной боковой связки, внутренней боковой связки;
- комбинированные повреждения: внутреннего мениска, передней крестообразной связки, наружной боковой связки и их комбинации.

Псориатические проявления заболевания коленного сустава

Диагностика псориатического артрита основывается прежде всего на данных клинического обследования и на анализе рентгенограмм. Задачи диагностики:

- установление диагноза с максимальной достоверностью;

- выявление активности заболевания;
- определение общего компенсаторного состояния больного;
- прогнозирование болезни.

Приводим наиболее сложные в диагностическом плане заболевания коленного сустава.

Кенига болезнь (синонимы: остеохондрит рассекающий, остеохондроз диссоциирующий, остеохондроз рассекающий). Заболевание описано немецким хирургом F. König еще в 1887 году и считается болезнью травматического происхождения. Болезнь Кенига встречается сравнительно часто (мы наблюдали 14 больных), особенно у мужчин в возрасте от 15 до 45 лет, причем в 85% случаев поражается коленный сустав. Болевой синдром выражен неотчетливо и зависит от фазы заболевания. В первой фазе наблюдаются неопределенные болевые ощущения, у некоторых больных развивается синовит с ограниченным выпотом в коленном суставе. У некоторых больных можно встретить положительный симптом Аксхаузена: при давлении на строго локализованный участок внутреннего мыщелка бедра (кнаружи от надколенника) и одновременном сгибании конечности в коленном суставе возникает сильная боль.

Для болезни Кенига характерен асептический субхондральный некроз ограниченного участка суставной поверхности внутреннего мыщелка бедренной кости (клиновидной или дисковидной формы) с последующим выпадением в полость коленного сустава костно-хрящевого фрагмента. G. Axhausen [9] рассматривал асептический субхондральный остео некроз, как инфаркт кости с последующим некрозом части эпифиза и секвестрацией фрагмента кости. Возможной причиной инфаркта он считал эмболию питающей эпифиз артерии. R.Leriche, A. Policard [2] высказали предположение, что причиной вазомоторной реакции является механическая травма сустава (спортивная, профессиональная или случайная).

В последующем высказано предположение о том, что причиной некроза являются вазомоторные нарушения артериол, типа их паралича или спазма, в основе которых лежат нарушения центральной регуляции сосудистого тонуса. F. Coste с соавт. [19] считают, что главное значение в развитии заболевания имеет сосудистый фактор, а механические факторы только способствуют его проявлению. Некротический участок кости по площади может быть различным и занимать её третью часть и даже больше. Дефект кости постепенно замещается новообразованной костью и исчезает, а участок кости остается уплощенным.

Наличие медленно прогрессирующего некроза приводит не только к локальной деформации суставной поверхности внутреннего мы-

шелка бедра, но и формированию деформирующего артроза коленного сустава. Как отмечает В.П. Селиванов [16], у ряда больных клинические симптомы заболевания полностью отсутствовали. Выпавший в полость коленного сустава фрагмент чаще всего бывает мобильным и нередко приводит к возникновению т.н. «блокада» сустава, требующих оперативного лечения. Суставная «мышь» никогда не рассасывается [2]. Установлению диагноза помогает рентгенография коленного сустава в двух проекциях. Иногда для точной диагностики, локализации и выраженности некроза требуется выполнение рентгеновских снимков в край образующую поверхность мыщелков бедренной кости.

Гоффа болезнь. Заболевание описано немецким хирургом-ортопедом А. Hoffa и характеризуется липоматозным перерождением жировой ткани коленного сустава, обусловленным хронической травматизацией, проявляющееся болями, наличием выпота и ограничением движений в суставе. Нередко перерожденная до значительных размеров жировая ткань внедряется между мыщелками бедра и голени, что приводит к «блокаде» сустава. Динамические клинические наблюдения над 12 нашими больными показывают, что одним из наиболее постоянных симптомов болезни Гоффа является «блокада» сустава. Именно последнее обстоятельство и считается причиной многих диагностических ошибок и даже оперативных вмешательств.

Кроме того, травматизация жировой ткани и других образований коленного сустава вызывает гиперпродукцию суставной жидкости, что довольно часто диагностируется как «посттравматический синовит». Эффективным способом лечения болезни Гоффа является оперативный, предусматривающий разумное иссечение жировой ткани и ее мобилизацию.

Левена болезнь. Заболевание описано немецким хирургом А. Lawen и представляет собой остеохондропатию надколенника, проявляющуюся болью при надавливании на надколенник или при его смещении. Болезнь Левена наблюдалась нами у 4-х человек. Важным диагностическим приемом, позволяющим поставить окончательный диагноз заболевания, является рентгенография надколенника в боковой проекции. На рентгенограмме отмечается нечеткость суставной поверхности надколенника. Иногда складывается впечатление, что суставная поверхность надколенника была «изодрана острыми когтями кошки». Лечение может быть как консервативным, так и оперативным, причем выбор тактики лечения зависит от выраженности патологического процесса суставной поверхности надколенника.

Остеохондроматоз синовиальный (хон-

дроматоз сустава - болезнь Лексера) - относится к доброкачественной опухоли синовиального слоя капсулы коленного сустава. Хондроматоз коленного сустава диагностирован нами у 7 больных. Заболевание проявляется наличием множественной очаговой хрящевой метаплазии с последующим отделением образовавшихся узлов в полость сустава и их кальцинозом. В начальных стадиях заболевания диагноз установить сложно, так как еще нет четкой рентгенологической картины. Заболевание может протекать в течение многих лет и нередко диагностируется, как рентгенологическая находка. Клинически проявляется выпотом в коленном суставе, болями ноющего характера, а нередко и ограничением подвижности. Последняя связана с постоянно продолжающимся патологическим процессом как в собственно синовиальной оболочке, так и с теми изменениями, которые возникают на фоне хронической травмы коленного сустава. Травматизация суставных поверхностей мыщелков бедра и большеберцовой кости не проходит бесследно и очень часто приводит к деформирующему артрозу сустава.

Предпочтение отдается оперативному лечению, заключающемуся в тотальном иссечении синовиальной оболочки. Иногда во время операции из полости коленного сустава удаляется несколько десятков и даже сотен «суставных мышей», напоминающих по форме рисовые зерна или горошины.

Болезнь Осгуд-Шлаттера в классическом смысле нельзя отнести к заболеваниям собственно коленного сустава. На протяжении многих десятилетий проблема болезни Осгуда-Шлаттера не сходит со страниц специальной литературы [4,5,16,18].

Заболевание описано в 1903 году R.V. Osgood и C. Schlatter и относится к остеохондропатиям. Нередко к нам за помощью (наблюдали 17 детей) обращаются молодые люди, жалующиеся на боли по передней поверхности верхней части голени и в коленном суставе, возникающие чаще всего после игры в футбол, хоккей, т.е. тогда, когда нагрузка падает на переднюю поверхность коленного сустава. При этом у них нет клинических и лабораторных признаков воспаления.

Суть заболевания состоит в том, что у детей подросткового и юношеского возраста процесс сращения бугристости большеберцовой кости с собственно большеберцовой костью не успевает завершиться. Частые падения на область сустава (при игре в футбол, хоккей, волейбол) приводят к постоянной травматизации бугристости большеберцовой кости и болям.

На рентгенограммах видны нарушения обычной рентгенологической картины оссификации бугристости большеберцовой кости, от-

дельные участки затемнения и просветления и даже секвестрированные фрагменты. С.А. Рейнберг [15] к описанным выше рентгенологическим признакам добавляет и значительную деформацию хоботообразного бугра, и обнаружение изолированной округлой тени в нише бугра после слияния бугристости с метафизом, что отмечается в возрасте 17-19 лет.

Никакого специального лечения не требуется, и болезнь прекращается при слиянии бугристости большеберцовой кости с собственно большеберцовой костью. «Выздоровление наступает независимо от лечения», считает В.П. Селиванов [16].

Болезнь Пеллегрини-Штида относится к заболеваниям травматического генеза. Клинически болезнь проявляется болями ноющего характера по наружной или внутренней поверхности бедренной кости. Нами наблюдалось 5 больных. Заболевание может возникнуть в результате избыточного напряжения связочного аппарата, который нередко значительно прочнее кости, которую в виде небольшого фрагмента отрывает от кортикального слоя бедра. При пальпации отмечается локальная болезненность различной степени выраженности, ликвидируемая созданием покоя суставу и физиотерапией.

Относительно часто встречающимся заболеванием коленного сустава является **синовит**. Важно вовремя диагностировать специфический воспалительный процесс сустава. В специальной литературе, посвященной псориатическому артриту, выделяются несколько форм, одна из которых - синовиальная. Так, в частности, З.Л. Овчинникова [14] выделяет три формы псориатического артрита - артралгическую, синовиальную и синовиально-костную. Г.Х.

Когон [6] выделяет пять форм - артралгическую, синовиальную, синовиально-костную, остеопорозы, остеоартропатии. З.И. Симкович [17] - 4: артралгическую, синовиально-костную, остеопороз, остеопатии.

Для банального синовита характерно наличие мягкого при пальпации коленного сустава с наличием в нем выпота. Клинически сустав отечен, контуры его сглажены. При пальпации коленный сустав горячее здорового и безболезненный. В крови отмечается лейкоцитоз. Лечение заключается в пункционном удалении избыточного количества жидкости из сустава, его наружной иммобилизации и физиотерапии.

Что касается рентгенологической семиотики псориатического артрита коленного сустава, то она, по нашему мнению, может быть представлена следующими признаками:

- деформацией суставных поверхностей мыщелков бедренной и большеберцовой костей;
- истончением кортикального слоя образующих сустав костей при отсутствии эпифизарного остеопороза;
- краевой деструкцией суставных поверхностей большеберцовой и бедренной костей;
- потерей структурности периартикулярных тканей и периостальными наложениями.

Таким образом, врачу в практической работе нередко приходится испытывать определенные трудности в дифференциальной диагностике заболеваний коленного сустава. Не следует сбрасывать со счета возможность псориатического поражения коленного сустава. В сомнительных случаях важным подспорьем является рентгенологическое исследование коленного сустава, позволяющее уточнить или опровергнуть тот или иной диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агабабова Э.Р., Никольская И.В., Сидельникова С.М. К диагностике моноартритов коленных суставов // Терапевт. арх. - 1979. - №7. - С. 99-106.
2. Астапенко М.Г., Пихлак Э.Г. Болезни суставов. - М.: Медицина, 1966. -379 с.
3. Ашмарин Ю.Я., Найденов Ю.Н., Семенов П.Н. О псориатическом артрите и пустулезном псориазе // Вестн. дерматол. - 1977. - № 8. - С. 10-16.
4. Биезинь А.П. Остеохондропатии и их лечение // Ортопед.,травматол. - 1961. - №2. - С. 3-10.
5. Горюнов А.Г., Ланцов В.П. К вопросу о болезни Осгуда-Шлаттера // Вестник рентгенологии и радиологии. - 1963. - № 3. -С. 14-16.
6. Когон Г.Х. Костноуставные изменения при псориазе: Автореф. дис...канд. мед. наук. - Днепропетровск, 1959.
7. Матусевич С.Л., Прокопьев Н.Я., Гольцов С.В. Псориатическое поражение коленного сустава у больных описторхозом (дифференциально-диагностические критерии) // Спорт, физическая культура, здоровье: Состояние и перспективы совершенствования. - Вып. 1. - Тюмень: Изд-во ТГУ, 1998. -С. 13-19.
8. Матусевич С.Л., Прокопьев Н.Я., Гольцов С.В. Дифференциальная диагностика псориатического поражения коленного сустава у больных с хронической описторхозной инвазией // Современные направления в терапии угревой болезни и псориаза: Тез. докл. сибирской науч.-практ. конф. дерматовенерологов (4 февраля 1999 г.). - Новосибирск, 1999. - С. 26-27.
9. Матусевич С.Л., Прокопьев Н.Я., Гольцов С.В. Дифференциальная диагностика псориатических поражений коленного сустава: Методическое пособие. - Тюмень: Изд-во «Вектор-Бук», 1999. - 73 с.
10. Мешков А.П. Заболевания суставов: Диагностика и лечение / Нижегородский гос. мед. ин-т. - Н. Новгород: изд-во Нижегородского мед. ин-та, 1994. - 180 с.
11. Милевская С.Г. Диагностика и лечение псориатического артрита: Метод. рекомендации. - Томск, 1991. - 20 с.
12. Милевская С.Г., Пестерев П.Н. Псориатический артрит. - Томск: СГМУ, 1997. -213с.
13. Мордовцев В.Н., Мушет Г.В., Альбанова В.И. Псориаз (патогенез, клиника, лечение). - Кишинев: Штиинца, 1991. - 186 с.
14. Овчинникова З.Л. К вопросу о псориатической артропатии: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Саратов, 1951.
15. Рейнберг С.А. Рентгенодиагностика заболеваний костей и суставов. В 2-х ч. - М.: Медицина, 1964. - Ч.1 - 530с.; Ч.2. - 572с.

16. Селиванов В.П. Диагностика и лечение остеохондропатии и асептических некрозов. - Кемерово, 1965. - 91 с.
17. Симхович З.И. Клинико-рентгенологические параллели при артропатии у больных чешуйчатым лишаем: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Рига, Москва, 1967.
18. Чепой В.М. Диагностика и лечение болезней суставов. - М.: Медицина, 1990. - 304 с.
19. Coste F., Massiar N., Chatelon N. Osteonekrose aseptique de la tete femorale // Atti del X Congresso della Lega Intern, contro il Reumatismo, Roma 3-7 Settembre. - 1961. - Vol. 1. - P.45.
20. Champion R.H. Psoriasis // Brit. Med. J. - 1986. - Vol. 292, N. 6537. - P. 1693-1695.
21. Hoizmaim H. Die psoriatische Osteoarthropathie aus heutiger Sicht // Z. Hautkran. - 1985. - Bd. 60, N. 24. -S. 1917- 1928.
22. Leriche R., Polikard A. Le probleme de la physiologie normale et pathologique de l'os. - Paris, 1926.
23. Loebl D.H., Kirby S., Stephenson C.R. Psoriatic arthritis // JAMA. - 1979. - Vol. 242, N 22. - P. 2447-2451.
24. Mamies H. Arthritis psoriatica //Acta Med. Austr. - 1974. - Bd. 1. - S. 3-12.
25. Moll J.M. Psoriatic arthritis // Brit. J. Rheum. - 1984. - Vol. 23, N 4. - P. 296-297.
26. Tmavsky K., Zbojanova M., Vicek F. Differencialua diagnostica psonatickej artritidy // Prakt. Lek. - 1983. - Vol. 63, N1. - P. 404 406.
27. Vasey F.B. Clinical aspects of psoriatic arthritis // Compr. Therapy. -1982. - N 4. - P.34-39.

Рукопись поступила 21.05.1999.

Вышли из печати

Методические рекомендации:

- 📖 Организация экспертизы и обоснование сроков нетрудоспособности больных при лечении переломов костей конечностей методом Илизарова. - Курган, 1994. - 13 с.
 - 📖 Прижизненное исследование биомеханических свойств кожных покровов. - Курган, 1995. - 14 с.
 - 📖 Применение аппарата Илизарова при переломах коротких трубчатых костей. - Курган, 1997. - 27 с.
 - 📖 Оперативное лечение больных с аплазией большеберцовой кости с применением аппарата Илизарова. - Курган, 1997. - 20 с.
 - 📖 Оперативное лечение больных с посттравматическими контрактурами локтевого сустава с применением аппарата Илизарова. - Курган, 1997. - 18 с.
 - 📖 Приборы и методы функционального биоуправления в реабилитации двигательных функций верхней конечности при её удлинении по Илизарову. - Курган, 1997. - 21 с.
 - 📖 Чрескостный остеосинтез по Илизарову при лечении диафизарных переломов длинных трубчатых костей верхней конечности у больных, страдающих сахарным диабетом. - Курган, 1997. - 30 с.
 - 📖 Способы стимуляции кровообращения при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей. - Курган, 1998. - 20 с.
-