

ЛІКАРСЬКЕ МИСТЕЦТВО ОГЛЯДУ, ЯК ВАГОМИЙ ЕЛЕМЕНТ РАННОЇ ДІАГНОСТИКИ СКЛАДНОЇ ПАТОЛОГІЇ ЛЮДИНИ

Іскра Н.І.¹, Кукуруз Я.С.², Кузьмін В.Ю.^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

²Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Функціональні можливості кисті людини свідчить про дивовижний витвір її Творця.

Кисть руки людини представляє собою диво дизайну. Без її унікальних властивостей ми досягли б у житті з усім не багато. Дивуючись гарним містам або останнім властивостям у сфері технологій, ми у той же час, чомусь проходимо повз самих себе, не пишаючись досконалістю своєї будови. Від чистки зубів вранці до приготування до сну у вечорі наші руки просто незамінні у житті для усього, що ми робимо.

Кожна культура, від дивовижних наскальних малюнків у печері Ласко до написання слів цієї статті, кожний дім, офіс і храм, будь-коли збудовані, будь-який музичний інструмент, коли-небудь тішить наш слух – все це створено людською рукою.

Рука має характеристики, які дозволяють їй поєднувати протилежні ролі – вона одночасно і знаряддя величезної сили і в той же час інструмент вразливої точності. Кисть здатна штовхати та працювати з молотком. Та сама кисть може грати на флейті, друкувати на клавіатурі та протягати нитку у голку. І у всіх випадках ми і на хвилину не втрачаємо у думках, як нам у тій чи іншій ситуації і не прагнемо зіставити різницю у необхідній силі.

Успіх кисті людини у то, що вона не просто орган маніпулювання, але й орган знання та спілкування. Рука діє, знає і говорить. Завдяки можливості відчувати на дотик, рука постигає та досліджує зовнішній світ. І ця пізнавальна кінцівка дивовижно чутлива – усього один дотик кінчиком пальця може визначити різницю між папером, волокном, деревиною, пластиком і металом.

Будова кисті – це ансамбль з великої кількості кісток, зв'язок, м'язів, сухожилок та нервів, узгоджено співпрацює при виконанні різноманітних і складних рухів. Кисть руки нараховує у своєму складі 27 кісток, поєднаних між собою завдяки різними суглобами. Ми можемо рухати кистю завдяки особливій анатомічній будові зап'ястя – місця де кисть приєднується до передпліччя. Зап'ястя складається з 8 коротких губчастих кісточок, розташованих у 2 ряди. Кожна кісточка має свою особливу форму.

Мудрість Творця проявляється і у загальній складності: 34 спеціальних м'язи, які забезпечують рухи кисті та пальців. Ці рухи і взаємодія настільки складні, що для їхнього опису була написана велика кількість томів наукової літератури. М'язи та сухожилки кисті розташовані в особливих футлярах, які утворюються спеціальними мембранами (фасціями) та служать для захисту і підтримки цілісності.

Кисть людини здатна на два унікальні схоплення – точне та силове. У той час коли використання сили є головним під час силового охоплення, точне схоплення використовується під час рухів, коли потрібна чіткість та ретельність при виконання складних маніпуляцій.

Точність досягається завдяки великому пальцю та великій кількості видів стиснень пальцями. Ці два види схоплень притаманні лише людині і є унікальними. Еволюція не може пояснити цей феномен «живої природи».

Верхня кінцівка людини доповнює мову, передає почуття та емоції. Вона торкається, гладить, пестить, виражає почуття любові. Кисть може «бачити» у темряві, розпізнавати кути та об'єкти.

Подушечки пальців є ще і приладом відчуження на дотик, а нігті – грають важливу роль у визначенні тиску необхідного пальцям, щоб утримувати будь-який предмет.

Шкіра з боку долоні особлива. Вона пружна та стійка, але при цьому чутлива. На ній повністю відсутнє волосся та сальні залози. Під шкірою долоні розташована фасція – міцний листок сполученої тканини трикутної форми, який вкриває зверху м'язи.

На думку І. Newton, саме великий палець кисті є свідченням існування творця. Водночас, еволюціоністи вважають, що кисть, як усе інше, утворилось у «хімічному бульйоні» 3,5 мільярдів років тому.

Кисть людини містить:

- 29 кісточок;
- 29 суглобів;
- як мінімум 123 зв'язки и 34 м'язи, котрі рухають пальцями, 17 м'язів в долоні і 18 у передпліччі;
- 48 нервів, з них – 3 основних нерви;
- 24 названих сенсорних закінчень та 20 м'язових розгалужень;
- 30 названих артерій і як мінімум стільки ж дрібніших;
- унікальну шкіру на долоні.

Геніальністю і елегантністю будови кисті можна тільки пишатись. Світ медицини та науки давно і наполегливо намагаються створити штучний аналог верхньої кінцівки і зокрема кисть. З точки зору видів фізичної праці, які існують нині, не поступаються кисті, але не можливо сказати того ж про чутливість, майстерність та інші якості. Спільною є думка багатьох вчених про те, що зробити робота, кисть якого мала б усі функції кисті людини, – не можливо.

Інженер Н. J. Schneebeli, який розробив робото-технічну руку під назвою “Karlsruhe”, відмітив: «Чим більше я працюю над верхньою кінцівкою-роботом, тим більше пишаюсь кистю людини. Щоб досягти хоча б частини тієї продуктивності, яка властива кисті людини, необхідно ще багато часу».

Кисть є однією з функціонально важливих анатомічних структур верхньої кінцівки. До складу кисті входять:

- вісім зап'ясткових кісток розташованих у два ряди. Якщо вести рахунок від великого пальця, що до проксимального ряду входять: човноподібна, півмісяцева, тригранна, горохоподібна; до дистального ряду – кістка трапеція, трапецієподібна, головчаста і гачкоподібна кістка;

- п'ять п'ясткових кісток кисті мають назву відповідно номеру пальця (рахунок від великого пальця);
- кожен з пальців має три фаланги, за винятком великого пальця, у якого їх дві. Назва кожної з кісток фаланг складається з їх положення (проксимальна, середня та дистальна або нігтьова) та номера (або назви) пальця (наприклад: середня фаланга другого (вказівного) пальця).

У кожної людини також є сесамоподібні кістки, їх положення, розміри і кількість вкрай мінливі та іноді налічують до 2-3 десятків.

М'язова система верхньої кінцівки складається з кількох шарів м'язів, при цьому багато м'язів і їх сухожилки перекинуті через більш ніж один суглоб, завдяки чому під час активації одного з м'язів змінюється кут згинання чи розгинання у кількох суглобах.

Верхня кінцівка має еферентну та аферентну іннервацію. Еферентні волокна забезпечують передачу сигналів від спинного мозку до верхньої кінцівки, а аферентні волокна через дорзальні ганглії забезпечують передачу сигналу в зворотному напрямку. Волокна зібрані у нерви, які практично є змішанні, тобто містять еферентні та аферентні волокна.

Верхня кінцівка забезпечена значною кількістю сенсорних нервових розгалужень (коли верхня кінцівка “німіє”, це ознака наявності певної патології нервової системи).

Кора головного мозку містить ділянки, відповідальні за керівництво окремими частинами тіла. Ці ділянки часто зображують у вигляді гомункулуса – маленької людини, розпластаної по корі.

Так, нижні кінцівки людини розташовані дорзально, якби збоку від голови, а верхня кінцівка розташовані після тулуба, а за нею – обличчя. У гомункулуса великі пальці і долонь та відносно малі передпліччя і плече. У дійсності, у корі не один гомункулус, а багато, так як практично у кожній спеціалізованій ділянці представлені і верхні кінцівки і голова і нижні кінцівки. Так, у частині кори головного мозку, яка має назву первинної моторної кори є осередок, який активується кожен раз, коли людина виконує

рухи рукою, а в первинній сенсорній корі є осередок, який активується в момент дотику верхньою кінцівкою будь якого предмету.

Крім коркових відділів, центри, відповідальні за функцію верхньої кінцівки присутні також у мозочку та його ядрах, таламусі, базальних гангліях, стовбурі мозку й спинному мозку. Ця складна мережа поєднаних між собою нейронів здійснює багатий “репертуар” рухів верхньої кінцівки. Розрізняють рухи автоматичні (рухи для підтримки балансу) та вільні (протягання нитки в голку). За складні вільні рухи відповідає кора великих півкуль, а за автоматичні – центри більш нижчого рівня.

Відомо, що рухи пальців та всієї верхньої кінцівки можливі завдяки електричній стимуляції мозку. Так, під час хірургічного втручання це роблять за допомогою електродів, які прикладають до поверхні мозку, або введених безпосередньо у субстанцію мозку. Стимуляція мозку можлива і через шкіру та кістки черепа, для чого використовують фокальну магнітну стимуляцію.

Історія людства віками накопичує досвід спостереження різноманітних явищ (феноменів), які відносяться до зовнішніх тілесних ознак людини за якими намагались судити про стан здоров'я, психологічні особливості і навіть здібності. До численної кількості таких явищ відносяться і зміни кисті.

До недавнього часу кисть цікавила переважно цілителів та хіромантів. Як відомо, малюнок на її долонній поверхні неповторний у кожної людини і інтерпретувався лише в розумово-зорових схемах “читання руки” – хіромантії.

Виявленням подібних кореляцій займаються нині фахівці багатьох наукових напрямків. Яскравим прикладом того є напрацювання дерматоглифології (від грецьких – “дерма” – шкіра, “глифе” – гравірувати), вивчення особливостей долонної поверхні шкіри кистей рук та підшви ступнів. Що стосується різниці у підходах до інтерпретації цих ознак, то вчених передусім цікавить доказовий зв'язок причетності тих чи інших

особливостей візерунків на окремих ділянках шкіри людини з обумовленими спадковістю захворюваннями.

Протягом останніх десятиліть не припиняються дискусії між прибічниками різних діагностичних напрямків: класичними (послідовники S. Hahnemann, академія Витулькаса), математичними (школа прогнозуючої гомеопатії G. Vijayakar и численні реперторизатори), психологічними (послідовники Попових, J. Krishnamurti), психосоматичними (послідовники J. Scholten, H. Timmerman, J. Herrick), соматичними (школи Попових, J. Krishnamurti) та метафізичними (школи Мази, P. S. Ortega).

У періодичних наукових виданнях і монографіях, надрукованих раніше, ґрунтовним пунктом діагностики (під час первинного опитування та огляду) був раціональний антропологічний супровід. Однак такий підхід не дозволяє ототожнювати проблеми хворого з власним “Я”, чи збільшувати відстань між лікарем та пацієнтом.

Сьогодні все більше підкреслюється суттєвий вплив особистості лікаря на лікування хворого. Приводяться приклади того, як особистість лікаря впливає на лікувальний процес. Саме тут криється вірогідність помилки.

Кожен лікар, починаючи знайомство з пацієнтом, який звернувся вперше (або “переглядаючи” випадок малоефективного лікування призначеного раніше), повинен не лише заповнити історію хвороби з чистого листка, але й сам представляти собою “*tabula rasa*”.

Діагностичні складнощі загальновідомі, а причини, які їх викликають, цілком зрозумілі. Так складнощі, які виникають у лікаря під час першого контакту з хворим можуть бути обумовлені значною кількістю, або відсутністю скарг, відсутністю критичності у самооцінці стану, зв'язком соматичних скарг з неврологічними та психологічними факторами, негативним ставленням до лікаря та обстежень, а іноді моторною та сенсорною афазією. Тому анамнестичний метод, як основний у практиці лікаря доволі часто не спрацьовує належним чином.

Саме тому малоефективний анамнестичний метод доповнюють методом загального огляду пацієнта. Дуже часто зовнішній вигляд хворого (особливо середнього та старечого віку) достатньо характерний та більш інформативний, ніж розповідь, а когнітивний дефіцит досить часто дозволяє сумніватись у достовірності слів літнього пацієнта.

Зовнішній вигляд хворого буває настільки характерним, що дозволяє іноді встановити діагноз практично з “першого погляду”, а історія медицини свідчить про те, що уважний “вузький” фахівець може “дати фору” спеціалістам “широкого” профілю. Достатньо пригадати знамениту мерзбургську тріаду (зоб, екзофтальм, серцебиття) та названу по імені німецького офтальмолога Carl von Basedow, який вперше надав опис симптомам дифузного токсичного зобу. Інший приклад – хвороба відсутності пульсу, яка була описана японським офтальмологом М. Takayasu (morbus Takayasu). Деякі хвороби відображуються на обличчі хворого (faces mitralis, вовчаковий метелик, facies Hippocratica та інші).

Добре знання очних та шкіряних проявів ксантом, які супроводжують порушення ліпідного обміну, дозволяє ворожкам, хіромантам, а також народним іридодіагностам віщувати хвороби та передчасну смерть.

Патогномонічними вважаються ксантоми на долонях та підшвах, зморшки на шкірі долонь, оранжево-жовті сліди на пальцях (від тиснення обручки чи персня). Все це вважається поганою прикметою.

Частіше виявляються менш специфічні вікові туберозні ксантелазми на ліктях та колінах. Показовим у проявах є виражений атеросклероз різної локалізації: коронарної, церебральної, абдомінальної. Так, при цій патології є не лише прояви ішемічної хвороби серця, а також і перемежаюча кульгавість та ішемічна енцефалопатія (аж до інсультів). Хворобу часто супроводжують тучність, діабет та стеатоз печінки.

Особливої уваги заслуговують зовнішні клінічні прояви, характерні для злоякісних пухлин, які мають назву “паранеопластичного” синдрому або

клінічних масок злоякісних пухлин. Шкіряні симптоми з'являються на кілька місяців, а іноді і років раніше ніж суто онкологічні.

Характерні поза та рухи під час пересування – маціонніе. Окремі типи ходи мають діагностичне значення та дозволять, як що не встановити діагноз з першого погляду, то напевно підкажуть уважному лікарю шляхи діагностичного пошуку. Так хода дрібними, човгаючими кроками з невпевненими, недостатньо координованими співдружними рухами спостерігається у осіб старечого віку та зветься старечою або синильною. Хода, для якої характерне відведення паретичної нижньої кінцівки у бік, у результаті чого вона при кожному кроці описує на півколо (нижня кінцівка людини яка косить). При цьому верхня кінцівка зігнута у ліктьовому суглобі та приведена до тулуба – кінцівка людини, яка просить), має назву геміплегічної (хода косаря). Лялькова хода – хода дрібними кроками без співдружних рухів верхніх кінцівок з застигнутим положенням тулуба та голови, в поєднанні з маскоподібним обличчям, примушує замислитись про хворобу Паркінсона (*morbus Parkinsoni*). Хода лисиці (з постановкою ступнів на одну лінію) спостерігається при ураженні лобних ділянок головного мозку.

Мистецтву лікарського огляду слід вчитися усе життя; просто дивитись недостатньо – бо ми зауважуємо тільки те, на що вміємо дивитися. Слід не лише бачити, але й вміти аналізувати побачене.

Проходячи у своєму розвитку складний, численний, а інколи і доволі довгий шлях (від хвороб накопичення (тезаурисмозов) до накопичення хвороб (поліморбідність) – у геріатрії) внутрішня патологія залишає на різних ділянках тіла хворого, як на живому екрані численні сліди – стигми, своєрідні “автографи” захворювання.

Історично склалось так, що стигмами вважаються особливі кровоточиві знаки на тілі віруючого. Вже 750 років на деяких віруючих з'являються стигми – знаки страждань Христа. Вони можуть бути у вигляді кровоточивих

ран (стигма – по грецькі “укол”, “рана”) на долонях нібито в них забили цвяхи, інколи такі самі рани з’являються і на ступнях.

Сучасна наука не заперечує існування феномену стигматизму, рахуючи, що у його основі лежать не до кінця вивченні властивості людської психіки. Деякі фахівці вважають, що причиною появи ран є самонавіювання та емоційна схильність певних людей перейняти біль Ісуса Христа. Існують і інші наукові теорії.

У якості стигм внутрішніх хвороб можуть виступати дерматози, ксантелазми, васкуліти, еритеми (вузлова, кільцева та інші), панікуліти, тонуси та інші зміни місцевого характеру.

Кисті, під час первинного огляду, приділяється не аби яка увага.

Так колір кисті служить показником здоров’я тільки у випадку, коли шкіра на одній кисті темніша ніж на іншій. Попередньо слід переконатись, що це не є ультрафіолетова засмага. Але, якщо засмагу виключено, відповідно у організмі почався гормональний дисбаланс і скоро він почне проявлятися більш серйозними симптомами.

Погладивши зовнішню сторону кисті пучкою вказівного пальця слід визначити, чи є шкіра кисті жорсткішою за шкіру пальця. Як що це так, то потрібно вирішити питання вітамінної корекції.

Наступним кроком дослідження кисті повинно бути натиснення подушечкою вказівного пальця на м’яку частину кисті ближче до великого пальця. Потримавши та прибравши палець слід уважно вивчити шкіру тієї ділянки на місці натиснення. Якщо біла пляма зникла а шкіра навіть не почервоніла, – слід вважати, що функція нирок в межах норми.

У разі виявлення сухої та трохи пожовклої шкіри на кистях, необхідно обов’язково перевірити функцію печінки, а як що кисті все частіше стають холодними та вологими, без певного зв’язку з температурою на відкритому повітрі, не виключається судинна патологія. У випадку, коли є скарги пацієнта на вологі та холодні кисті на протязі довгого часу необхідно звернути увагу на артеріальний тиск крові (такі скарги характерні у випадку

низького артеріального тиску). Вологі кисті взагалі вказують на захворювання серця. При гіпертонічній хворобі вони гарячі. На негаразди з артеріальним тиском також вкажуть синюваті або бліді кінчики пальців.

Якщо на шкірі кистей появляються яскраво білі плями, це може вказувати на захворювання пов'язане з пігментуванням шкіри (вітиліго), або утворюванням кист в печінці.

Малі пігментні плями, за розміром та кольором схожі на “павучки”, привід для першочергового з'ясування віку. Так у віці за 50 років – це звичайне явище і з часом кількість цих плям збільшується. Але якщо ці плями появляються в 30 років, то це вже свідчить про розлади гормональної системи. Це також може бути реакцією організму на протизаплідні засоби чи інші медичні препарати, які містять гормони. В таких випадках доцільно перевірити функцію щитоподібної залози.

У випадку, коли на кистях не природно червоні плями, лущення або бляшки та ще й свербіння, то перш за все слід намастити руки дитячим кремом, особливо, якщо у продовж певного часу мав місце контакт з холодною водою, а потім руки не були витерті. Однак, якщо після 3-5 діб щоденного користування кремом тріщини, лущення та червоні плями не зникли – це може бути першими симптомами екземи чи псоріазу.

Задирки на нігтях є ознакою запалення, або значного контакту з вологою, тому слід більш уваги приділяти манікюрному догляду.

На початковій стадії алкоголізму характерним є пожовтіння нігтів, а у хронічного алкоголіка нігті мають майже коричневий колір.

Зміни на долонній поверхні кистей можуть надати доволі вагомую інформацію. Повернувши руки долонями доверху слід уважно розглянути подушечки під основою пальців. М'які чи жорсткі? Це інформація може вказувати на характер праці, яку виконує пацієнт і яка займає не останнє місце у з'ясуванні патології.

Змозолілість (gallus, gallositas, ty-loma, tylositas, гіперкератоз) – набуте обмежене ущільнення шкіри, головним чином його рогового шару. Ділянки

змозолілості шкіри у більшості випадків є прикметою (стигмою), виникаючою в наслідок тривалої чи помірної праці у відповідній професії і найчастіше локалізуються на долонях та підшвах ступнів. Змозолілості виникають в наслідок тривалого повторного зовнішнього тиску та тертя, зазвичай у місцях, де шкіра безпосередньо прилягає до кісток. В результаті тривалого тиску в тканинах виникає ішемія (обмаль кисню), яка згодом змінюється артеріальною гіперемією, що згодом призводить до посиленої епітелізації. Решта шарів епідермісу і власно шкіра також де що до певної міри стовщені. Запальні явища у сосочковому шарі мінімальні.

Часто по локалізації змозолілості можна без опитування самого пацієнта встановити імовірний характер виконуваної ним роботи, а іноді і його професію. Так наприклад, у працюючих молотком змозолілості утворюється на долонях та на згинальній частині суглобів пальців правої кисті. У пекарів в наслідок мішання тіста змозолілості виникають на м'якоті кінцевої фаланги та всій ліктьовій стороні малого пальця обох верхніх кінцівок. У столярів змозолілості виникають в першій між пальцевій ділянці та в середній частині правої кисті (наслідок стругання); у носильників – на плечах, у наборщиків – на кінцевих фалангах і закінченнях пальців.

Крім того змозолілості спостерігаються у працівників ряду інших професій а саме: шевців, слюсарів, ковалів, бондарів, капелюшників, суконних забійників, малярів, граверів та інших.

Змозолілості – це не різко обмеженні, щільні на дотик, пласкі або трохи випуклі потовщення ділянки шкіри різного кольору від білуватого до темно-коричневого, на яких частково або повністю відсутній шкірний візерунок зі значно послабленою або відсутньою чутливістю (усіх її видів). На поверхні змозолілості утворюються тріщини, які можуть служити вхідними воротами для інфекції, що може призвести до запалення. У багатьох випадках після припинення тиснення або тертя, – змозолілості самостійно повільно зникають, не залишаючи слідів, але в частині випадків змозолілості лишаються і після усунення причин їх утворення, як стійка професійна

прикмета. Це буває тоді, коли вже встиг розвинутих склероз сполученої тканини або під нею утворилась слизова сумка.

Слід відзначити, що змозоліості утворюються не у всіх робітників, які зайняті будь-якою однією справою абсолютно ідентичною, наприклад не у всіх столярів та пекарів. Це залежить на самперед від наявності або відсутності схильності шкіри до гіперкератотичних процесів. У тому числі підвищена пітливість є одним з таких факторів, обумовлюючих цю схильність.

Здебільшого змозоліості не впливають на функцію, але за винятком тих випадків, коли потрібна тонка ручна робота, в якій головну роль відіграє чутливість шкіри. У більшості ж випадків змозоліості навпаки, навіть полегшують виконання роботи.

Різновидом змозоліості є мозоль (clavus, по латині “цвях”), яка розвивається під впливом постійного механічного тиснення. Мозоль відрізняється від змозоліості більш значною товщиною рогового шару шкіри, який заглиблюється в дерму, завдяки чому шари розташовані нижче епідермісу і верхня частина дерми втискаються у вигляді воронки, запалюються і частково атрофуються, сосочки подовжуються. Широко поширений погляд, що у мозолі є стрижень не є правильним. Мозолі часто стають місцем утворення пухирів, абсцесів та інших утворень. При неасептичному зрізанні мозолів може виникати запалення (лімфангіт). Мозолі не зникають після усунення причин, які їх викликали. В диференціально-діагностичному відношенні слід пам'ятати про можливість існування, так званих, сифілітичних мозолів.

Не винятком є і прояви інших хвороб. Прикладом можуть бути гіперкератози, які виникають від впливу радіації, контакту з продуктами переробки кам'яного вугілля та нафти. Контакт з хімічними речовинами може призвести до дерматитів, екземи, токсикодермії тощо.

Особливої уваги серед змін долонної поверхні кисті заслуговує контрактура Дюпюїтрена (фіброз) – переродження долонного апоневрозу,

яке призводить до вираженої згинальної контрактури пальців і значного порушення її функцію.

Серед чоловіків ця патологія зустрічається в 2 рази частіше, ніж серед жінок. А серед чоловіків старше 60 років частота контрактури досягає 20,0%.

Вперше це захворювання було описано Феліксом Платтером (F. Platter) у 1614 році. Він вважав, що деформація кисті обумовлена вивихом сухожилків згиначів пальців. Про те, що причиною захворювання є ураження долонного апоневрозу, висловив припущення Купер (Cooper) у 1822 році. З того часу коли Дюпюїтrenom (Dupuytren) в 1832 році була встановлена причина, а саме її анатомічний субстрат, минуло майже 170 років, проте, сутність патологічного процесу, що розвивається в кисті, не з'ясована і понині.

Контрактура Дюпюїтрена зустрічається у 3,0% жителів країн Північної Європи. Це захворювання пов'язують з епілепсією, діабетом, споживанням алкоголю і курінням, а також з цирозом печінки. Є дані про зв'язок розвитку контрактури Дюпюїтрена з впливом вібрації при використанні ручних інструментів, тяжкою ручною працею, що підтверджується науковими дослідженнями.

В умовах сучасної урбанізації суспільства, не дивлячись на суттєву механізацію умов праці та побуту населення, наслідки наявності контрактури Дюпюїтрена лишаються соціально вагомою проблемою, у зв'язку з тим, що ця патологія вражає один з найбільш тонких структур людського тіла – кисть, якій притаманна виключно різноманітна функція, набута в процесі тривалої еволюції. Контрактура Дюпюїтрена часто призводить до інвалідності осіб фізичної та інтелектуальної праці, а особливо людей, професія яких потребує виконання тонких маніпуляцій кистю.

Окремої уваги, серед змін кисті, заслуговують періартикулярні ураження м'яких тканин – доволі часта причина звернень до лікаря. Генез цих захворювань частіше за все полягає у дегенеративно-запальному ураженні сухожилків і (або) піхв сухожилків, які виникають в наслідок

відносного перевантаження на фоні вікових змін або внаслідок системного захворювання сполученої тканини (колагенозів), що має місце при гіпермобільному синдромі. Основу діагностики складають скарги та огляд пацієнта. Симптоматика враження сухожилкового апарату у осіб старшої вікової групи часто виникає на фоні проявів вузликowego остеоартрозу кісток (вузлики Гебердена (Heberden), Боучарда (Boichard)), що може призвести до помилкового висновку, про те що всі симптоми пов'язані тільки з остеоартрозом.

Долонний пальмарний фасціїт – трапляється відносно рідко та проявляється двостороннім болісним потовщенням долонного апоневрозу з одночасним формуванням фіксованих згинальних контрактур пальців. Отже на відміну від контрактури Дюпюїтрена пальмарній фасціїт супроводжується больовим синдромом та ураженням сухожилків згиначів усіх пальців кисті. При огляді - помірне ущільнення та болісність долонного апоневрозу.

Синдром каналу Гийона (Guyon) або тунельний синдром, який зумовлений стисненням чутливої гілки ліктьового нерва на рівні променезап'ясткового каналу, утвореному поперековою зв'язкою зап'ястя, горохоподібною кісткою та поверхневою фасцією передпліччя. У каналі проходить сухожилки згинача кисті, запальні явища у якому і викликають, зазвичай, стиснення нервового стовбуру. Клінічна картина синдрому каналу Гийона полягає у парестезіях та затерпlosti у зоні іннервації дистальної (чутливої) гілки ліктьового нерву – кінчиках IV та V пальців кисті. Для діагностики використовують аналог тесту Тинеля (J. Tinel) та манжеточний тест. Цей синдром трапляється значно рідше ніж синдром зап'ястного каналу. Можливо і поєднання у пацієнта обох синдромів.

Синдром зап'ястного каналу (карпальний синдром) – найбільш часта патологія в групі тунельних нейроваскулярних синдромів. Основною (але не єдиною) причиною синдрому зап'ястного каналу є неспецифічний тендовагініт згиначів пальців, який виникає переважно після 50 років життя. У зв'язку з анатомічними особливостями зап'ястного каналу (ригідність

стінок) навіть помірно виражений тендосиновіт згиначів пальців (які проходять у зап'ястному каналі разом з серединним нервом) і стиснення цього нервового стовбуру й визначає симптоматику. Пацієнти скаржаться на відчуття затерпlosti, парастезії у пальцях кисті після деякого періоду спокою (вранці після сну), у більш тяжких випадках – прокидаються від цих відчуттів вночі.

Стенозувальний тендосиновіт сухожилку довгого відхилювача та короткого розгинача I пальця кисті хвороба де Кервена (F. de Quervain) – проявляється нападами різкого болю у ділянці основи I пальця. Пацієнти з певними труднощами можуть описати або відтворити рухи, які викликають біль. При огляді виявляється болісність у осередку «анатомічної табакерки» – тієї її стінки, яка звернена до долоні, іноді спостерігається набряк цієї ділянки. Патогномонічним є тест Фінкельштейна (Finkelstein) – пацієнта просять притиснути великий палець до долоні, накрити його іншими пальцями та “кулак”, що утворився, відвести у ліктьову сторону. При цьому виникає натягування вище вказаних сухожилків та відтворюється больове відчуття, знайоме пацієнту. До цього захворювання схильні молоді жінки, які щойно народили та особи середнього і старшого віку з підвищеною мобільністю суглобів.

Ганглії (гідрома) представляє собою грижове випинання стінки піхви сухожилку розгиначів або згиначів кисті на рівні променево-зап'ястного суглобу та має клапанний характер. В разі фізичної напруги сухожилку синовіальна рідина потрапляє в нього без зворотного відпливу. Частково спостерігається резорбція рідини стінками ганглію, що призводить до її згущення. Захворювання трапляється часто. Переважно у жінок молодого та середнього віку, у яких при огляді часто визначаються ознаки вродженої слабкості сполученої тканини (гіпермобільність суглобів). Пацієнти скаржаться на появу у вказаній ділянці болісного «вузла» розміром з 0,5-1,0см, еластичної або щільної консистенції, неприємні або болісні відчуття пов'язані з рухами пальців кисті. У осіб з вираженою підвищеною

мобільністю суглобів кисті трапляються ганглії значних розмірів (до 5,0см).
Діагноз встановлюється при виявленні рухливого м'яко тканинного утворення в проекції піхв сухожилок.

Нодулярний тендосиновіт згиначів пальців кисті характеризує, так званий, “ляскающий палець”. Головним симптомом нодулярного тендосиновіту є чітке клацання, яке відчувається пацієнтом під час згинання-розгинання пальця (чи декількох пальців) кисті. Патологія зустрічається у осіб старших віком 60 років, як окремого захворювання ізольовано так і на фоні інших проявів дегенеративного ураження скелету. Розвиток нодулярного тендосиновіту у більш молодому віці може бути обумовлено особливими видами професійної діяльності з перевантаженням пальців кисті, вродженим системним дефектом сполученої тканини або запальними захворюваннями суглобів. До теперішнього часу не з'ясовано, що вражається первинним – сухожилок згинача або оболонка піхви сухожилку у найбільш вузькій зоні кільцеподібних зв'язок, розташованих дистально п'ястно-фалангового та проксимального міжфалангового суглобів.

Наведені дані свідчать, що первинний огляд хворого відіграє вагомую роль у дослідженні та подальшому лікуванні. І не останнє місце у цьому займає особистість лікаря та його вплив на хворого, які він залишає після першого спілкування та огляду пацієнта. Чим більше лікар розповість хворому про хвороби, які він бачить при зовнішньому, ще навіть не ретельному огляді без анамнестичних даних, тим це враження буде більш позитивним. А знання стигм характерних для внутрішніх хвороб дозволить спростити це завдання.

Література

1. Воробьев В.И. Контрактура Дюпюитрена с множественной локализацией // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1959. – Т.83. – №7. – С. 88-91.
2. Григорьев П.С. Учебник кожных и венерических болезней // Наркомздрав СССР. - Медгиз. – 1938. – 730 с.
3. Дарье Ж. Основы дерматологии. // Москва. – Госиздат. – 1930. – 1066с.

4. Кожные и венерические болезни: Справочник / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: – Медицина. – 1997. – 352с.

5. Оппенгейм М. Профессиональные приметы (стигмы) кожи (глава в книге - Профессиональные болезни кожи / Под ред. М. Оппенгейма. – т. I. – вып. 1. – М.. – 1926. – 167с.

6. Симптомы и синдромы. Энциклопедический словарь справочник в трех томах / Под ред. А.Н. Смирнова // Справочная библиотека врача. Вып. 10. – М.: – КАППА. – 1994. – 326с.

7. Топалова П.Д. К этиологии, патогенезу и клинике контрактур Дюпюитрена // Ортопедия, травматология и протезирование – 1965. – №12. – С.102.

8. Oberhoff K., Histologie und Histogenese des Clavus, Arch, f. Dermat. u. Syphil // В. CLXIII. – Н. 2. – 1931. – р. 283-294.