

С.А. ГОЛОБОРОДЬКО<sup>1,2</sup>**ДВУСТОРОННЯЯ БОЛЕЗНЬ КИНБЕКА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА**Харьковская медицинская академия последипломного образования<sup>1</sup>,Харьковская областная клиническая травматологическая больница<sup>2</sup>,

Украина

Болезнь Кинбека (аваскулярный некроз полулунной кости запястья) чаще всего наблюдается у мужчин от 18 до 40 лет, а у людей старше 60 лет встречается крайне редко и описана в единичных работах, тем более на обеих кистях. В статье приводится чрезвычайно редкий случай двусторонней болезни Кинбека у пожилого пациента. Мужчина 63 лет обратился с жалобами на резкие боли при движениях и особенно во время физической нагрузки в области правого лучезапястного сустава, уменьшение амплитуды активно-пассивных движений в суставе и нарушение трудоспособности. Боли и ограничение движений в правом лучезапястном суставе возникли без особой причины около 7 месяцев тому назад. Состояние постепенно ухудшилось. Консервативное лечение не проводилось. После клинического и рентгенологического обследования установлен диагноз: болезнь Кинбека правого запястья III Б стадии.

Выполнена карпэктомия проксимального ряда костей запястья. Результат лечения был оценен через 13 месяцев после операции. Пациент субъективно отмечал значительное уменьшение болей при физической нагрузке, улучшение функции конечности и трудоспособности. Увеличилась амплитуда пассивных движений в лучезапястном суставе. Во время контрольного осмотра пациент также отметил, что 2 месяца тому назад без причины появились боли и в левом лучезапястном суставе. Была выполнена рентгенография и обнаружена болезнь Кинбека левого запястья III Б стадии. От какого-либо лечения мужчина отказался. Через 3 года после операции во время телефонного опроса пациент сообщил, что состояние прооперированной конечности не ухудшилось.

*Ключевые слова:* заболевания кисти, полулунная кость, двусторонняя болезнь Кинбека, аваскулярный некроз, карпэктомия, физическая нагрузка, пожилой пациент

Kienböck's disease (avascular necrosis of the carpal lunate) occurs most often in men aged 18 to 40 years as for the patients older than 60 yrs it observes extremely rare (especially on both hands) and is described in a few works.

The article presents an extremely rare case of bilateral Kienböck's disease in the elderly patient. A patient of 63-yr-old complained of a sharp pain in the right wrist when moving and especially during physical activity, reduction of amplitude of the active-passive movements in joint and working ability infringement. Pain and limitation of movement in the right wrist appeared for no reason 7 months ago. The condition gradually deteriorated. Conservative treatment wasn't carried out. After clinical and radiographic examination Kienböck's disease stage III B was diagnosed.

Proximal row carpectomy was performed. Treatment outcome was assessed 13 months after the surgery. The patient subjectively noted a significant pain relief during physical activity, improvement of limb function and disability. The amplitude of passive movements at the wrist joint was increased. During a follow-up the patient also said that pain without any reason had appeared in the left wrist 2 months ago. X-ray was performed and Kienböck's disease stage III B of the left wrist was found out. The man refused any treatment. Three years after the operation during a telephone survey a patient reported that the state of the operated limb has not worsened.

*Keywords:* wrist disease, lunate bone, bilateral Kienböck's disease, avascular necrosis, carpectomy, physical activity, elderly patient

**Novosti Khirurgii. 2016 Mar-Apr; Vol 24 (2): 193-196**

**Bilateral Kienböck's Disease in an Elderly Patient**

**S.A. Goloborod'ko**

**Введение**

Болезнь Кинбека (аваскулярный некроз полулунной кости запястья) у больных старше 60 лет встречается крайне редко и описана в единичных работах [1, 2, 3]. В доступной нам русскоязычной литературе мы таких случаев не обнаружили, поэтому считаем, что будет полезно ознакомить врачей с довольно редкой патологией.

Приводим клинический пример из нашей практической работы.

**Клинический случай**

Пациент, 63 года, дворник по профессии, поступил в Харьковскую областную клиническую травматологическую больницу 02.04.2012 с жалобами на резкие боли при движениях и особенно во время физической нагрузки в области правого лучезапястного сустава. Наиболее интенсивные болевые ощущения возникали при радиальной и ульнарной девиации кисти. Пациента беспокоили также уменьшение амплитуды



Рис. 1. Рентгенограмма правой кисти пациента 63 лет до операции

активно-пассивных движений в лучезапястном суставе и нарушение трудоспособности.

Со слов пациента, боли и ограничение движений в правом лучезапястном суставе возникли без особой причины около 7 месяцев тому назад. Состояние постепенно ухудшилось. Консервативного лечения не проводилось.

При осмотре определялось следующее. Область правого лучезапястного сустава несколько деформирована. Пассивное сгибание правой кисти возможно до угла  $25^\circ$  (левой кисти – до угла  $45^\circ$ ), разгибание – до угла  $45^\circ$  (левой кисти – до угла  $60^\circ$ ). На  $10-15^\circ$  ограничена пассивная ульнарно-радиальная девиация на правой кисти по сравнению с левой. Активно-пассивные движения в правом лучезапястном суставе резко болезненные. Пальпаторно определялась болезненность в области тыльно-ульнарной поверхности трехгранной кости и по ладонной поверхности шиловидного отростка лучевой кости. Сосудистых и чувствительных расстройств не выявлено.

На выполненной рентгенограмме определялись признаки болезни Кинбека правого запястья III Б стадии [4] (рис. 1): склероз и потеря высоты полулунной кости, ладьевидно-полулунный прогрессирующий коллапс запястья, который характеризуется положительным симптомом Томаса, проксимальной миграцией головчатой кости и появлением сгибательной

установки ладьевидной кости (рентгенологически симптом «кольца»).

03.04.2012 под проводниковой анестезией пациенту выполнена операция: карпэктомия проксимального ряда костей запястья.

Результат лечения был оценен через 13 месяцев после операции.

На рентгенограммах (рис. 2) определяется отсутствие проксимального ряда костей запястья, головка головчатой кости находится в полулунной ямке лучевой кости.

Пациент субъективно отмечал значительное уменьшение болей при физической нагрузке, улучшение функции конечности и трудоспособности. При пассивном сгибании-разгибании и девиации кисти болей практически не было. Пассивное сгибание кисти возможно до угла  $45^\circ$ , разгибание – до угла  $65^\circ$ , ульнарная и радиальная девиация не отличались от подобного движения на контрлатеральной конечности. Пациент удовлетворен результатом лечения.

Однако пациент отметил, что 2 месяца тому назад без причины появились боли и в левом лучезапястном суставе. Была выполнена рентгенография и обнаружена болезнь Кинбека левого запястья III Б стадии (рис. 3): склероз и потеря высоты полулунной кости, поперечный перелом полулунной кости, признаки выраженного ладьевидно-полулунного прогрессирующего коллапса запястья.



Рис. 2. Рентгенограмма правой кисти пациента через 13 месяцев после операции



Рис. 3. Рентгенограмма левой кисти пациента

От какого-либо лечения мужчина отказался. В дальнейшем пациент на контрольные осмотры не являлся, хотя через 3 года после операции во время телефонного опроса сообщил, что состояние прооперированной конечности не ухудшилось.

### Обсуждение

В 1843 году J.L. Peste на основании собственного секционного материала впервые описал в медицинской литературе аваскулярный асеп-

тический некроз полулунной кости запястья. В 1910 году венский радиолог Kienböck R. в своей печатной работе представил подробные рентгенологические и клинические признаки заболевания, которое он назвал “lunatomalacia” [5, 6].

Этиология болезни Кинбека до сих пор точно не выяснена. Заболевание чаще всего наблюдается у мужчин от 18 до 40 лет [3]. У пожилых людей болезнь встречается крайне редко, а особенно на обеих кистях. В доступной нам русскоязычной литературе мы не обнаружили ни одного описания болезни Кинбека у пожилых

пациентов, в иностранных же источниках выявлено около двух десятков подобных случаев и всего лишь один случай двустороннего поражения, да и то после лечения гормональными препаратами в течение 7 лет по поводу гепатита [2]. Мы же описываем редкий случай болезни Кинбека на обеих кистях у пожилого больного, возникшей без какой-либо видимой причины: у пациента в анамнезе не было ни значительных травм, ни лечения гормональными препаратами.

Для лечения болезни Кинбека используют консервативный и хирургический метод лечения в зависимости от стадии заболевания, нейтрального или минус-варианта локтевой кости и т.д. [4, 5]. Мы выполнили карпэктомия проксимального ряда костей запястья. Субъективно и объективно добились положительного результата лечения.

### Заключение

Двусторонняя болезнь Кинбека может наблюдаться у людей пожилого возраста. Лечение заболевания в зависимости от многих причин может быть либо консервативным, либо оперативным.

### Клинический случай демонстрируется с согласия пациента

Голобородько С.А., к.м.н., доцент кафедры комбустиологии, реконструктивной и пластической

### ЛИТЕРАТУРА

1. Geutjens GG. Kienböck's disease in an elderly patient. *J Hand Surg.* 1995 Jan;20(Is 1):42-43.
2. Taniguchi Y, Yoshida M, Iwasaki H, Otakara H, Iwata S. Kienböck's disease in elderly patients. *J Hand Surg Am.* 2003 Sep;28(5):779-83.
3. Thomas AA, Rodriguez E, Segalman K. Kienböck's disease in an elderly patient treated with proximal row carpectomy. *J Hand Surg Am.* 2004 Jul;29(4):685-88.
4. Lichtman DM, Lesley NE, Simmons SP. The classification and treatment of Kienböck's disease: the state of the art and a look at the future. *J Hand Surg Eur.* 2010 Sep;35(7):549-54. doi: 10.1177/1753193410374690.
5. Divelbiss BJ, Baratz ME. Kienböck's disease. *J Am Soc Surg Hand.* 2001Feb;1(Is 1):61-72.
6. Geissler WB, Slade JF. Fractures of the carpal bones. In: Wolfe SW, Hotchkiss RN, Pederson WC, Kozin SH, eds. *Green's operative hand surgery.* 6th ed. Philadelphia, US: Churchill Livingstone; 2011. p. 639-707.

### Адрес для корреспонденции

61178, Украина, г. Харьков,  
Салтовское шоссе, д. 266, к. В,  
Харьковская областная клиническая  
травматологическая больница,  
кафедра комбустиологии, реконструктивной  
и пластической хирургии,  
e-mail: golosa@ukr.net,  
Голобородько Сергей Анатольевич

### Сведения об авторах

хирургии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Поступила 11.01.2016 г.