

стабільної внутрішньої фіксації, пришвидшує хронізацію процесу, забезпечує добрий анатомо-функціональний результат, скорочує строки лікування.

Представляє науковий інтерес визначення факторів, що впливають на припинення процесу остеолізу та пришвидшують хронізацію артропатичного процесу.

Література

1. Гіперкальцемія як маркер остеолізу при діабетичній артропатії стопи / *Лябах А. П., Міхневич О. Е., Магомедов О. М. [та ін.]* // Вісн. травматол., ортопед. та протезув. – 2010. – № 1. – С. 32–35.
2. *Лябах А. П.* Клініко-лабораторна діагностика діабетичної артропатії стопи та гомілковостопного суглоба / *Лябах А. П., Пятковський В. М., Турчин О. А.* // Там же. – 2009. – № 2. – С. 66–68.
3. *Armstrong D. G.* Charcot's arthropathy of the foot / *D. G. Armstrong, E. J. G. Peters* // *J. Am. Podiatr. Med. Assoc.* – 2002. – Vol. 92, № 7. – P. 390–394.
4. Arthrodesis as an early alternative to nonoperative management of Charcot arthropathy of the diabetic foot / *Simon S. R., Tejwani S. G., Wilson D. L. [et al.]* // *J. Bone Jt Surg.* – 2000. – Vol. 82-A, № 7. – P. 939–950.
5. *Eichenholtz S. N.* Charcot joints / *S. N. Eichenholtz.* – Illinois, Springfield : Ed. Charles C. Thomas, 1966. – P. 7–8.
6. *Giurini J. M.* The role of foot surgery in patients with diabetes / *J. M. Giurini, B. I. Rosenblum* // *Clin. Podiatr. Med. Surg.* – 1995. – Vol. 12. – P. 119–127.
7. Hindfoot arthrodesis for neuropathic deformity / *Huang P. J., Fu Y. C., Lu C. C. [et al.]* // *Kaohsiung J. Med. Sci.* – 2007. – Vol. 23, № 3. – P. 120–127.
8. *Johnson J. E.* Operative treatment of neuropathic arthropathy of the foot and ankle (Instructional course lectures, the American academy of orthopaedic surgeons) / *J. E. Johnson* // *J. Bone Jt Surg.* – 1998. – Vol. 80-A, № 11. – P. 1700–1709.
9. *Kitaoka H.* Clinical rating systems for the ankle – hindfoot, mid-foot, hallux, and lesser toes / *H. Kitaoka* // *Foot Ankle Int.* – 1994. – Vol. 15, № 7. – P. 349–353.
10. Salvage, with arthrodesis, in intractable diabetic neuropathic arthropathy of the foot and ankle / *Johnson J. E., Papa J., Myerson M., Girard P.* // *J. Bone Jt Surg.* – 1993. – Vol. 75-A. – P. 1056–1066.
11. *Sammarco G. J.* Surgical treatment of arthropathic foot deformity / *G. J. Sammarco, S. F. Conti* // *Foot Ankle Intern.* – 1998. – Vol. 19. – P. 102–109.
12. *Sanders L. J.* Charcot foot / *L. J. Sanders, R. G. Frykberg* // *The Diabetic Foot* / Ed. *Levin M. E., O'Neal L. W., Bowker J. H.* – 5th edition. – Mosby Year Book, 1993. – Ch. 7. – P. 149–180.

УДК 616.728.3-073.753:053.5/6

ШЕСТИЛЕТНИЙ ОПЫТ АРТРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ КОЛЕННОГО СУСТАВА В ДЕТСКО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

М. А. Герасименко

*Минский городской клинический Центр травматологии и ортопедии, Республика Беларусь
УЗ “6-я городская клиническая больница”, г. Минск, Республика Беларусь*

SIX YEAR EXPERIENCE OF ARTHROSCOPICALLY TREATED PATHOLOGY OF THE KNEE JOINT IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE

M. A. Gerasimenko

The own six year experience of arthroscopically diagnosis and treatment of traumatological, orthopaedical and reumatological pathology of the knee joint in childhood and adolescence.

Key words: knee joint, arthroscopical treatment, childhood and adolescence.

ШЕСТИРІЧНИЙ ДОСВІД АРТРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЇ КОЛІННОГО СУГЛОБА В ДИТЯЧО-ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

М. А. Герасименко

Представлено власний шестиричний досвід артроскопічної діагностики й лікування травматичної, ортопедичної й ревматологічної патології колінного суглоба в дитячо-юнацькому віці.

Ключові слова: колінний суглоб, артроскопічне лікування, дитячо-юнацький вік.

Введение

Артроскопия – малоинвазивный метод визуального обследования структур и содержимого суставной полости, а также лечебного воздействия на них с помощью тонких оптических и механических устройств [6, 8].

Эндоскопия в ортопедии ведет свой отсчет с 1918 г., когда японский ортопед Кепжи Такаги впервые осмотрел полость коленного сустава с помощью цистоскопа. В 1920 г. он создал собственно первый артроскоп.

В 1964 г. Окамура впервые выполнил артроскопическую резекцию мениска, в 70-х артроскопически начали выполнять пластику крестовидных связок коленного сустава, синовэктомию и дебридмент [6, 8].

В Республике Беларусь артроскопия начала развиваться в 80-х годах прошлого века. Так, в 1985 г. на базе Белорусского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии (БелНИИТО) была впервые выполнена артроскопия коленного сустава. В 1993 г. на базе БелНИИТО был создан Республиканский центр артроскопии (первый руководитель – д-р мед. наук Е. Д. Белоенко), который по сей день является основной базой для обучения специалистов со всей республики. В последующем с 1995 г. артроскопия начала выполняться в УЗ “6-я городская клиническая больница” (база Минского городского клинического Центра травматологии и ортопедии), в том числе пациентам детско-юношеского возраста [6, 8].

Цель работы – проанализировать результаты артроскопического лечения последствий травм и заболеваний суставов в детско-юношеском возрасте.

Материалы и методы

За период с 2005 по август 2010 г. на базе детского травматолого-ортопедического отделения УЗ “6-я городская клиническая больница” г. Минска было выполнено 370 лечебно-диагностических артроскопических операций 355 пациентам по поводу *патологии коленного сустава*. Из них:

- 1) при повреждениях менисков и посттравматической хондромалиции суставного хряща прооперировано 169 (47,6%) пациентов;
- 2) при хондриальных и остеохондриальных переломах – 75 (21,1%);
- 3) при синовитах неясного генеза – 61 (17,2%);
- 4) при патологии пателлофemorального сустава – 21 (5,9%);
- 5) при болезни Кенига – 17 (4,8%);
- 6) с дискоидным мениском – 12 (3,4%).

Всего прооперировано 191 (53,8%) пациент мужского пола и 164 (46,2%) – женского; 194 (52,4%) операции выполнено на *правом* и 176 (47,6%) – на *левом* коленном суставе, еще 15 (4,1%) операций были повторными – по поводу врожденной патологии менисков, болезни Кенига и др.

Срок наблюдения составил от 2 до 68 месяцев (в среднем – 4,7 лет).

Возраст пациентов варьировал от 2 лет 9 месяцев до 30 лет. Средний возраст пациентов составил 11,3 лет.

Результаты и их обсуждение

1. Повреждение менисков и суставного хряща

Среди пациентов с повреждениями менисков и суставного хряща было 99 (58,6%) мальчиков и 70 (41,4%) девочек (превалирование мальчиков связано, вероятно, с более активным вовлечением их в занятия травматичными видами спорта). Повреждения менисков чаще всего были связаны со спортивной травмой, прыжками, быстрым поворотом бедра при фиксированной голени, ударе по мячу и т. д.

Артроскопия проводилась чаще на *правом* коленном суставе – 90 (53,3%) случаев, чем на *левом* – 79 (46,7%) случаев.

Внутренний мениск повреждался в 143 (84,6%) случаях, *наружный* – в 22 (13%). Повреждение *обоих менисков* наблюдалось в 4 (2,4%) случаях. В 31 (18,3%) случае пациенты после травмы коленного сустава за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно, что может быть причиной быстрого развития вторичных дегенеративно-дистрофических изменений в суставе [2, 7, 9, 13, 15].

Перед операцией проводилось тщательное предоперационное планирование – в сложных случаях, помимо стандартных рентгенограмм в двух проекциях (прямая и боковая), для уточнения диагноза и состояния внутрисуставных структур выполнялось МРТ, КТ, УЗИ коленного сустава, электронейромиография нижней конечности [2, 7, 9, 13].

При выполнении операции использовалось стандартное артроскопическое оборудование фирм Carl Storz, MGB, Stryker. При выполнении артроскопии применялись базовые передние артроскопические доступы. Показаний к использованию задних порталов не зафиксировано. С помощью выкусывателя и шейвера выполнялась парциальная резекция мениска, заключающаяся в удалении поврежденных частей мениска до получения гладкой и ровной формы. При наличии поврежденного суставного хряща при помощи шейвера выполнялась механическая абразивная хондропластика. Проводился лаваж полости сустава раствором 0,9% NaCl, накладывались швы на разрезы и асептическая повязка [2, 7, 13].

В 151 (89,3%) случае выполнялась частичная менискэктомия с применением механической абразивной хондропластики (при наличии повреждения суставного хряща), в 18 (10,7%) – выполнена только механическая абразивная хондропластика. Тотальная менискэктомия не выполнялась в связи с отсутствием показаний [11, 13].

После операции пациенты пользовались костылями в течение 3–4 суток. Дозированная нагрузка на оперированную конечность разрешалась с 3–5 суток, а полная – через 7–30 дней в зависимости от объема выявленной патологии и выполненного вмешательства. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 5,7 дней.

Результаты артроскопического лечения повреждения менисков в динамике в 159 (94,1%) случаях были *отличными* и *хорошими*, в 10 (5,9%) – *удовлетворительными*, плохих ближайших результатов не наблюдалось.

2. Хондриальные и остеохондриальные переломы

Актуальной проблемой остается диагностика и лечение *хондриальных* и *остеохондриальных переломов* (ХиОХП). Так, при тщательном рассмотрении структуры оперированной травматической внутрисуставной хондриальной патологии коленного сустава мы выявили, что у молодых пациентов хондриальные и остеохондриальные переломы преобладают над другими типами повреждений, что может быть обусловлено высокой эластичностью менисков и крестообразных связок коленного сустава в сравнении с прочностью эпифизарных костно-хрящевых структур в детском и подростковом возрасте. Однако, с возрастом это соотношение изменяется в сторону увеличения прочности кости и суставного хряща, и среди пациентов старших возрастных групп наблюдается иная ситуация: вторичная хондромалиция, повреждения крестообразных связок либо менисков коленного сустава значительно преобладают над хондриальными и остеохондриальными переломами [2].

При изучении 75 (21,1%) пациентов с ХиОХП комбинация хондриальных и остеохондриальных переломов с другой внутрисуставной патологией коленного сустава наблюдалась в 41 (54,7%) случаях:

- хондромалиция различной локализации – в 18 (24%) случаях;
- повреждение медиального разгибательного аппарата – в 14 (18,7%);
- повреждение менисков – в 14 (18,7%);
- повреждение передней крестообразной связки – в 9 (12%);
- болезнь Кенига – в 2 (2,6 %);
- сочетание хондриальных и остеохондриальных переломов с вывихом надколенника – в 12 (16%);
- наряженный гемартроз – в 23 (30,7%) случаях.

Также интерес представляет преобладающая локализация данных повреждений коленного сустава, которые отмечались:

- на медиальной фасетке надколенника – в 28 (37,3%) случаях;
- на наружном и внутреннем мыщелках бедра – в 17 (22,7%) и 13 (17,3%) случаях, соответственно;
- на мыщелках большеберцовой кости – в 9 (12%);
- на латеральной фасетке надколенника – в 8 (10,7%) случаях.

Следует отметить, что постановка верного диагноза хондриального или остеохондриального перелома структур коленного сустава – достаточно сложная задача, особенно в детском возрасте. Это можно проиллюстрировать данными о совпадении или несовпадении предварительных (доартроскопических) и послеоперационных диагнозов у наших пациентов. Всего среди пациентов с хондриальными или остеохондриальными переломами в коленном суставе полное несовпадение предоперационного и послеоперационного диагноза наблюдалось в 19 (25,3%) случаях, причем в 13 (72,2%) случаях несовпадений диагнозов – предварительно был установлен диагноз “повреждение мениска”.

Таким образом, представленные данные собственных наблюдений свидетельствуют об актуальности

проблемы хондриальных и остеохондриальных переломов структур коленного сустава у пациентов детского и юношеского возраста. Данная патология требует проведения тщательной диагностической и, особенно, дифференциально-диагностической работы с использованием современных высокотехнологичных методик. Частое сходство клинического течения ХиОХП (в том числе “скрытых” субхондриальных переломов) с другими распространенными заболеваниями и повреждениями коленного сустава у детей и подростков требует формирования у травматолога-ортопеда определенной настороженности в отношении травматических повреждений коленного сустава, особенно протекающих с явлениями гемартроза или синовита.

Для получения наилучшего функционального результата врачу травматологу-ортопеду, среди многообразия вариантов хирургического лечения пациентов с данной патологией, необходимо в каждом конкретном случае выбрать наиболее адекватный способ ведения больного в зависимости от величины хондриального или остеохондриального дефекта, давности получения травмы, локализации повреждения, перспектив роста и др. [2, 7, 15].

3. Синовит коленного сустава

Неинфекционный синовит коленного сустава у детей – достаточно частая, но, тем не менее, недостаточно изученная патология, как в этиологическом, так и в клиническом аспекте. Это объясняется значительной вариабельностью вызывающих его причин, а также сложностью дифференциальной диагностики.

Артроскопические операции при синовитах (61 (17,2%) пациент) выполнялись по общепринятой методике из двух нижних базовых доступов – передне-латерального и передне-медиального [4].

С целью выяснения *этиологии синовита* оценивались следующие показатели:

- 1) синовиальная жидкость – количество, цвет, вязкость, цитоз, рН, плотность муцинового сгустка, синовиоцитогарма, наличие рогоцитов, ревмофактора, кристаллов, АСЛ-О, СРБ;
- 2) количество основных электролитов;
- 3) посев;
- 4) осмотр сустава *ad oculus*;
- 5) прицельная биопсия синовиальной оболочки из места, наиболее “подозрительного” в плане наличия очагового патологического процесса. При наличии диффузного поражения синовиальной оболочки, либо при отсутствии четко выраженных ее изменений, прицельная биопсия выполнялась в трех местах: из межмышечковой вырезки, из верхнего заворота и из передне-медиального отдела сустава [4, 14].

По итогам проведенного комплексного анализа полученных данных, в особенности патоморфологических исследований участков синовиальной оболочки, в большинстве случаев выставлен диагноз ювенильного хронического неспецифического артрита, ювенильного ревматоидного артрита, реактивного артрита. Кроме того, в 2 случаях было выявлено достаточно редкое для детей заболевание – пигментный

узелково-ворсинчатий (виллезно-нодулярний) синовит, диффузная форма, и в 2 случаях – синовиальный хондроматоз коленного сустава [4].

Артроскопия является наиболее точным методом оценки внутрисуставных структур коленного сустава у детей, в том числе синовиальной оболочки. Использование артроскопии в качестве одного из компонентов комплексного обследования и лечения детей с ревматоидными заболеваниями представляет значительный интерес как для клинической практики, так и для научных исследований. Артроскопию нельзя считать абсолютно универсальным средством дифференциальной диагностики синовитов у детей, но в ряде случаев она позволяет получить информацию, недоступную для других методов исследования. Поэтому, при отсутствии противопоказаний, ее использование можно считать оправданным у всех детей с моно- и олигоартритами коленного сустава неясной этиологии [4].

4. Патология пателлофemorального сустава

Патология пателлофemorального сустава (ППФС) на сегодняшний день имеет достаточно широкое распространение (до 15–40% впервые обратившихся с патологией коленного сустава пациентов). У 17–25% пациентов ППФС является вторичным проявлением других заболеваний, таких как нестабильность передней крестообразной связки и разрывов менисков. Синдром латеральной гиперпрессии надколенника (СЛГН) – одна из наиболее грозных и распространенных вариаций ППФС, составляющих до 35% ортопедической патологии коленного сустава, особенно среди детей и подростков (7–15% всей ортопедической патологии).

Нами было проведено 22 (6%) *артроскопических релиза* 21 (5,9%) пациенту. Средний возраст пациентов составил 14,3 лет.

Двум пациенткам артроскопический релиз был по оригинальной методике дополнен транспозицией-тонизацией мышечно-сухожильной части *vastus medialis* на передне-верхнюю поверхность надколенника пластикой-дубликатурой передне-медиального участка капсулы сустава с медиализацией и краниализацией надколенника.

В 1 случае была произведена малоинвазивная полуартроскопическая рефиксация остеохондриального фрагмента наружного мыщелка бедра при СЛГН.

Пациентам перед операцией выполнялось МРТ или КТ, электронной миография, рентгенография в трех проекциях (прямая, боковая, тангенциальная) [1].

Клинический результат: *отличный* или *хороший* – у 19 (90,5%), *удовлетворительный* – у 2 (9,5%).

5. Болезнь Кенига

За вышеуказанный период в клинике было установлено и подтверждено 17 (4,8%) случаев *болезни Кенига*. Возраст пациентов составил от 10 до 17 лет (14 девочек и 3 мальчика) [5, 10].

Болезнь Кенига выявлялась на всех стадиях, в большинстве случаев на IV стадии заболевания (у 7 па-

циентов), что связано с проблемами в ранней диагностике и поздним поступлением пациентов в стационар [5].

Артроскопия являлась одновременно диагностическим и лечебным мероприятием, во всех случаях в зависимости от стадии заболевания были применены различные оперативные методы.

Костно-хрящевые фрагменты на терминальных стадиях заболевания удалось извлечь из сустава у всех больных с последующим проведением абразивной механической хондропластики.

В 1 случае при IV стадии болезни Кенига с неполным “вылуциванием” участка хряща размером 3×3 см из нагружаемой поверхности внутреннего мыщелка бедра после ревизионной артроскопии выполнена микроартротомия, открытая репозиция фрагмента и фиксация компрессирующей спицей.

Результаты лечения болезни Кенига в 14 (82,4%) случаях оценены как *отличные* и *хорошие*, и в 3 (17,6%) – *удовлетворительные* [5, 10].

6. Дискоидный мениск

Нами также изучены ближайшие результаты *парциальной серповидной менискэктомии* в лечении *дискоидного мениска* (ДМ). Среди пациентов с различной патологией менисков пациентов с диагнозом ДМ было 12 (3,4%). Средний возраст – 13 лет (от 9 до 18 лет). Из них – 5 (45,45%) мальчиков и 6 (54,55%) девочек.

Дискоидный мениск в 7 (63,64%) случаях был диагностирован в *левом* коленном суставе и в 4 (36,36%) – в *правом*, из них 10 пациентов (90,9%) – с латеральным ДМ и 1 (9,1%) – с медиальным. По классификации Watanabe (1974), полный ДМ составлял 8 (72,73%), неполный – 3 (27,27%). В 1 (9,1%) случае наблюдался билатеральный ДМ [4, 13].

В 7 (63,64%) случаях верифицированного ДМ причиной обращения за медицинской помощью был факт травмы коленного сустава, в остальных – 4 (36,36%) пациенты не отмечали в анамнезе травм, однако указывали на присутствие незначительных болей, звука “щелчка” и чувства дискомфорта в коленном суставе. Для подтверждения диагноза пациентам выполнялась МРТ. Всем 11 пациентам выполнялась артроскопическая парциальная серповидная менискэктомия, в одном случае – при повторной операции выполнена тотальная менискэктомия.

Собственный опыт хирургического лечения дискоидного мениска показал, что ближайшие результаты парциальной серповидной менискэктомии в 90,9% случаев являются *отличными* и *хорошими* [4].

Выводы

Таким образом, шестилетний опыт артроскопической диагностики и лечения травматической, ортопедической и ревматологической патологии коленного сустава позволяет сделать вывод о высокой диагностической и хирургической эффективности артроскопии как методики в детско-юношеском возрасте. В большинстве случаев достигнута компенсация стати-

ческой и динамической характеристик, получены положительные клинические исходы.

Литература

1. Болезнь Кенига коленного сустава у детей : клиника, диагностика, лечение / Герасименко М. А., Белецкий А. В., Чернявский К. С., Жук Е. В. // Мед. журн. – Минск. – 2007. – № 2. – С. 28–30.
2. Герасименко М. А. Артроскопия в диагностике и лечении поврежденного коленного сустава у детей и подростков / М. А. Герасименко, А. В. Белецкий // Там же. – 2007. – № 1. – С. 100–101.
3. Герасименко М. А. Диагностическая значимость артроскопического метода исследования в дифференциальной диагностике синовитов коленного сустава у детей / Герасименко М. А., Белецкий А. В., Клецкий С. К. // Там же. – 2006. – № 4. – С. 8–11.
4. Герасименко М. А. Дискоидный мениск / М. А. Герасименко // Там же. – 2009. – № 2. – С. 36–39.
5. Диагностика ортопедической патологии пателлофemorального сустава. Современный взгляд на проблему / Герасименко М. А., Белецкий А. В., Жук Е. В., Залепугин С. Д. // Там же. – 2007. – № 3. – С. 16–20.
6. Левенец В. Н. Артроскопия / В. Н. Левенец, В. В. Пляцко. – К. : Наук. думка, 1991. – 232 с.
7. Миронов С. П. Артроскопическая диагностика и лечение поврежденного менисков коленного сустава / С. П. Миронов, М. П. Лисицин : сб. материалов I конгресса Рос. артроскопического общества, 25–26 ноября 1996 г. – М. : Б. И., 1996. – С. 8–32.
8. Трачук А. П. Основы диагностической артроскопии коленного сустава / Трачук А. П., Шаповалов В. М., Тихлов Р. М. – СПб., 2000. – 112 с.
9. Ушакова О. А. Артроскопические парциальные менискэктомии / Ушакова О. А., Лисицин М. П., Вачешвили Г. О. // Ортопед., травматол. и протезир. – 1991. – № 10. – С. 1–6.
10. Arthroscopic drilling in juvenile osteochondritis dissecans of the medial femoral condyle / Aglietti P., Buzzi R., Bassi P. B. [et al.] // Arthroscopy. – 1994. – Vol. 10. – P. 286–291.
11. Arthroscopic meniscectomy for discoid lateral meniscus in children / Halashi K. L., Ymaga H., Ida K., Miura T. // J. Bone Jt Surg. – 1988. – Vol. 70-A. – P. 1495–1500.
12. Hasting D. E. The knee : ligament and articular cartilage injuries / D. E. Hasting. – Berlin : Springer Verlag, 1981. – 199 p.
13. Henche H.-R. Arthroscopy of the knee joint. Diagnosis and operative techniques / H.-R. Henche, J. Holder. – Berlin : Springer Verlag, 1988. – 190 p.
14. Paus A. C. Arthroscopic evaluation of the synovial lining before and after open synovectomy of the knee joint in patients with chronic inflammatory joint disease / A. C. Paus, J. A. Pable // Scand J. Rheumatol. – 1990. – Vol. 19. – P. 193–201.
15. Watanabe M. Arthroscopy of the knee joint / M. Watanabe // In: Helfet A. J., ed. Disorders of the Knee. – Philadelphia : Lippincott, 1974. – 321 p.

УДК:616.72-002.158:617-089.844

ДІАГНОСТИКА ТА ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ УРАЖЕНЬ КИСТЕЙ У ХВОРИХ НА ПСОРИАТИЧНИЙ АРТРИТ

О. А. Бур'янов, А. В. Самохін, В. П. Кваша, В. В. Котюк, Ю. В. Карнаух
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

DIAGNOSIS AND PREDICTION OF HANDS INVOLVEMENT IN PATIENTS WITH PSORIATIC ARTHRITIS

O. A. Burianov, A. V. Samokhin, V. P. Kvascha, V. V. Kotiuk, Yu. V. Karnaukh

The authors propose and evaluate the diagnostic criteria for the involvement of the joints of the hand in psoriatic arthritis. The signs of the disease growing progressively worse and their significance are determined. The leading criteria causing the rapid growing progressively worse for the joints affection are two and more recurrences a year, the duration of the last recurrence more than six months, thickening of the sinovium.

Key words: psoriatic arthritis, hand affection, diagnosis criteria.