

БОЛЕЕ ЧЕМ 50-ЛЕТНИЙ ОПЫТ В РЕВМООРТОПЕДИИ

Скляренко Е.Т.

Национальный медицинский университет им.А.А.Богомольца, г.Киев, Украина

Ревмоортопедия – это раздел консервативной и реконструктивно-восстановительной ортопедии в лечении больных ревматическими заболеваниями, направленный на ликвидацию воспалительного процесса в суставе, на профилактику и устранение дискордантных и конкордантных деформаций, на восстановление функции пораженных суставов.

Именно поражение опорно-двигательного аппарата у больных с ревматическими заболеваниями является основной причиной утраты способности передвижения, работоспособности и возможности обслуживать самого себя, т.е. ведущая причина тяжелой инвалидизации больных.

Как показал опыт лечения этих больных ни терапевтические, ни физиотерапевтические методы лечения не в состоянии приостановить цепную реакцию патологических, прогрессирующих процессов в пораженных суставах с формированием конкордантных и дискордантных деформаций, тугоподвижности и анкилозов. Больные как будто под взглядом Горгоны «оканемевают» из-за множественных анкилозов суставов верхних и нижних конечностей и не случайно академик А.И.Нестеров сказал, что мы – врачи видим страдания этих больных, а помочь им не можем.

Однако, занявшись этой проблемой, изучая динамику патологического процесса, причины, ведущие к развитию конкордантных и дискордантных деформаций, тугоподвижности и анкилозов, накопившийся многолетний опыт, дал нам основание считать, что, включив в комплексное лечение больных с ревматическими заболеваниями консервативные и хирургические ортопедические методы лечения, несмотря на отсутствие патогенетической терапии, можем на ранних стадиях ликвидировать воспалительный процесс в суставе, предупредить развитие конкордантных и дискордантных деформаций и сохранить или восстановить рабочую амплитуду движения в пораженных суставах, но это при условии, если ортопедическое лечение становится неотъемлемым элементом комплексного лечения с первых дней заболевания.

Наиболее калечащим заболеванием после полиомиелита является ревматоидный артрит. Патогенетической терапии нет, т.к. этиология неизвестна, патогенез полностью не раскрыт, но хорошо известна динамика развития пораженных суставов от синовита до костного анкилоза.

Нами раскрыта динамика формирования конкордантных и дискордантных деформаций. Вообще в динамике развития патологического процесса четко выделяется стадийность поражений суставов, которая требует дифференциального лечения.

Так, для первой стадии (стадия синовитов) характерно острое, подострое или первичное (хроническое) начало, проявляющееся различной степенью синовита. Следовательно, основная часть лечения – это ликвидация очага воспаления или же, в крайней мере, максимальное снижение его активности. Эту цель решает терапевтическое медикаментозное лечение. Однако, в стадии синовитов запускается механизм образования контрактур, вначале мышечных, а затем и артрогенных. При синовите нарастает внутрисуставное давление, которое оказывает механическое действие на воспаленную синовиальную оболочку, особенно при движениях, вызывая болевой синдром. Чтобы уменьшилось внутрисуставное давление больные рефлекторно придают конечностям полусуставное положение в коленном суставе при этом происходит максимальное расслабление капсулы сустава, уменьшается внутрисуставное давление, а отсюда и болевой синдром.

При таком рефлекторном защитном положении происходит нарушение физиологического равновесия мышц антагонистов, т.е. разгибатели оказываются в положении постоянного перерастяжения, а сгибатели – сокращены и это происходит на фоне универсального поражения соединительной ткани, продуктивных васкулитов и в межучточном веществе соединительной ткани при выраженной гипоксии быстро происходит развитие прогрессирующего фиброзного процесса с формированием мышечной контрактуры. Следовательно, при отсутствии деструктивных изменений в суставах при синовитах возникает вынужденное порочное положение в суставах, которое становится пусковым механизмом образования мышечных контрактур, которое терапевтическими методами не устранить, а необходимо включение в комплексное лечение консервативные ортопедические методы. С помощью ортопедического лечения (лечение положением, устранением порочных положений с помощью редрессаций, иммобилизаций гипсовыми повязками, ЛФК), уже на первой стадии заболевания,

которые позволяют предупредить формирование порочных положений, контрактур, развитие гипотрофии мышц и сохранить амплитуды движения в пораженном суставе. Следовательно, ортопедическое лечение с первых дней заболевания должно стать необходимым элементом комплексного лечения.

У больных, которым проводилось терапевтическое лечение не приносит облегчения, синовиты не исчезают или часто рецидивируют рекомендуем вводить внутрисуставно раствор фуразолидона (0,2-0,1 млг порошка фуразолидона растворенного в 1,5-2,0 гепарина с добавлением 1,5-2,0 мг 1% новокаина или лидокаина).

Наш многолетний опыт показал, что фуразолидон не только обладает противовоспалительным качеством, но и дефибрирующим. Угнетает пролиферативный процесс воспаленной синовиальной оболочки. Раствор фуразолидона вводят 3, реже 5 раз с интервалом 3-5 дней в зависимости от активности процесса. Кроме того, на ночь на область воспаленного сустава накладывают компресс с 30-50% раствора димексида, предварительно смазывая кожу пораженного сустава гепариновой и гидрокортизоновой мазями в равных соотношениях. Днем больным на область пораженных суставов назначают фонофорез гидрокортизоном, электрофорез по Парфенову, раствором кальция, чередуя с новокаином.

При высокой активности заболевания рекомендуем внутривенные капельницы, состоящие из 300-400 см³ реополиглюкина или неогемодеза с добавлением 7-10 тыс.ед. гепарина и 15-16 тыс.ед. контрикала. В конце капельницы вводим 10.0-10% хлористого кальция.

Таких капельниц назначаем 3-5 с интервалами 5-7 дней в зависимости от активности патологического процесса. Наш опыт показал, что применение неспецифических противовоспалительных препаратов на фоне указанных капельниц и описанного выше местного воздействия на синовит позволяет добиться ремиссии, снижения активности процесса, предупредить прогрессирование пролиферативно-деструктивных процессов в суставах и формирование порочных положений в суставах контрактур. В тех случаях, когда, несмотря на все современные консервативные методы лечения, синовиты не проходят или постоянно рецидивируют в течение 6-9 мес., ставятся показания для лечебно-профилактической операции – синовэктомии. Однако, последние годы мы для показаний к синовэктомии используем тест доктора Бобко, который доказал, что в случаях утолщения синовиальной оболочки более 4 мм, всасываемость ее нарушается и

синовиты не рассасываются, необходимо производить синовэктомиию.

Для тотальной синовэктомии и синовкапсулэктомии коленного сустава нами разработана методика с одного доступа одномоментного удаления воспалений синовиальной оболочки. Суть операции состоит в том, что после вскрытия сустава парапетелярным доступом иссекают синовиальную оболочку с наружных сторон, затем при максимальном сгибании голени, ниже места начала боковых связок, резецируют верхушки мышечелков бедренной кости и открывается широкий доступ к заднему отделу полости коленного сустава и хирург имеет возможность свободно полностью иссечь синовиальную оболочку, а если показано, и капсулу сустава.

Особое внимание при реабилитации больным ревматоидным артритом необходимо уделять восстановлению силы, работоспособности и выносливости четырехглавой мышцы, гипотрофия которой развивается на ранней стадии синовита и функциональная недостаточность ее является одной из причин развития сгибательных контрактур в коленном суставе.

Вторая стадия РА – это самая динамичная и переменчивая стадия с органическими изменениями во всех элементах сустава с развитием деструкций и деформаций.

Клинико-рентгенологические в этой стадии можно выделить три фазы: первая фаза, когда еще выраженные экссудативные процессы, но начинается с разной выраженностью пролиферативные процессы в синовиальной оболочке. В этой фазе, используя консервативные методы – редрессации, этапные гипсовые повязки, скелетное вытяжение возможно устранить возникшие контрактуры и не допускать их развития. В тех случаях, когда консервативное лечение не дает положительного результата и синовиальная оболочка утолщается на 4 мм и больше – показано оперативное лечение. Одной синовэктомией обойтись в таких случаях не представляется возможным, необходимо не только произвести тотальную синовэктомиию, но и частично капсулэктомиию (в местах ее сращения с синовиальной оболочкой). Во второй фазе II стадии объем оперативного вмешательства увеличивается, т.к. кроме тотальной синовкапсулэктомии необходимо удалить паннус, пораженные участки хрящевого покрова и полностью устранить сгибательную контрактуру.

В третьей фазе при выраженности деструктивных изменений суставных поверхностей методом выбора является тотальная синовкапсулэктомия с артропластикой.

В третьей стадии (фиброзного или костного анкилоза) показана артропластика или эндопротезирование. Выполненные артропластические или реконструктивно-восстановительные операции должны быть вписаны в биомеханическую ось конечности без каких-либо отклонений, что является неотъемлемым условием анатомо-функциональной сохранности восстановительного сустава.

Все восстановительные и реконструктивно-восстановительные операции должны сочетаться с функциональным восстановлением мышечно-аппарата, поэтому успешное лечение будет при условии перманентного комплексного лечения терапевтического, реабилитационного, физиотерапевтического и санаторно-курортного.

Именно комплексность лечения больных РА с ортопедической реабилитацией на ранних стадиях заболевания позволяет предупредить тяжкую инвалидизацию, сохранит активность и сильную трудоспособность больных, а на поздних стадиях вернет способность к передвижению, самообслуживанию и к посильному общественному труду.

Аналогичный ортопедический подход должен быть и при лечении больных с болезнью Бехтерева. К сожалению, больным с болезнью Бехтерева особенно с псориатическим полиартритом поступают к ортопедам в поздних стадиях заболевания, когда возникают множественные контрактуры, тугоподвижность и анкилозы. Это связано с тем, что диагностика болезни Бехтерева запаздывает и диагноз устанавливают, когда произошла «одеревенелость» позвоночника и поражения тазобедренных и плечевых суставов, а при периферической форме всех суставов конечности. Именно ранняя диагностика болезни Бехтерева и раннее комплексное лечение с применением ортопедических методов позволит предупредить развитие дискордантных деформаций, а если возникают анкилозы, то они в функционально выгодном положении, что сохраняет возможность передвижения с помощью костылей, т.е. сохранится способность самообслуживания, а это главное.

Следующим заболеванием суставов является псориатический артрит.

Псориаз – один из распространенных хронических дерматозов с тяжелыми осложнениями и в первую очередь псориатическим артритом. Псориатический артрит – хроническое неспецифическое воспаление наблюдается при псориазе до 60% случаев, причем почти в два раза чаще у мужчин, чем у женщин. Псориатический артрит ведет к потере работоспособности и тяжелой ин-

валидности более чем 30% случаев. Потеря трудоспособности и инвалидность в основном обусловлена поражением опорно-двигательного аппарата и, к сожалению, ортопедическая профилактика и лечение в практической работе не стали еще элементом комплексного лечения. Диагностика псориатических артритов при выраженности кожных поражений не составляет трудностей: при сглаженности кожных проявлений или на слабой выраженности их, нередко псориатический артрит принимают за ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, деформирующий остеоартроз.

Подключение к комплексному лечению ортопедических консервативных методов лечения должны проводиться в стационарном лечении больных в дерматологических стационарах.

При легкой, средней и тяжелой стадиях воспалительного процесса в суставах при подагре как и при ревматоидном артрите синовит является причиной возникновения рефлекторного полусогнутого положения в суставе, ведущего к нарушению физиологического равновесия мышц-антагонистов, в которых рано возникают фиброзные процессы с развитием мышечных контрактур при отсутствии деструктивных изменений в суставах. При псориатическом синовите происходит поражение кожных покровов, периартикулярных тканей, которая является причиной развития контрактур вследствие пролиферативно-рубцевых процессов в периартикулярных тканях, мышцах, т.е. развиваются десмогенно-мышечные контрактуры. Поэтому, уже в дерматологическом стационаре в процессе лечения положением, необходимо принимать лечение для чего используют эмалиновые или гипсовые шины особенно на период ночного сна. Днем проводят функциональное лечение, стремясь сохранить рабочую амплитуду движений в суставе.

В случаях поступления больных с уже сформированными контрактурами до года показано проведение редрессаций с временной иммобилизацией (первые трое суток), а потом функциональное лечение с применением иммобилизации конечности с полным устранением порочного положения конечности в пораженных суставах. При упорных синовитах обязательного проводят пункцию с удлинением воспаленной синовиальной жидкости и выведения в полость сустава раствора 0,02 мг порошка фуразолидона растворенного в 2-3 см³ гепарина.

Консервативное ортопедическое лечение проводить на фоне медикаментозного лечения, состоящего в десенсеблизационной терапии в улучшении реологических свойств крови, имму-

нитета, гепатотропных препаратов, цитостатиков (метотрексан, препаратов золота, сульфасолазон) и неспецифических противовоспалительных препаратов, инфизиотерапии (по Склярченко), ультразвуковое облучение.

В тех случаях, когда при комплексном консервативном лечении состояние больного не улучшается или больной поступил с деформациями суставов показано применение хирургических методов лечения.

Абсолютными показаниями для оперативного лечения псориатических артритов являются:

- неэффективность консервативного лечения синовитов при утолщении синовиальной оболочки 4 мм и выше по Бабко;
- контрактуры, подвывихи, вывихи;
- начинающийся лизис суставных концов;
- фиброзные костные анкилозы;
- патологические установки в суставах конечностей.

Исходя из стадий патологического процесса, характера деформаций, выделили следующие группы с характером оперативных вмешательств:

I группа – первая стадия структурно-функциональных нарушений в аппарате опоры и движения при активности процесса 1 степени и функциональной недостаточности суставов (0-1). Этой группе больных показана лечебно-профилактическая операция – синовэктомия, теносиновэктомия.

II группа – вторая стадия структурно-функциональных нарушений при активности процесса II степени и ФНС – 1-2 показана тотальная синовкапсулэктомия, теносиновэктомия.

III группа – третья стадия структурно-функциональных нарушениях, активность I-II ФНС – 2-3. В этой группе показан артролиз с тотальной синовкапсулэктомией.

IV группа – четвертая стадия структурно-функциональных нарушений при активности

процесса I-II стадии с ФНС-3 показана артропластика, эндопротезирование.

После оперативных вмешательств реабилитация проводится на фоне медикаментозной терапии, физиотерапии с последующим проведением санаторно-курортного лечения.

Следовательно, в лечении больных псориазом должны принимать участие и ортопеды, которые своевременно проведут профилактические мероприятия по предупреждению развития ранних контрактур и сохраняют рабочую амплитуду движений в суставах, а в поздних стадиях ликвидирует патологический очаг, порочные установки, деформации и деструкцию пораженных суставов и восстановят рабочую амплитуду пораженных суставов, а конечностям вернет статическую и функциональную способность и тем самым возвращает больных к активности жизни.

Таким образом, наш более чем 50-летний опыт лечения больных ревматоидным артритом, больных болезнью Бехтерева и псориатическим артритом дал основание считать необходимым элементом комплексного лечения вышеуказанных заболеваний консервативное и оперативное ортопедическое лечение.

Именно включение в комплексное лечение больных этой группы ортопедических методов лечения позволит своевременно устранить неподдающееся медикаментозной терапии воспаления суставов, предупредить формирование контрактур, подвывихов, деструкцию суставов, вывихи и тяжелые деформации аппарата опоры и движения. Ортопедическое лечение позволит восстановить рабочую амплитуду движений в пораженных и анкилозированных суставах, восстановить функциональную способность конечности и вернуть больным активность жизни, повысить трудоспособность, возможность обслуживать себя, т.е. стать социально полезным человеком.