

ЛІКУВАННЯ УРАЖЕНЬ ЛІКТЬОВОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

Ураження ліктьового суглоба на початкових стадіях на ревматоїдний артрит (РА) спостерігається у 15-20% хворих і частіше відмічається вже після патологічних змін у дрібних суглобах кисті та колінних суглобах. За матеріал дослідження були взяті 115 пацієнтів, яким за період з 1975 по 2010 роки виконано 119 оперативних втручань на ліктьовому суглобі. Аналіз результатів дослідження показав, що синовектомія забезпечує позитивний результат в I стадії запального процесу, а ендопротезування в II стадії III фази і в III стадії РА.

Ключові слова: ревматоїдний артрит, верхня кінцівка, ортопедичне лікування

Вступ

Ревматоїдний артрит (РА) — це системне аутоімунне захворювання сполучної тканини організму, що характеризується прогресуючим хронічним перебігом з переважним ураженням суглобів, розвитком тяжких незворотніх деформацій, значними порушеннями їх функції, які призводять до втрати працездатності та інвалідності [4].

Розповсюдженість на Україні РА складає від 0,8% до 5%. На ревматоїдний артрит хворіють частіше жінки, вікова група від 25 до 50 років [3].

Проблема діагностики та лікування таких хворих залишається на теперішній час не вирішеною через відсутність чітких уявлень про етіологію та патогенез цього захворювання.

Ураження ліктьового суглоба на початку захворювання на ревматоїдний артрит спостерігається лише у 15-20% хворих і частіше відмічається вже після патологічних змін у дрібних суглобах кисті та колінних суглобах [3,6]. Ліктьовий суглоб вважається ключовим у функціонально-руховому ланцюгу верхньої кінцівки. Однак, випадіння його з ланцюга призводить до втрати можливості самообслуговування та професійних навичок. Все це свідчить про актуальність проблеми в медичному і соціальному плані.

Матеріал і методи

Під нашим спостереженням знаходилось 115 хворих, яким за період з 1975 по 2010 роки виконано 119 оперативних втручань на ліктьовому суглобі. З них: 11 синовектомій (з I стадією було 4 хворих, з II стадією I фази — 7 хворих), 94 артропластик ліктьового суглоба, 14 ендопротезувань. Операції артропластики та ендопротезування виконувалися в II стадії III фази та III стадії РА [6, 7].

Хворим проводили клінічне, лабораторне дослідження, УЗД та рентгенографію. Призначалося лікування основного захворювання та уражень інших суглобів.

Результати та їх обговорення

При I стадії РА за класифікацією проф. Є.Т.Скляренко та проф. В.І.Стецули (синовіт) у хворих відмічалася дефігурація ліктьового суглоба, збільшення його в обсязі, вимушене положення. Хворі скаржилися на біль в спокої та при рухах, обмеження рухів, неможливість фізичного навантаження на кінцівку. Крім цього, існували клініко-лабораторні ознаки загального аутоімунного запального процесу.

Для I стадії характерні антекубітальні кісти, які частіше виникають при гострому синовіті. Збільшення кількості синовіальної рідини в суглобі може призводити з часом до неврити ліктьового нерва внаслідок його компресії.

Рентгенологічно в цій стадії відмічався локальний остеопороз, посилення малюнку структури м'яких тканин навколо суглоба.

Важливе значення в діагностиці цієї стадії захворювання відіграє сонографія з доплерографією ліктьового суглоба. Ультразвукове дослідження дозволяє виявити збільшення кількості рідини, проліферацію синовії, кровоток в ній, наявність кіст, їх розташування тощо.

При прогресуванні патологічного процесу, в II стадії (проліферативно—деструктивна) відбувається проліферація синовіальної оболонки, посилюються явища фіброзування капсули суглоба та м'яких тканин, що оточують його. У ліктьовому суглобі типовою деформацією є згинально-пронаційна контрактура. В результаті больового синдрому виникає рефлекторне скорочення м'язів. Так як згиначі і внутрішні ротатори сильніші за розгиначі та супінатори, то виникає згинально-пронаційна установка передпліччя [2, 3]. При зменшенні больового синдрому така контрактура може зменшуватися. Так як плечовий м'яз і круглий пронатор пов'язані з капсулою суглоба, то вони раніше реагують на процес формування контрактури. Прогресування патологічного процесу у суглобі, перерозтягнення та зниження сили м'язів антагоністів (розгиначів та супінаторів) призводять до формування стійких контрактур у ліктьовому

суглобі. Виявлена залежність між згинальною та пронаційною контрактурою: чим більше виражена згинальна контрактура в ліктьовому суглобі, тим більше виражена пронаційна установка передпліччя. Це пояснюється тим, що при збільшенні згинальної контрактури зближуються точки прикріплення круглого пронатора, відбувається його контракція і вкорочення, що веде до пронаційної контрактури передпліччя.

В суглобі через розрощення панусу відбувається деструкція країв суглобових поверхонь та гіалінового хряща, формування кіст. Кісти з часом збільшуються, що призводить до подальшого руйнування суглобових поверхонь і виникнення нестабільності ліктьового суглоба [3, 7].

Таким чином, порушення м'язової рівноваги, зниження стійкості, стабільності в ліктьовому суглобі і деформація суглобових поверхонь, які викликані патологічним процесом призводять до розвитку згинально-пронаційної контрактури.

Клінічно у таких хворих визначається згинально-пронаційна контрактура ліктьового суглоба, його деформація, гіпотрофія оточуючих м'язів. Рухи в суглобі різко обмежені, болючі.

При рентгенологічному дослідженні визначається остеопороз плечової кістки та кісток передпліччя, звуження суглобової щілини, нерівномірність субхондральних пластин, кистоподібні включення в епіфізах кісток, що зчленуються. Як правило, спостерігається підзвих голівки променевої кістки.

Лікування хворих на ревматоїдний артрит з ураженням ліктьового суглоба відбувається за тими ж принципами, що і з ураженням інших суглобів кінцівок. Головне завдання лікувальних заходів – зменшити больовий синдром і збільшити обсяг рухів у суглобі.

Хворим призначаються нестероїдні протизапальні препарати, препарати, що модифікують хворобу за встановленими схемами, препарати моноклональних антитіл. В залежності від стадії захворювання місцево призначали мазеві компреси з аплікацією димексиду, електрофізіопроцедури, лікувальну фізкультуру, масаж.

Особливе місце займає локальне введення стероїдних препаратів. Необхідно звертати увагу на кортикостероїди довготривалої дії, які вводяться внутрішньосуглобово при високій активності процесу та гострому синовіті а також періартикулярно з метою збільшення обсягу рухів та зменшення запальних явищ. З вищевказаних лікарських засобів перевагу віддавали „Діпроспану” або „Метипреду”. Їх використовували разом з анестетиками (лідокаїн, новокаїн). Такі блокади виконувались один раз на два тижні. Внутрішньосуглобових

введень робили не більше двох, а при періартикулярному введенні – до п'яти.

Позитивний ефект у вигляді збільшення обсягу рухів та зменшенні больового синдрому мали при внутрішньосуглобовому та періартикулярному введенні антигомотоксичних препаратів Траумель С та Коензим композитум одночасно. Таких введень було від п'яти до десяти.

Обов'язково при консервативному лікуванні хворому призначали на ранніх стадіях захворювання іммобілізаційні шини для профілактики утворення згинально-пронаційної контрактури в ліктьовому суглобі. Такі шини накладалися поперемінно в положенні максимального згинання і максимального розгинання, переважно на нічний період доби.

При неефективності консервативного лікування хворим проводилися хірургічні втручання в залежності від стадії патологічного процесу, ступеню вираженості деформацій ліктьового суглоба.

На ранніх стадіях хірургічне втручання включало синовектомію та синовкапсулхейлектомію. Існує чотири методи синовектомії ліктьового суглоба: а) латеральний доступ з резекцією голівки променевої кістки та видаленням синовії; б) задній доступ з остеотомією ліктьового відростка, резекцією голівки та дебрідментом; в) медіальний доступ також з резекцією голівки та тотальною синовектомією; г) артроскопічна синовектомія [6]. Кожна з методик має свої недоліки і переваги, показання і протипоказання. Потрібно відмітити, що видалення голівки променевої кістки в майбутньому може призвести до таких проблем, як обмеження рухів, нестійкість суглоба.

Перевагу віддавали латеральному та задньому доступам до ліктьового суглоба. Після розрізу шкіри пошарово виділяли задню поверхню плечової кістки та ліктьовий відросток. При задньому доступі обов'язковим є виділення ліктьового нерва, його мобілізація та відведення на гумових утримувачах.

Після видалення ураженої синовії та редондренування порожнини суглоба рану пошарово зашивали, накладали передню іммобілізаційну шину в положенні згинання 160°. З третього дня починали лікувальну фізкультуру по I періоду, масаж, електрофізіопроцедури.

При прогресуванні ревматоїдного процесу, коли існує стійка деформація ліктьового суглоба, обмеження рухів, больовий синдром, а рентгенологічна картина відповідає стадії процесу, операцією вибору є тотальне ендопротезування ліктьового суглоба.

Операцію ендопротезування виконували за стандартною методикою в модифікації клініки з

Віддалені результати оперативних втручань на ліктьовому суглобі

| Вид операції | Кількість операцій | Результати операцій | | | | | |
|---------------------------|--------------------|---------------------|-----------|-------------|-----------|---------------|----------|
| | | Добрий | | Задовільний | | Незадовільний | |
| | | абс. | % (±%) | абс. | % (±%) | абс. | % (±%) |
| 1 Синовектомія | 11 | 8 | 72,7±13,4 | 2 | 18,2±11,6 | 1 | 9,1±8,7 |
| 2 Артропластика | 94 | 18 | 19,1±4,1 | 30 | 31,9±4,8 | 46 | 48,9±5,2 |
| 3 Ендопротезування | 14 | 13 | 92,9±6,9 | 1 | 7,1±6,9 | 0 | – |
| Вірогідність різниці (P): | | | | | | | |
| 1–2 | | | < 0,05 | | > 0,05 | | < 0,05 |
| 1–3 | | | > 0,05 | | > 0,05 | | > 0,05 |
| 2–3 | | | < 0,05 | | < 0,1 | | < 0,05 |

урахуванням остеопоротичних змін з боку кісток, що утворюють ліктьовий суглоб [1, 2, 7, 8].

Результати оперативного лікування ліктьового суглоба у хворих на РА оцінювали за трьохбальною шкалою: добрі, задовільні, незадовільні. Віддалені результати оцінювали через 1 рік після синовектомії та артропластики, та через 2 роки після тотального ендопротезування ліктьового суглоба. Добрим вважався результат лікування, коли не було ознак рецидиву запалення та синовіту, біль при рухах і в спокої відсутній, усунута деформація, обсяг рухів в повному обсязі, відновлена працездатність кінцівки та самообслуговування. Рентгенологічні зміни відсутні.

До задовільних відносили результати коли після синовектомії або артропластики не було видимих ознак запалення, але при рухах періодично виникав біль, обсяг рухів був не менше 50% від початкового але з меншим больовим синдромом, дискордантні деформації усунуті, або переведені в конкордантні, що дозволило хворим частково або повністю себе обслуговувати. Рентгенологічні зміни не значні.

Незадовільним вважався результат, коли виникав рецидив деформації з різким обмеженням рухів, виражений больовий синдром, рецидив запалення, неможливість самообслуговування, нестабільність ендопротеза.

Оцінка ефективності різних оперативних втручань на ліктьовому суглобі проводилося з використанням статистичних методів, що застосовуються при порівнянні альтернативних розподілів. Серед різних статистичних підходів ми обрали той, що дає змогу не тільки визначити вірогідність різниці, але й дати статистичну характеристику тої частки випадків (або %) в якій спостерігається той чи інший результат з наведенням статистичної похибки [5]. Фактичні результати спостережень та відповідні значення частоти випадків «добрих», «задовільних» та «незадовільних» результатів при трьох варіантах оперативних втручань на ліктьовому суглобі наведені у таблиці 1.

Як видно з наведених у таблиці даних, найменш ефективною як за кількістю добрих та задовільних, так і незадовільних результатів виявилася артропластика. З іншого боку відсоток добрих та задовільних результатів у разі синовектомії та ендопротезування був статистично більш високим, ніж у разі артропластики. При цьому статистичної різниці між результатами цих двох видів операцій не виявлено. Звичайно, що ці висновки мають попередній характер, оскільки кількість спостережень у разі синовектомії та ендопротезування на сьогодні досить обмежена. Однак ці дані вказують на перспективність цих методів і доцільність

подальшого вивчення віддалених результатів цих видів оперативних втручань.

Синовектомія забезпечує позитивний результат в I стадії запального процесу. Артропластика менш ефективна в II стадії III фази і в III стадії РА, ніж ендопротезування в цих стадіях.

Висновки

1. Лікування хворих на ревматоїдний артрит з ураженням ліктьового суглоба залишається складною ортопедичною проблемою. Відсутність ефекту від консервативного лікування, давність, активність та стадійність захворювання зумовлює вибір методу оперативного лікування. 2. На ранніх стадіях РА оптимальною є синовектомія, а на пізніх, таких як II стадія III фаза і III стадія РА, – тотальне ендопротезування ліктьового суглоба.

Список літератури знаходиться в редакції

Резюме

А.Н.Бабко, С.И.Герасименко, М.В.Полулях
Лечение пораженных локтевого сустава у больных ревматоидным артритом

Поражение локтевого сустава на начальных стадиях ревматоидного артрита (РА) наблюдается у 15-20% больных и чаще отмечается уже после патологических изменений в мелких суставах кисти и коленных суставах. За материал исследования были взяты 115 пациентов, которым за период с 1975 по 2010 годы выполнено 119 оперативных вмешательств на локтевом суставе. Анализ результатов исследования показал что, синовектомия обеспечивает положительный результат в I стадии воспалительного процесса, а эндопротезирование во II стадии III фазе и в III стадии РА.

Resume

A.N. Babko, S.I. Gerasimenko, M.V. Polulyakh
Treatment of elbow joint lesions in patients with rheumatoid arthritis

The defeat of the elbow joint in the early stages of rheumatoid arthritis (RA) occurs in 15-20% of patients and often celebrated after the pathological changes in small joints of the hand and knee joints. During the study material were collected 115 patients who between 1975 and 2010 performed 119 surgical operations on the elbow. Analysis of the results of the study showed that synovectomy provides positive results in Phase I of the inflammatory process and joint replacement in stage II, phase III and in stage III RA.