

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ВІДКРИТИХ СИНОВЕКТОМІЙ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ

С. І. Герасименко, М. В. Полулях, І. В. Гужевський, Р. В. Нечипоренко, Ю. О. Костогрыз
ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України» м. Київ

REMOTE RESULTS OF OPEN SYNOVECTOMY OF THE KNEE IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

S. I. Gerasymenko, M. V. Poluliakh, I. V. Huzbevsykyi, R. V. Nechyporenko, Yu. O. Kostogryz

Remote results of open synovectomy and synovcapsulectomy in 70 patients with early stage of rheumatoid arthritis of the knee were analyzed. The patients' age ranged from 19 to 73 years. The period from onset of the disease to surgery ranged from 4 to 42 years. The evaluation of remote treatment results was conducted according to 3-point scale. Good results were obtained in 45 cases (64.3%), satisfactory in 24 ones (34.3%), unsatisfactory results were obtained in 1 (1.4%) patient what is evidence of high efficiency of the used surgical methods.

Key words: knee joint, rheumatoid arthritis, synovectomy, synovcapsulectomy.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОТКРЫТЫХ СИНОВЭКТОМИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

С. И. Герасименко, М. В. Полулях, И. В. Гужевский, Р. В. Нечипоренко, Ю. О. Костогрыз

Представлен анализ отдаленных результатов лечения 70 пациентов с ревматоидным артритом коленных суставов, которым на ранних стадиях заболевания выполнялись открытые синовэктомии и синовкапсулэктомии. Возраст пациентов — от 19 до 73 лет. Продолжительность от начала заболевания до хирургического вмешательства на коленном суставе составляла от 4 до 42 лет. Оценку отдаленных результатов лечения проводили по трехбалльной шкале. Хорошие результаты получены в 45 случаях (64,3%), удовлетворительные — в 24 (34,3%), неудовлетворительные — у 1 (1,4%) пациента, что свидетельствует о высокой эффективности использованных хирургических методик.

Ключевые слова: коленный сустав, ревматоидный артрит, синовэктомия, синовкапсулэктомия.

Вступ

Лікування *ревматоїдного артрит* (РА), поширеність якого в різних країнах коливається від 0,8 до 5%, залишається складною проблемою сучасної артрології та ревматології [1, 4, 6].

У системі лікування ревматоїдних уражень колінних суглобів хірургічні втручання часто залишаються єдиною можливістю поліпшити функцію суглоба при неефективності консервативного лікування РА [2, 5, 10, 13], а своєчасні лікувально-профілактичні операції дозволяють попередити розвиток тяжких дискордантних деформацій та зберегти функцію кінцівок. За даними різних авторів, третина хворих на РА потребує хірургічного лікування, серед методів якого найбільш широко застосовується синовектомія та тотальне ендопротезування [3, 4, 6, 13]. Незважаючи на високу ефективність та безумовну відсутність альтернативи тотальному ендопротезуванню на пізніх стадіях РА, обмеженість термінів функціонування ендопротезів обумовлює доцільність синовектомії на ранніх стадіях РА, що дозволяє відкласти терміни виконання первинного ендопротезування і таким чином знизити частоту ревізійних ендопротезувань [6].

Протягом останніх 10–15 років спостерігається суттєвий перегляд хірургічного лікування ревматоїдних уражень колінних суглобів [10, 13, 15], що пов'язано як з розвитком терапевтичних, так і технічних можливостей хірургічного лікування. Зокрема, переглянута техніка синовектомії, яка належить до одного з найчастіше застосовуваних хірургічних втручань при ревматоїдних ураженнях колінних суглобів. Але й на сьогодні питання показань до синовектомії та техніки її виконання, передопераційної підготовки хворих, ведення післяопераційного періоду залишаються дискусійними, що вимагає продовження досліджень у цьому напрямку [1, 5, 7, 11]. Зокрема, хоча артроскопічна синовектомія при РА довела свою доцільність як засіб зменшення больового синдрому та поліпшення функції суглобів [7, 14], її ефективність вважається різною для різних суглобів та на різних стадіях РА і залишаються показання для виконання відкритої синовектомії [7, 11, 13, 14]

Мета роботи — проаналізувати віддалені результати хірургічного лікування хворих з ранніми стадіями ревматоїдних уражень колінних суглобів.

Матеріали і методи

Проаналізовано 70 хворих на РА, які лікувалися у клініці захворювань суглобів у дорослих. З цією метою виконували клінічне обстеження, аналіз анамнестичних даних і функціональних результатів синовектомії. Під час збору анамнезу з'ясовували тривалість захворювання, наявність на етапі консервативного лікування базисної та гормональної терапії. Дані заносились в уніфіковану комп'ютерну базу даних.

Вік хворих коливався від 19 до 73 років.

Початок захворювання з ураження колінного суглоба спостерігався у 32 хворих (чоловіків — 15, жінок — 17).

Тривалість від початку захворювання до хірургічного втручання на колінному суглобі становила від 4 до 22 років (у середньому — 6,5 років): 1–5 років — у 35 хворих, 6–10 років — у 14, понад 10 років — у 21 хворого.

У 55 (78,6%) із 70 хворих на РА спостерігався поліартрит II стадії I фази, а у 15 (21,4%) — моноартрит I стадії. Первинне ураження колінного суглоба спостерігалось у 32 хворих (чоловіки — 15, жінки — 17). Розподіл пацієнтів за статтю, стадією РА та типом ураження колінного суглоба наведений у табл. 1.

Безпосередньо до звернення в клініку усі хворі знаходилися під наглядом ревматологів районних або міських лікарень та отримували нестероїдні антиревматоїдні препарати за різними схемами.

Більшість хворих (66 випадків) на етапах лікування отримували системну глюкокортикостероїдну (ГКС) терапію, а на час втручання це лікування отримували 22 хворих. Локальне введення гормональних препаратів устанавлено в 21 випадку (серед них у 16 хворих

спостерігалось поєднання системного та локального використання гормонів), у тому числі — у 4 випадках гормональні препарати застосовувались у ділянку колінного суглоба, який був оперований, не менше 3 разів протягом року до операції. Базисні препарати та системна гормональна терапія на момент операції застосовані у 19 хворих.

Показаннями до відкритої синовектомії був синовіт I ступеня — у 12 хворих та II ступеня — у 51 хворого, який не піддається консервативному лікуванню протягом 4 місяців, або синовіт III ступеня — у 7 хворих. Показники для визначення ступеня синовіту колінного суглоба в балах наведені в табл. 2.

Результати та їх обговорення

Оцінювали віддалені (понад 1 рік після операції) результати лікування хворих після синовектомії та синовкапсулектомії. Дані аналізу 70 хворих, серед яких 19 чоловіків і 51 жінка, залежно від стадії РА наведені в табл. 3.

Виходячи з табл. 3, *добрі* результати отримані в 45 (64,3%) хворих, *задовільні* — у 24 (34,3%), *незадовільні* — в 1 (1,4%) хворого.

Оцінювання результатів лікування виконували за критеріями, наведеними в табл. 4.

Таким чином, у хворих з ранніми стадіями РА виконувались як синовектомія (29), так і синовкапсулектомія (41). Значна кількість відкритих втручань була обумовлена більшою кількістю хворих, які звернулися з II стадією захворювання, що свідчить про несвоечасність направлення хворих для вирішення питання про доцільність застосування хірургічних методів лікування. У більшості ви-

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за статтю, стадією РА та типом ураження колінного суглоба

Стадії РА	Стать хворих	Тип ураження колінного суглоба		Усього	
		первинне	вторинне		
I стадія	Чол.	4 (5,7)	2 (2,9)	6 (8,6)	15 (21,4)
	Жін.	5 (7,1)	4 (5,7)	9 (12,8)	
II стадія I фаза	Чол.	11 (15,7)	2 (2,9)	13 (18,6)	55 (78,6)
	Жін.	12 (17,2)	30 (42,8)	42 (60,0)	
Усього:		32 (45,7)	38 (54,3)	70 (100)	

Примітка. У дужках наведені відсотки (%).

Таблиця 2

Визначення ступеня синовіту колінного суглоба в балах за показниками

Показники	Оцінка ступеня синовіту в балах			
	0	1	2	3
Кількість рідини, мл	до 5	від 5 до 10	від 10 до 50	понад 50
Товщина синовіальної оболонки, мм	2–3	від 4 до 6	від 7 до 10	понад 10
Товщина капсули суглоба, мм	1	2	3	понад 3

Примітка. Ступінь синовіту колінного суглоба визначається сумою балів: I ступінь (мінімальний) — 1–3 бали; II (середній) — 4–6 балів; III (високий) — 7–9 балів; відсутність синовіту — 0 балів.

Таблиця 3

Результати лікування хворих після синовектомії та синовкапсулектомії залежно від стадії РА

Стадії РА	Результати лікування після						Усього
	синовектомії			синовкапсулектомії			
	добрі	задовільні	незадовільні	добрі	задовільні	незадовільні	
I стадія	5	3	—	—	—	—	8
II стадія, I фаза	9	12	—	31	9	1	62
Усього:	14	15	—	31	9	1	70

Таблиця 4
Оцінювання результатів лікування хворих на РА

Критерії оцінювання результатів лікування	Результати лікування		
	добрі	задовільні	незадовільні
1. Відсутність чи наявність рецидиву синовіту	Відсутній	Відсутній	Наявний
2. Обсяг рухів, у градусах	Не менше 0–0/5–90	Не менше 0–0/5–80	Менше 0–0/5–80
3. Стабільність суглоба	Стабільний	Стабільний	Нестабільний
4. Сила м'язів стегна, у балах	5	5	Менше 5

падків отримані *добрі* (45 випадків — 64,3%) та *задовільні* (24 випадки — 34,3%) результати, що свідчить про високу ефективність використаних хірургічних методик.

Отримані *задовільні* результати після синовектомії у хворих з I стадією РА були обумовлені недостатнім відновленням рухів у суглобі та спостерігались у хворих, яким протягом першого року перед операцією вводились внутрішньосуглобово гормональні препарати більше 3-х разів. У хворих з цієї групи під час операції знайдені ділянки хондромаліяції хряща виростків стегнової кістки та наколінка, які не були діагностовані доопераційно (рис).

Задовільні результати після синовектомії у хворих з II стадією I фазою РА також були обумовлені недостатнім відновленням рухів у суглобі, але зв'язати їх з частим введенням у суглоб гормональних препаратів (було в 4-х випадках із 12) неможливо. Недостатнє відновлення обсягу рухів у суглобі ми розглядаємо як результат одночасної дії декількох факторів:

1) зверненням хворих з існуючими тривалий час значними контрактурами;

2) травматичністю відкритих синовектомій та синовкапсулектомій;

3) недостатніми вольвовими якостями хворих під час ЛФК.

Незадовільний результат після синовкапсулектомії у випадку II стадії I фази РА (хвора 62 років, тривалість

захворювання 18 років, гормонозалежна) був обумовлений рецидивом синовіту та значним обмеженням рухів у суглобі (0/10/50°). Хвора була госпіталізована з виразною контрактурою (0/40/90°), на час операції приймала гормональні препарати, у післяопераційному періоді спостерігались трофічні розлади в ділянці операційної рани (значний набряк, поширені внутрішкірні гематоми, формування серозних булл на стегні в ділянці накладання джгута) та виразний больовий синдром під час ЛФК. У цьому випадку навіть застосування редресації не покращило рухи в суглобі.

Висновки

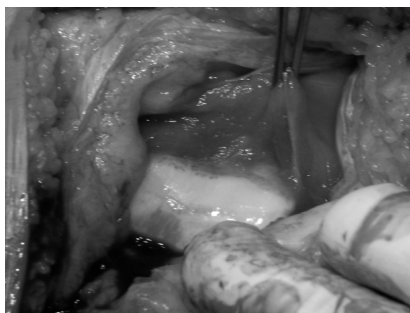
1. Використання відповідної техніки відкритих лікувально-профілактичних втручань у хворих з синовітом ревматоїдного генезу забезпечує радикальне видалення осередка аутоімунного запалення.

2. Основним недоліком відкритого видалення синовіальної оболонки є травматичність самого втручання, яка значною мірою обумовлює інтенсивність післяопераційного больового синдрому і таким чином негативно впливає на розробку рухів у суглобі.

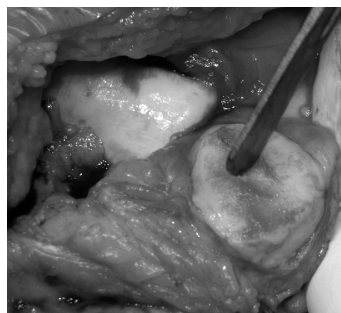
3. Позитивні функціональні результати відкритих синовектомій колінного суглоба суттєво залежать від адекватності післяопераційної медичної реабілітації з урахуванням індивідуальних особливостей хворих та сучасних принципів загального лікування РА.

Література

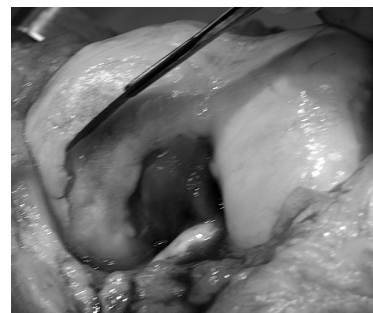
1. Басиева О. О. Ревматоидный артрит / О. О. Басиева. — М.: Феникс, 2007. — 192 с.
2. Гужевський І. В. Діагностика та хірургічне лікування передньо-медіальної нестабільності колінного суглоба на ранніх стадіях ревматоїдного артриту: дис. канд. мед. наук: 14.01.21 / Гужевський Ігор Віталійович. — К., 2001. — 163 с.
3. Зборовская И. А. Ревматические заболевания в практике врача / И. А. Зборовская. — М.: Мед. информ. агентство, 2011. — 672 с.
4. Клиническая ревматология: руководство для врачей / Под ред. чл.-кор. РАМН проф. В. И. Мазурова. — СПб.: Фолиант, 2005. — 520 с.
5. Павлов В. П. Ревмоортопедия / В. П. Павлов, В. А. Насонова. — М.: ООО "МЕДпресс-информ", 2011. — 464 с.



а



б



в

Рис. Фото колінного суглоба хв-ї Л-ич В., 1984 р. н. Діагноз: РА, I стадія:
а — синовіальна оболонка під час операції; б — хондромаліяція суглобового хряща наколінка;
в — хондромаліяція хряща медіального виростка стегнової кістки

6. Ревматоидное поражение коленного сустава / Герасименко С.И., Склярченко С.Т., Полулях М.В., Гужевский И.В., Бабко А.Н. — К.: ООО “ДСГ Лтд”, 2004. — 140 с.
7. Carl H.D. Effectiveness of arthroscopic synovectomy in rheumatoid arthritis / H.D. Carl, B. Swoboda // Z. Rheumatol. — 2008. — Vol. 67, №6. — P. 485–490.
8. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs / Smolen J.S., Landewe R., Breedveld F. [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2010. — Vol. 69. — P. 964–975.
9. Is radiation synovectomy for arthritis of the knee more effective than intraarticular treatment with glucocorticoids? Results of an eighteen-month, randomized, double-blind, placebo-controlled, crossovertrial / Jabangier Z.N., Jacobs J.W., Lafeber F.P. [et al.] // Arthritis Rheum. — 2005. — Vol. 52. — P. 3391.
10. Recent trends in orthopedic surgery performed in Japan for rheumatoid arthritis / Momobara S., Tanaka S., Nakamura H. [et al.] // Mod. Rheumatol. — 2011. — Vol. 21, № 4. — P. 337–342.
11. Rheumatoid synovectomy : does the surgical approach matter? / Chalmers P.N., Sherman S.L., Raphael B.S., Su E.P. // Clin. Orthop. Relat. Res. — 2011. — Vol. 469, № 7. — P. 2062–2071.
12. Risk of postoperative complications in rheumatoid arthritis relevant to treatment with biologic agents : a report from the Committee on Arthritis of the Japanese Orthopaedic Association / Suzuki M., Nishida K., Soen S. [et al.] // J. Ortho. Sci. — 2011. — Vol. 16, № 6. — P. 778–784.
13. Surgical procedures for treatment of the rheumatoid knee / Judas F., da Costa P., Teixeira L., Saavedra M.J. // Acta Reumatol. Port. — 2007. — Vol. 32, № 4. — P. 333–339.
14. Treatment for chronic synovitis of knee : arthroscopic or open synovectomy / Pan X., Zhang X., Liu Z. [et al.] // Rheumatol. Int. — 2012. — Vol. 32, № 6. — P. 1733–1736.
15. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases / Furst E., Keystone E.C., Fleischmann R. [et al.] // Ann. Rheum. Dis. — 2010. — Vol. 69 (Suppl I). — P. 2–29.

УДК 616.727.4-089.853

ХІРУРГІЧНА ДЕНЕРВАЦІЯ КИСТЬОВОГО СУГЛОБА

С. С. Страфун, С. В. Тимошенко

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України”, м. Київ

DENERVATION PROCEDURES OF THE WRIST JOINT

S. S. Strafun, S. V. Tymoshenko

The paper reported about historical and anatomical aspects of innervation of the wrist joint and authors' experience of denervation procedures of the wrist joint. Principles of selection of patients and choice of technique for blocks of nerves planned to be involved in denervation are described. All the presented techniques were tested in clinical practice on 317 patients with degenerative lesions of the wrist with predictable pain relief.

Key words: wrist joint, denervation procedures, predictable pain relief.

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ КИСТЕВОГО СУСТАВА

С. С. Страфун, С. В. Тимошенко

Представленная публикация освещает исторические и анатомические аспекты иннервации структур кистевого сустава и собственный опыт использования его хирургической денервации. Очерчены принципы отбора пациентов для выполнения этих процедур и техники блокад нервов, которые планируются к вовлечению в денервацию. Все представленные методики опробованы в клинической практике на 317 больных с дегенеративными поражениями запястья с неизменным, прогнозируемым обезболивающим эффектом.

Ключевые слова: кистевой сустав, хирургическая денервация, прогнозируемое обезболивание.