

Выводы

1. Результаты лечения пациентов с повреждением латерального мениска зависят от проводимой тактики артроскопического лечения. В частности хорошие результаты лечения в среднем на 6,6% выше у пациентов после частичной менискэктомии без синовэктомии, по отношению к группе пациентов, которым провели частичную менискэктомию с синовэктомией.

2. Наличие у пациентов менисцита латерального мениска коленного сустава снижает результативность лечения в среднем на 12,1%, при этом неудовлетворительный результат артроскопического лечения составляет 11,1% за счет развития в позднем послеоперационном периоде воспалительного процесса в коленном суставе.

Литература

1. *Витюгов И. А.* Диагностика и лечение повреждений менисков коленного сустава у спортсменов / *И. А. Витюгов, Г. Е. Егоров* // Травматология и ортопедия России. — 2011. — № 1. — С. 21–27.
2. *Герцен Г. И.* Диагностическая и хирургическая артроскопия менисков коленного сустава // Мат. XIII съезда ортопедов-травматологов Украины. — Донецк, 2001. — С. 150–152.
3. *Жалилов Р. Т., Хамраев А. Ш., Хакимов Р. Н.* Хирургическое лечение застарелых повреждений капсуло-связочного аппарата коленного сустава / *Жалилов Р. Т., Хамраев А. Ш., Хакимов Р. Н.* // Хирургия Узбекистана. — 2003. — № 2. — С. 67–69.
4. *Захарова Л. С.* Восстановление спортсменов после менискэктомии средствами физической культуры специальной направленности / *Жалилов Р. Т., Хамраев А. Ш., Хакимов Р. Н.* // Теория и практика физ. культуры. — 1999. — № 1. — С. 57–60.
5. *Хамраев А. Ш.* Артроскопия в диагностике и лечении повреждений менисков коленного сустава / *А. Ш. Хамраев* // Патология. — 2001. — № 1. — С. 84–86.
6. Increased vascular penetration and nerve growth in the meniscus: a potential source of pain in osteoarthritis / *Asbraf S., Wibberley H., Mapp P. I. [et al.]* // Ann. Rheum. Dis. — 2011. — Vol. 70. — P. 523–529.
7. *Muché J. A.* Efficacy of therapeutic ultrasound treatment of a meniscus tear in a severely disabled patient: a case report / *J. A. Muché* // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 2003. — Vol. 84, № 10. — P. 1558–1559.

УДК 616.728.3-002.77-018.36-002-072.1

РЕЗУЛЬТАТИ СИНОВЕКТОМІЙ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ З ВИКОРИСТАННЯМ АРТРОСКОПІЧНОЇ ТЕХНІКИ У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ НА РАННІХ СТАДІЯХ ЗАХВОРЮВАННЯ

*С. І. Герасименко, М. В. Полулях, І. В. Гужевський, Р. В. Нечипоренко
ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України” м. Київ*

RESULTS OF ARTHROSCOPIC SYNOVECTOMY OF THE KNEE FOR RHEUMATOID ARTHRITIS IN EARLY STAGES OF THE DISEASE

S. I. Herasymentko, M. V. Poluliakh, I. V. Huzhevskiy, R. V. Nechyporenko

Treatment results of rheumatoid arthritis in 50 patients who underwent arthroscopic synovectomy in early stages of the disease are presented. Patients were aged 17–55 years. The period from disease onset to surgical treatment of the knee joint was from 6 months to 15 years. Treatment results were evaluated according to scales: EURO QOL-5D, SHORT FORM-36, VAS. Good results were obtained in 43 cases (74.3%), satisfactory ones in 7 cases (26.3%), what is evidence of high efficiency of arthroscopic synovectomy.

Key words: rheumatoid arthritis, arthroscopy, surgical treatment.

РЕЗУЛЬТАТЫ СИНОВЭКТОМИЙ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АРТРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

С. И. Герасименко, М. В. Полулях, И. В. Гужевский, Р. В. Нечипоренко

Представлены результаты лечения 50 пациентов с ревматоидным артритом коленных суставов, которым на ранних стадиях заболевания выполнялась синовэктомия с применением артроскопической техники. Возраст пациентов — от 17 до 55 лет. Продолжительность от начала заболевания до хирургического вмешательства на коленном суставе — от 6 месяцев до 1,5 лет.

Оценку результатов лечения проводили по шкалам: EURO QOL-5D, SHORT FORM-36, ВАШ. Хорошие результаты получены в 43 случаях (74,3%), удовлетворительные — 7 (26,3%), что свидетельствует о высокой эффективности методики синовэктомии с применением артроскопической техники.

Ключевые слова: ревматоидный артрит, артроскопия, хирургическое лечение.

Вступ

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

Ревматоїдний артрит — одне з неспецифічних захворювань сполучної тканини, що проявляється на ранніх стадіях синовітом суглобів. Основна причина розвитку РА ще залишається не до кінця зрозумілою, однак за останні роки досягнуті значні успіхи у вивченні природи та патогенезу цього захворювання, що сприяло вдосконаленню методів як консервативного, так і хірургічного лікування [5]. Тяжкість патології, багатоваріантність лікувальної тактики, залежно від індивідуальних особливостей пацієнтів, вимагає для досягнення оптимального результату спільних зусиль фахівців різних профілів — ревматологів, терапевтів, ортопедів-травматологів, реабілітологів, фізіотерапевтів [3]. Такий тісний контакт між фахівцями буде сприяти оптимальному вибору виду лікувальних заходів та строків їх виконання. При РА насамперед зміни відбуваються в синовіальній оболонці, розвивається персистуючий хронічний синовіт, що, у свою чергу, призводить, до деструктивних змін, ураження суглобового хряща і прогресування остеоартрозу з порушенням функції суглоба (тугорухомості, припухлості, набряку, болю, обмеженню рухів). Тому одним із важливих завдань у лікуванні РА є купірування хронічного синовіту, оскільки патологічно змінена синовіальна оболонка в результаті ревматоїдного запалення продукує безліч ферментів, які руйнують суглобовий хрящ [1].

Запропоновані різні способи лікування хронічного синовіту при РА як консервативні, так і хірургічні (від внутрішньосуглобової гормонотерапії та призначення нестероїдних протизапальних препаратів до хімічної, фізичної та хірургічної синовектомії як найбільш радикального засобу) [4, 7]. До недавнього часу хірургічну синовектомію виконували із застосуванням артротомії, що було дуже травматично і призводило до швидкого прогресування вторинного остеоартрозу. Тому показання до такої операції певною мірою були обмежені. Істотний прорив у хірургічному лікуванні РА настав з появою можливості виконувати синовектомію за допомогою артроскопії. Така операція малотравматична, істотно знижує ризик інтра- та післяопераційних ускладнень, значно легше переноситься пацієнтами, дозволяє прискорити процес реабілітації. Тому сьогодні популярність артроскопічної синовектомії неухильно зростає, а “відкриті” операції застосовуються все рідше [8].

Таким чином, на сьогодні залишаються дискусійними деякі питання хірургічного лікування ранніх

стадій ревматоїдних уражень колінних суглобів, висвітлення яких потребує оцінки результатів існуючих методів хірургічного лікування.

Мета роботи — проаналізувати результати хірургічного лікування хворих на ранніх стадіях ревматоїдного артрити колінних суглобів.

Матеріали і методи

Проаналізовано 50 хворих на РА — 38 (74%) жінок і 12 (26%) чоловіків, віком від 17 до 55 років, які знаходились на лікуванні у клініці захворювань суглобів у дорослих. З цією метою виконувалось клінічне обстеження, аналіз анамнестичних даних та функціональних результатів синовектомій. Під час збору анамнезу з'ясували тривалість захворювання, наявність базисної та гормональної терапії на етапі консервативного лікування. Дані заносились в уніфіковану комп'ютерну базу даних.

Основним завданням клініко-ортопедичного дослідження є вивчення особливостей ураження та стан колінного суглоба у хворих на РА. З цією метою проводився аналіз:

- 1) клінічного обстеження хворих;
- 2) анамнестичних даних, що були отриманні від хворих;
- 3) медичної документації з попередніх етапів лікування;
- 4) рентгенологічної динаміки;
- 5) змін МРТ-ознак в уражених суглобах;
- 6) лабораторних даних.

При ревізії синовіальної оболонки визначалися яскраво виражені запальні явища, значна її гіперплазія. Синовіальна поверхня в усіх пацієнтів була покрита об'ємними гіпертрофованими ворсинками характерної булавоподібної форми, що в деяких випадках досягають у довжину до 1 см (рис. 1).

При цьому найбільші зміни синовіальної оболонки спостерігались у бічних і передньому відділах колінного суглоба, що відповідає даним літератури. В усіх відділах суглоба визначалися відкладення фібрину, причому, хоча найбільш яскраві скупчення відзначені у верхньому завороті, при досить тривалих термінах перебігу захворювання фібрин у великих кількостях визначали в усіх відділах суглоба, що істотно ускладнювало візуалізацію.

Оскільки об'єм тканин у колінному суглобі, ураженому РА, що підлягають резекції, зазвичай досить значний, а візуалізація завдяки вираженій гіпертрофії синовіальної оболонки і скупченню фібрину утруднена, дуже важливо виконувати необхідні *хірургічні маніпуляції* послідовно, за єдиним алгоритмом.

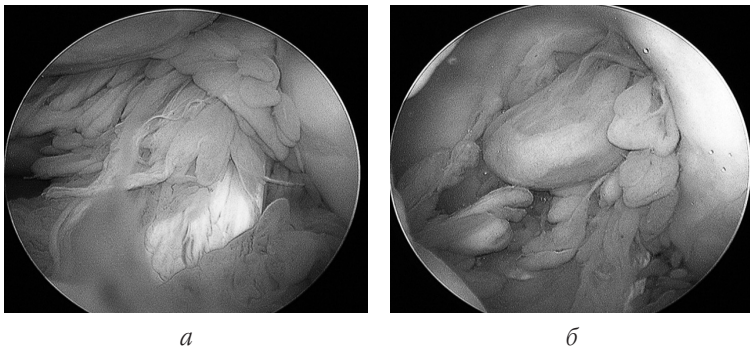


Рис. 1. Синовіальні ворсини центрального відділу колінного суглоба:
а — у нормі; б — булавоподібні

Послідовно (за годинниковою стрілкою, починаючи від центра ділянки вирізки стегна) обробляли синовіальну оболонку в зовнішніх відділах суглоба — у передній частині та верхній заворот, навколо надколінка, внутрішній відділ колінного суглоба; при неможливості повноцінно обробити синовіальну оболонку в ділянці верхнього завороту, для введення шейвера додатково використовували верхньомедіальний парapatеллярний доступ (рис. 2).

Крім того, проводили обробку в ділянці менісків, повністю видаливши змінену оболонку над та під ними, попереджаючи цим дегенеративні зміни в їх структурі, та навколо хрестоподібних зв'язок (рис. 2). Резекцію синовіальної оболонки виконували аж до капсули суглоба білястою кольору. Потім інструменти проводили в задні

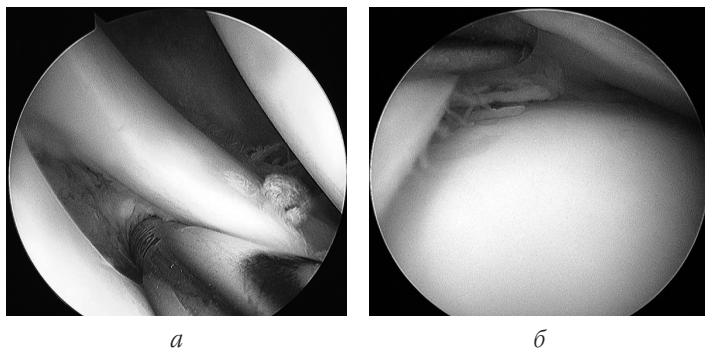


Рис. 2. Синовектомія під менісками:
а — етап синовектомії в ділянці під латеральним меніском;
б — етап синовектомії в ділянці під медіальним меніском

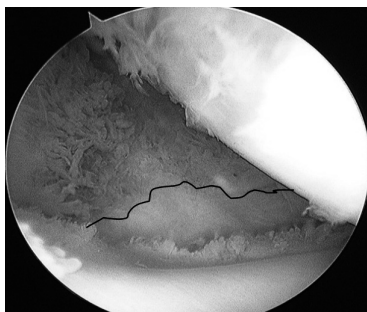


Рис. 3. Синовектомія в задньому відділі суглоба

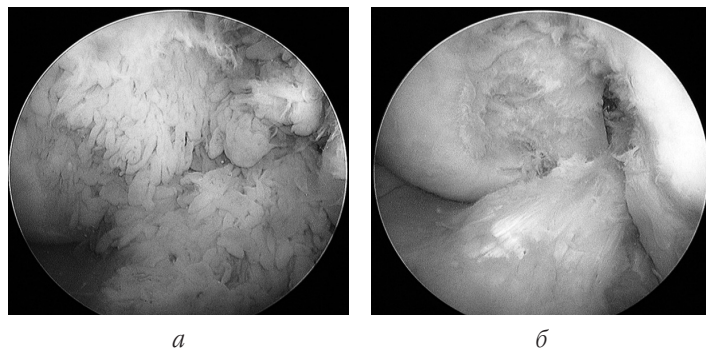


Рис. 4. Міжвиросткова ділянка до (а) та після (б) синовектомії

відділи суглоба через міжвиросткову ділянку стегнової кістки. При звуженні вирізки за рахунок гіпертрофії м'яких тканин, формування осифікатів, рубцевих тяжів за допомогою шейвера і кісткового бора виконували її обробку з відновленням природних анатомічних параметрів, усунення імпінджменту, після цього виконували синовектомію в задніх відділах за допомогою кутових резекторів (рис. 3).

На рис. 4. показана міжвиросткова ділянка синовіальної оболонки до та після синовектомії.

Результати та їх обговорення

Артроскопічну синовектомію за нашою методикою було виконано у 50 пацієнтів.

Ускладнень, пов'язаних з операцією, за весь період спостереження *не було*.

Рецидивів вираженого синовіту, що потребували повторної операції, а також швидкого прогресування деструктивних змін, *протягом 1,5 років не відмічено*.

Після виконаної синовектомії колінного суглоба відзначено значне зниження ступеня активності РА.

Так, число пацієнтів, що мали I ступінь активності, перед операцією становило $11,9 \pm 2,6\%$, а до кінця спостереження їх число виросло в 4,8 рази і становило $56,7 \pm 2,2\%$.

У той же час, перед операцією пацієнти з II ступенем активності становили $82,6 \pm 2,6\%$, а до кінця спостереження — всього $34,5 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$).

Медикаментозна терапія. Після синовектомії взагалі 5 пацієнтам скасували препарат метипред до 6 місяців спостереження, а до кінця спостереження ще 4 пацієнтам, тобто кількість пацієнтів, що вживали гормони, скоротилася на 13,5%. У решти пацієнтів істотно знижена добова доза препарату. Число пацієнтів, які отримують мінімальну добову дозу (4 мг), зросло більш, ніж у 2 рази ($p < 0,001$).

Висновки

1. Добрі результати отримані у 43 (74,3%) випадках, задовільні — у 7 (26,3%), що свідчить про високу ефективність методики синовектомії з застосуванням артроскопічної техніки, вдалося усунути біль і припухлість колінного суглоба в середньому в 7,3 рази, знизити обмеження обсягу рухів у 3,2 рази і зберегти ці показники протягом 1–2 років спостереження, інтегральні показники якості життя підвищилися в 1,21 рази (фізичний компонент здоров'я) і 1,17 рази (психологічний компонент здоров'я)

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

Література

1. Астапенко М.Г. / Характеристика суставного синдрома при ревматоидном артрите / М.Г. Астапенко // В кн.: Ревматоидный артрит / Под ред. В.А. Насоновой. — М.: Медицина, 1983. — С. 70–73.
2. Насонова В.А. Рациональное применение НПВП в ревматологии / В.А. Насонова // РМЖ. — 2002. — Т. 10, № 6. — С. 302–307.
3. Прогноз и выживаемость больных ревматоидным артритом, осложнившимся аваскулярным некрозом костей / Цурко В.В., Акимова Т.Ф., Иванова М.М. [и др.] // Клини. ревм. — 1996. — № 1. — С. 32–37.
4. Хелтфлинг Х. Артроскопия. Диагностика и терапия / Х. Хелтфлинг. — Висбаден (ФРГ): Изд-во Техноэкспорт ГмбХ, 1993. — 92 с.
5. American College of Rheumatology Subcommittee on Osteoarthritis Guidelines. Recommendations for the medical management of Osteoarthritis of the hip and knee // *Arthr. Rheum.* 2000. — Vol. 43. — P. 1905–1915.
6. *Blabut J.* Synovectomy of the knee joint // *J. Blabut* // *Acta Chir. Orthop. Traumatol. Chech.* — 2003. — Vol. 70, № 6. — P. 371–376.
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. *Jackson R.W.* Arthroscopic Synovectomy // *R.W. Jackson* // *J. Rheumatol.* — 2012. — Vol. 39, № 5.
9. *Momohara S.* Recent trends in orthopedic surgery performed in Japan for rheumatoid arthritis // *Momohara S., Tanaka S., Nakamura H.* // *Mod. Rheumatol.* — 2011. — Vol. 21, № 4. — P. 337–342.
10. Rheumatoid synovectomy: does the surgical approach matter? // *Chalmers P.N., Sberman S.L., Raphael B.S., Su E.P.* // *Clin. Orthop. Relat. Res.* — 2011. — Vol. 469, № 7. — P. 2062–2071.
11. 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.
12. *Sbidara K.* The influence of individual joint impairment to functional disability in rheumatoid arthritis using a large observation at database of Japanese patients // *K. Sbidara* // *J. Rheumatol.* — 2012. — Vol. 39, № 3. — P. 476–480.
13. 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.
14. 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 1). — P. 2–29.

УДК 617.3:001.4

ЗНАЧЕННЯ ТЕРМІНОЛОГІЇ В НАУКОВО-ДОСЛІДНІЙ ТА ПРАКТИЧНІЙ РОБОТІ ОРТОПЕДА-ТРАВМАТОЛОГА (найбільш типове помилкове застосування деяких анатомічних термінів)

Г. В. Гайко, А. Т. Бруско

ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України», м. Київ

IMPORTANCE AND SIGNIFICANCE OF TERMINOLOGY IN SCIENTIFIC AND PRACTICAL WORK OF ORTHOPEDIST-TRAUMATOLOGIST (most typical erroneous application of some anatomic terms)

G. V. Gayko, A. V. Brusko

Importance and significance of correct terminology in scientific and practical work of the orthopedist-traumatologist have been presented. Several examples of unsuccessful application of some terms are given.

Key words: terminology, traumatology and orthopedics.