

Диагностическая и лечебная артроскопия при ревматических поражениях крупных суставов

В.В. Лялина, Ф.Л. Лазко, Г.И. Сторожак
Кафедра госпитальной терапии №2 РГМУ, Москва
Кафедра травматологии и ортопедии РУДН, Москва

Одной из важнейших проблем современной артрологии и ревматологии является ранняя диагностика артритов. Общеизвестно, что в настоящее время тактика - как можно более раннее начало лечения, влияющее на дальнейшее течение заболевания. Однако ранние проявления могут быть не типичны и не удовлетворяют диагностическим критериям, что не позволяет выработать адекватную тактику дальнейшего лечения.

В качестве характерного примера можно привести ситуацию дебюта ревматоидного артрита (РА) в виде моно- или олигосиновита. По данным различных авторов, от 7 до 48% дебютов РА приходится на моно- или олигосиновиты крупных суставов, преимущественно коленных, когда типичный ревматоидный суставной синдром развивается несколькими месяцами или годами позже начала заболевания. Не менее показателен моно- или олигоартрит в дебюте псориатической артропатии (ПА) в нередких случаях отсутствия кожного псориаза. Упорный рецидивирующий моносиновит коленного сустава может указывать на наличие ранней стадии синовиального хондроматоза. Данный ряд примеров может быть продолжен. Важно, что подобный моно- или олигосиновит клинически не имеет специфических черт дебютирующего заболевания.

Располагая неоднозначной клинической картиной и сомнительными данными лабораторных исследований при синовите неясного генеза, врач вынужден месяцами, а порой и годами наблюдать пациента, ожидая, когда болезнь примет оформленные очертания.

В этой связи особую актуальность приобретает возможность изучения синовиальной оболочки, изменения которой при ряде заболеваний весьма специфичны, несмотря на отсутствие типичной клинической картины. До недавнего времени образцы синовиальной оболочки для исследований могли быть получены либо интраоперационно, либо с помощью чрескожной слепой биопсии. Информативность последней была подвергнута сомнению еще Forestier в 1932 г. Однако данный метод оставался практически безальтернативным долгие десятилетия. Появление

артроскопии сделало возможным разработку качественно новых путей синовиальной диагностики артритов.

Внедренная в медицинскую практику в конце 60-х гг., артроскопия немедленно завоевала признание во всем мире. Уже в 70-80 гг. появляется ряд фундаментальных руководств по артроскопии и начинается активная публикация работ научного и практического свойства. В нашей стране артроскопическое оборудование появилось в середине 70-х гг., однако широкое распространение артроскопии происходит лишь в настоящее время.

В современной клинической практике артроскопия выполняется с помощью артроскопов 30-, реже 70-градусного обзора, соединяемых с видеокамерой. Изображение транслируется на монитор с 20-кратным увеличением. Используемый холодный свет передается от источника по световодам. В настоящее время артроскопия проводится почти исключительно на водной среде, создаваемой с помощью ирригационной системы. Для выполнения внутрисуставных манипуляций применяется набор инструментов. Для введения в полость сустава оптической, ирригационной систем и инструментария используют 2-3 стандартных доступа через разрезы 0,5 см. Наиболее популярны проводниковая или местная внутрисуставная анестезия. Различные диаметры артроскопов позволяют проводить эндоскопию суставов различного размера: коленных, плечевых, голеностопных, локтевых, лучезапястных, височно-нижнечелюстных.

Показаниями для диагностической и оперативной артроскопии являются любые острые и хронические заболевания и травмы суставов. Абсолютными противопоказаниями являются костный анкилоз, обширные травмы и разможнения, относительным - гнойничковые высыпания и инфицированные раны в области артроскопических входов.

Областью преимущественного применения артроскопии остается травматология. Возможность визуализации 90-95% полости сустава, установления 100% диагноза различных повреждений внутрисуставных структур

тур за 5-10 мин, проведения большого спектра мало-травматичных и высокоэффективных операций и кратчайший реабилитационный период - лишь основные достоинства этого метода.

Применению артроскопии при **ревматических поражениях суставов** исторически уделялось гораздо меньше внимания, что в немалой степени связано с традиционным консерватизмом ревматологии. Исключение составляет деформирующий остеоартроз, хирургическим лечением которого с помощью артроскопии занимались травматологи-ортопеды. Именно благодаря артроскопии за последние годы сформирован принципиально новый подход к вопросам диагностики и лечения патологии внутрисуставного хряща.

Ревматологов артроскопия привлекала также и возможностью изучения макроскопической картины синовиальной оболочки *in vivo* при большом увеличении с целью выявления патогномичных признаков различных заболеваний. Результаты предпринятых немногочисленных исследований определили разделение ревматических поражений суставов на абсолютно диагностируемые с помощью артроскопии и те, при которых артроскопия вносит определенный, но не определяющий вклад в диагноз. Так, например, артроскопия однозначно признана методом универсальной диагностики поражений синовиальной оболочки опухолевой природы: виллезно-нодулярного синовита, хондроматоза, синовиомы и др., а также при охронозе и туберкулезном поражении сустава.

Большинство авторов сходятся во мнении, что при микрокристаллических синовитах артроскопия позволяет лишь установить наличие отложений кристаллов в полости сустава, но не идентифицирует их визуально, без дальнейшей микроскопии артроскопически полученного биоптата.

Что касается патогномичных артроскопических признаков таких заболеваний, как РА, ПА, болезнь Рейтера (БР), болезнь Бехтерева (АС), то в настоящее время единого суждения среди исследователей не существует. По результатам артроскопического исследования коленных суставов больных РА с различной давностью заболевания, рядом авторов были выделены такие признаки, как выраженная гиперемия, гипертрофия и полипообразная форма ворсин, наложения фибрина, наличие паннуса, разнообразие форм ворсин и образование инвазивного сосудистого паннуса и краевых эрозий суставного хряща. Л.В.Лучихиной (1985) рассматривает артроскопические признаки РА в зависимости от длительности заболевания. Помимо гиперемии, отека и фибриновых наложений при длительности заболевания до одного года автор указала на наличие большого количества длинных тонких ворсин с резко обозначенным сосудистым рисунком и отсутствие паннуса и эрозий. При длительности заболевания от 1 года до 5 лет отмечались наличие коничес-

ких, вторичных и восковидных ворсин, частая встречаемость паннуса и эрозий хряща. В группе с длительностью заболевания более 5 лет автор обратила внимание на преобладание фиброза синовиальной оболочки. При ПА описано сочетание мелких и гипертрофированных ворсин листовидной остроконечной или разветвленной формы, участков своеобразного разрыхления синовиальной оболочки, небольшого количества паутинообразных или рыхлых отложений фибрина, очагово располагающийся, неинвазивный паннус в 25% случаев. Кроме того, в ряде случаев также наблюдался фиолетовый оттенок гиперемии. При АС и БР исследователями было отмечено сочетание мелких соскообразных ворсин с крупными полиповидными, умеренную гипертрофию синовиальной оболочки, скудные отложения фибрина и частая встречаемость фиолетового оттенка гиперемии. Авторы пришли к выводу, что артроскопическая картина при АС БР в целом весьма схожа с таковой при ПА. В других исследованиях при БР была описывалась гладкая оболочка с наложениями фибрина в виде сгустков.

Таким образом, ряд авторов, несмотря на различия в суждениях о наиболее характерных артроскопических признаках РА, ПА, АС и БР, приходят к выводу о **принципиальной возможности** артроскопической дифференциальной диагностики данных заболеваний. В то же время существует мнение, что артроскопия не имеет самостоятельного значения в диагностике воспалительных заболеваний суставов. Некоторые авторы придерживаются точки зрения, что качественных артроскопически определяемых отличий между изменениями синовиальной оболочки при ревматических, посттравматических и вторичных, обусловленных деформирующим остеоартрозом синовитах не существует.

Если самостоятельная диагностическая значимость артроскопии остается предметом дискуссий, то возможность выполнения под артроскопическим контролем **прицельной биопсии синовиальной оболочки** с последующим гистологическим изучением трудно переоценить. Особое значение возможность изучения биоптата приобретает в случаях указанных синовитов, для которых в настоящее время не описаны четкие артроскопические диагностические признаки.

Низкая информативность метода **чрескожной слепой биопсии (ЧСБ)** обусловлена не только несовершенством технологии, но и известной неравномерностью и вариабельностью распределения патологических изменений синовиальной оболочки в пределах одного сустава. Wysocky и Brinkhous (1972) при РА отмечали преобладание сосочковой гиперплазии и лимфоплазмочитарной инфильтрации в ареолярной и адипозной областях синовиальной оболочки, а в фиброзных областях - преобладание фибриновых наложений и нейтрофильной инфильтрации. Naas (1987) пришел к выводу о несоот-

ветствии данных слепой биопсии клиническому диагнозу. Внедрение артроскопии принесло новые доказательства несостоятельности ЧСБ.

При изучении артроскопической картины РА исследователи в ряде случаев наблюдали нормальную синовиальную оболочку в полости верхнего заворота коленного сустава (области, где чаще всего производится ЧСБ!) при наличии выраженных изменений в других областях сустава, а также чередование участков с выраженными изменениями и малоизмененных, наличие наибольшей выраженности изменений в прилежащих к хрящу участках синовиальной оболочки.

Таким образом, преимущество артроскопии заключается не только в возможности изучения макроскопической картины изменений синовиальной оболочки *in vivo*, но и осуществления прицельной биопсии наиболее измененных и информативных участков для последующего гистологического исследования. Комплексный анализ получаемых данных способен оказать существенную помощь в установлении диагноза.

С 1997 г. в Медсанчасти ЗИЛ применяются современные артроскопические методики при различных ревматических поражениях коленного, плечевого, локтевого и голеностопного суставов. Используется артроскопическая техника корпорации **STRYKER (USA)**.

Артроскопическая картина и гистологическое исследование прицельно полученного биоптата синовиальной оболочки позволили нам установить диагноз и определить тактику дальнейшего лечения в 69 случаях моно- и олигосиновита указанных суставов неясного генеза. В 23 клинически неясных случаях был установлен диагноз РА, в 6 - реактивного постинфекционного синовита, в 18 - неспецифического синовита на фоне поражения хряща различного генеза, в 7 - подагрической артропатии, в 5 - ПА, в 3 - хондрокальциноза, в 3 - истинного хондроматоза и в 3 случаях - виллезно-нодулярного синовита. В 1 случае мы наблюдали сочетание ревматоидоподобных изменений, очагового виллезно-нодулярного синовита и хондрокальциноза в одном суставе.

Изучая изменения синовиальной оболочки, мы оценивали гиперемиию и сосудистый рисунок, гиперплазию, гипертрофию ворсин, характер синовиальной среды и отложений фибрина по разработанной нами 4-балльной системе. В наших наблюдениях все артроскопические исследования обязательно дополнялись гистологическим изучением прицельно полученного биоптата. Это касалось даже тех случаев, когда артроскопическая картина не вызывала сомнений в диагнозе.

Истинный хондроматоз был установлен нами артроскопически в 3 случаях неясного синовита коленных и локтевого суставов у разных пациентов. Изменения собственно синовиальной оболочки в наших

наблюдениях были неспецифичны, но наличие множества хондромных телец позволяло однозначно установить диагноз (рис. 1). Интересно, что в 1 случае, касающемся хондроматоза коленного сустава, артроскопия была выполнена дважды с интервалом в один год. При первичной артроскопии было отмечено обильное равномерное отложение рентгенонегативных хондромных телец на синовиальной оболочке, плотно сросшихся с последней. При повторной артроскопии через год хондромные тельца уже свободно располагались в полости сустава, формой, размерами и консистенцией напоминая разваренный рис. Таким образом, нам удалось проследить естественное течение данного заболевания. Хондроматоз является одним из тех заболеваний, при которых артроскопия имеет очень большую диагностическую, но низкую лечебную ценность. Хондромные тельца могут быть полностью удалены в процессе санации с помощью промывной системы (в нашем случае это заняло около 1 ч при обычной длительности санации 20-30 мин), однако вскоре, как известно, они образуются вновь.

При **виллезно-нодулярном синовите (ВНС)** гиперплазия синовиальной оболочки наиболее выражена и значительно затрудняет осмотр полости сустава. Ворсины претерпевают неравномерную гипертрофию, достигая больших размеров, часто имеют неправильную форму и уродливый вид. Отложений фибрина не отмечается. Характерный рисунок новообразованных патологических сосудов и ржавый цвет синовиальной оболочки, обусловленный частыми кровоизлияниями, позволяет установить диагноз без проведения гистологического исследования (рис. 2).

Как правило, клиническим ключом к данному диагнозу является наличие часто рецидивирующего гемартроза. ВНС встретился нам в трех случаях. В двух случаях у больных имелась клиника рецидивирующего гемартроза на протяжении 2 лет. В одном случае представленные изменения синовиальной оболочки явились артроскопической находкой у пациентки с клинической картиной деформирующего остеоартроза коленного сустава и выраженными явлениями реактивного синовита при *отсутствии* гемартроза в анамнезе с длительностью заболевания 5 лет.

К заболеваниям, *абсолютно диагностируемым* с помощью артроскопии, можно также отнести **микрористаллические артропатии**. В противоположность мнению о том, что при артроскопии возможна лишь констатация наличия кристаллов в полости сустава, а верификация их невозможна без дополнительного гистологического исследования биоптата, мы выделили ряд артроскопических признаков, позволявших дифференцировать подагрическую артропатию от хондрокальциноза. Диагноз подтверждался гистологическим исследованием артроскопически полученных биоптатов. Так,

для подагры весьма характерны вид, физические свойства и расположение кристаллов уратов.

Наш опыт включает 13 случаев артроскопии коленного и голеностопного суставов, выполненной по поводу подагрической артропатии. Из них в 7 случаях диагноз подагры был поставлен артроскопически при клиническом диагнозе моносиновита неясного генеза.

Артроскопический осмотр полости сустава при подагре выявляет отложения уратов, которые на синовиальной оболочке располагаются диффузно в виде мелкоточечных бляшек ярко-белого цвета, выступающих над поверхностью (рис. 3). На суставном хряще отложения имеют аналогичный вид, но, как правило, более обширны, располагаются также диффузно, при многолетней длительности заболевания могут практически сплошным слоем покрывать суставную поверхность (рис. 4). Ураты также могут располагаться в краевых отделах менисков. Отложения уратов имеют довольно мягкую консистенцию и не проникают в глубь суставного хряща, что определило методику выполняемой нами лечебной артроскопии при данном заболевании. Также конгломераты кристаллов уратов могут достигать сравнительно больших размеров и располагаться в полости сустава в виде свободных внутрисуставных тел.

Интересно, что с увеличением продолжительности заболевания увеличивается площадь отложений на суставном хряще, в то время как вид отложений на синовиальной оболочке остается постоянным - мелкоточечным. Вероятно, это объясняется механизмом накопления уратов в суставе посредством фильтрации мочевой кислоты из крови при образовании синовиальной жидкости. По-видимому, отложения уратов на синовиальной оболочке являются процессом постоянным и динамическим, в то время как суставной хрящ - конечная стадия внутрисуставного движения.

В остальном изменения синовиальной оболочки в наших наблюдениях были представлены выраженной бессосочковой гиперплазией, порой затрудняющей визуализацию. Отмечалась насыщенная гиперемия с нечетким сосудистым рисунком. Суставной хрящ, если не поражен возрастными или посттравматическими дегенеративными изменениями, претерпевал тотальную хондропатию, одинаково выраженную на участках, несущих отложения и свободных от последних. На основании наших наблюдений мы предполагаем, что подагрическое поражение способствует дегенерации суставного хряща, но не является ее определяющим фактором. По-видимому, степень хондропатии не определяется длительностью заболевания.

При **хондрокальцинозе** отложения кристаллов пирофосфатов кальция располагаются также диффузно, но в отличие от подагры в виде мелкоточечных выпячиваний ярко-белого цвета и исключительно на суставном хряще и менисках (рис. 5). Из них выступающие над

поверхностью как бы врастают в толщу хряща, а располагающиеся более глубоко обнажаются при отслойке (шейвировании) хряща. Данные отложения имеют весьма плотную консистенцию и как самостоятельные образования не поддаются удалению с помощью шейверной фрезы, но могут быть частично удалены в процессе обработки хряща шейвером, если таковая проводится по поводу хондропатии. По внешнему виду отложения пирофосфатов кальция могут быть очень схожими с отложениями уратов. В наших наблюдениях визуальное отличие заключалось в том, что отложения кальциевых солей никогда не располагались на синовиальной оболочке и не образовывали сплошных полей на хряще даже при многолетней длительности заболевания. Изменения синовиальной оболочки при данном заболевании неспецифичны, схожи с таковыми при деформирующем остеоартрозе. При реактивном синовите отмечаются умеренная гиперплазия синовиальной оболочки преимущественно в переднебоковых отделах, небольшое количество мелких нитевидных ворсин, дистрофически измененные участки.

Хондрокальциноз встретился нам в целом в 7 случаях при артроскопии коленного сустава. Из них в 3 случаях артроскопия была выполнена по поводу моносиновита неясного генеза, позволив установить диагноз реактивного синовита на фоне псевдоостеоартрозного варианта хондрокальциноза, а в 4 случаях отложения пирофосфата явились артроскопической находкой.

Дифференциальная диагностика как артроскопических, так и гистологических изменений синовиальной оболочки при раннем РА, ПА и реактивных постинфекционных синовитах остается весьма актуальным и активно дискутируемым вопросом.

Так, при РА с длительностью заболевания 1-3 года мы отмечали массивную сосочковую гиперплазию умеренно гиперемизированной синовиальной оболочки, немногочисленные отложения фибрина в виде хлопьев. Синовиальная оболочка, несмотря на выраженную гиперплазию, не затрудняла визуализацию. Интересно отметить, что гипертрофированные ворсины имели порой гигантские размеры, достигая в высоту 12 мм. Ширина их составляла не более 1/5 высоты, верхушки округлые, гиперемия распределялась равномерно, сосудистый рисунок нечеткий, однако прослеживался равномерно (рис. 6). Артроскопически в коленном суставе мы наблюдали образование паннуса, который при такой длительности заболевания распространялся не более чем на 1/6 поверхности мышечков голени (рис. 7).

Известные трудности дифференциального диагноза и очень похожие макроскопические изменения отмечались при реактивных синовитах хламидийной этиологии. Единственным артроскопически выявляемым отличием в наших наблюдениях являлось отсутствие паннуса при длительности заболевания более года.

При более поздней стадии РА артроскопическая картина имеет особенности, о которых будет сказано далее.

В 5 случаях моносиновита коленного сустава длительностью от 2 мес. до 5 лет на основании артроскопической картины и гистологического исследования прицельно полученного биоптата нам удалось установить диагноз **ПА**. *При этом у 2 пациентов имелась многолетняя ремиссия кожного псориаза.* Артроскопически мы отмечали умеренную гиперплазию синовиальной оболочки, чередование участков гипертрофии ворсин и своеобразных разрыхленных свободных от ворсин участков. Массивно гипертрофированные ворсины имели не только большую высоту (до 7 мм), но и очень большую ширину (до 1/2 высоты) и толщину, отчетливо расширяясь к середине и сужаясь к верхушке, приобретавшей своеобразную остроконечную форму. Встречались также плоские листовидные ворсины. Характерен оттенок гиперемии - равномерный сиреневый или густой фиолетовый с непрслеживающимся сосудистым рисунком (рис. 8). В верхнем завороте мы обнаружили единичные, мелкие хлопья фибрина.

Следует отметить, что в 1 случае мы наблюдали изменения синовиальной оболочки, которые в совокупности в клиническими данными склонны были расценивать как реактивный постинтерстициозный синовит, однако гистологическое изучение выявило типичную картину псориатического поражения.

Артроскопия позволяет также выполнить ряд лечебных мероприятий при ревматических поражениях суставов. Проведение артроскопии на водной среде по ирригационному принципу создает возможность осуществления ряда лечебных манипуляций. В противоположность пункции и промыванию сустава посредством последовательного нагнетания и эвакуации раствора с помощью шприца артроскопия позволяет наиболее адекватно, под визуальным контролем осуществить санацию сустава с использованием больших объемов жидкости и ирригационной системы с оттоком.

Лечебный эффект ирригации сустава несколькими литрами стерильного физраствора при различных ревматических поражениях был описан многими авторами. При РА, деформирующем остеоартрозе, микрокристаллических артропатиях и других хронических артритах результатом артроскопической ирригации явились уменьшение или прекращение болей в суставе, уменьшение деформации сустава, увеличение объема движений, улучшение общего самочувствия пациентов. Указанные клинические эффекты позволяют уменьшить потребность в противовоспалительных препаратах и повысить эффективность последующих лечебных мероприятий (в частности, внутрисуставных введений стероидов).

Достижимое ирригацией полное удаление патологического материала - фибрина, хрящевого детрита, обладающего антигенными свойствами, а также цитокинов, ферментов, свободных кислородных радикалов, иммунных комплексов выдвигается в качестве патофизиологического обоснования наблюдаемых клинических эффектов. Ревматические заболевания с этой точки зрения также можно разделить на те, при которых лечебная артроскопия малоэффективна (хондрокальциноз, ВНС, истинный хондроматоз, охроноз), и те, при которых применение артроскопии приводит к выраженному клиническому эффекту, не доступному лекарственным средствам.

Наиболее яркими примерами таких заболеваний являются подагрическая артропатия и РА с давностью заболевания от 2 лет.

При **подагре** специфическая антиподагрическая медикаментозная терапия позволяет в известной степени предотвратить новые отложения уратов в полости сустава, однако не способна воздействовать на уже имеющиеся.

При выполнении санационной артроскопии по поводу подагры мы использовали стандартную артроскопическую шейверную установку, рабочей частью которой является вращающаяся фреза, представляющая собой полый металлический цилиндр с конусообразным «бреющим» элементом. Данная установка используется в артроскопической практике для обработки суставного хряща и удаления патологических тканей. Благодаря описанным физическим свойствам, слой уратов легко отделялся от суставного хряща с помощью шейверной фрезы, напоминая осыпающуюся штукатурку. Отделенные конгломераты уратов тут же удалялись промывной системой (рис. 9). Таким образом, удавалось максимально удалить отложения, покрывавшие суставной хрящ. Санация дополнялась промыванием сустава несколькими литрами стерильного физиологического раствора. На проведение санации требовалось около 30 мин.

Отчетливый клинический эффект начинал проявляться уже через 6-8 ч после артроскопической санации и выражался в значительном уменьшении воспалительных явлений, уменьшении или полном купировании болевого синдрома, значительном увеличении объема движений в суставе и, таким образом, снижении класса функциональной недостаточности. Одновременно все больные получали адекватное специфическое антиподагрическое медикаментозное лечение. Следует отметить, что эффективность нестероидных противовоспалительных средств значительно повысилась, при существенно меньших дозах, после проведения артроскопической санации.

При РА с давностью заболевания от 3 до 15 лет нами было выполнено 13 лечебных артроскопий: 11 на коленном суставе, 1 на плечевом суставе и 1 на локтевом



Рис. 1. Синовиальный хондроматоз.
Описание: межмышечковая область коленного сустава, обильное отложение хондромных телец.



Рис. 2. Виллезно-нодулярный синовит.
Описание: синовиальная оболочка.

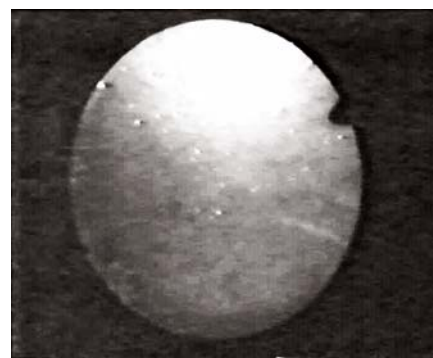


Рис. 3. Подагрическая артропатия.
Описание: отложения уратов на синовиальной оболочке.



Рис. 4. Подагрическая артропатия.
Описание: отложения уратов на суставном хряще.



Рис. 5. Хондрокальциноз.
Описание: отложения кальциевых солей.

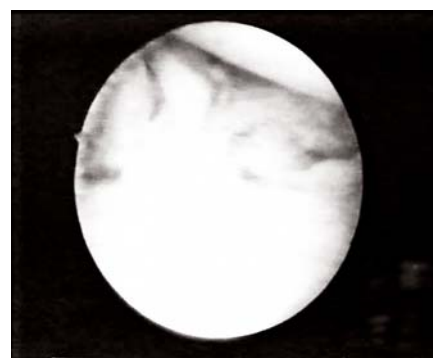


Рис. 6. Ревматоидный артрит, длительность заболевания - 8 мес.
Описание: плечевой сустав, гиперплазия синовиальной оболочки, гипертрофия сосочков.



Рис. 7. Ревматоидный артрит, длительность заболевания 2 года.
Описание: коленный сустав, межмышечковая область, начальные явления паннусообразования.



Рис. 8. Псориатическая артропатия.
Описание: коленный сустав, межмышечковая область, участок разрыхления синовиальной оболочки и листовидный сосочек.



Рис. 9. Подагрическая артропатия, артроскопическая санация.
Описание: удаление отложений уратов с помощью шейверной фрезы.



Рис. 10. Ревматоидный артрит, длительность заболевания - 8 лет (до санации).
Описание: первоначальная, резко затрудненная из-за массивных отложений фибрина артроскопическая визуализация коленного сустава.

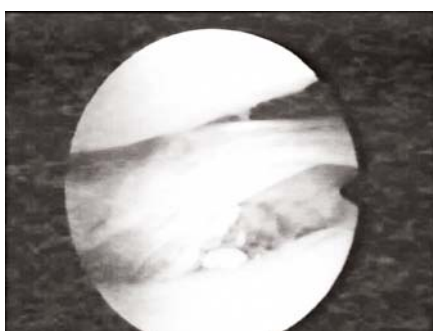


Рис. 11. Ревматоидный артрит, длительность заболевания - 8 лет (после санации).
Описание: освобожденная от фибрина полость коленного сустава, межмышечковая область, ревматоидный паннус.



Рис. 12. Ревматоидный артрит, длительность заболевания - 15 лет.
Описание: межмышечковая область коленного сустава после артроскопической санации, ревматоидный паннус.



суставе. Наиболее показательными, на наш взгляд, являются изменения, наблюдаемые в коленном суставе. Первоначальная визуализация сустава очень затруднена из-за обильных отложений организовавшегося фибрина (рис. 10). Как правило, в верхнем завороте фибрин располагается в виде крупных хлопьев, а в области межмышечковых сочленений - в виде тяжей, служащих, очевидно, своеобразным каркасом для последующего фиброзного анкилоза. Кроме того, обильные отложения фибрина обуславливают низкий эффект внутрисуставных введений стероидов, так как последние просто не достигают синовиальной оболочки. При такой длительности заболевания с помощью артроскопии мы выполняли ряд лечебных задач. Отложения фибрина удалялись из полости сустава с помощью шейверной фрезы, в результате чего достигалась полная визуализация полости (рис. 11, 12). Синовиальная оболочка представляла собой неравномерно гиперплазированную ткань, сочетающую участки сосочковой гипертрофии и склероза. В наших наблюдениях паннус не распространялся более чем на 1/3 ширины мышечков голени, как бы поглощая мениски. В 3 случаях с длительностью заболевания не менее 10 лет мы обнаружили полностью поврежденную переднюю крестообразную связку при отсутствии указаний на травму в анамнезе. Вероятно, данное повреждение произошло в результате дегенерации вследствие хронических воспалительных явлений в суставе. Хондропатия имела тотальный и достаточно равномерный характер. У пациентов молодого возраста хондропатия достигала не более I-II степени, несмотря на длительность заболевания. У пожилых пациентов изменения суставного хряща имели скорее истинно артрозный характер.

Помимо удаления фибрина, при наличии соответствующих изменений, проводилось также удаление отслоившихся участков хряща, шейвирование, резекция дегенеративно измененных менисков. Санация

дополнялась промыванием сустава 6-8 л стерильного физраствора.

Клинический эффект отчетливо наступал через сутки после санации и выражался в значительном уменьшении или полном купировании болей в суставе, значительном уменьшении явлений синовита, увеличении объема движений. Последнее, с нашей точки зрения, является наиболее значимым эффектом, свидетельствующим о возможности отдаления наступления анкилоза. Кроме того, противовоспалительный эффект оказался весьма длительным и стойким, позволив снизить дозу НПВС, а в ряде случаев - и базисных препаратов на срок от 3 до 7 мес. Также было отмечено значительное повышение эффективности последующего внутрисуставного введения стероидов.

У 2 наших пациенток с ревматоидным полиартритом после санационной артроскопии обоих коленных суставов отмечалась ремиссия по **всем** пораженным суставам длительностью 5 и 7 мес. при сохраняющихся характеристиках базисной терапии. У обеих больных ремиссия проявлялась снижением активности с III до I степени у одной и до II степени у другой пациентки.

Таким образом, мы считаем, что при ревматических поражениях крупных суставов артроскопия предоставляет принципиально новые и эффективные диагностические и лечебные возможности, которые в настоящее время остаются недооцененными.

Abstract

The early diagnostic of arthritis in arthrology and reumatology is one of the main problems for today. Recognized tactic is the earliest begin of the treatment, which influence on further disease progression. However the early signs of disease can be atypical, inappropriate to diagnostic criteria and do not make usage of adequate treatment tactic possible. The arthroscopy application makes possible the development of the new ways of sinovial diagnostic of the arthritis.

MED1.RU

***Подробнее о лекарствах
в сети Интернет***