

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

_____ Д.Л.Пиневиц

08.06.2013 г.

Регистрационный № 030-0312

**АЛГОРИТМ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОРА
ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
СИНОВИТОВ НЕТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА У ДЕТЕЙ И ЛИЦ
МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ:

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

УЗ «6-я городская клиническая больница г. Минска»

ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии и ортопедии»

Авторы: канд. мед. наук, доц. М.А. Герасименко,
д-р мед. наук, проф. А.В. Белецкий, д-р мед. наук, проф. Л.М. Беляева,
Е.В. Жук, С.И. Третьяк, канд. мед. наук В.Н. Гурко

Минск 2011

Инструкция разработана с целью повышения эффективности диагностики и улучшения результатов лечения пациентов в молодом возрасте с синовитами коленного сустава нетравматического генеза. Применение предлагаемого алгоритма диагностики и определения тактики лечения позволит сократить длительность и повысить эффективность лечения у данной группы пациентов, улучшить качество их жизни.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- наличие синовита нетравматического генеза (при отсутствии нозологического диагноза) у пациента детского либо молодого возраста длительностью более 3 месяцев, не поддающегося консервативному лечению.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

- наличие инфекционного поражения мягких тканей в местах проведения артроскопических доступов;
- общие противопоказания к хирургическому лечению.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ УСЛОВИЙ И ОБОРУДОВАНИЯ

- лаборатория для проведения общеклинических лабораторных исследований;
- лаборатория для проведения патоморфологических, гистологических, иммуногистохимических исследований материала;
- оборудование для проведения инструментальных исследований, в том числе: рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии;
- операционная, снабженная необходимым инструментарием и оборудованием для проведения артроскопических и артротомических оперативных вмешательств.

Этапы дифференциальной диагностики.

На первом этапе основными диагностическими мероприятиями должны быть тщательное ортопедическое обследование, общеклинические лабораторные исследования, а также полное в соответствии с показаниями инструментальное обследование.

Ортопедическое обследование должно включать в себя выявление наличия выпота в полости сустава, отечности, деформации, деформации сустава, нарушения оси конечности, признаков нестабильности, ограничения объема движений и др. Лабораторные исследования должны быть направлены на выявление системности, активности воспалительного процесса: общий анализ крови с оценкой лейкоцитарной формулы, скорости оседания эритроцитов; биохимический анализ крови с акцентом на выявление повышения уровня показателей воспаления и патогномоничных для определенных форм синовитов показателей: С-реактивный белок, щелочная фосфатаза, серомукоиды, ревматоидный фактор и др. Инструментальное

обследование должно включать в себя рентгенографию, при необходимости – магнитно-резонансную либо компьютерную томографию коленного сустава.

Оценка полученных результатов во многих случаях позволяет на данном этапе установить точный диагноз (например: ювенильный ревматоидный артрит, пигментный виллезно-нодулярный синовит, хондроматоз и др.) и начать адекватное лечение.

Однако в случае неспецифичности полученных данных и невозможности верификации патологии, необходимо применение следующего метода диагностики синовита неясной этиологии – диагностической артроскопии с применением биопсий синовиальной оболочки (биопсия проводится из стандартных точек), забором около 10 мл синовиальной жидкости (при ее наличии) для последующего исследования: биохимический анализ, общее исследование (вязкость, цвет, прозрачность, плотность), микробиологическое исследование. На основании полученных данных проводится верификация диагноза и определение тактики дальнейшего лечения.

При отсутствии патогномичных изменений и невозможности выявления этиологии синовита, мы рекомендуем использовать следующую схему дифференцирования синовитов и, соответственно полученному результату, использовать определенную тактику лечения заболевания:

1. При длительности течения воспалительного процесса до 6 месяцев, наличии артроскопически визуализированного незначительного гиперпластического характера синовита и редких рецидивах заболевания мы рекомендуем проведение консервативного лечения и динамического наблюдения у ревматолога;

2. При длительности синовита от 7 до 12 месяцев, наличии артроскопически визуализированного умеренной выраженности синовита, наличии морфологических признаков синовита легкой формы¹, повышении уровня фактора некроза опухолей- α^2 (ФНО- α) в крови, наличии частых рецидивов, отсутствии повреждения хряща мы рекомендуем проведение артроскопической частичной локальной синовэктомии, санацию очагов инфекции и внутрисуставное введение глюкокортикостероидных гормонов (дипроспан 1 мл).

3. При длительности процесса более 12 месяцев, повышении уровня ФНО- α , наличии артроскопически визуализированного выраженного синовита

¹ Выражена плазмноклеточная инфильтрация, имеется тенденция к увеличению распада плазматических клеток, увеличению лимфоидной инфильтрации и образованию лимфоидных фолликулов

² ФНО- α - маркер хронического воспаления, индуцирует продукцию металлопротеиназы – фермента, который принимает участие в разрушении хряща и костной матрицы. Подъем уровня данного цитокина в сыворотке крови указывает на нарастающий риск развития дегенеративно-дистрофических изменений пораженного сустава при ювенильном ревматоидном артрите. ФНО- α играет роль в хронизации процесса за счет повышения адгезии макрофагов (которые являются основными клетками-эффекторами хронического воспаления) и опосредованно за счет активации тромбоцитов, индукции синтеза оксида азота.

с морфологическими признаками тяжелой формы³, частыми рецидивами, признаками хондромалиции и наличием паннуса показано применение открытой субтотальной синовэктомии.

4. При наличии артроскопически визуализированного выраженного хронического синовита, деструкции хряща и других внутрисуставных структур, деформации, дефигурации сустава, наличии морфологических признаков синовита тяжелой формы вне зависимости от продолжительности синовита показано ортезирование сустава с последующим его эндопротезированием.

³ Преобладают признаки клеточного иммунитета, особенно диффузная макрофагальная и лимфоидная инфильтрация с участием лимфобластов, пролиферация и мезенхимоподобная трансформация фибробластов, многоядерные клетки макрофагального и фибробластического происхождения, цитоллиз и ядерная патология, васкулиты в подкорковом слое

Алгоритм дифференциальной диагностики и выбора тактики хирургической профилактики и лечения синовитов нетравматического генеза в молодом возрасте

