

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц
14.10.2014
Регистрационный № 042-0413

**АЛГОРИТМ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
СИНОВИТОВ КОЛЕННОГО СУСТАВА
ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ-РАЗРАБОТЧИКИ: УО «Белорусский государственный
медицинский университет», ГУ «Республиканский научно-практический центр
травматологии и ортопедии»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, доц. М.А. Герасименко, д-р мед. наук, проф.
А.В. Белецкий, д-р мед. наук, проф. Л.А. Пашкевич, канд. мед. наук
М.А. Мохаммади, С.И. Третьяк

Минск 2013

Настоящая инструкция по применению (далее — инструкция) разработана с целью улучшения результатов лечения пациентов детского возраста с синовитами коленного сустава ревматоидного генеза. Применение предлагаемого алгоритма выбора тактики лечения позволит сократить длительность и повысить эффективность лечения у данной группы пациентов, улучшить качество их жизни.

Инструкция предназначена для врачей-травматологов-ортопедов, врачей-ревматологов.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Лаборатория для проведения общеклинических лабораторных исследований.

2. Лаборатория для проведения патоморфологических, гистологических, иммуногистохимических исследований материала.

3. Оборудование для инструментальных исследований, в т. ч. рентгенографии, ультразвукового исследования, электронейромиографии, магнитно-резонансной томографии.

4. Операционная, снабженная необходимым инструментарием и оборудованием для артроскопических и артротомических вмешательств.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Синовит коленного сустава ревматоидного генеза у пациента детского возраста.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- инфекционное поражение мягких тканей в местах артроскопических доступов;

- общие противопоказания к хирургическому лечению.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

На первом этапе при верифицированном диагнозе синовита коленного сустава ревматоидного генеза основными диагностическими мероприятиями являются: тщательное ортопедическое обследование, общеклинические лабораторные исследования, а также полное в соответствии с показаниями инструментальное обследование.

Ортопедическое обследование коленного сустава включает в себя выявление наличия выпота в полости сустава, симптома баллотирования надколенника, отека, деформации, гиперемии кожных покровов, нарушения оси конечности, ограничения объема активных и пассивных движений и др. Лабораторные исследования направлены на выявление активности воспалительного процесса: общий анализ крови (лейкоцитарная формула, гемоглобин, уровень тромбоцитов, число и скорость оседания эритроцитов); биохимический анализ крови (показатели воспаления: С-реактивный белок, серомукоид, ревматоидный фактор, анти-ССР).

Инструментальное обследование включает в себя рентгенографию коленного сустава в двух проекциях (передне-задняя и боковая), ультразвуковое

исследование, магнитно-резонансную томографию (при необходимости) и электронейромиографию мышц нижней конечности.

Оценка полученных результатов, учитывая длительность течения заболевания (более или менее 6 мес.), позволяет на данном этапе выбрать адекватную тактику лечения синовита коленного сустава.

1. При длительности течения заболевания менее 6 мес. и с учетом соответствующих критериев инструментальной диагностики (*MPT, УЗ-диагностика* — умеренная гипертрофия синовиальной оболочки, суставной хрящ не изменен, суставные поверхности ровные; *электронейромиография* — умеренное снижение (менее 30%) биоэлектрической активности мышц бедра и голени) проводится консервативное лечение (базисная терапия метотрексатом, внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, нестероидные противовоспалительные препараты). При эффективной консервативной терапии лечение продолжается у ревматолога.

При сохранении симптомов синовита (выпот в суставе, отечность, повышение местной температуры кожных покровов) на фоне консервативного лечения выполняется диагностическая артроскопия с биопсией синовиальной оболочки и исследованием синовиальной жидкости с последующим выбором тактики лечения в зависимости от полученных результатов патоморфологического, иммуногистохимического исследования материала (см. выбор тактики лечения при длительности заболевания более 6 мес.).

2. При длительности течения заболевания менее 6 мес. и с учетом соответствующих критериев инструментальной диагностики (*MPT, УЗ-диагностика* — выраженная гипертрофия синовиальной оболочки, дегенерации суставного хряща; *электронейромиография* — выраженное снижение (более 30%) биоэлектрической активности мышц бедра и голени) выполняется диагностическая артроскопия с биопсией синовиальной оболочки и исследованием синовиальной жидкости с последующим выбором тактики лечения в зависимости от полученных результатов патоморфологического, иммуногистохимического исследования (см. выбор тактики лечения при длительности заболевания более 6 мес.).

3. При длительности течения заболевания более 6 мес. и с учетом соответствующих критериев инструментальной диагностики (*MPT, УЗ-диагностика* — выраженная гипертрофия синовиальной оболочки, дегенерация суставного хряща; *патоморфологическое исследование синовиальной оболочки* — признаки поздних морфологических критериев (выраженная воспалительная инфильтрация, преимущественно состоящая из плазматических клеток, фибриноидные и склеротические процессы)); *иммуногистохимическое исследование* — повышение экспрессии CD68 (маркер макрофагов), CD20 (маркер зрелых В-клеток), CD79a (маркер В-клеточной линии), CD138 (маркер плазматических клеток), CD45 (маркер общего лейкоцитарного ряда); *артроскопически* — наличие выраженного диффузного синовита с гипертрофированными ворсинками, паннус, хондромалиция суставного хряща 2–3 ст.; *электронейромиография* — выраженное снижение (более 30%) биоэлектрической активности мышц бедра и голени при электронейромиографическом исследовании; *степень активности заболевания* —

низкая (индекс DAS28 составляет 2,6–3,2) и средняя (индекс DAS28 составляет 3,2–5,1) степень активности ювенильного ревматоидного артрита, моно- или олигоартрит (индекс DAS28 рассчитывается по формуле: $DAS28 = 0,56 \times \sqrt{(tj28)} + 0,28 \times \sqrt{(sw28)} + 0,70 \times \text{Ln}(\text{СОЭ}) + 0,014 \times \text{ВАШ}$, где tj — число болезненных суставов; sw — число воспаленных (припухших) суставов; Ln — десятичный логарифм; СОЭ — скорость оседания эритроцитов; ВАШ — визуальная аналоговая шкала (субъективная оценка боли от 0 до 10)) выполняется передне-боковая субтотальная артроскопическая или открытая синовэктомия коленного сустава. При наличии контрактуры коленного сустава синовэктомию необходимо дополнять капсулотомией.

4. При длительности течения заболевания более 6 мес. и с учетом соответствующих критериев инструментальной диагностики (*MPT*, *УЗ-диагностика* — умеренная гипертрофия синовиальной оболочки, суставной хрящ не изменен, суставные поверхности ровные; *патоморфологическое исследование синовиальной оболочки* — признаки ранних морфологических критериев (очаговые изменения в синовиоцитах от некробиоза до некроза, местами пролиферация синовиоцитов, укрупнение их ядер, палисадообразные структуры в субинтимальном слое, продуктивные эндovasкулиты); *иммуногистохимическое исследование* — повышение экспрессии CD68 (маркер макрофагов), CD20 (маркер зрелых В-клеток), CD79a (маркер В-клеточной линии), CD138 (маркер плазматических клеток), CD45 (маркер общего лейкоцитарного ряда); *артроскопически* — наличие локального синовита с умеренной гипертрофией ворсин, отсутствие паннуса и хондромалиция 1 ст; *электронейромиография* — умеренное снижение (менее 30%) биоэлектрической активности мышц бедра и голени; *степень активности заболевания* — высокая степень активности ювенильного ревматоидного артрита (индекс DAS28 >5,1), полиартрит) проводится консервативное лечение (базисная терапия метотрексатом, внутрисуставное введение глюкокортикостероидов, нестероидные противовоспалительные препараты). При эффективности терапии продолжается лечение у ревматолога.

При неудовлетворительном результате консервативного лечения с сохранением признаков синовита выполняется передне-боковая субтотальная артроскопическая или открытая синовэктомия коленного сустава.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Повреждение скальпелем внутрисуставных и околоуставных структур. Профилактика заключается в соблюдении техники оперативного вмешательства с учетом анатомии сустава.

2. Кровотечение из послеоперационных ран. Профилактика заключается в адекватном интраоперационном гемостазе.

3. Нейротрофические нарушения — альгодистрофия. Профилактика заключается в адекватном обезболивании, назначении ЛФК, ФТЛ.

Алгоритм выбора тактики лечения синовитов коленного сустава при ювенильном ревматоидном артрите

