

**РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО СИНОВІТУ  
КОЛІННОГО СУГЛОБА У ХВОРИХ НА РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ**  
Герасименко С.І., Костогриз Ю.О., Костогриз О.А., Нечипоренко Р.В., Гужевський  
І.В.

ДУ “Інститут травматології та ортопедії НАМН України” Київ. Україна

**Вступ.** Ревматоїдний артрит (РА) – загальне захворювання організму, в основі якого лежить системна прогресуюча дезорганізація сполучної тканини з вираженими місцевими та загальними аутоімунними змінами. На сучасному рівні розвитку медицини, РА розглядається як аутоімунне захворювання організму, з переважною локалізацією в суглобах, що призводить до руйнування всіх структур суглобів та втрати їх функції. За даними різних авторів (С.І. Герасименко 1997, Tomiok M., Hirahata.K., 2004), ураження колінних суглобів у хворих на ревматоїдний артрит спостерігається від 10% до 30% в термін до 2 років від початку захворювання. При ревматоїдному артриті зміни синовіальної оболонки значно виражені, вона однією з перших реагує на захворювання. 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 оперативного лікування. Тяжкість патології, багатоваріантність лікувальної тактики, в залежності від індивідуальних особливостей пацієнтів, вимагає для досягнення оптимального результату спільних зусиль фахівців різних профілів: ревматологів, терапевтів, ортопедів-травматологів, реабілітологів, фізіотерапевтів. В результаті такого тісного контакту між фахівцями можливий оптимальний вибір виду лікувальних заходів та строків їх виконання. При РА, насамперед, зміни відбуваються в синовіальній оболонці, розвивається персистуючий хронічний синовіт, що призводить, у свою чергу, до деструктивних змін, ураження суглобового хряща і прогресування остеоартрозу з порушенням функції суглоба (припухлості, набряку, болю, обмеження рухів). Тому одним із важливих завдань у лікуванні РА є зниження активності процесу та досягнення стійкої ремісії хронічного синовіту, оскільки патологічно змінена в результаті ревматоїдного запалення синовіальна оболонка продукує безліч ферментів, що чинять руйнівну дію на суглобовий хрящ. Запропоновані різні способи лікування хронічного синовіту при РА – як консервативні, так і оперативні (від внутрішньосуглобової гормонотерапії та призначення нестероїдних протизапальних препаратів до хімічної, фізичної та хірургічної синовектомії як найбільш радикального способу.

**Мета.** Вивчити та проаналізувати результати ортопедичного лікування синовіту колінного суглоба у хворих на ревматоїдний артрит шляхом ранньої діагностики, встановлення показань та удосконалення тотальної артроскопічної синовектомії.

**Матеріали та методи.** Проліковано 105 хворих з РА, яким проведено хірургічне лікування: відкрита синовектомія у 47 випадках (контрольна група) та із застосуванням артроскопічної техніки у 58 випадках (основна група). Серед пацієнтів контрольної групи вік коливався від 18 до 65 років і складав у середньому (52,1±3,2) років, у пацієнтів основної групи вік пацієнтів склав від 18 до 60 років, у середньому (44,1±2,2). У дослідження були включені пацієнти з достовірно верифікованим РА за критеріями ACR (American college of rheumatology, 1997). Розподіл пацієнтів в групах за віком оцінювалось за критерієм Пірсона ( $\chi^2$ ) і було однотипним ( $p > 0,05$ ). Таким чином, показники середнього віку в групах спостережень були практично однаковими ( $p > 0,2$ ).

**Результати.** Таким чином, у хворих з ранніми стадіями РА, виконувались як відкрита синовектомія, так і синовкапсулектомія. Більша кількість втручань виконано хворим, які звернулись з 2 стадією захворювання, що свідчить про несвоєчасність звернення хворих для вирішення питання про доцільність застосування хірургічних методів лікування. В більшості випадків отримані добрі (20 випадків – 40%), задовільні (22 випадка

– 45%) та незадовільні 5 випадків – 10%) результати, що свідчить про високу ефективність використаних хірургічних методик.

Обсяг рухів у колінних суглобах до виконання операції в 62,5% спостережень визначали в діапазоні від 90 до 105° (2 бали); в цілому по групі обсяг рухів склав в середньому  $(108,5 \pm 1,6)^\circ$  (1,57 бали). Через 6 місяців після операції переважали оцінки «практично без обмежень» (55,6%) або «помірне обмеження»  $(40,3 \pm 5,9)\%$ ; в цілому по групі обсяг рухів склав в середньому  $(121,4 \pm 1,3)$  (0,49 бала), збільшившись таким чином на 12,9 (р 0,5). Порівняльна оцінка МРТ та артроскопічних даних показала, що МРТ стадія гонартрозу була вищою, ніж артроскопічна стадія ураження суглобового хряща, в  $(20,8 \pm 4,8)\%$  спостережень, збігалася з нею в  $(38,9 \pm 5,8)\%$  і була нижчою в  $(40,3 \pm 5,8)\%$ . Таким чином, в більшості випадків МРТ зміни при гонартрозі проявлялися пізніше, ніж зміни суглобового хряща, які виявляються в ході артроскопії.

Порівняльна оцінка МРТ та артроскопічних даних показала, що МРТ стадія гонартрозу була вищою, ніж артроскопічна стадія ураження суглобового хряща, в  $(20,8 \pm 4,8)\%$  спостережень, збігалася з нею в  $(38,9 \pm 5,8)\%$  і була нижчою в  $(40,3 \pm 5,8)\%$ . Таким чином, в більшості випадків МРТ зміни при гонартрозі проявлялися пізніше, ніж зміни суглобового хряща, які виявляються в ході артроскопії.

Оцінка якості життя. Аналіз середніх показників, отриманих на основі опитувальника якості життя, показав, що найбільша позитивна динаміка порівняно з початковим рівнем відзначена за шкалою «рольове функціонування, обумовлене емоційним станом» (показники зросли в 1,48 рази). Наступні місця займають шкали «фізичне функціонування» і «рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» (відповідно 1,31 і 1,29 рази). Найменша позитивна динаміка (від 1,09 до 1,15 рази) відзначена за шкалами «психічне здоров'я», «життєва активність», «загальний стан здоров'я» та «інтенсивність болю». Отримані результати за 4 шкалами, згідно з рекомендаціями опитувальника, об'єднали в два інтегральних показника: «фізичний компонент здоров'я» та «психологічний компонент здоров'я». Середні значення показника «фізичний компонент здоров'я» склали: до операції -  $36,8 \pm 0,2$  балів, через 6 місяців -  $42,8 \pm 0,3$  балів, до кінця спостереження -  $44,0 \pm 0,5$  балів. Таким чином, після операції даний показник покращився: до 6 місяців в 1,17 рази (р < 0,01), а до кінця спостереження – в 1,21 рази (р < 0,01) в порівнянні з початковим рівнем. Середні значення показника «психологічний компонент здоров'я» склали: до операції -  $36,4 \pm 0,2$  балів, через 6 місяців -  $42,7 \pm 0,2$  балів, при контрольному огляді -  $43,1 \pm 0,6$  балів. Таким чином, після операції даний показник покращився: до 6 місяців в 1,16 рази (р < 0,01), а до кінця спостереження - в 1,17 рази (р < 0,01) в порівнянні з початковим рівнем.

**Висновки.** Проведений аналіз результатів лікування при використанні даної методики показав, що добрі результати мають місце у 32% випадків, задовільні у 25%, а незадовільні - у 33%. Незадовільні результати після виконання відкритої синовектомії обумовлені значною травматичністю, тривалим періодом реабілітації та відсутністю показань до виконання даної операції на ранніх стадіях захворювання.

Удосконалена та стандартизована методика артроскопічної синовектомії дозволяє виконати радикальне видалення патологічно зміненої синовіальної оболонки у всіх відділах колінного суглоба, мінімізувати травматичність процедури, розпочати ранню реабілітацію. Впровадження запропонованої методики артроскопічної синовектомії у хворих досліджуваної групи дозволило зменшити біль та набряк колінного суглоба в 7,3 рази в порівнянні з відкритою синовектомією, збільшити обсяг рухів в 3,2 рази, зберегти ці показники протягом 2-3 років спостереження. Інтегральні показники якості життя покращилися в 1,21 (фізичний компонент здоров'я) і 1,17 (психологічний компонент здоров'я) рази.