

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневиц

08.06.2013

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

Настоящая инструкция по применению (далее — 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.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, СРЕДСТВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

1. Лаборатория для проведения общеклинических лабораторных исследований.
2. Лаборатория для патоморфологических, гистологических, иммуногистохимических исследований материала.
3. Оборудование для инструментальных исследований, в т. ч.: рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии.
4. Операционная, снабженная необходимым инструментарием и оборудованием для артроскопических и артротомических оперативных вмешательств.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

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

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

- инфекционное поражение мягких тканей в местах артроскопических доступов;
- общие противопоказания к хирургическому лечению.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

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, отека, 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 патогномоничных 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 мес., 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 мес., 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 мес., повышении уровня ФНО- α , наличии артроскопически визуализированного выраженного синовита с морфологическими признаками тяжелой формы³, частыми рецидивами, признаками хондромалии и наличием паннуса показано применение открытой субтотальной синовэктомии.

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.

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

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.

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

