

УДК 616.728.3-007.248:615.276

С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, Ю.В. ПЕТРЯНИН, Р.К. АБДРАИМОВА

Медицинский центр компьютерной диагностики, г. Алматы

## ЗАБОЛЕВАНИЕ СУСТАВОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ



Еренгалиев С.Е.

Всех больных с заболеванием коленных суставов по факту наличия и отсутствия выпота предлагается подразделять на больных с продуктивным и непродуктивным синовитом.

**Методика.** При продуктивном синовите показана антибактериальная терапия. При непродуктивном синовите в качестве способа лечения предлагается трехкратное внутрисуставное введение кеналога (1,0 мл) с недельными промежутками между ними.

**Результаты.** Применение кеналога (324 больных) оказалось эффективным в 98,8% случаев. Клиническая ремиссия заболеваний суставов на введение кеналога достоверна, но крайне вариabельна от полного до неполного эффекта и не зависит от числа введения препарата.

**Выводы.** Внутрисуставное введение кеналога оказалось безопасным и, самое главное, клинически эффективным даже при однократном введении. Наиболее полным лечебным курсом мы считаем трехкратное введение кеналога.

**Ключевые слова:** деформирующий артроз, ревматоидный артрит, продуктивный и непродуктивный синовит, внутрисуставное введение кеналога.

Заболевания суставов практически занимают 16% всего объема работы поликлинического хирурга. Прежде всего здесь он будет иметь дело с деформирующим артрозом и ревматоидным артритом. Различие в происхождении этих заболеваний не вызывает сомнения. Так, если деформирующий артроз относится к дистрофическому заболеванию, то ревматоидный артрит – это инфекционное заболевание. На большом клиническом материале известно, что для деформирующего артроза чаще всего характерно первичное поражение крупных суставов нижних конечностей (тазобедренный и коленный). Для ревматоидного артрита прежде всего это мелкие суставы кисти и стопы. Вместе с тем при ревматоидном артрите поражение суставов чаще всего симметричное, а при деструктивном артрозе асимметричное. Начало ревматоидного артрита характеризуется чаще всего развитием стойкого продуктивного синовита. В то время как для деформирующего артроза более характерен непродуктивный синовит. Поэтому первым симптомом при деформирующем артрозе иногда является хруст при движении, а также ощущение скованности сустава, особенно после сна, которое быстро проходит при движении. Характерно появление боли в суставе особенно при начале движения, которая постепенно уменьшается по мере того как больной расходится. В отдельных случаях боль, наоборот, усиливается. Для ревматоидного артрита характерно то, что скованность движения в суставах чаще сочетается с общим недомоганием и мышечной слабостью, а также даже могут быть случаи с повышением температуры и развитием различных висцеритов – поражение внутренних органов. Именно с болью как при ревматоидном артрите, так и при деструктивном артрозе, связывают развитие контрактуры. Для тазобедренного сустава характерна сгибательно-приводящая контрактура, для коленного – сгибательная контрактура голени с наружной ротацией и вальгусным отклонением. При ревматоидном артрите наиболее характерна контрактура пальцев кисти, которые имеют своеобразные названия – плавник моржа, гусиная шейка и пуговичная петля. Висцеральной патологии нередко сопутствуют ревматоидные узелки

– плотные подкожные образования, локализирующиеся на разгибательной поверхности суставов. Для деформирующего артроза характерно увеличение терминальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена) [1, 2]. Однако сложность проблемы состоит в том, что на практике встречаются также больные, у которых наблюдается сосуществование обеих причин. Классическая клиническая картина заболевания сустава наблюдается крайне редко, что явилось основанием для Американской ассоциации ревматологов говорить о вероятности и даже возможности только предполагать причину заболевания. Несомненно, это отражается и на выборе способа лечения, и соответственно на результатах лечения.

**Собственный материал**

За 4-летний период времени (2009-2013 гг.) в МЦКД обратились 324 больных с заболеванием суставов. Из них 87,6% (284) были больные с поражением суставов нижних конечностей и 12,4% (40) с поражением суставов верхних конечностей. На нижней конечности больше всего подвержены заболеванию коленный сустав (91,1%), на верхней конечности плечевой сустав (62,5%).

Как показано в таблице 1, большинство (79,9%) составили больные с заболеванием коленного сустава (259 больных). С заболеванием тазобедренного сустава было лишь 5 больных (1,5%). С заболеванием плечевого сустава было 25 больных (7,7%). С заболеванием локтевого сустава 5 больных (1,5%). С заболеванием голеностопного сустава 13 больных (4,0%). С поражением фаланг пальцев кисти было всего 10 больных (3,0%). С поражением фаланг пальцев стопы лишь 7 больных (1,8%). Налицо и гендерное неравенство. Так мужчины преобладают с поражением мелких суставов стопы (85,7%). Тогда как женщины преобладают при поражении мелких суставов кисти (60%).

Практическая значимость обратившихся за помощью (259) больных с заболеванием коленного сустава ввиду их значительного преобладания над другими суставами не вызывает сомнения. Преобладали женщины (79,5%). Большинство больных были старше 55 лет (79,1%).

Как показано в таблице 2, основным симптомом при заболевании суставов как верхних, так и нижних конеч-

Таблица 1 – Общая характеристика поражения суставов верхних и нижних конечностей

Пораженный сустав	Пол		Возраст		Синовит			Итого	% к 284 и к 40	% к 324
	М	Ж	< 55 лет	> 55 лет	не продуктивный	продуктивный				
						внутри-суставной	вне-суставной			
Тазобедренный	-	5	-	5	5	-	-	5	1,7	1,5
Коленный	53	206	54	205	230	21	8	259	91,1	79,9
Голеностопный	4	9	3	10	1	2	10	13	4,5	4,0
Фаланги стоп	6	1	2	5	2	-	5	7	2,4	1,8
Всего	63	221	59	225	238	23	23	284		87,6
%	22,1	77,8	20,7	79,2	83,8	8,0	8,0		100%	
Плечевой	5	20	9	16	21	1	3	25	62,5	7,7
Локтевой	2	3	2	3	4	-	1	5	12,5	1,5
Фаланги кисти	4	6	5	5	9	-	1	10	25,0	3,0
Всего	11	29	16	24	34	1	5	40		12,4
%	27,5	72,5	40,0	60,0	97,5	2,5	12,5		100%	

Таблица 2 – Основные клинические симптомы при поражении суставов

Пораженный сустав	Боль		Скованность		Хруст		Отек		Контрактура	
	само-стоят.	при движ.	временная	постоянная	временный	постоянный	внутри-суст.	вне-суст.	активный	пассивный
Тазобедренный	5	4	5	2	-	-	-	-	2	1
Коленный	259	215	123	67	101	90	21	8	5	7
Голеностопный	13	10	8	10	-	-	2	10	5	2
Фаланги стоп	7	6	4	3	-	-	-	5	1	1
Всего	284	235	140	82	101	90	23	23	13	11
% к 284	100	82,7	49,2	28,8	35,5	31,6	8,0	8,0	4,5	3,8
Плечевой	25	25	3	25	3	4	1	3	8	3
Локтевой	5	5	1	3	-	-	-	1	4	1
Фаланги кисти	9	8	3	7	2	8	-	1	5	2
Всего	39	38	7	35	5	12	1	5	17	6
% к 40	97,5	95,0	17,5	87,5	12,5	30,0	2,5	12,5	42,5	15,0

ностей является спонтанная боль. Характерно, что последняя может либо быстро проходить, либо усиливаться при движении. Скованность, как и хруст в суставе, также может быть временной либо постоянной. В основном хруст наблюдается в коленном суставе и фалангах кисти. На практике данные симптомы часто сосуществуют у одного больного.

Рассматривая клинику артритов у больных с заболеванием коленного сустава, можно заметить наличие сопутствующих признаков. Прежде всего это относится к внесуставным признакам. Так у 15% больных, жалующихся на боли в коленных суставах, обнаружены повышение тургора тканей и болезненность при пальпации медиальной группы мышц в области прикрепления к мышелку бедра. У 3% больных обнаружены припухлость и болезненность подколенной ямки по его середине, несомненно, это проявление сопутствующего тендовагинита.

Внесуставные отеки также можно подразделить на осумкованные (киста Беккера) и диффузные по зоне мягких тканей. Последнее более характерно для дистальной части нижних конечностей и особенно при поражении голено-

стопного сустава. Практически отек у некоторых больных при этом распространяется на стопу и голень.

Внутрисуставные отеки более характерны при поражении коленного сустава. Наличие жидкости в коленном суставе оценивалось клинически (деформация контуров сустава, баллотирование надколенника) и пробной пункцией.

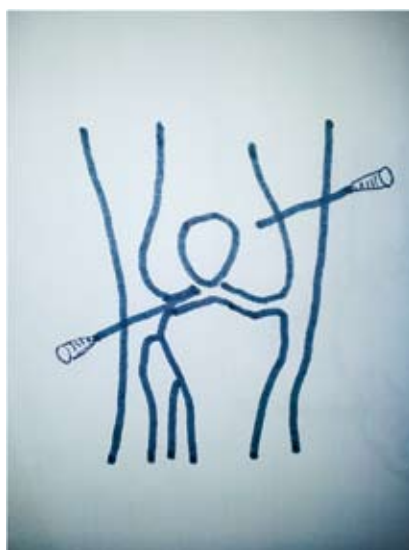
Момент прокола капсулы коленного сустава был болезненным лишь у 108 больных, а у остальных (151) был безболезненным. Для диагностической пункции использовали наружно-латеральный доступ по проекции середины надколенника. Проекция точки пункции по другим суставам представлены на схеме 1.

Из 259 больных с заболеванием коленного сустава у 230 был непродуктивный синовит, а у 29 больных продуктивный синовит.

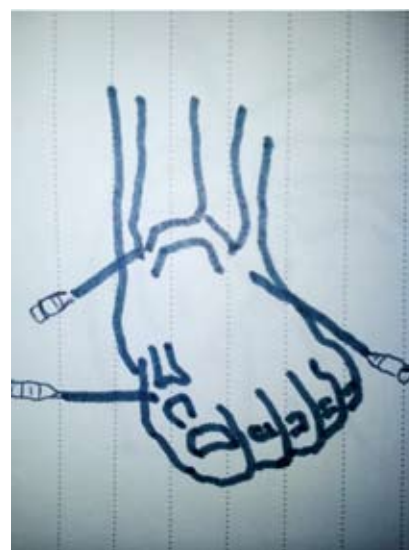
Продуктивный синовит в свою очередь подразделяется на внутрисуставной и внесуставной. Жидкость в полости коленного сустава располагалась двояко. Так у 18 больных жидкость в коленном суставе имела разлитое распространение по всему суставу. У 3 больных расположение жидкости



Тазобедренный



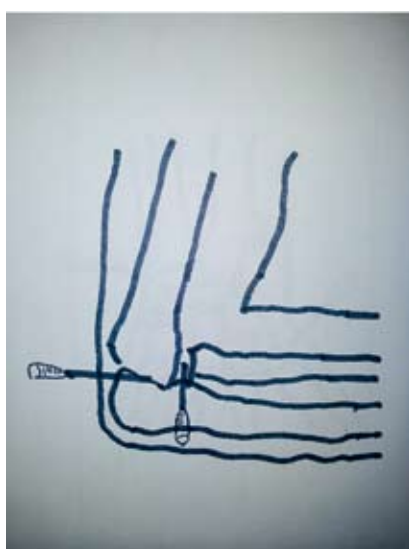
Коленный



Голеностопный и фаланги



Плечевой



Локтевой



Лучезапястный и фаланги

Схема 1 – Точки пункции суставов верхних и нижних конечностей (обозначены изображением хирургических игл)

было локализовано в одном из верхних заворотов коленного сустава. Поэтому для получения жидкости приходилось пунктировать отдельно собственно пораженный заворот коленного сустава. Количество жидкости широко варьировало от нескольких капель до 50 мл. Цвет жидкости также широко колебался от светло-белого до темно-желтого с зеленью. Прозрачность жидкости также варьировала от полной прозрачности до отсутствия таковой.

Данную находку мы рассматривали как основание для назначения антибактериальной терапии. Использовали антибиотики широкого спектра в течение 6 дней исключительно внутривенным путем (лендацин, лемаксол, эфипин). У всех больных острый процесс в коленном суставе удалось полностью купировать с восстановлением его функции.

Несколько иную тактику лечения мы избрали и у больных с внесуставным синовитом, у которых мы обнаружили

кисту Беккера (8 больных). Каждая пункция кисти оканчивалась введением в остаточную полость кеналога (40 мг). При пункции важно соблюдать некоторые правила, позволяющие предотвратить повреждение сосудисто-нервного пучка. Они просты, так направление кончика иглы всегда должно быть параллельно плоскости сосудисто-нервного пучка. Сама же точка пункции должна располагаться на основании максимального выбухания кисти с медиальной стороны подколенной ямки.

При необходимости пункцию кисти через неделю повторяли, что также сопровождалось введением кеналога. Только 2 больным потребовалась дополнительная пункция кисти.

Основная группа пациентов с заболеванием коленного сустава (230) были больные с непродуктивным синовитом. Вместе с тем у 12 из этой группы больных мы констатировали контрактуру коленного сустава. Причем у 5 больных

при горизонтальном положении контрактура самостоятельно спадала – активная контрактура. У остальных она стойко удерживалась, обуславливая постоянство состояния фиброзной деформации сустава – пассивная контрактура (анкилоз). Соответственно здесь уже существенно нарушается динамика самостоятельного движения. Для введения только лекарственного средства в коленный сустав широко использовали передний доступ по обе стороны собственной связки надколенника. Здесь практически удобней делать пункцию при сидячем положении больного, когда голень пациента свисает над краем тахты.

#### Методика лечения

В амбулаторных условиях возможности широкого клинического обследования ограничены, не говоря уже о том, что данное обследование очень дорогостоящее. С другой стороны, вопрос установления причины заболевания как ревматоидное или не ревматоидное при условии сосуществования нескольких из них делает его даже бессмысленным, так как оно не гарантирует эффективное лечение. Поэтому мы предлагаем сразу после оценки клинической картины при условии исключения специфики (бруцеллез, туберкулез и т.д.) начинать с пробного внутрисуставного введения Кеналога (Словения). Это позволит прежде всего оценить первичную реакцию на мощное противовоспалительное средство, введенное непосредственно в очаг поражения, и уже на основании полученных результатов составить план дальнейшего лечения и рассмотреть возможность и необходимость подключения дополнительных средств.

Кеналог – известный глюкокортикоид, обладающий выраженным противовоспалительным эффектом. Действующее начало препарата – триамцинолон ацетонид [3]. Противовоспалительный эффект препарата, как утверждает производитель, связан с угнетением высвобождения эозинофилами медиаторов воспаления, индуцированием образования липокортинов, уменьшением количества тучных клеток, вырабатывающих гиалуроновую кислоту, и уменьшением проницаемости капилляров, и особенно

со стабилизацией клеточных мембран, особенно лизосомальных.

Фирма-производитель предупреждает, что препарат противопоказан для системного применения ввиду его иммунодепрессивного эффекта, обусловленного торможением высвобождения цитокинов из лимфоцитов и макрофагов.

Вместе с тем утверждают, что для кратковременного применения препарата единственным противопоказанием является только существование гиперчувствительности.

Для внутрисуставного введения препарата мы строго придерживались предложенной фирмой-производителем рекомендации по дозировке. Для мелких суставов (фаланги пальцев) – до 10 мг. Для средних суставов (плечевой, локтевой) – 20 мг. Для крупных суставов (тазобедренный, коленный) – 40 мг.

При благоприятной реакции на введение препарата, когда больной через неделю отмечает улучшение, которое заключается в прекращении или уменьшении боли, увеличении объема движения в коленном суставе и в целом, больной с оптимизмом приходил на повторную процедуру, мы повторяли внутрисуставное введение кеналога. Лечебный курс заканчивается введением кеналога в третий раз также через неделю.

#### Результаты лечения

Как показано в таблице 3, однократное введение кеналога (К1) оказалось достаточным у 107 больных (41,3%). Двукратное введение кеналога (К2) потребовалось у 62 больных (23,9%). А в трехкратном введении кеналога (К3) нуждались 90 больных (34,7%). Исключение составили 3 больных, которым мы вводили кеналог 4 и даже 5 раз у 1 больного.

В целом эффективность препарата при заболевании коленного сустава составила 99,0%. По реакции на введение препарата больные подразделялись на три группы. В первой группе (А) больных боль в суставе полностью пропадала, восстанавливалась функция сустава (300 больных). Во второй группе (Б) интенсивность болей

Таблица 3 – Лечение и результаты применения кеналога при заболевании суставов конечностей

Пораженный сустав	Кол-во	Схема лечения			По окончании курса лечения					
		К1	К2	К3	К1		К2		К3	
					длительность ремиссии					
					до года	свыше года	до года	свыше года	до года	свыше года
Тазобедренный	5	3	2	-	3	-	2	-	-	-
Коленный	259	107	62	90	6	101	2	60	3	87
Голеностопный	13	7	2	4	2	5	1	1	1	3
Фаланги стоп	7	6	1	-	-	6	-	1	-	-
Всего	284	123	67	94	11	112	5	62	4	90
%		43,3	23,5	33,0	3,8	39,4	1,7	21,8	1,4	31,6
Плечевой	25	12	10	3	2	10	1	9	1	1
Локтевой	5	3	2	-	1	2	1	1	-	-
Фаланги кисти	10	8	2	-	1	6	1	1	-	-
Всего	40	23	14	3	4	18	3	11	1	1
%		57,5	35,0	7,5	10,0	45,0	7,5	27,5	2,5	2,5



уменьшалась, больные отмечают, что стали лучше передвигаться (21 больной). Третья группа (В) больных не отмечает улучшения (3 больных).

Купирование боли сопровождалось соответствующей ремиссией заболевания. Длительность его широко варьировала от нескольких месяцев до года и свыше нескольких лет и не зависела от количества внутрисуставного введения кеналога.

Так, длительность ремиссии свыше года при заболевании коленного сустава независимо от схемы лечения (К1, К2 и К3) наблюдалась у 94,3%, 96,7% и 96,6% больных, соответственно. Отрадно было видеть, что больные (5) даже оказывались от трости.

Необходимо подчеркнуть важность учета внутрисуставных и внесуставных изменений в клинической картине заболевания. Так при выявлении только внесуставных изменений (миозита) и отсутствии внутрисуставных изменений мы рекомендуем начать лечение с введения кеналога в толщу болезненных мышц. Если наблюдается двухстороннее поражение, то дозу препарата мы разделяем равномерно на обе стороны. Удивительным образом оказалось, что даже после 1 процедуры отмечается размягчение мягких тканей на месте введения препарата и исчезает боль. Закрепление результата достигается повторным введением препарата. В 3-й процедуре большинство больных не нуждается.

Введение кеналога (323 больных) было безопасным. Осложнение в виде атрофического дерматита мы наблюдали только в 1 случае. Последнее самокупировалось через 6 месяцев. Эффективность препарата в целом составила 99,0%. Только у 3 больных (В) реакция на кеналог была отрицательная (больные отмечали даже ухудшение). Из этих больных 2 были с поражением тазобедренного сустава и 1 с заболеванием коленного сустава.

После проведенного курса лечения кеналогом 21 больной с заболеванием коленного сустава отметил лишь незначительное улучшение (Б). Поэтому 11 больным из данной группы больных мы рекомендовали дополнительное лечение – принимать нестероидный препарат Целекоксиб 100-200 мг в течение 10 дней по 2 таблетки. Как утверждает производитель (Пакистан), противовоспалительный эффект данного препарата заключается в блокировании продукции воспалительных простагландинов посредством ингибирования циклооксигеназы 2, которое, как известно индуцируется на воспалительный процесс.

Остальным (10) из данной группы больных с заболеванием коленного сустава в качестве дополнительного лечения мы с успехом применили магнитотерапию по общепринятой схеме в течение 10 дней.

#### Выводы

Внутрисуставное введение кеналога оказалось безопасным и, самое главное, клинически эффективным даже при

однократном введении. Наиболее полным лечебным курсом мы считаем трехкратное введение кеналога.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Юмашев Г.С. Травм. и орт. – М.: Медицина, 1977. – 504 с.
- 2 Berkow R. The Merck Manual of diagnosis and therapy. – 1982. – S. 1523
- 3 Инструкция по медицинскому применению препарата Кеналог. Производитель Словения, КРКА. 8501 Ново место www.dari.kz

#### Т Ұ Ж Ы Р Ы М

**С.Е. ЕРЕНГАЛИЕВ, Ю.В. ПЕТРЯНИН, Р.К. АБДРАИМОВА**  
Компьютерлік диагностиканың медициналық орталығы,  
Алматы қ.

#### ТІЗЕ БУЫН АУРУЛАРЫН АМБУЛАТОРЛЫҚ ЖАҒДАЙДА ЕМДЕУ

Тізе буындарының ауруымен ауыратын барлық науқастарды экссудаттың бар-жоқтығына байланысты өнімді және өнімсіз синовиты бар науқастарға бөлу ұсынылады.

**Әдістеме:** Өнімді синовит кезінде антибактериалды емдеу көрсетілген. Өнімсіз синовит кезінде емдеу тәсілі ретінде апталық аралықпен кеналогты (1,0 мл) буын ішілік енгізу ұсынылады.

**Нәтижелері:** Кеналогты қолдану 98,8% жағдайда тиімді болып шықты. Кеналогты енгізуге буын ауруларының клиникалық ремиссиясы рас, бірақ толық және толық емес әсерден өте вариабельді және препаратты енгізу санына тәуелді емес.

**Қорытындылар:** Кеналогты буын ішілік енгізу қауіпсіз және ең бастысы, тіпті 1 мәрте енгізу кезінде де клиникалық тиімді болды. Біз ең толық емделу курсы болып 3 мәрте енгізу болып табылады деп есептейміз.

**Неізгі сөздер:** деформациялайтын артроз, ревматоидті артрит, өнімді және өнімсіз синовит, кеналогты буын ішілік енгізу.

#### SUMMARY

**S.E. ERENGALIYEV, Ju.V. PETRYANIN, R.K. ABDRAIMOVA**  
Medical Center of Computer Diagnostics, Almaty c.

#### THE JOINT DISEASE IN THE OUTPATIENT PRACTICE

All the patients with the knee joints disease are proposed to be subdivided into patients with productive or unproductive synovitis according to presence or absence of effusion, respectively.

**Methods:** In case of the productive synovitis the antibacterial therapy is recommended. In case of the unproductive synovitis the method of treatment is proposed to be three intra-articular injections of Kenalog (1.0 ml) with weekly intervals therebetween.

**Results:** Application of Kenalog (324 patients) was effective in 98.8% of cases. Clinical remission of the joints diseases due to injection of Kenalog is deemed to be reliable but is extremely variable from full to partial effect and does not depend on the number of the drug injections.

**Conclusion:** Intra-articular injection of Kenalog proved to be safe and most importantly clinically effective even after a single dose. The most complete treatment course in our opinion shall be three dose of Kenalog.

**Key words:** deforming arthrosis, rheumatoid arthritis, productive and unproductive synovitis, intra-articular injection of Kenalog.