

Ассоциация ревмоортопедов
Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой
Ассоциация травматологов-ортопедов России
Национальный медицинский исследовательский центр травматологии
и ортопедии имени Н. Н. Приорова

При поддержке
Европейского хирургического общества ревматизма и артрита (ERASS)
Международного общества восстановления хряща (ICRS)

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ РЕВМООРТОПЕДОВ

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ КОНГРЕССА

(Москва, 17—18 июня 2022 года)



Воронеж
Издательско-полиграфический центр
«Научная книга»
2022

УДК 616.72-002.77(08)

ББК 55.5я431

Ш52

Р е д к о л л е г и я :

старший научный сотрудник центра ревмоортопедии и реабилитации
Научно-исследовательского института ревматологии им. В. А. Насоновой,

к. м. н. *М. А. Макаров*;

руководитель центра ревмоортопедии и реабилитации
Научно-исследовательского института ревматологии им. В. А. Насоновой,

к. м. н. *С. А. Макаров*;

ведущий научный сотрудник центра ревмоортопедии и реабилитации
Научно-исследовательского института ревматологии им. В. А. Насоновой,

д. м. н., профессор *Е. И. Бялик*;

научный сотрудник центра ревмоортопедии и реабилитации
Научно-исследовательского института ревматологии им. В. А. Насоновой

Е. А. Нарышкин;

научный сотрудник центра ревмоортопедии и реабилитации
Научно-исследовательского института ревматологии им. В. А. Насоновой,

к. м. н. *А. А. Роскидайло*

VI Международный конгресс ассоциации ревмоортопедов :
Ш52 тезисы докладов конгресса (Москва, 17—18 июня 2022 года) /
редкол.: М. А. Макаров [и др.] ; Ассоциация ревмоортопедов. —
Воронеж : Издательско-полиграфический центр «Научная кни-
га», 2022. — 108 с. — ISBN 978-5-4446-1680-2. — Текст : непосред-
ственный.

В сборник вошли тезисы отдельных докладов, вошедших в программу VI Ме-
ждународного конгресса Ассоциации ревмоортопедов, прошедшего в Москве
17—18 июня 2022 года. Работы, включенные в сборник, описывают внедрение
и применение новых технологий диагностики, консервативного и оперативного
лечения пациентов с ревматическими и неревматическими заболеваниями суста-
вов.

Опубликованные материалы являются трудом высокопрофессиональных
коллективов и представляют интерес для врачей многих специальностей.

УДК 616.72-002.77(08)

ББК 55.5я431

© Ассоциация ревмоортопедов, 2022

© Изд. оформление.

Издательско-полиграфический центр
«Научная книга», 2022

ISBN 978-5-4446-1680-2

функции суставов, и хотя эффективность применения ГЛК проявлялась быстрее, более стойкий эффект через 6 и 12 месяцев отмечен при применении БМКП.

Анализ результатов в полной мере подтверждает клиническую эффективность, хорошую переносимость и безопасность высоких ($\geq 50 \times 10^6$ клеток на один сустав) доз при амбулаторном алгоритме лечения ОА крупных опорных суставов.

Выводы. Кратные внутрисуставные трансплантации высоких доз МСК не только значительно останавливают прогрессирование патологических изменений в хрящевой ткани, модифицируя течение ОА, но и пролонгируют основные клинические эффекты, обеспечивая структурную стабилизацию опорных суставов. Таким образом, адъювантная клеточная терапия ОА является наиболее рациональной для амбулаторной практики и может рассматриваться в качестве болезнь-модифицирующего метода.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ НОЛТРЕКСИН У ПАЦИЕНТОВ СО ВТОРИЧНЫМ ГОНАРТРОЗОМ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В. И. Кузнецов

*ГУЗ Клиническая больница скорой медицинской
помощи № 15 (г. Волгоград, Россия)*

Клиническая картина вторичного остеоартрита коленных суставов (ГА) в сочетании с системной красной волчанкой (СКВ) вариабельна и представлена широким спектром патологических изменений, которые часто являются причиной выраженной функциональной недостаточности, ухудшения качества жизни и сокращения ее продолжительности. Встречаются различные особенности течения заболевания, но основной проблемой пациентов с СКВ и ГА является боль и ограничение физической активности в коленных суставах.

Принцип «Тreat to Target»: раннее назначение стероидов, антипролиферативных базисных противовоспалительных препаратов, регулярный мониторинг и коррекция терапии позволяет эффективно контролировать активность заболевания и сдерживать прогрессирование. Но даже при отсутствии обострения боль в суставах полностью не исчезает и со временем может вновь усиливаться. На МРТ выявляются дегенеративные

повреждения менисков, крестообразных, коллатеральных связок, хондромалиция, феморопателлярный артроз.

Цель и задачи исследования. Лечение ГА при СКВ проводится совместно с ортопедами и состоит из коррекции функции, базисной, противовоспалительной и анальгетической терапии, локальной инъекционной терапии (ЛИТ) стероидами с анестетиками. Применяя алгоритм «Шаг 1-Шаг 2-Шаг 3» при вторичном ГА, предпочтение отдают ЛИТ с ПААГ, если на фоне нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) эффективность оказалась недостаточной. ПААГ за счет высокой вязкости восстанавливает биохимическую среду сустава, что имеет большое значение при сочетании ГА и РА или СКВ.

В клиническом наблюдении мы впервые изучили безопасность и эффективность медицинского изделия Нолтрексин на основе полиакриламидного геля (ПААГ) при ЛИТ у пациентов с вторичным ГА и ревматоидным артритом или СКВ.

Материалы и методы. Приводим пример лечения больной с посттравматическим вторичным ГА на фоне СКВ. Выбор Нолтрексина был обусловлен его свойствами — выраженной вискозаплементацией и высокой биосовместимостью, а также возможностью провести меньшее число инъекций на курс лечения.

Результаты. Больная С., 69 лет. Жалобы на рецидивирующую боль в правом коленном суставе при нагрузке, ограничение движений. С 1993 на диспансерном учете ревматолога с диагнозом СКВ, подострое течение, активность 2, SLEDAY = 5; геморрагический васкулит, люпус-нефрит с исходом в хроническую почечную недостаточность 1—2, люпоидный гепатит; артериальная гипертензия 2, риск 4; гормонозависимость. Со стороны опорно-двигательного аппарата: стероидный и постменопаузальный остеопороз, высокий риск переломов по FRAX; посттравматический синовит правого коленного сустава.

В связи с СКВ постоянно принимает метипред 2 таб/сут, плаквенил 2 таб/сут. В 2018 г. травма коленного сустава справа, переломы костей бедра и голени при обследовании в травмпункте не выявлены. В 2018—2019 г. рецидивирующий реактивный синовит, выполнено 3-х артроцентеза и МРТ сустава — выявлен внутрисуставной перелом большеберцовой кости. С 2019 г. выявлен остеопороз, назначена золедроновая кислота 5 мг 1 раз в год, витамин Д 4000 ЕД/сут с препаратами кальция 1 г/сут.

При обследовании выявлен посттравматический вторичный ГА справа с хроническим болевым синдромом и снижением толерантности к нагрузке. С учетом коморбидности, остеопороза на фоне СКВ, неэффективности НПВП и бетаметазона внутрисуставно проведена ЛИТ правого коленного сустава с Нолтрексином по сокращенной схеме: 2 шприца за одно введение х 2 раза в течение 2-х недель (суммарно 4 шприца на курс). Переносимость инъекций Нолтрексин без особенностей, не выявлены осложнения и побочные действия.

В результате данного лечения впервые за прошедшее время достигнут положительный эффект в виде снижения боли и увеличения толерантности к нагрузке. Пациентка передвигается самостоятельно, используя трость. Значительно улучшилось качество жизни, отменены НПВП.

Выводы. Показания к ЛИТ синовиальными эндопротезами: достоверный диагноз первичного или вторичного ГА, механический ритм боли, отсутствие синовита, I—III стадия ГА. Наличие признаков синовита — относительное противопоказание для введения эндопротезов на основе ГК или ПААГ. Показано обязательное купирование воспаления, а далее, не ранее, чем через 7—10 дней при сохранении механического ритма боли и отсутствии признаков синовита — проведение курса ЛИТ.

Учитывая полученные результаты успешного лечения Нолтрексином ревматологических пациентов с вторичным ГА и полиморбидностью, считаем целесообразным расширить наблюдение с целью выработки оптимальных рекомендаций по лечению и улучшению качества жизни.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИАКРИЛАМИДНОГО ГЕЛЯ НОЛТРЕКСИН У ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНОЙ СТАДИЕЙ ГОНАРТРОЗА В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В. И. Кузнецов

ГУЗ Клиническая больница скорой медицинской помощи № 15 (г. Волгоград, Россия)

Остеоартрит (ОА) коленных суставов является наиболее распространенным заболеванием суставов, поражающим более 80 % людей старше 55 лет. Приоритетным методом лечения гонартроза считается локальная инъекционная терапия с введением эндопротезов синовиальной жидкости на основе гиалуроновой кислоты, включенная во второй этап алго-

ритма ESCEO 2019. Вязкоэластичные полиакриламидные гели для внутрисуставного введения с 2003 г. также показали высокую эффективность при симптоматическом лечении ОА. С 2018 г. активно применяется новый эндопротез синовиальной жидкости полиакриламидный гель (ПААГ) третьего поколения Нолтрексин.

Цель исследования. Сравнение эффективности и безопасности применения вископротеза Нолтрексин с пероральным применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у пациентов с гонартрозом I—III стадии.

Материалы и методы. 40 пациентов с гонартрозом I—III стадии участвовали в сравнительном исследовании эффективности и безопасности инъекционной терапии Нолтрексином 4,0 мл № 2 (группа А, 20 человек) и перорального применения НПВП 200 мг в сутки (группа В, 20 человек). НПВП принимали в группах А и В, срок терапии НПВП в обеих группах составлял 1 месяц. Общая длительность наблюдения 12 месяцев, кратность визитов: на 30, 60, 180 и 360 дни. Результаты оценивали стандартными методами осмотра, включая измерение объема движений в суставе, а также балльной оценкой физикальных признаков, тестами с ходьбой по лестнице и на расстояние, 100-мм ВАШ боли, WOMAC, индекс Лекена.

Результаты. В нашем исследовании мы применили особую схему локальной инъекционной терапии с введением вископротеза синовиальной жидкости Нолтрексин в коленный сустав. Стандартная схема, согласно инструкции, подразумевает от 3 до 5 инъекций объемом 2,0 мл, общее количество инъекций на курс (суммарный объем эндопротеза) зависит от стадии ОА, типа сустава, его анатомических особенностей и наполнения ПААГ в процессе курсового введения. При гонартрозе допустимо единовременное введение двойного объема, то есть два шприца за процедуру.

В нашей практике мы придерживаемся принципа «чем меньше внутрисуставных инъекций в курсе лечения, тем выше безопасность процедур». Мы вдвое сокращаем общее количество вмешательств и применяем кратные инъекции с двойным объемом эндопротеза — 2 кратные инъекции объемом 4,0 мл. Также применяется метод дробного введения анестетика. В сухой сустав вводится 1/2 общей дозы анестетика для манипуляции, далее в полном объеме эндопротез, после этого через ту же иглу оставшая часть анестетика. Таким образом, мы обеспечиваем не только равномерное распределение анестезирующего препарата в полости сустава с очень вязким эндопротезом, но также промываем иглу от остатков

ПААГ, тем самым избегая потерь эндопротеза в «мертвом» пространстве просвета иглы.

В группе А выявлено более значимое снижение боли — НПВП отменен на 8 сутки при I—II стадии. Боль по ВАШ уменьшилась до 15—20 мм при гонартрозе I—II стадии и до 25—30 мм при III стадии, снижение индекса Лекена до 1—2 и 3—4 баллов соответственно. В группе В с терапией по схеме, а далее — «по требованию» в течение 6 месяцев выявлено снижение ВАШ на 8—9-е сутки, но НПВП отменен к 14 суткам. Через 6 месяцев боль по ВАШ при I—II стадии — не выше 20—25 мм, при III — не снижалась ниже 40—45 мм. Индекс Лекена снижался до 2 баллов при I—II стадии и до 6—7 — при III. За весь период наблюдения (12 мес) в группе А отмечено более значимое и достоверное улучшение подвижности суставов и достоверное снижение боли у пациентов с ГА 1—2-й стадии при оценке опросником WOMAC ($p < 0,05$). Повышение толерантности к нагрузке на конечности наиболее значимым было в группе А при всех стадиях ОА.

Выводы. 1. Нолтрексин может использоваться как безопасный эндопротез синовиальной жидкости при I—III стадии гонартроза при недостаточном эффекте от хондропротекторов и НПВП.

2. Рекомендуется амбулаторно использовать выявленные преимущества и возможности локальной терапии Нолтрексином при всех стадиях ОА, а также у коморбидных пациентов.

3. Локальная терапия Нолтрексином в комбинации с коротким курсом нимесулида рекомендуется как преимущественный метод лечения в сравнении с назначением одного НПВП.

СОЧЕТАНИЕ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, ПИГМЕНТНОГО ВИЛЛОНОДУЛЯРНОГО СИНОВИТА И ХОНДРОМАТОЗА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

**И. Г. Кушнарева, А. Э Храмов., Е. А. Нарышкин,
Т. Фан, С. В. Маглеваний, М. А. Макаров**

ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В. А. Насоновой (г. Москва, Россия)

Цель исследования. Продемонстрировать редкое клиническое наблюдение: этапное ортопедическое лечение у пациента с системной красной

Научное издание

VI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ РЕВМООРТОПЕДОВ

Тезисы докладов конгресса
(Москва, 17—18 июня 2022 года)

Подписано в печать 25.05.2022. Формат 60 × 84/16
Усл. печ. л. 6,28. Тираж 100 экз. Заказ 86

ООО Издательско-полиграфический центр «Научная книга»
394018, г. Воронеж, ул. Никитинская, 38, оф. 308
Тел.: +7 (473) 200-81-02, 229-77-33
<http://www.n-kniga.ru> E-mail: zakaz@n-kniga.ru

Отпечатано в типографии ООО ИПЦ «Научная книга»
394026, г. Воронеж, Московский пр-т, 11/5
Тел.: +7 (473) 229-32-87
<http://www.n-kniga.ru> E-mail: typ@n-kniga.ru