

КОЛЕНО БОЛИТ? МОЖЕТ БЫТЬ, СИНОВИТ

Несколько недель назад я вдруг проснулась утром от боли в колене. А когда поднялась с кровати, то с трудом смогла наступить на правую ногу. Еле-еле добралась до поликлиники. Хирург дал направление на УЗИ и рентгенограмму коленного сустава, велел сдать анализ крови. Диагноз оказался неожиданным: синовит коленного сустава. Раньше я о таком заболевании даже не слышала. Хотелось бы узнать о нем подробнее, и может ли это быть как-то связано с тем, что накануне я упала на улице и сильно расшибла колени?

Галина Борцова, г. Москва.

Коленный сустав – анатомическое образование, представленное сочленяющимися бедренной и большеберцовой костями, содержащее внутри крестообразные связки и хрящевые вкладки – мениски. Снаружи сустав укреплен капсулой, которая изнутри выстлана тонкой мембраной – синовиальной оболочкой. Она, в свою очередь, продуцирует жидкость, которая способствует своего рода смазыванию внутрисуставных образований. А это уменьшает трение и создает определенный амортизирующий эффект.

Сам термин «синовит» образован от латинского *synovitis*, что означает «воспаление синовиальной оболочки». В норме суставной жидкости в коленном суставе немного – около 2-4 миллилитров. При развитии в суставе воспаления количество жидкости увеличивается.

Синовит нередко путают с артритом. Согласно определению, артритом называют воспаление сустава в целом. При этом в

воспалительный процесс вовлекается не только синовиальная оболочка, но и хрящи, покрывающие сочленяющиеся кости, элементы связочного аппарата. В тех или иных клинических ситуациях эти понятия часто являются синонимами, но для себя мы должны понять, что не может быть артрита без синовита (при воспалении всего сустава синовиальная оболочка обязательно вовлекается в воспалительный процесс), но встречается изолированный синовит без артрита, то есть без вовлечения в патологический процесс других элементов сустава.

ПРИЧИНЫ

Наиболее часто причинами появления воспалительных явлений в суставе являются:

• **Травма.** Синовит может развиваться и после закрытых повреждений сустава (сильного ушиба, разрыва связок, менисков), и после тяжелых открытых травм (открытые вывихи и переломы, ранение области сустава острыми предметами).

• **Инфекции.** Нередко синовит развивается на фоне заболеваний, вызванных инфекционными агентами. При этом патогенные микроорганизмы могут попадать в сустав как извне (при открытых травмах), так и из других тканей организма. Известны случаи синовитов на фоне тонзиллита (воспаления небных миндалин), инфекций, передающихся половым путем (хламидийной, гонококковой). Встречаются пневмококковые синовиты, дизентерийные, туберкулезные, сифилитические.

• **Аутоиммунные заболевания.** Эта группа патологий объединяет болезни, возникающие на фоне повреждения тканей организма собственной иммунной системой. В норме все звенья иммунитета направлены на защиту организма от возможных отрицательных влияний, но в ряде случаев возникает сбой, и защитные агенты организма (антитела, специальные клетки) начинают атаковать и повреждать собственные ткани. Например, при ревматоидном артрите, системной красной волчанке.

• **Заболевания, вызванные нарушением обмена веществ.** Синовиты коленного сустава среди прочих поражений описаны у больных подагрой – заболеванием, характеризующимся повышением уровня мочевой кислоты в организме.

• **Системные воспалительные заболевания.**

Очень часто синовит сопровождается такой распространенной патологией, как ревматизм. Это заболевание соединительной ткани поражает сердечную мышцу и различные крупные суставы.

СИМПТОМЫ

Увеличение коленного сустава в объеме. Поскольку при развитии синовита происходит увеличение количества суставной жидкости, область коленного сустава увеличивается в объеме. При значительном скоплении синовиальной жидкости увеличение размеров заметно невооруженным глазом, при слабо выраженной воспалительной реакции избыток жидкости определяется либо при пальпации области сустава (характерно баллотирование, «зыбление» надколенника), либо при специальных инструментальных методах обследования.

Боль. Бывает как при движениях, так и в покое. Хотя присутствует не всегда, особенно при синовитах, развивающихся на фоне инфекции или после травм.

Покраснение, повышение температуры кожи над суставом характерны для синовитов, развивающихся вследствие инфекционных процессов. Местное повышение температуры может сопровождаться и общей, системной лихорадкой.

Нарушение двигательной функции. Из-за увеличения количества жидкости в полости сустава и болевых ощущений заболевшему затруднительно осуществлять движения в коленном суставе. Человек не может полноценно двигаться, в ряде случаев он становится прикованным к постели.

ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Синовит может протекать в двух основных клинических формах – острой и хронической.

При острой форме клинические проявления возникают резко, неожиданно, имеют выраженный характер. При этом в зависимости от характера жидкости в полости сустава различают серозный и гнойный синовит. При серозном синовите клиническая картина выражена не столь ярко, как при гнойном. В последнем случае отмечается интенсивное покраснение кожи в области сустава, сильные боли, общие явления интоксикации (плохое самочувствие, слабость, повышение температуры тела). Гнойный синовит (артрит) является тяжелым состоянием и требует лечения в стационаре.

Хронический синовит протекает с менее выраженными клиническими проявлениями, периодически рецидивирует, что проявляется обострениями. Как правило, это следствие иных хронических заболеваний (обменных нарушений, аутоиммунных процессов), иногда он становится следствием неправильного лечения острого синовита.

ДИАГНОСТИКА

Опытный врач может заподозрить наличие синовита коленного сустава уже при первичном осмотре – клиническая картина достаточно характерна. К тому же коленный сустав доступен свободному осмотру и пальпации, он не скрыт за массивом мягких тканей, как, например, тазобедренный сустав.

Для подтверждения диагноза применяют ультразвуковое исследование коленного сустава, магнито-резонансную томографию, компьютерную

томографию. Эти методы позволяют с большой точностью выявлять структурные изменения в тканях сустава, определять утолщения и разрастания синовиальной оболочки, что в той или иной степени отмечается при длительном хроническом течении, объективизировать увеличение объема суставной жидкости даже при незначительном избытке.

Также в диагностике синовитов большое значение имеют пункция сустава и артроскопическое исследование. При пункции выполняется прокол специальной иглой, которая проводится в полость сустава. Через иглу берут на исследование суставную жидкость для определения характера воспаления (серозное, гнойное) и бактериологического анализа. В норме в полости сустава инфекция отсутствует, суставная жидкость стерильна, а потому любое наличие микробных тел однозначно свидетельствует о развитии инфекционного воспаления. В ходе бактериологического исследования не только выделяется и определяется конкретный возбудитель, но и оценивается его чувствительность к антибиотикам.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение синовитов коленного сустава в зависимости от причины, вызвавшей заболевание, имеет как общие для всех случаев лечебные мероприятия, так и индивидуальные, характерные для конкретных причинных факторов. Синовиты, развивающиеся на фоне других, хронических заболеваний, должны лечиться параллельно с основным заболеванием. Так, при синовите, развившемся на фоне подагры, необходи-

мо осуществлять лечение подагры, при туберкулезном синовите должна проводиться терапия туберкулеза, при инфекционном синовите – соответствующая антибактериальная терапия, направленная на ликвидацию инфекции, вызвавшей воспаление.

В острой стадии заболевания важным моментом является эвакуация избытка суставной жидкости, что выполняется при пункции коленного сустава, которая является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией. Также по игле, введенной в полость сустава, можно осуществить промывание полости сустава и введение лекарственных препаратов.

Особенно важен при лечении острого синовита или обострении хронического функциональный покой. Необходимо снизить до минимума нагрузку на сустав, для этих целей предписывается значительное снижение двигательной активности, и осуществляется иммобилизация сустава лонгетой или ортезом.

Из лекарственных средств назначаются препараты группы нестероидных противовоспалительных средств (**вольтарен, кетонал, целекоксиб**) – внутрь или в инъекциях. Препараты этой же группы применяют местно в виде мазей или гелей (**вольтарен эмульгель, долгит, быструмгель**).

При неэффективности лечения местными средствами и препаратами, принимаемыми внутрь, выполняют внутрисуставное введение гормональных средств из группы глюкокортикостероидов (**гидрокортизон, кеналог, дипроспан**).

В случае развития синовита на фоне бактериаль-

ной инфекции, особенно если формируется клиническая картина гнойного синовита, лечение дополняется системной антибактериальной терапией и местным промыванием сустава растворами антисептиков (**мирамистин, хлоргексидин**).

По мере стихания острого процесса лечение дополняется физиотерапевтическими процедурами (магнитотерапия, синусоидальные модулированные токи, электрофорез).

При длительно существующих хронических синовитах, не поддающихся лечению консервативными средствами, выставляются показания к операции. На настоящем этапе развития медицины операции часто выполняются артроскопическим способом – путем введения в полость сустава через проколы оптики и манипуляторов. Цель операции при синовите – удаление хронически измененных (утолщенных, с разрастаниями) участков синовиальной оболочки.

ВАЖНО!

При возникновении патологических симптомов, характерных для синовита коленного сустава, в любом случае необходимо обращение к врачу. Самолечение может иметь тяжелые последствия. Важно помнить, что только врач может поставить правильный диагноз, выявить причины заболевания, учесть общее состояние пациента – наличие сопутствующих заболеваний, переносимости лекарственных средств – и назначить адекватное лечение, оптимальное для каждого конкретного пациента.

Алексей ЛЮБСКИЙ,
хирург, врач высшей категории,
кандидат медицинских наук.