

5. Насонова В.А. Диагностика и лечение подагры. Тер. архив, 1987, 4, 3-7.
6. Ревматические болезни. Под редакцией Насоновой В.А., Бунчук Н.В. М., "Медицина", 1997, 520 с.
7. Пихлак Э.Г. Подагра. М., "Медицина", 1970, 310 с.
8. Скотт Дж.Т. Подагра. В кн.: Клиническая ревматология. Под ред. Х.Л.Ф.Каррея. М., "Медицина", 1990, 233-254.
9. Cameron J.S. Hyperuricemia and gout in clinical practice. Sydney, 1984, 96-98
10. Muirden K.D. Gout, an increasing problem in the Asia-Pacific region. APLAR 2000, May 21-26, 2000, WS02, 80

Поступила 10.01.03

Abstract

Clinical peculiarity of gout in South-Sakhalinsk residents.
L.M. Lasareva, Sh. Erdes

Objective. To study gout prevalence and clinical features in South-Sakhalinsk residents.

Methods. Clinical picture of gout was analyzed in 120 pts (117 male and 3 female) followed up in South-Sakhalinsk city rheumatological center from 1990 till 1999. There are 7% of Koreans among the South-Sakhalinsk residents. The rest are Slavs.

Results. Prevalence and some clinical features of gout depend on pts nationality. Gout prevalence among Koreans (280:100000) is 5,2 times higher than among Slavs (54:100000). All Koreans pts were male. Male/female ratio among Slavs was 26/1. Typical gouty attacks were recorded in 54% of Slavs and in 93% of Koreans. Attack duration in Slavs usually was 7-10 days and mean attack number per year 2 while in Koreans 3-5 days and 4-5 per year respectively. Tophuses were present in 3% of Koreans and in 17% of Slavs. There were also considerable differences between groups on frequency of gouty internal organs damage and concomitant diseases.

Conclusion. Ethnic features of population can modify clinical course and prevalence of the disease.

Key words: *gout, South-Sakhalinsk, Koreans, Slavs.*

УДК: 616.728.3-07

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ АРТРОСКОПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ МОНОСИНОВИТЕ КОЛЕННОГО СУСТАВА НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

В.В. Лялина

Кафедра госпитальной терапии №2 РГМУ, Москва

Резюме

Цель. Определение диагностической ценности артроскопии при неясном хроническом моносиновите (ХМС) коленного сустава.

Материал и методы. Исследованы 83 пациента (41 жен и 42 муж) в возрасте от 20 до 72 лет, имеющие ХМС коленного сустава длительностью от 2 месяцев до 12 лет. Причина синовита у этих пациентов была неясной. Выполняли артроскопическое исследование пораженного коленного сустава с прицельной биопсией синовиальной оболочки и гистологическое исследование биоптата.

Результаты. Выявлено, что причиной неясного ХМС коленного сустава являются не менее 12 заболеваний, в начальных или атипичных формах. Наиболее частыми причинами ХМС явились ревматоидный артрит (РА), остеоартроз (ОА) и микрокристаллические артропатии. Совпадение предположительного и окончательного диагноза отмечено в 18,3% случаев. Выявлен ряд причин ХМС, не предполагавшихся до исследования. В результате артроскопического исследования генез ХМС коленного сустава синовита выяснен в 96,5% случаев.

Заключение. Артроскопическое исследование является высокоинформативным методом и должно входить в план обязательного обследования пациентов с ХМС коленного сустава неясного генеза.

Ключевые слова: *артроскопическая диагностика, моносиновит, коленный сустав.*

Одной из наиболее частых локализаций хронического моносиновита (ХМС) является коленный сустав (КС). Такое изолированное поражение может быть дебютом ревматического заболевания или его атипичной формой [3,31]. Своевременное определение нозологической принадлежности моносиновита остается актуальной проблемой. Даже при полноценном обследовании установить причину ХМС удается не более чем в 2/3 случаев [17, 21]. Это определяет необходимость поиска более эффективных методов диагностики. В этой связи особую актуальность приобретает возможность визуального изучения синовиальной оболочки (СО). Ее изменения при ряде заболеваний специфичны даже в случаях атипичной клинической картины. Проведение синовиальной биопсии необходимо, если генез синовита остается неясным на протяжении 8 недель от начала заболевания [17].

Появление артроскопии сделало возможным разработку качественно новых путей диагностики артритов: выполнение прицельной биопсии, изучение синовиальной картины *in vivo* [24]. Комплексный анализ получаемых при этом данных способен оказать существенную помощь в установлении диагноза. При этом артроскопическая синовиальная диагностика остается крайне мало изученной областью, ей отводят роль вспомогательного метода [1,9,15,26]. Малое число исследований обуславливает наличие противоречивых мнений в отношении диагностической ценности артроскопии при ревматических заболеваниях. К настоящему времени не выработано ни единой методики изучения синовиальных изменений (СИ), ни унифицированной терминологии для их обозначения [19].

Цель исследования

Определение диагностической ценности артроскопии при ХМС коленного сустава неясного генеза.

Материал и методы

В исследование вошли 83 пациента (41 жен и 42 муж) в возрасте от 20 до 72 лет, имеющие ХМС коленного сустава. Давность заболевания составляла от 2 мес до 12 лет, у 91,6% пациентов – не более 5 лет. В результате комплексного клинического, лабораторного и инструментального обследования причина синовита у этих пациентов осталась неясной. Пациенты получали НПВП, внутрисуставные инъекции стероидных препаратов.

Осмотр пораженного КС проводили по протоколу, разработанному с использованием Стандартной формы оценки КС по IKDS, 1995, и Методики клинического осмотра КС M. and J. Doherty, 1993 [6], оценку болевых ощущений проводили по визуальной аналоговой шкале. Изучали выраженность болевого синдрома, воспаления, нарушения биомеханики и функциональной недостаточности КС.

На основании изучения особенностей анамнеза, течения заболевания и данных, полученных при осмотре пораженного КС, пациентам до проведения артроскопии выносили предположительный диагноз, под которым понимали наиболее вероятную причину синовита (таблица).

Таким образом, на доартроскопическом этапе у пациентов исследуемой группы в качестве причины синовита наиболее часто предполагали остеоартроз (ОА) или ревматоидный артрит (РА). Примерно у трети пациентов не удалось составить суждение о вероятной причине синовита.

Артроскопию КС проводили в условиях операционной, под проводниковой анестезией, на водной среде, по стандартной методике с использованием оборудования "Wolf" и "Striker". Основные этапы артроскопии записывали на видео.

В процессе артроскопии проводили оценку внутрисуставных структур. В связи с отсутствием унифицированной методики оценки артроскопических синовиальных и хондральных изменений, мы использовали собственные протоколы. При этом осуществляли дифференцированный под-

ход к оценке выявляемых изменений. Так, при обнаружении характерных признаков опухолевой трансформации описывали характер изменений, уточняли распространенность патологического процесса. При обнаружении кристаллических отложений проводили их верификацию *ad oculum* с использованием собственного протокола-алгоритма "Артроскопически определяемые свойства кристаллических отложений" [11, 12], аналогов которому мы не встретили. В остальных случаях для описания синовиальных изменений использовали "Протокол изучения артроскопических СИ", выработанный нами на основании опыта 1000 артроскопических исследований с учетом данных литературы [18,19,20,30]. Для удобства оценки СИ коленный сустав разделяли на 4 синовиальные области, в каждой изучали 9 параметров, выявляли наличие паннуса и фибрина. Мы предлагаем более подробную и унифицированную оценку СИ с использованием ряда ориентиров, выделяем признаки воспаления и "дифференциальные" признаки, типы гиперплазии СО, некоторые характеристики ворсин.

Для описания хондральных изменений использовали "Протокол артроскопически определяемых изменений хрящевых структур", в основе которого – классификация хондропатии по Outbridge, 1961. В КС выделяли 5 областей гиалинового хрящевого покрова. Выявленные участки хондропатии, хондральные переломы и повреждения менисков классифицировали.

В протоколах выраженность признака оценивали по 5-балльной шкале, качественным признакам также присваивалась балльная оценка.

Биопсию СО проводили под визуальным артроскопическим контролем с помощью биопсийных шипцев, биоптаты фиксировали в 70% спирте. Препараты изготавливали по стандартной методике. Гистологическое изучение выполнялось проф. А.Б. Шехтером, оценку морфологических изменений проводили по протоколу того же автора [16].

Учитывая небольшой объем выборки, балльную систему оценки, сочетание количественных и качественных признаков в одном протоколе, а также полученное для большинства признаков ненормальное распределение, сравнение групп проводили по методу непараметрической статистики Вилкоксона-Манна-Уитни. Расчеты проводили с использованием компьютерного статистического пакета "SPSS".

Результаты

1. Частые причины ХМС коленного сустава

РА диагностирован у 17 пациентов (20,2%), у которых при артроскопии выявлены характерные для этого заболевания СИ [10,18]. Особенностью синовиальной картины у этих пациентов явилась слабая выраженность паннуса даже при большой давности заболевания. Он был выявлен в 82,3% случаев. У всех пациентов РА обнаруживали также хондральные изменения: давние хондральные переломы и начальные явления хондропатии у пациентов до 40 лет, а у пациентов старше 40 лет – различные стадии медиального тибеофemorального артроза (МТФА).

Анализ гистологических и гистохимических изменений в синовиальных биоптатах показал, что у больных данной группы наиболее вероятным был ревматоидный генез синовита. Хотя ревматоидные узелки не были выявлены ни в одном случае, палисадообразное расположение синовиоцитов наблюдалось в 88,2%. При сравнении с контрольной морфологической группой (17 пункционных биоптатов СО пациентов с достоверным РА) значимых достоверных различий в гистологической картине не выявлено.

При дальнейшем наблюдении у четырех пациентов (23,5%) через 1,5-4 года отмечено формирование типичного РА, отвечающего диагностическим критериям АРА [14].

В 24 случаях (28,6%) в качестве причины синовита определена патология гиалинового хряща (ОА). У этих пациентов выявлены умеренные СИ, неравномерно распределенные в полости КС. Характер этих изменений был разнообразным, встречались различные типы гиперплазии и

формы ворсин. Синовиальная картина достоверно различалась от наблюдаемой при РА. Собственно патология хряща у пациентов в возрасте до 40 лет была представлена давними хондральными переломами и вторичными дегенеративными изменениями. У пациентов старше 40 лет наблюдали МТФА различных стадий. При сравнении выраженности хондральной патологии в группах РА и ОА достоверных различий не было получено.

Синовиальная картина при ОА подробно не описана. В связи с этим нами была создана соответствующая контрольная артроскопическая группа из пациентов с ОА с идентичными хондральными изменениями. В исследуемой группе выраженность признаков воспаления была достоверно выше. Но различий по дифференциальным признакам не получено. Таким образом, правомочно утверждать, что синовиальные изменения у пациентов исследуемой группы были обусловлены ОА.

При гистологическом изучении синовиальных биоптатов определяли умеренные признаки воспаления, выраженные явления склероза и гиалиноза, что соответствует картине ОА [7]. В течение 1,5-4 лет наблюдения в 41,6% случаев отмечалась ремиссия синовита, в остальных – урежение рецидивов.

Кристаллические отложения выявили при артроскопии у 14 пациентов (16,9%). В результате использования собственного диагностического алгоритма 7 пациентам был установлен диагноз подагрической артропатии (ПА) и 7 – хондрокальциноза. Артроскопическая картина была типичной для данных заболеваний. Гистологический диагноз совпадал с артроскопическим в 100% случаев. Через 1-4 года после артроскопии у 3 пациентов с ПА отмечено формирование постоянной бессимптомной гиперурикемии, а у 2 – хронической подагры. У пациентов с хондрокальцинозом течение заболевания существенно не изменилось.

Семи пациентам (8,4%) был поставлен диагноз синовита наиболее вероятного реактивного (постинфекционного) генеза (ПИ). При артроскопии у этих пациентов отмечали значительное разнообразие СИ, сочетание различных типов гиперплазии и форм ворсин, выраженные сосудистые изменения, отложения фибрина. Синовиальная картина достоверно отличалась от наблюдаемой при РА и ОА. Отмечали также начальные явления хондропатии. Гистологическая картина была неспецифичной. Выраженность имму-

номорфологических признаков была достоверно меньшей, чем при РА, а выраженность пролиферативных, иммуноморфологических и воспалительно-экссудативных признаков – достоверно большей, чем при ОА.

Данная группа пациентов оказалась наиболее трудной для интерпретации. Результаты сравнительного анализа показали, что СИ не были обусловлены ни РА, ни ОА. Достаточным материалом для формирования контрольной группы мы не располагали. Диагноз ПИ был вынесен на основании связи начала заболевания с инфекцией, хороших результатов лечения, включая антибактериальные, и дальнейшего течения заболевания с формированием классической картины болезни Рейтера в 28,5% случаев.

У шести пациентов (7,1%) при артроскопии выявлено застарелое неполное продольное повреждение заднего рога медиального мениска (ЗРММ). Кроме небольшой отечности и умеренной гиперемии СО, других изменений не выявлено. Была произведена артроскопическая резекция ЗРММ, в результате чего синовит купирован и не рецидивировал.

2. Редкие причины ХМС

Виллезно-нодулярный синовит (ВНС) и истинный синовиальный хондроматоз выявлены у 6 пациентов, в 2,4% и в 4,8% случаев соответственно. Артроскопически наблюдали высокоспецифичные СИ, полностью соответствующие описанным в литературе [2, 22]. В 100% случаев артроскопический диагноз был подтвержден гистологическим исследованием.

Псориазическая артропатия (ПсА) диагностирована у 3 пациентов (3,6%) на основании характерной для данного заболевания синовиальной картины [18]. Гистологические изменения были неотличимы от отмечаемых при РА [21]. В дальнейшем у всех пациентов наблюдали появление кожного псориаза.

В 1 случае (1,2%) было выявлено сочетание одновременно 3 заболеваний: ВНС, РА и хондрокальциноза, что нашло гистологическое подтверждение.

В 1 случае (1,2%) при артроскопии обнаружены необычные разрастания СО [13]. При гистологическом исследовании выявлены признаки хронического туберкулезного синовита.

У одного пациента с сохраняющимся в течение 6 мес синовитом при артроскопии выявлены изменения, соответ-

Таблица.
Предположительные и действительные причины ХМС коленного сустава у пациентов исследуемой группы (n=83).

Диагноз	Предположительный диагноз		Окончательный диагноз	
	абс	%	абс	%
Ревматоидный артрит	21	25,3	17	20,2
Остеоартроз	28	33,7	24	28,6
Подагрическая артропатия	1	1,2	7	8,3
Хондрокальциноз	-	-	7	8,3
Реактивный (постинфекционный) артрит	8	9,6	7	8,3
Повреждение ЗРММ	-	-	6	7,1
Псориазическая артропатия	1	1,2	3	3,6
Виллезно-нодулярный синовит	-	-	2	2,4
Синовиальный хондроматоз	-	-	4	4,8
Изолированный туберкулезный синовит	-	-	1	1,2
Паранеопластический синовит	-	-	1	1,2
Сочетание 3 заболеваний	-	-	1	1,2
Опухолевое поражение СО	1	1,2	-	-
Неясный	23	27,6	3	3,6

ствующие ранней стадии РА. Ещё через 10 мес после артроскопии был выявлен рак тела поджелудочной железы, на основании чего диагноз РА был пересмотрен в пользу паранеопластического синовита (ПНС).

Генез синовита остался неясен у 3 пациентов (3,6%). При артроскопии у них наблюдали только умеренную гиперемию СО и незначительную хондропатию. При гистологическом изучении биоптатов выявлены признаки хронического синовита, но указаний на возможную природу синовита не получено. В течение 3 лет наблюдения диагноз остается неясным, синовит продолжает рецидивировать.

Сводные данные о распределении предположительных и действительных причин ХМС коленного сустава у наших больных представлены в таблице.

Обсуждение

По данным артроскопического исследования нами выявлено, что причиной неясного ХМС коленного сустава являются не менее 12 заболеваний (таблица). Изолированное поражение КС может быть дебютом или атипичной формой этих заболеваний. Наиболее частыми причинами синовита, как мы и предполагали, были РА и ОА. При этом совпадение предположительного и артроскопического диагнозов отмечено лишь в 29,5% при РА и в 25% случаев при ОА. Также часто были диагностированы подагра и хондрокальциноз.

В большинстве случаев (81,7%) предположительный диагноз не подтвердился. Кроме того, проведение артроскопии позволило выявить ряд причин ХМС, не предполагавшихся до исследования. Так, у одной пациентки при артроскопии обнаружено сочетание 3 заболеваний – РА, ВНС и хондрокальциноза.

Нередкой причиной ХМС коленного сустава является повреждение ЗРММ [17,27]. При этом у пациентов с повреждением ЗРММ предполагали РА.

Артроскопия является "золотым стандартом" диагностики синовиальных опухолей [15]. Интересно, что у наших больных ВНС в анамнезе не было зафиксировано ни одного эпизода гемартроза, предположительным диагнозом у них был ОА. А всем пациентам с хондроматозом до артроскопии предполагали РА.

Изолированный туберкулезный синовит (ИТС) считают крайне редким заболеванием (8). Обнаружение его в небольшой выборке не является, на наш взгляд, случайностью. В связи с неспецифичностью клинических проявлений и на фоне возрастающей заболеваемости туберкулезом [4] ИТС, вероятно, является не редко встречающимся, а редко диагностируемым состоянием. Данный диагноз оказался одним из наиболее трудных, т.к. в литературе мы не встретили описания артроскопической картины туберкулезного синовита.

О возможности развития РА в структуре паранеопластического синдрома хорошо известно [5]. Однако описания артроскопической синовиальной картины такого ПНС мы не встретили. Не исключено, что она действительно идентична РА.

В результате исследования было показано, что артроскопически определяемые СИ практически не зависят от течения заболевания – типичного или атипичного. Наиболее трудной была верификация диагноза в группе пациентов с ПИ, т.к. в настоящее время артроскопическая сино-

виальная картина ПИ подробно не описана и патогномичных гистологических признаков морфологами не выделено [28,29]. В результате анализа мы пришли к выводу, что данная группа представлена отдельной нозологической формой (или несколькими сходными нозологическими формами) неревматоидного и "недегенеративного" происхождения. Не исключено, что речь идет о серонегативных спондилоартритах. В этом случае вероятнее было бы ожидать какого-либо сходства с синовиальной картиной при ПсА, что у многих пациентов проявлялось особым характером гиперемии.

Дифференцированный подход к оценке артроскопически выявляемых изменений, использованный нами в данном исследовании, является наиболее оправданным для решения именно диагностических задач. Артроскопическое исследование должно начинаться с определения типа СИ с выделением А)- признаков опухолевого роста, Б)- наличия кристаллических отложений и В)- остальных видов гиперплазии – ревматоидной и неревматоидной. Суждение о диагнозе по данным артроскопии должно базироваться исключительно на характере синовиальных, а не хондральных изменений. В исследовании было показано, что хондральные изменения как первичного, так и вторичного характера нередко сопутствуют "основному" заболеванию. Такие изменения способствуют хронизации синовита, но не всегда являются его первопричиной. При этом мы не согласны с мнением о неспецифичности СИ при ОА [20,23,25]. В нашем исследовании была уточнена артроскопическая синовиальная картина при ОА. Показано, что СИ при ОА наиболее разнообразны, что, на наш взгляд, может указывать на неоднородность ОА как нозологической формы.

Артроскопия позволяет получить высокоинформативные синовиальные биоптаты. Однако при ряде заболеваний ценность гистологического исследования в установлении генеза синовита относительна и позволяет лишь предполагать наиболее вероятную причину. Это обусловлено либо отсутствием патогномичных гистологических признаков (как при ОА, ПИ и ПсА) [7,21], либо крайне редким обнаружением их в биоптате (как при РА). В то же время артроскопическая картина при большинстве этих заболеваний весьма характерна. Гистологическое исследование с целью установления диагноза является, с нашей точки зрения, обязательным только в случаях неоднозначных данных артроскопии, например, при заболеваниях с недостаточно изученной синовиальной картиной. В остальных случаях (при опухолевых поражениях СО, микрокристаллических артропатиях и др.) и артроскопическое и микроскопическое исследование позволяют выявить абсолютные патогномичные признаки. Иными словами, при обнаружении характерных артроскопических признаков заболевания гистологическое исследование с целью подтверждения диагноза является дополнительным, но не обязательным.

Таким образом, в результате артроскопического исследования генез ХМС коленного сустава был выяснен в 96,4% случаев.

Вывод

Артроскопическое исследование является высокоинформативным методом, который должен входить в план обязательного обследования пациентов с ХМС коленного сустава неясного генеза.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Абасов Э.Ш. Роль артроскопии в диагностике хронических моноартритов коленного сустава. Тер. архив, 1985, 8, 103-107.
2. Абасов Э.Ш., Павлов В.П., Веникова М.С. Синовиальный хондроматоз: диагностика и лечение, Ревматол. 1985, 2, 30-33.
3. Агабабова Э.Р. К диагностике моноартритов коленных суставов. Тер. архив, 1979, 7, 99.
4. Васильев А.В. Внелегочный туберкулез. С-Пб, 2000, 21.
5. Дедкова Е.М., Рабен А.С. Паранеопластические заболевания. М., «Медицина», 1977, 68.
6. Доэрты М. и Дж. Клиническая диагностика болезней суставов. Минск, 1993.
7. Копьева Т.Н. Патология ревматоидного артрита. М., «Медицина», 1980, 73.
8. Корнев П.Г. Хирургия костно-суставного туберкулеза. Л., «Медицина», 1971, 238.
9. Лучихина Л.В. Метод артроскопии в диагностике и лечении микрокристаллических синовитов. Тер. архив, 1982, 10, 80-83.

10. Лучихина Л.В. Сравнительная эффективность артроскопической диагностики ревматоидного артрита. Тер. архив, 1983, 7, 60-63.
11. Лялина В.В., Лазко Ф.Л., Сторожаков Г.И. Артроскопия при микрокристаллических артропатиях. Матер. Всеросс. Конф. перспективных молодых ученых по актуальным проблемам травматологии и ортопедии. М., 2000, 58.
12. Лялина В.В., Лазко Ф.Л., Сторожаков Г.И. Артроскопия при микрокристаллических артропатиях с поражением коленного сустава. Матер. зимнего Всеросс. симпозиума "Коленный и плечевой суставы-XXI век". М., 2000, 120.
13. Лялина В.В., Лазко Ф.Л. Случай изолированного туберкулезного синовита (клинико-артроскопическое наблюдение). Вестник РУДН, сер. "Медицина", 2001, 53.
14. Насонова В.А., Бунчук Н.В. Руководство по ревматологии. М., «Медицина», 1997, 284.
15. Олюнин Ю.А. Артроскопия в ревматологии. Тер. архив, 1997, 7, 79-82.
16. Рашупкина З.П., Шехтер А.Б., Крель А.А. Общая и местная активность ревматоидного артрита в сопоставлении с морфологическими проявлениями синовита по данным пункционных биопсий. Тер. архив, 1978, 9, 48.
17. Хокинс Р.А. Врачебная тактика при моноуставном поражении. Из книги "Секреты ревматологии" под редакцией Вест С.Дж. М., С-Пб, Бинном, Невский диалект, 1999, 120-121.
18. Череш Г.Н., Веникова М.С. Артроскопия и прицельная биопсия коленного сустава в диагностике и дифференциальной диагностике ревматоидного артрита. Ревматол., 1986, 4, 30.
19. Ayral X., Mayoux-Behamou A., Dougados M. Proposed scoring system for assessing synovial membrane abnormalities at arthroscopy in knee osteoarthritis. Brit. J. Rheumatol., 1996, 35(suppl.3), 14-17.
20. Dorfmann H. Pathologie de la synoviale. In: Chassaing V., Parier J., eds. Arthroscopie diagnostique et operatoire du genou. Paris, Masson, 1986, 89-98.
21. El-Gabalawy H. The challenge of early synovitis: multiply pathways to a common clinical syndrome. Arthr. Research, 1999, 1, 31-36.
22. Holzmüller W., Bohndorf K., Müller J.M., et al. Die pigmentierte villo-nodulare Synovialitis. Chirurgie, 1986, 57 (8), 514-516.
23. Ike R.W. Diagnostic Arthroscopy. Bailliere's Clinical Rheumatology, 1996, 10, 495-517.
24. Johnson L.L. Diagnostic and Surgical Arthroscopy: The Knee and Other Joints. St. Louis, 1981, 58.
25. Lindblad S.T., Wredmark T. Traumatic synovitis analyzed by arthroscopy and immunohistopathology. Brit. J. Rheumatol., 1990, 29, 422-425.
26. Pagnamenta M., Kieser Ch. Die Resultate der Arthroskopischen Untersuchung unklarer Kniegelenkergüsse. Schweiz. Med. Wschr., 1982, 112/40, 1369-1375.
27. Pagnamenta M., Kieser Ch. Physically caused synovitis in the knee (in Hempfling's "Microarthroendoscopy: Synovial Diagnostics", Tuttlingen, 1993, 15).
28. Smeets T.J.M., Dolhain R.J.E.M., Breedveld F.C., Tak P.P. Analysis of the cellular infiltrates and expression of cytokines in synovial tissue from patients with rheumatoid arthritis and reactive arthritis. Arthr. Research, 1998, 186, 75-81.
29. Tak P.P., Smeets T.J.M., Boyle D.L. P53 overexpression in synovial tissue from patients early and longstanding rheumatoid arthritis compared with patients with reactive arthritis and osteoarthritis. Arthr. Rheum., 1999, 42, 948-953.
30. Watanabe M., Takeda S., Ikeuchi H. Atlas of arthroscopy. Tokyo: Igaku-Shoin Ed, 1978, 156.
31. Wollenhaupt J., Zeidler H. Undifferentiated arthritis and reactive arthritis. Curr. Opin. Rheumatol., 1998, 10, 306-313.

Поступила: 20.12.02

Abstract

Diagnostical value of arthroscopy of significance knee chronic monosynovitis

V.V. Lyalina

Objective. To estimate arthroscopy diagnostic significance in knee chronic monosynovitis (CMS) of unknown origin.

Methods. 83 pts (41 female and 42 male) aged 20 to 72 years with CMS were examined. Duration of the diseases varied from 2 months to 12 years. Origin of synovitis was unknown. Diseased knee joint arthroscopy was performed with synovial biopsy and microscopic examination of synovial tissue samples.

Results. Early or atypical forms of at least 12 diseases were identified as reasons for CMS. Most often CMS reasons were rheumatoid arthritis, osteoarthritis, microcrystalline arthropathy. Presumable and final diagnosis coincidence was noted in 18,3%. Some CMS causes were not considered before the examination. Arthroscopy allowed to identify Knee joint CMS origin in 96,5%.

Conclusion. Arthroscopy is a valuable diagnostic method and should be included in plan of obligatory examination of pts with knee joint CMS of unknown origin.

Key words: arthroscopic diagnostics, monosynovitis, knee joint.