

АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ВНУТРИСУСТАВНОГО ВВЕДЕНИЯ ДИПРОСПАНА У ДВУХ ПАЦИЕНТОВ, ПРИНИМАЮЩИХ ВАРФАРИН

Михневич Э.А.¹, Головки Т.Г.², Кручина Н.А.²

УО «Белорусский государственный медицинский университет,

1-ая кафедра внутренних болезней»¹,

УЗ «11-ая городская клиническая больница»², Минск

Введение. В последнее время участились случаи нерационального при-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

менения внутрисуставного (в/с) применения глюкокортикостероидов (ГКС), что может приводить к серьёзным последствиям.

Цель. Представлены и проанализированы случаи 2-х пациентов, которым были проведены в/с инфльтрации дипроспана коленного сустава на амбулаторном этапе.

Результаты. Пациенты находились на госпитализации в ревматологическом отделении 11-ой городской клинической больницы г. Минска.

Случай № 1. Пациентка М., 63 лет, 5.12.2019 года поступила в отделение ревматологии с признаками активного артрита левого коленного сустава. Из анамнеза известно, что в конце августа 2019 года появилась боль и припухлость в коленном суставе. Пациентка обратилась в поликлинику, где назначались НПВС без эффекта. Хирург поликлиники 5.10.2019 ввёл в/с бетаспан, от чего эффекта также не отмечалось. Из коморбидности у пациентки сахарный диабет (СД), тип 2, принимает метформин. Кроме этого, пациентка принимает варфарин 2,5 мг 1,5 таблетки в день по поводу рецидивирующей фибрилляции предсердий (ФП), перенесла в 2016 году ОНМК. При осмотре: боль по ВАШ 7 баллов, дистанция ягодица-пятка справа 5 см, слева 32 см. При обследовании: СОЭ-40 мм/ч, СРБ-1,5 мг/л, глюкоза-6,2 ммоль/л, мочевиная кислота-205 мкмоль/л, коагулограмма: фибриноген -5,6, МНО-2,5. Рентгенография левого коленного сустава: остеоартроз 2 степени. УЗИ левого коленного сустава: умеренно выраженный синовит. Анализ синовиальной жидкости: тёмно-кирпичного цвета, вязкая, цитоз-50 клеток/1мкл, лейкоциты-2-3, эритроциты-20-25 в поле зрения. Консультирована травматологом-ортопедом: гемартроз.

Случай 2. Пациент Н., 73 года, поступил в отделение ревматологии с жалобами на боли и припухлость в правом коленном суставе. Вначале боль, а затем медленно присоединилась припухлость в феврале 2019 года. Амбулаторно хирургом было выполнено в/с введение дипроспана в июне, после чего отмечалось временное улучшение. В последующем проведено ещё 2 такие манипуляции в августе и в декабре 2019 года, но без улучшения. В декабре в синовиальной жидкости определено 82% нейтрофилов, и 18% лимфоцитов. В связи с прогрессирующим ухудшением госпитализирован. При осмотре: сгибательная контрактура в правом коленном суставе 15°, сустав припухший, гипертермия кожи, лёгкий цианоз кожи над суставом, боль при пальпации, дистанция ягодица-пятка слева 10 см, справа 35 см, ВАШ 6 баллов, грубый хруст при движениях. Из коморбидности: перманентная форма фибрилляции предсердий, принимает варфарин. Из обследования: СОЭ-8 мм/ч, СРБ-2,6. Рентгенография левого коленного сустава: гонартроз 3 стадия. КТ сустава: артроз 2-3 ст., синовит, оссифицирующие тендиноз 4-хглавой мышцы и лигаментоз надколенной связки. Анализ синовиальной жидкости: тёмного цвета, густая, с хлопьями, цитоз 11700 в 1 мкл, 68%-нейтрофилы, 32% - лимфоциты.

Обсуждение. В первом случае у женщины 64 лет, перенесшей ОНМК, относительными противопоказаниями к выполнению инфльтрации в/с бетаспана был СД и применение варфарина. СД повышает риск инфекции сустава, а при-

Современный многопрофильный стационар - мультидисциплинарный подход к пациенту : материалы науч.-практ. конф., посвящ. 35-летию УЗ «10-я городская клиническая больница», Минск, 22 мая 2020 г.

ём варфарина чреват высоким риском развития в/с кровотечения вследствие инфильтрации. В данной ситуации риск превышал возможную пользу от инфильтрации стероида. Если отважиться на неё, то предварительно отменяют варфарин за 24 часа до процедуры, а после неё предполагается покой. Несоблюдение всех этих подходов к процедуре и привело к развитию гемартроза.

Во втором случае пациенту 73 года, а исследования показывают, что подавляющее большинство пациентов с бактериальным артритом вследствие в/с манипуляций имели возраст от 70 лет и выше. Не было обращено внимания и на наличие ФП и приём в этой связи варфарина. Третий момент заключается в том, что после 2-го введения дипроспана эффекта уже не наблюдалось, а хирург выполнил третье введение. При оценке КТ сустава, где выявлены кальцифицирующие тендинозы и лигаментозы вокруг сустава, можно говорить о некорректном техническом выполнении манипуляции. Инфильтрация должно выполняться легко, свободно, иначе возникает рефлюкс вводимого препарата в окружающие ткани и как следствие кальцификация связок и сухожилий, как правило, гидроксипатитная. С другой стороны, длительно действующие стероиды такие, как дипроспан, сами по себе могут вызывать стероидные артриты. Тем более что анализ синовиальной жидкости после 3-ей инфильтрации показывает наличие умеренно выраженного воспаления, не характерного для синовита при артрозе. Следующий момент, о котором следует помнить, что введение бетаметазана, даже если и оказывает временно эффект обезболивания, ускоряет артрозные процессы. А диагноз не был до конца ясен ни в первом, ни во втором случае до проведения манипуляции.

Выводы. Вследствие отсутствия прогностической оценки «риск:польза» такой манипуляции как внутрисуставное введение дипроспана, для данного конкретного пациента, проведение её может оказаться для пациента крайне рискованным. Перед её проведением следует тщательно оценить показания, противопоказания и оценить возможную эффективность и взвесить риски.