

Приложение 8  
к приказу № 180  
от «23» июня 2025 года  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-  
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ТРАВМАТОЛОГИИ И  
ОРТОПЕДИИ**

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «ВОЗВРАТНЫЙ СИНОВИТ»**

**Ташкент – 2025**

**«СОГЛАСОВАНО»**  
Директор Республиканского  
специализированного научно-  
практического медицинского центра  
травматологии и ортопедии  
М.Ирисметов



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ  
ПО НОЗОЛОГИИ «СИНОВИТ»**

Ташкент - 2025

## Оглавление:

1.	Национальный клинический протокол по нозологии «ВОЗВРАТНЫЙ СИНОВИТ»	7-стр
	Вводная часть	10-стр
	Введение	11-стр
	Определение	11-стр
	Классификация	12-стр
	Диагностические критерии	12-стр
	Лабораторные исследования	13-стр
	Инструментальные исследования	13-стр
	Дополнительные инструментальные исследования	13-стр
	Диагностический алгоритм	14-стр
	Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований	14-стр
	Немедикаментозное лечение	15-стр
	Медикаментозное лечение	17-стр
	Хирургическое вмешательство	18-стр
	Техника операций	19-стр
	Дальнейшее ведение	20-стр
	Реабилитация	22-стр
	Индикаторы эффективности лечения	22-стр
	Показания для плановой госпитализации	22-стр
	Показания для экстренной госпитализации	23-стр
Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента		
2.	Национальный клинический протокол медицинских вмешательств по нозологии «Рецидивирующий синовит крупных суставов»	25-стр
	Введение	26-стр
	Определение	26-стр
	Классификация	26-стр
	Цель проведения процедуры или вмешательства	28-стр
	Противопоказания к процедуре или вмешательству	28-стр
	Показания к операции	28-стр
	Требования к проведению процедуры или вмешательства	29-стр
	Хирургическое вмешательство	29-стр
	Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к операции	29-стр
	Виды операций	29-стр
	Методика проведения операций	30-стр
	Послеоперационное ведение	30-стр
	Индикаторы эффективности лечения	30-стр

<b>3.</b>	<p>Национальный клинический протокол профилактики и реабилитации по нозологии « Рецидивирующий синовит крупных суставов »</p> <p>Введение</p> <p>Определение – профилактики или реабилитации</p> <p>Виды профилактики или реабилитации</p> <p>Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики</p> <p>Цель реабилитации</p> <p>Список литературы</p>	<p><b>31-стр</b></p> <p><b>32-стр</b></p> <p><b>32-стр</b></p> <p><b>32-стр</b></p> <p><b>34-стр</b></p> <p><b>36-стр</b></p>

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО НОЗОЛОГИИ  
«ВОЗВРАТНЫЙ СИНОВИТ»**

**Ташкент – 2025**

## 1. Вводная часть.

Настоящий клинический протокол включает в себя рекомендации по диагностике, лечению и профилактике пациентов с рецидивирующим синовитом крупных суставов. Основу при разработке данного протокола составили клинические рекомендации и публикации в русскоязычных изданиях, информация из базы данных PubMed (MEDLINE).

### Код(ы) по МКБ-10:

МКБ-10	
<b>Коды:</b>	Название: Синовиты и теносиновиты
<b>M65.9/FB40.Z</b>	Синовит и теносиновит неуточненный
<b>Скачать (ссылка с МКБ)</b>	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=12398">https://mkb-10.com/index.php?pid=12398</a>

**Дата разработки и пересмотра протокола:** Данный протокол был разработан в 2025 году, пересмотр протокола - 2028 год;

**Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:**

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр травматологии и ортопедии

### Список членов мультидисциплинарной рабочей группы:

Ф.И.О.	Место работы, звание и должность
<b>1. Каримов М.Ю.</b>	Заведующий кафедрой ТМА, д.м.н., проф.
<b>2. Худойбердиев К.Т.</b>	Заведующий кафедрой АндГМИ, д.м.н., проф.
<b>3. Ходжанов И.Ю.</b>	Заведующий отделением РСНПМЦТиО, д.м.н., проф.
<b>4. Каримов Х.М.</b>	Доцент кафедры ЦРМНМР, к.м.н.
<b>5. Валиев Э.Ю.</b>	Заведующий отделением РНЦНСМП, д.м.н., проф.

### Список авторов:

Ф.И.О.	место работы, звание и должность
<b>6. Ражабов К.Н.</b>	– PhD, руководитель отделения артроскопии РСНПМЦ ТО
<b>2. Кадыров С.С.</b>	– PhD, врач отделения артроскопии РСНПМЦ ТО
<b>3. Усмонов Ф.М.</b>	– PhD., врач отделения артроскопии РСНПМЦ ТО
<b>4. Ни Г.В.</b>	врач отделения артроскопии РСНПМЦ ТО

### Рецензенты:

Ф.И.О.	место работы, звание и должность
--------	----------------------------------

<b>1. Хамраев А.Ш.</b>	– д.м.н., заведующий отделением многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии
<b>3. Раймагамбетов Э.К.</b>	к.м.н., научный сотрудник Каз НИИТО им Н.Дж.Батпенова

Клинический протокол был обсужден на Учёном совете РСНПМЦ ТО. Протокол заседания №1 от 16.01.2025 года.

#### **Техническая экспертная оценка и редактирование:**

1. М.М.Салиев – заместитель директора РСНПМЦ ТО по научной работе
2. А.Р.Хошимов – ассистент кафедры травматологии и ортопедии ЦППКМР

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

#### **Сокращения, используемые в протоколе:**

<b>АБ</b>	– антибиотик
<b>МРТ</b>	– магнитно-резонансная томография
<b>АБТ</b>	– антибактериальная терапия
<b>Гр(+)</b>	– грамположительные микроорганизмы
<b>Гр(-)</b>	– грамотрицательные микроорганизмы
<b>СРБ</b>	– С-реактивный белок
<b>КС</b>	- коленный сустав
<b>ТБС</b>	– тазобедренный сустав;
<b>УЗИ</b>	– ультразвуковое исследование
<b>MR</b>	– метициллинорезистентный
<b>MRSA</b>	– метициллинорезистентный <i>S. aureus</i>
<b>MRSE</b>	– метициллинорезистентный <i>S. epidermidis</i>
<b>MS</b>	– метициллиночувствительный
<b>MSSA</b>	– метициллиночувствительный <i>S. aureus</i>
<b>MSSE</b>	– метициллиночувствительный <i>S. epidermidis</i>
<b>ОА</b>	- остеоартроз
<b>VRE</b>	– ванкомицин-резистентный энтерококк
<b>PRP</b>	- плазмалифтинг

### Пользователи протокола по данной нозологии:

Ортопеды, ревматологи, врачи общей практики, физиотерапевты, реабилитологи, студенты медицинских вузов, ординаторы, магистры.

### Категория пациентов в данной нозологии:

Больные с синовитами крупных суставов

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

### Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)



<b>В</b>	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
<b>С</b>	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

## 2. Основная часть.

### 2.1. Введение:

Синовит, или воспаление синовиальной оболочки (СО), является значимым, а нередко доминирующим и определяющим клиническую картину (боль, припухлость, ограничение движений) синдромом, который зачастую недооценивается при заболеваниях суставов. Синовиальное воспаление с вовлечением одного или нескольких суставов – характерная особенность, а часто единственное клиническое проявление ряда заболеваний. Синовиальное воспаление с вовлечением одного или нескольких суставов – характерная особенность, а часто единственное клиническое проявление ряда заболеваний. У здоровых лиц синовит встречается в 5–27% случаев. Исход раннего синовита может варьироваться от быстрого и полного разрешения до формирования хронического воспалительного процесса с последующим необратимым повреждением суставов. Необходимо учитывать, что у некоторых пациентов с клинической ремиссией основного заболевания или у еще не достигших клинической манифестации болезни могут выявляться признаки синовита.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/1132/1091>

### 2.2. Определение:

Синовит или воспаление СО

I. Должен соответствовать следующим критериям:

- воспаление внутренней оболочки, в результате которого в суставе накапливается жидкость;
- чаще развивается вследствие травмы;
- возможно как острое, так и хроническое течение с периодическими обострениями;
- Синовит коленного сустава не является самостоятельным заболеванием, он лишь становится следствием других общих или местных патологических процессов.

II. Кроме того, пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:

- отёк и припухлость сустава;
- боль в суставе;
- ограничение движений;
- повышение показателей скорости оседания эритроцитов;

III. при непосредственном осмотре, болезненность в поражённом суставе, после проведения пункции воспалённого сустава обнаруживается синовиальная

жидкость.(прозрачная или мутная). При обнаружении признаков воспаления проводится бактериальный посев.

### 2.3. Классификация:

Различают инфекционный и неинфекционный синовит:

1. **Инфекционный синовит** развивается, когда в полость синовиальной оболочки с лимфо- или кровотоком проникает патогенный микроорганизм из очага инфекции в организме. Такая патология может возникнуть на фоне гнойно-воспалительных процессов, например, при туберкулезе, сифилисе, тонзиллите, а также при проникающей в полость синовиальной оболочки травме сустава. Данный вид синовита необходимо лечить в стационарных условиях клиник специализирующихся на основной патологии причиной которой является синовит.
2. **Неинфекционный синовит делится на подвиды:**
  - Травматический. Его причины — это однократные или регулярные травмы сустава и связок.
  - Аллергический. Бывает реже, чем травматический. Может появиться после инфекционных болезней (тонзиллита, бронхита и др.), либо из-за постоянного воздействия аллергенов.
  - Синовит, возникающий на фоне метаболических нарушений, например, у лиц с сахарным диабетом.
  - Нейрогенный. Его причины — это сильные стрессы. Также он может быть осложнением неврологических болезней (невритов, ущемления нервов при опухолях, сколиозе).

### 3. Методы, подходы и процедуры диагностики:

#### 3.1. Диагностические критерии:

Диагноз ставится на основании жалоб, внешнего осмотра, лабораторных и инструментальных методов обследования, описанных в руководствах по ортопедии

#### **Жалобы:**

Основные жалобы пациентов: боль и припухлость, покраснение кожных покровов, деформация сустава, болезненность при пальпации.

#### **Анамнез:**

Перенесенные травмы в области сустава, остеоартроз, занятия спортом, тяжелый физический труд, переохлаждение

#### **Физикальное обследование:**

При внешнем осмотре определяется припухлость сустава или отёк, деформация сустава по отношению к здоровому если поражена только одна сторона, покраснение или гиперемия кожных покровов, болезненность при пальпации. Нередко определяется флюктуация, напряжённость кожных покровов над уровнем сустава.

### **Лабораторные исследования:**

#### **Основные лабораторные исследования:**

- общий анализ крови;
- ревмофакторы в крови.
- общий анализ мочи.
- бактериологическое исследование синовиальной жидкости на инфекцию с целью подтверждения или исключения инфекционного процесса.

[https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8320565/pdf/10.1177\\_03000605211029557.pdf](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8320565/pdf/10.1177_03000605211029557.pdf)

#### **Дополнительные лабораторные исследования:**

По назначению узких специалистов.

#### **Инструментальные исследования:**

##### **Основные инструментальные исследования:**

- рентгенография сустава
- МРТ

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493856/>

##### **Дополнительные инструментальные исследования:**

- МСКТ
- УЗИ сустава.

#### **Показания для консультации специалистов:**

Ревматолог – при наличии ревматологических симптомов;

Невропатолог – при наличии неврогенных симптомов;

Терапевт – при наличии хронических соматических заболеваний.

Фармаколог – для коррекции антибактериальной терапии

### **3.2. Диагностический алгоритм:**





### 3.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Ревматоидный артрит	Суставной синдром	Ревмофакторы, рентгенограмма кистей, МРТ кистей, коленных суставов, УЗИ суставов. Осмотр Ревматолога	Для ревматоидного артрита характерно преимущественное поражение мелких суставов кистей и стоп, причем патогномичным является артрит пястнофаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей, утренняя скованность более 1-го часа
Подагра	Суставной синдром	ОАК, креатинин, уровень мочевой кислоты, ОАМ, рентгенограмма стоп (симптом «Пробойника»)	Острые, приступообразные суставные эпизоды, проявляющиеся высокой местной активностью, локализация процесса в плюснефаланговом суставе I пальца стопы, четкие рентгенологические изменения.

Реактивный артрит	Суставной синдром	ОАК, ОАМ, ИФА на хламидии, реакция Манту, исследование синовиальной жидкости, рентгенограмма суставов.	Острое начало, быстрое развитие и течение, резкая боль и выраженные экссудативные явления в суставах, лихорадка, сдвиг формулы крови, эффект этиотропной терапии.
-------------------	-------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### **4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:**

##### **4.1. Тактика лечения на амбулаторном уровне:**

На амбулаторном уровне возможно лечение синовита в начальной стадии заболевания или на этапе долечивания после стационарного лечения.

##### **4.2. Немедикаментозное лечение:**

При лечении синовита проводится иммобилизация конечности с целью обездвиживания сустава. Процесс воспаления синовиальной оболочки требует снижения нагрузки и полного обездвиживания сустава сроком на 3-4 недели.

##### **4.3. Медикаментозное лечение:**

Основы консервативного лечения должны быть направлены на уменьшение отёчности сустава, купирование болевого синдрома с применением в зависимости от его выраженности – НПВС и анальгетики, при их неэффективности – опиоидные анальгетики. При синовите рекомендуется применение стероидов внутрисуставно, дозы и кратность применения стероидов подбирается индивидуально в зависимости от течения и степени поражения сустава. При отсутствии эффекта от внутрисуставного введения медикаментов пациентам рекомендуется стационарное лечение.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8756328212000683?via%3Dihub#bb0305>

После проведения медикаментозного лечения необходимо проводить симптоматическую терапию, включающую адекватное обезболивание, системную антибактериальную терапию, инфузионную терапию для коррекции ОЦК и электролитных нарушений; Антибиотикотерапию всегда необходима, но ее следует отложить до получения культуры крови и синовиальной жидкости. Редкое исключение составляют ситуации прогрессирования процесса в обратном направлении.

Классические нецелевые стратегии лечения ОА, такие как использование НПВП, а также местное и системное введение стероидов, могут модулировать синовиальное воспаление при ОА и существенно влиять на боль и скованность как во время острых обострений, так и при хронических жалобах. Хондроитинсульфат действует на хондроциты и снижает воспалительную активность синовита. Кроме того,

рандомизированные исследования показали, что хондроитинсульфат оказывает положительное влияние на пациентов с умеренной болью и признаками синовита и на отек суставов.

[https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(08\)00202-1/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(08)00202-1/fulltext)

Синовиальная оболочка является доступной мишенью для получения положительных результатов лечения и предотвращения изменений в лечении клинических симптомов. Разработанные конкретные цели и новые методы лечения, которые включают антифибротические агенты, биологические молекулы, антипротеазы.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034528808002208?via%3Dihub>

**Таблица 1**

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Антибиотики	антибиотики	согласно инструкций и протоколов применения антибиотиков	1А
НПВС	НПВС	согласно инструкций и протоколов применения	1А

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

**Таблица 2**

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятность применения):

<b>Фармакотерапевтическая группа</b>	<b>МНН лекарственного средства</b>	<b>Способ применения</b>	<b>Уровень доказательности</b>
Стероиды (ГКС)	Стероиды (ГКС)	согласно инструкций и протоколов применения	1А
Противомикробные средства	производное 5-нитромидазола	согласно инструкций и протоколов применения	2В
Хондропротекторы	Хондропротекторы	согласно инструкций и протоколов применения	2В

#### **4.4. Хирургические вмешательства:**

Хирургические вмешательства по нозологии «Синовиты» не предусмотрены.

#### **4.5. Причины для направления в стационар:**

Неэффективность консервативного лечения на амбулаторном уровне.

### ***5. Показания для стационарного лечения :***

#### **5.1. Показания для плановой госпитализации**

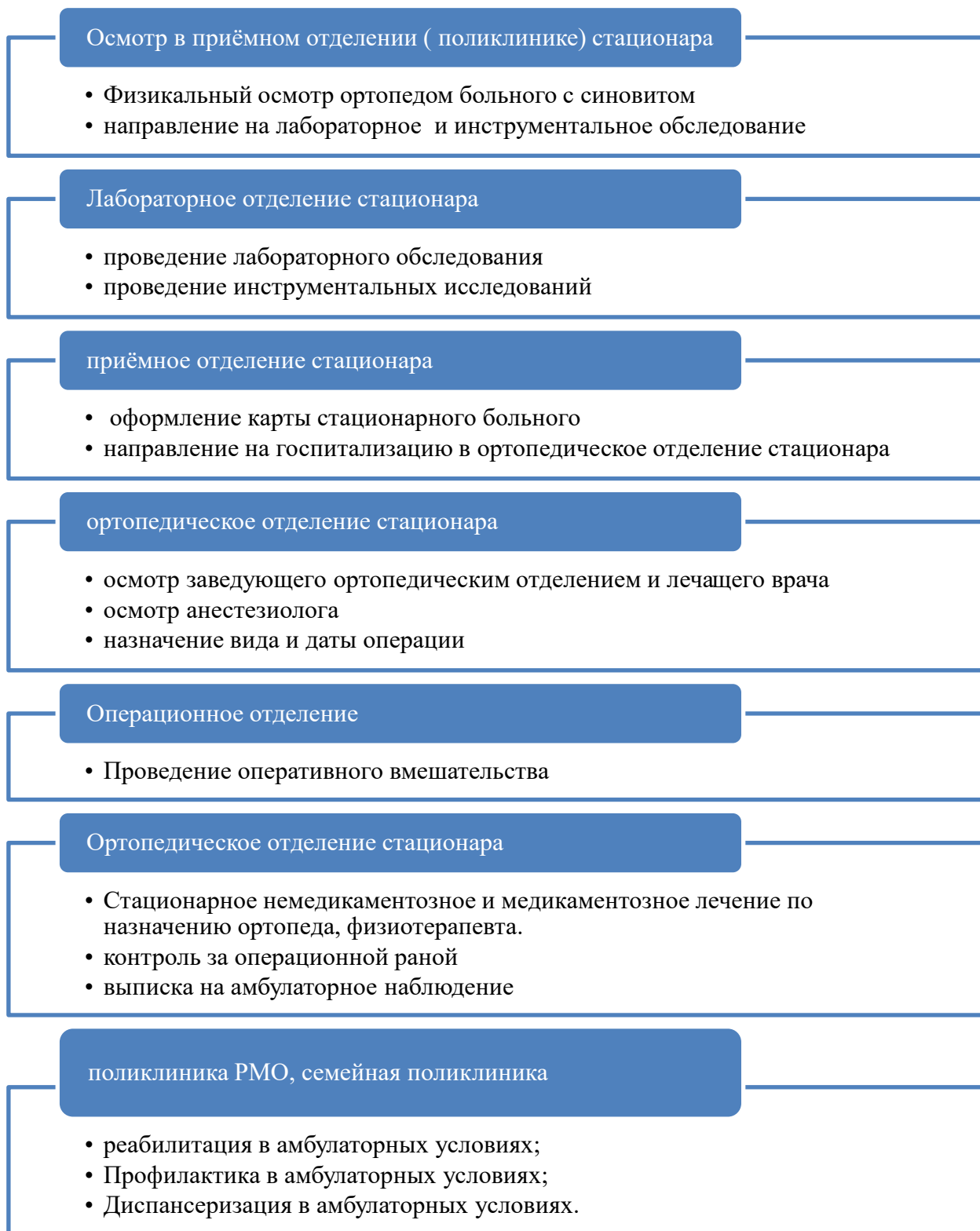
- Неэффективность от проведённой консервативной терапии
- Усиление болевого синдрома на фоне консервативного лечения
- Гиперплазия синовиальной оболочки
- Увеличение отёка коленного сустава
- Наличие визуальных признаков инфекционного процесса ( гиперемия, отек, болевой синдром, локальное повышение температуры ).

#### **5.2. Показания для экстренной госпитализации**

Экстренной госпитализации при данной патологии не предусмотрено.

### ***6. Тактика лечения на стационарном уровне***

## 6.1. Карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента:



## 6.2. Немедикаментозное лечение:

- Иммобилизация



- Физиотерапевтические процедуры, которые включают: магнитолазеротерапию, ультразвук с применением местных мазей, улучшающих трофику.

### 6.3. Медикаментозное лечение:

Основы консервативного лечения должны быть направлены на уменьшение отёчности сустава, купирование болевого синдрома с применением в зависимости от его выраженности – НПВС и анальгетики, при их неэффективности – опиоидные анальгетики. При синовите рекомендуется применение стероидов внутрисуставно, дозы и кратность применения стероидов подбирается индивидуально в зависимости от течения и степени поражения сустава.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S8756328212000683?via%3Dihub#bb0305>

После проведения медикаментозного лечения необходимо проводить симптоматическую терапию, включающую адекватное обезболивание, системную антибактериальную терапию, инфузионную терапию для коррекции ОЦК и электролитных нарушений; Антибиотикотерапию всегда необходима, но ее следует отложить до получения культуры крови и синовиальной жидкости. Редкое исключение составляют ситуации прогрессирования процесса в обратном направлении.

Классические нецелевые стратегии лечения ОА, такие как использование НПВП, а также местное и системное введение стероидов, могут модулировать синовиальное воспаление при ОА и существенно влиять на боль и скованность как во время острых обострений, так и при хронических жалобах. Хондроитинсульфат действует на хондроциты и снижает воспалительную активность синовита. Кроме того, рандомизированные исследования показали, что хондроитинсульфат оказывает положительное влияние на пациентов с умеренной болью и признаками синовита и на отек суставов.

[https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584\(08\)00202-1/fulltext](https://www.oarsijournal.com/article/S1063-4584(08)00202-1/fulltext)

Синовиальная оболочка является доступной мишенью для получения положительных результатов лечения и предотвращения изменений в лечении клинических симптомов. Разработанные конкретные цели и новые методы лечения, которые включают антифибротические агенты, биологические молекулы, антипротеазы.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034528808002208?via%3Dihub>

### Таблица 1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевти	МНН	Способ применения	Уровень
------------------	-----	-------------------	---------

ческая группа	лекарственного средства		доказательности
Антибиотики	антибиотики	согласно инструкций и протоколов применения антибиотиков	1А
НПВС	НПВС	согласно инструкций и протоколов применения	1А

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

**Таблица 2**

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятность применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Стероиды (ГКС)	Стероиды (ГКС)	согласно инструкций и протоколов применения	1А
Противомикробные средства	производное 5-нитромидазола	согласно инструкций и протоколов применения	2В
Хондропротекторы	Хондропротекторы	согласно инструкций и протоколов применения	2В

<https://cyberleninka.ru/article/n/sinovit-pri-osteoartrite-sovremennoe-sostoyanie-problemy/viewer>

#### **6.4. Хирургические вмешательства**

##### **Показания к операции:**

Неэффективность от проведённой консервативной терапии  
Усиление болевого синдрома на фоне консервативного лечения  
Гиперплазия синовиальной оболочки  
Увеличение отёка коленного сустава  
Наличие визуальных признаков инфекционного процесса ( гиперемия, отек, болевой синдром, локальное повышение температуры ).

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-011-1901-3>

##### **Противопоказания к операции:**

- некомпенсированные соматические заболевания

- инфекционные заболевания кожи
- выраженный остеоартроз IV степени

### **Виды операций:**

1. Артроскопическая синовэктомия
2. Открытая синовэктомия (при выраженной гиперплазии синовиальной оболочки)

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00296-011-1901-3>

### **Дооперационное лабораторное обследование:**

- общий анализ крови
- общий анализ мочи
- биохимический анализ крови
- коагулограмма
- гепатит В Экспресс-метод
- гепатит С Экспресс-метод
- время свертывания крови
- уровень витамина D в крови (по показаниям)
- исследование крови на RW.
- кальций, фосфор, щелочная фосфатаза в крови (по показаниям)
- ЭКГ
- УЗИ с доплерографией. (по показаниям)
- Бактериологическое исследования синовиальной жидкости

**Консультация специалистов:** терапевта, анестезиолога, кардиолога, при необходимости - ревматолога.

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/111/1116f1cdb4819ddcb9eb0bfed98a1d5e.pdf>

### **Анестезиологическое обеспечение.**

Больной осматривается врачом-анестезиологом-реаниматологом после проведенного лабораторного и функционального обследования. По показаниям согласовывается проведение дополнительного обследования, консультирования смежными специалистами, выполнение подготовительных лечебных мероприятий.

Рекомендуемым видом наркоза является - спинальная анестезия.

### **Предоперационная подготовка больного.**

Опорожнение кишечника и санация кожи области будущих разрезов проводится по общепринятой в хирургии методике.

За 2 часа до начала операции, для предупреждения инфекционных осложнений со стороны легких и операционных ран, назначается одно из антибактериальных средств широкого спектра в пределах возрастных доз.

## **Техника операций**

### **1. Артроскопическая синовэктомия**

Пациент в положении на спине, под спинномозговой анестезией. После трехкратной обработки кожи нижней конечности раствором йода и спирта, на верхнюю треть белра наложен турникет. Антеромедиальным доступом производится доступ артроскопом и сустав наполняется 0,9% физиологическим раствором. При осмотре внутри сустава обнаруживается гипертрофия, гиперемия с образованием панусов на протяжении всей внутренней поверхности синовиальной оболочки. Так же обнаруживается гипертрофия тел Гоффа. После проведения полной ревизии всего коленного сустава с помощью специального артроскопического инструментария производится шейвирование всех участков воспалённых тканей. В области воспалённых образованных панусов после шейвирования производится абляция и коагуляция с целью уменьшения образования гемартроза в послеоперационном периоде. После вышеизложенных манипуляций производится лаваж сустава. После всех процедур производится контрольная ревизия сустава после чего артроскоп удаляется из сустава. Обработка операционных ран асептиками. Наложение узлового шва и асептической повязки на операционное поле. Удаление турникета и иммобилизация оперированной конечности туторной повязкой.

### **2. Открытая синовэктомия**

Пациент в положении на спине, под спинномозговой анестезией. После трехкратной обработки кожи нижней конечности раствором йода и спирта, на верхнюю треть белра наложен турникет. Передним доступом производится разрез длиной 12см. При осмотре внутри сустава обнаруживается гипертрофия, гиперемия с образованием панусов на протяжении всей внутренней поверхности синовиальной оболочки. Так же обнаруживается гипертрофия тел Гоффа. После проведения полной ревизии всего коленного сустава с помощью инструментария производится иссечение всех участков воспалённых тканей с помощью электроножа. В области воспалённых образованных панусов после иссечения с целью уменьшения образования гемартроза в послеоперационном периоде. После вышеизложенных манипуляций производится лаваж сустава . После всех процедур производится контрольная ревизия сустава. Обработка операционной раны асептиками. Наложение узлового шва и установка дренажной трубки, асептическая повязка на операционное поле и вокруг дренажной трубки. Удаление турникета и иммобилизация оперированной конечности туторной повязкой.

#### **6.5. Дальнейшее ведение:**

##### **Послеоперационное ведение**

После завершения операции больной остаётся в интенсивной палате до пробуждения. Затем проводятся необходимые мероприятия интенсивной терапии для стабилизации показателей крови, сердечно-сосудистой, дыхательной и обменной систем. При благоприятном течении и отсутствии каких-либо осложнений период интенсивной терапии составляет 12-24 часа. Первые сутки после операции больной находится в положении лежа на спине. На 2-3 е сутки после операции выполняется вертикализация больного с целью профилактики возможных гиподинамических осложнений.

Контроль операционной раны, смену пластырей, осуществляют на 2- е сутки.

Лечебная физическая культура и дыхательная гимнастика производится с 2-3-го дня после операции. Задачами раннего послеоперационного периода являются профилактика послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, предупреждение пролежней. Для решения этих задач с первого дня послеоперационного периода выполняются упражнения для грудного и диафрагмального дыхания, для мелких суставов конечностей. Особое внимание уделяют укладке и фиксации валиками оперированной конечности, их располагают под коленный сустав и с наружной стороны ноги для исключения наружной ротации бедра.

Обучают больного изометрической гимнастике — напряжению ягодичных мышц, мышц бедра и голени оперированной ноги длительностью 3-5 сек, не производя активных движений в суставах. Это упражнение рекомендуется выполнять сначала на здоровой, а с 2 — 3 дня — на оперированной ноге. Как только в операционной ране стихнет боль, начинают пассивные, а затем — активные движения в коленном и тазобедренном суставах оперированной конечности.

При обучении ходьбе с применением костылей (редко иной дополнительной опоры), нужно научить больного сохранять равновесие, стоя на здоровой конечности. Больной должен усвоить «правило треугольника». Здоровая нога ни при каких обстоятельствах не находится на одной линии с костылями, она либо позади либо впереди них. Такое положение обеспечивает три точки опоры, а, следовательно, устойчивое равновесие. Нагрузка на прооперированную конечность должна быть строго дозирована.

### **Послеоперационный лабораторный мониторинг**

Общий анализ крови по показаниям с целью контроля уровня гемоглобина и воспалительных изменений крови до появления положительной динамики (в последующем - по показаниям). Биохимическое исследование крови (по показаниям). Опиаты, анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства назначаются с учетом выраженности болевого синдрома. Больной выписывается из хирургического стационара с рекомендациями: ходьба при помощи костылей, контроль за движениями, нагрузками на оперированную конечность, ЛФК.

### **Послеоперационное медикаментозное обеспечение**

Для предупреждения инфекционных осложнений со стороны операционной раны назначаются антибиотики широкого спектра действия до 7 дней (доза в зависимости от массы тела и состояния пациента) до определения наличия патологической флоры в интраоперационных биоптатах. Опиаты, антикоагулянты, антиагреганты, анальгетики и нестероидные противовоспалительные средства назначаются с учетом выраженности болевого синдрома. Длительность и дозу антибиотика терапии определяет клиническим показателям.

Больной выписывается из хирургического стационара с рекомендациями: постепенная разработка суставов оперированной нижней конечности и постепенное увеличение нагрузки под наблюдением семейного врача и ортопеда ЦРМП.

### **Послеоперационная реабилитация.**

Для своевременного выявления воспаления в области хирургического вмешательства необходимо проведение регулярных профилактических осмотров в семейных поликлиниках.

Контрольный осмотр больного рекомендуется через 3 месяца после операции.

### **Сопровождение пациента на амбулаторном уровне**

Периодические осмотры 1 раз в неделю с целью контроля процессов заживлению раны после операции осуществляется в клинике или ортопедом по месту проживания. Контроль за объемом и своевременным выполнением рекомендаций проводится со стороны районного ортопеда и врача семейной поликлиники.

## **6.6. Индикаторы эффективности лечения:**

**Хороший результат** – восстановление движений коленного сустава, полное заживление раны.

**Удовлетворительный результат** – восстановление функции сустава, снижение болевого синдрома в области коленного сустава, заживление хирургической раны.

**Неудовлетворительный результат** – наличие рецидива синовита и осложнений.

## **7. Организационные аспекты протокола:**

### **7.1. Информация об отсутствии конфликта интересов:**

конфликта интересов нет;

### **7.2. Данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран):**

1. Хамраев А.Ш. – д.м.н., заведующий отделением многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии

3. Раймагамбетов Э.К. к.м.н., научный сотрудник Каз НИИТО им Н.Дж.Батпенова

### **7.3. Указание условий пересмотра протокола:**

Пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ  
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «СИНОВИТ»**

**Ташкент – 2025**

## 1. Основная часть.

### 1.1. Введение:

#### Виды операций:

1. Артроскопическая синовэктомия
2. Открытая синовэктомия (при выраженной гиперплазии синовиальной оболочки)

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/1132/1091>

### 1.2. Определение:

Синовит или воспаление СО

I. Должен соответствовать следующим критериям:

- воспаление внутренней оболочки, в результате которого в суставе накапливается жидкость;
- чаще развивается вследствие травмы;
- возможно как острое, так и хроническое течение с периодическими обострениями;
- Синовит коленного сустава не является самостоятельным заболеванием, он лишь становится следствием других общих или местных патологических процессов.

II. Кроме того, пациент имеет, по крайней мере, один из следующих признаков:

- отёк и припухлость сустава;
- боль в суставе;
- ограничение движений;
- повышение показателей скорости оседания эритроцитов;

III. при непосредственном осмотре, болезненность в поражённом суставе, после проведения пункции воспалённого сустава обнаруживается синовиальная жидкость.(прозрачная или мутная). При обнаружении признаков воспаления проводится бактериальный посев.

### 1.3. Классификация:

Различают инфекционный и неинфекционный синовит:

1. **Инфекционный синовит** развивается, когда в полость синовиальной оболочки с лимфо- или кровотоком проникает патогенный микроорганизм из очага инфекции в организме. Такая патология может возникнуть на фоне гнойно-воспалительных процессов, например, при туберкулезе, сифилисе, тонзиллите, а также при проникающей в полость синовиальной оболочки травме сустава. Данный вид синовита необходимо лечить в стационарных условиях клиник специализирующихся на основной патологии причиной которой является синовит.

#### 2. Неинфекционный синовит делится на подвиды:

- Травматический. Его причины — это однократные или регулярные травмы сустава и связок.
- Аллергический. Бывает реже, чем травматический. Может появиться после инфекционных болезней (тонзиллита, бронхита и др.), либо из-за постоянного воздействия аллергенов.



- Синовит, возникающий на фоне метаболических нарушений, например, у лиц с сахарным диабетом.
- Нейрогенный. Его причины — это сильные стрессы. Также он может быть осложнением неврологических болезней (невритов, ущемления нервов при опухолях, сколиозе).

## **2. Методы, подходы и процедуры диагностики:**

### **2.1 Цель проведения операции:**

– предупреждение ухудшения процесса и уменьшение болевого синдрома путем проведения оперативных вмешательств на суставе.

### **2.2 Противопоказания к процедуре или вмешательству:**

- некомпенсированные соматические заболевания
- инфекционные заболевания кожи
- выраженный остеоартроз IV степени

### **2.3 Показания к операции:**

- Неэффективность от проведенной консервативной терапии
- Усиление болевого синдрома на фоне консервативного лечения
- Гиперплазия синовиальной оболочки
- Увеличение отека коленного сустава
- Наличие визуальных признаков инфекционного процесса ( гиперемия, отек, болевой синдром, локальное повышение температуры ).

### **2.4. Требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:**

Хирург поликлиники и медицинская сестра, имеющие опыт осуществления перевязочных процедур.

### **2.5. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:**

Рентгенография , МРТ и УЗИ сустава. Пункция сустава я бактериологическим исследованием.

**Консультация специалистов:** терапевта, анестезиолога, кардиолога, при необходимости - ревматолога.

### **2.6. Требования к проведению процедуры или вмешательства:**

**Обработка инфицированных ран** проводится в перевязочных кабинетах поликлиник, оснащенных по требованиям СанПиНа.

### **2.7. Требования к подготовке пациента:**

Специальных требований для подготовки пациентов к процедуре не имеются.

### **Предоперационная подготовка больного.**

Опорожнение кишечника и санация кожи области разрезов проводится по общепринятой в хирургии методике.

За 2 часа до начала операции, для предупреждения инфекционных осложнений со стороны легких и операционных ран, назначается одно из антибактериальных средств широкого.

## **Методика проведения операций**

### **Артроскопическая синовэктомия**

Пациент в положении на спине, под спинномозговой анестезией. После трехкратной обработки кожи нижней конечности раствором йода и спирта, на верхнюю треть белра наложен турникет. Антеромедиальным доступом производится доступ артроскопом и сустав наполняется 0,9% физиологическим раствором. При осмотре внутри сустава обнаруживается гипертрофия, гиперемия с образованием панусов на протяжении всей внутренней поверхности синовиальной оболочки. Так же обнаруживается гипертрофия тел Гоффа. После проведения полной ревизии всего коленного сустава с помощью специального артроскопического инструментария производится шейвирование всех участков воспаленных тканей. В области воспаленных образованных панусов после шейвирования производится абляция и коагуляция с целью уменьшения образования гемартроза в послеоперационном периоде. После вышеизложенных манипуляций производится лаваж сустава. После всех процедур производится контрольная ревизия сустава после чего артроскоп удаляется из сустава. Обработка операционных ран асептиками. Наложение узлового шва и асептической повязки на операционное поле. Удаление турникета и иммобилизация оперированной конечности туторной повязкой.

### **Открытая синовэктомия**

Пациент в положении на спине, под спинномозговой анестезией. После трехкратной обработки кожи нижней конечности раствором йода и спирта, на верхнюю треть белра наложен турникет. Передним доступом производится разрез длиной 12см. При осмотре внутри сустава обнаруживается гипертрофия, гиперемия с образованием панусов на протяжении всей внутренней поверхности синовиальной оболочки. Так же обнаруживается гипертрофия тел Гоффа. После проведения полной ревизии всего коленного сустава с помощью инструментария производится иссечение всех участков воспаленных тканей с помощью электроножа. В области воспаленных образованных панусов после иссечения с целью уменьшения образования гемартроза в послеоперационном периоде. После вышеизложенных манипуляций производится лаваж сустава . После всех процедур производится контрольная ревизия сустава. Обработка операционной раны асептиками. Наложение узлового шва и установка дренажной трубки,

асептическая повязка на операционное поле и вокруг дренажной трубки. Удаление турникета и иммобилизация оперированной конечности туторной повязкой.

### **Дальнейшее ведение:**

#### **Послеоперационное ведение**

После завершения операции больной остаётся в интенсивной палате до пробуждения. Затем проводятся необходимые мероприятия интенсивной терапии для стабилизации показателей крови, сердечно-сосудистой, дыхательной и обменной систем. При благоприятном течении и отсутствии каких-либо осложнений период интенсивной терапии составляет 12-24 часа. Первые сутки после операции больной находится в положении лежа на спине. На 2-3 е сутки после операции выполняется вертикализация больного с целью профилактики возможных гиподинамических осложнений.

### **2.8. Индикаторы эффективности лечения:**

**Хороший результат** – восстановление движений коленного сустава, полное заживление раны.

**Удовлетворительный результат** – восстановление функции сустава, снижение болевого синдрома в области коленного сустава, заживление хирургической раны.

**Неудовлетворительный результат** – наличие рецидива синовита и осложнений.

### **Список литературы**

1. Дыдыкина И.С. и др. Синовит при остеоартрите: современное состояние проблемы. // Современная ревматология. №2, Москва, 2021. Т. 120-125 с.
2. Котельников Г.П. и др. // Травматология национальное руководство. 2008.
3. И.В.Егоров, В и др. Новые возможности лечения синовита в хирургической практике // хирургия №2.2009. приложение consilium medicum
4. Emma Simpson и др. What is the added value of ultrasound joint examination for monitoring synovitis in rheumatoid arthritis and can it be used to guide treatment decisions? A systematic review and cost-effectiveness analysis. 2018 // Health Technology Assessment, No. 22-20.
5. Kun Gao и др. Novel inflammatory markers in the blood of patients with knee synovitis. // Journal of International Medical Research 49(7) 1–10. 2021.
6. Carla R. Scanzello. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis // Bone. Volume 51, Issue 2, August 2012, Pages 249-257.
7. M. Iovu, M.D. Anti-inflammatory activity of chondroitin sulfate // Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, S14-S18.
8. Xiaoyun Pan и др. Treatment for chronic synovitis of knee: arthroscopic or open synovectomy // Rheumatol Int (2012) 32:1733–1736.
9. 1. Smith MD. The normal synovium. Open Rheumatol J. 2011;5:100-6. doi: 10.2174/Epub 2011 Dec 30.

10. Tarner IH, Hä rle P, Mü ller-Ladner U,et al. The different stages of synovitis: acute vs chronic, early vs late and non-erosive vs erosive. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2005; 19(1):19-35. doi:10.1016/j.berh.2004.08.002
11. Scanzello CR, Goldring SR. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis. *Bone.* 2012;51(2):249-57. doi:10.1016/j.bone. 2012.02.012

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ  
ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ  
«СИНОВИТ»**

**Ташкент – 2025**

## *1. Основная часть.*

### **1.1. Введение:**

Профилактика синовитов является одной из актуальных задач современной медицины, поскольку эти состояния широко распространены и существенно влияют на качество жизни пациентов. Синовит, или воспаление синовиальной оболочки (СО), является значимым, а нередко доминирующим и определяющим клиническую картину (боль, припухлость, ограничение движений) синдромом, который зачастую недооценивается при заболеваниях суставов. Синовиальное воспаление с вовлечением одного или нескольких суставов – характерная особенность, а часто единственное клиническое проявление ряда заболеваний. Синовиальное воспаление с вовлечением одного или нескольких суставов – характерная особенность, а часто единственное клиническое проявление ряда заболеваний. У здоровых лиц синовит встречается в 5–27% случаев. Исход раннего синовита может варьироваться от быстрого и полного разрешения до формирования хронического воспалительного процесса с последующим необратимым повреждением суставов. Необходимо учитывать, что у некоторых пациентов с клинической ремиссией основного заболевания или у еще не достигших клинической манифестации болезни могут выявляться признаки синовита.

<https://mrj.ima-press.net/mrj/article/view/1132/1091>

### **1.2. Определение – профилактики или реабилитации:**

**Профилактика** - это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. Профилактическое здравоохранение (профилактическая медицина или профилактика) подразумевает под собой комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, в отличие от их лечения болезней. Профилактика заболеваний базируется на мероприятиях, которые могут быть классифицированы как первичные, вторичные и третичные меры профилактики. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)

### **1.3. Виды профилактики или реабилитации:**

Профилактика синовита включает в себя соблюдение следующих рекомендаций:

- своевременное лечение предрасполагающих заболеваний;
- предупреждение травматизма;
- регулярные разминки суставов у людей, имеющих профессиональные вредности;
- исключение аллергических продуктов из рациона;
- оптимизация физической активности.

#### **Этапы реабилитации:**

**Этап 1. Лечебно-реабилитационный.** Он осуществляется в остром периоде заболевания или травмы.

**Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация.** Осуществляется в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или травмы в стационарных отделениях.

**Этап 3. Амбулаторный.** Осуществляется в реабилитационных, а при их отсутствии — в профильных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)

#### **1.4. Принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:**

Общественная профилактика – это социальные, воспитательные, санитарно-гигиенические, противозидемические и лечебных мероприятия, планомерно проводимые государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

Индивидуальная профилактика - включает меры по предупреждению развития синовита и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене, рациональному питанию и рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой.

[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/667_1)

##### **2.1. Методы и процедуры профилактики:**

###### **Цель профилактики:**

Предупреждение и своевременная диагностика заболевания

**2) первичная профилактика** – ведение здорового образа жизни, санация хронических очагов инфекции, ЛФК, снижение веса, сбалансированное питание, соблюдении правил ортопедического режима.

**3) вторичная профилактика** - Вторичная профилактика синовита заключается в своевременном выявлении консервативном лечении, а также своевременном оперативном лечении больных после синовэктомии. Вторичная профилактика синовита осуществляется врачом ортопедом или хирургом в местной поликлинике путем осмотра оперированной конечности, мониторинга маркёров воспаления (СРБ и СОЭ).

**4) третичная профилактика** – Для пациентов в после операции: антибиотикотерапия для профилактики послеоперационных инфекционных осложнений. Проводится в стационаре в течение 5-10 дней. Соблюдение ортопедического режима и соблюдение своевременного выполнения назначений врача в послеоперационном периоде (физиотерапия, массаж, ЛФК). Контроль за проведением третичной профилактики осуществляет врач травматолог-ортопед или хирург поликлиники. Мероприятия проводятся до окончания восстановительного лечения.

##### **2.2. Методы и процедуры реабилитации:**

### **2.2.1.Цель реабилитации:**

- предупреждения развития синовита и сохранить функцию сустава .
- улучшение качества жизни пациентов после синовэктомии;
- социальная интеграция пациента в общество.

**2.2.2.** Форма и функция конечности восстанавливается после оперативного лечения. При тяжелых деформациях восстановление может быть частичной.

**2.2.3.** Острое развитие для данной группы заболеваний не характерно.

**2.2.4.** Возможные нарушения костно-суставной системы можно предупредить при своевременной диагностике факторов риска и качественном хирургическом лечении деформаций.

**2.2.5.** Инвалидность при данной патологии можно предупредить при своевременной диагностике и качественном хирургическом лечении. При тяжелых деформациях с болевым синдромом временное ограничение трудоспособности не исключается.

**2.2.6.** Улучшение качества жизни, сохранение трудоспособности, социальная интеграция пациентов зависят от вида патологии, возраста, своевременности проведенного хирургического лечения и качества реабилитации.

### ***3. Показания к проведению 3-х видов профилактики и к реабилитации:***

Наличие хронических очагов инфекции, системных заболеваний, избыточной массы тела, и различных иммунодефицитных состояний.

#### ***3.1 Критерии для определения проведения видов профилактики:***

Наличие классических клинических симптомов воспаления (ограниченная припухлость, локальная болезненность, местное повышение температуры тканей, гиперемия кожи, нарушение функции) повышение маркёров воспаления (СРБ и СОЭ).

#### ***3.2 Критерии для определения этапа и объема реабилитационных процедур:***

Критериями для проведения реабилитации являются возраст больного, этиопатогенез развития заболевания, степень глубины распространения воспалительного процесса, наличие соответствующих медицинских учреждений и специалистов, доступность реабилитационных ресурсов для больного.

### ***4. Этапы и объемы реабилитации:***

1 – этап: ранняя диагностика патологии коленного сустава , (остеоартроз), и их своевременное лечение (семейные поликлиники)

2 – этап: раннее консервативное лечение больных с синовита (центральная районная поликлиника, ортопедические и хирургические отделения областных центров)

3 – этап: своевременное оперативное лечение при неэффективности консервативного лечения (ортопедические отделения областных и республиканских специализированных клиник)

4 – этап: регулярное наблюдение за пациентами для предупреждения осложнений (центральная районная поликлиника).



### ***5. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:***

- 1) основные диагностические мероприятия: клинический осмотр, рентгенография МРТ, лабораторные анализы.
- 2) дополнительные диагностические мероприятия: МСКТ, бактериологические исследования.

### ***6. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:***

- 1) основные профилактические или реабилитационные мероприятия  
Своевременная диагностика, консервативное лечение и санация очагов хронической инфекции.  
Оперативное лечение: Синовэктомия.
- 2) дополнительные профилактические и реабилитационные мероприятия  
Своевременный осмотр ортопедов после оперативного лечения.

### ***7. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:***

- первичное заживление раны;
- восстановление функции сустава ;
- отсутствие болевого синдрома;
- маркёры воспаления (СРБ и СОЭ) в пределах нормы

### **Список литературы**

1. Дыдыкина И.С. и др. Синовит при остеоартрите:современное состояние проблемы . // Современная ревматология.№2, Москва, 2021. Т. 120-125 с.
2. Котельников Г.П. и др. // Травматология национальное руководство. 2008.
3. И.В.Егоров, В и др. Новые возможности лечения синовиита в хирургической практике // хирургия №2.2009.приложение consilium medicum
4. Emma Simpson и др. What is the added value of ultrasound joint examination for monitoring synovitis in rheumatoid arthritis and can it be used to guide treatment decisions? A systematic review and cost-effectiveness analysis. 2018 // Health Technology Assessment, No. 22-20.
5. Kun Gao и др. Novel inflammatory markers in the blood of patients with knee synovitis. // Journal of International Medical Research 49(7) 1–10. 2021.
6. Carla R. Scanzello. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis // Bone. Volume 51, Issue 2, August 2012, Pages 249-257.
7. M. Iovu, M.D. Anti-inflammatory activity of chondroitin sulfate // Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, S14-S18.
8. Xiaoyun Pan и др. Treatment for chronic synovitis of knee: arthroscopic or open synovectomy // Rheumatol Int (2012) 32:1733–1736.
9. 1. Smith MD. The normal synovium. Open Rheumatol J. 2011;5:100-6. doi: 10.2174/Epub 2011 Dec 30.

10. Tarner IH, Hä rle P, Mü ller-Ladner U, et al. The different stages of synovitis: acute vs chronic, early vs late and non-erosive vs erosive. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2005; 19(1):19-35. doi:10.1016/j.berh.2004.08.002
11. Scanzello CR, Goldring SR. The role of synovitis in osteoarthritis pathogenesis. *Bone.* 2012;51(2):249-57. doi:10.1016/j.bone. 2012.02.012

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

