ИНТРААРТИКУЛАРНЕ И ПЕРИАРТИКУЛАРНЕ ИНФИЛТРАЦИЈЕ КОРТИКОСТЕРОИДИМА – БЕЗБЕДНОСТ И ЕФИКАСНОСТ

Ивица Здравковић¹

INTRAARTICULAR AND PERIARTICULAR CORTICOSTEROID INFILTRATION – THE SAFETY AND EFFICACY

Ivica Zdravković

Сажетак

Употреба кортикостероида давањем интраартикуларних и периартикуларних инјекција код запаљенских и дегенеративних обољења зглобова одавно је постала део рутинске праксе лекара опште праксе у развијенијим земљама. Код нас је ово још увек ређе примењиван метод лечења на нивоу примарне здравствене заштите. Аутор саопштава сопствена искуства у току последњих двадесетак месеци, која илуструју безбедност и сврсисходност интраартикуларне и периартикуларне апликације кортикостероида.

Кључне речи: интраартикуларне, инјекције, инфилтрације, кортикостероиди.

Summary

The use of corticosteroids given through intraarticular and periarticular injections in inflammatory and degenerative joint diseases has become routine practice of family doctors in developed countries. In our country, however, this is still an „unorthodox“ method, seldom seen in facilities of public primary health care. This report presents author's own experiences during the past 20 months, which illustrate the usefulness and safety of intraarticular and periarticular corticosteroid application.

Keywords: intraarticular, injections, infiltrations, corticosteroids.

¹Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, Здравствена служба Костолац.

УВОД

Апликација кортикостероида код инфламаторних и дегенеративних процеса на зглобним и перизглобним структурама деценијама је у употреби у званичној медицини. Ефекти такве (најчешће адјувантне) терапије добро су документовани у бројним студијама и радовима. Ипак, у нашој земљи је овај метод лечења појединих ортопедско-реуматолошких проблема на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ) још увек запостављен. Разлози су двојаки: најпре, приметно је одсуство тренинга код лекара ПЗЗ, односно њихова недовољна оспособљеност да апликују кортикостероиде у зглобне шупљине и периартикуларна мека ткива на безбедан и ефикасан начин; друго, постоји уврежено мишљење да је овај облик локалне терапије „резервисан“ само за ортопедс, реуматологе, односно за лекаре који раде у болничким условима.

Механизми дејства кортикостероида на успоравање или заустављање инфламаторних и дегенеративних процеса су вишеструки. Најпре, кортикостероиди ограничавају упалну реакцију тако што смањују пермеабилност крвних судова и капиларну дилатацију, чиме се смањује акумулација полиморфонуклеара и макрофага и индиректно се смањује ослобађање вазоактивних кинина. Такође, кортикостероиди смањују лучење ензима који су задужени за разлагање посттрауматског целуларног дебриса, а који најчешће корлатерално нападају и здраве ткивне структуре. Новије студије показују да кортикостероиди инхибирају и ослобађање арахидонске киселине из фосфолипида, чиме смањују стварање простагландина, битних медијатора инфламаторних процеса.

ЦИЉ

Циљ ове студије/саопштења је да анализира примењену кортикостероидну инфилтративну терапију код пацијената Дома здравља Пожаревац Здравствене службе Костолац и да евалуира учесталост нежељених ефеката и ефикасност наведене терапије.

МЕТОД

Аутор је у периоду од марта 2011. године до децембра 2012. године у превизијалишту Дома здравља Пожаревац Здравствене службе Костолац извео неколико десетина интраартикуларних и периартикуларних инфилтрација кортикостероидима. Индикације су постављене на основу клиничке слике, као и на основу изостанка повољног терапијског одговора након примењене класичне пероралне или парентералне – интрамускуларне терапије. После инфилтративне апликације кортикостероида, пацијенти су праћени током неколико месеци, приликом редовних јављања изабраном лекару, или на специјалистичке ортопедске, реуматолошке или физијатријске контроле. Праћене су појаве нежељених ефеката, као и проценат пацијената са побољшањем након дате терапије (евалуирано као субјективна процена пацијента, битно повлачење субјективних тегоба), дужина периода током кога је трајало наведено побољшање, и коначно, проценат пацијената са евентуалним погоршањем након примењене инфилтративне кортикостероидне терапије.

РЕЗУЛТАТИ

Током наведеног периода од 21 месеца, изведен је следећи број интра-и периартикуларних инфилтрација:

Табела 1. Изведене интервенције.

ИНДИКАЦИЈА	БРОЈ ПАЦИЈЕНАТА	МЕТОД
Остеоартроза колена са реактивним синовитисом и претходним уклањањем излива артроцентезом (просечно уклањано око 10–15mL серозне, жућкате или сукрвичаве течности, макс. око 80mL)	14	Латерални или медијални субпателарни приступ, евакуација течности иглом 0,8mm или већом, потом (кроз исту иглу) убацивање мешавине Diprophosa (betametazona), 1 ампула (7mg/mL) са Lidocain-hlorid ампулом или Lidocain-adrenalin ампулом као анестетиком
Остеоартроза колена без хидропса (гонартроза и/или пателофеморална остеоартроза)	9	Директна инфилтрација латералним или медијалним субпателарним приступом
Остеоартроза кука	2	Перитрохантерична инфилтрација у циљу смањења бола, мешавина: Hydrocortizon и Cistocain
Хумероскапуларни периартритис и „rotatory cuff“ синдром	4	Предњи приступ субакромијално, инфилтрацијом ротаторне манжетне, мешавином Diprophosa и Lidocaina
Бурзитис олекранона	2	Евакуација течности или пихтијастог садржаја, потом инфилтрација мешавином Diprophosa и Lidocaina
Бактерова циста	1	Евакуација садржаја, потом убацивање мешавине Diprophosa и Lidocaina
Epicondilitis („тениски лакат“)	5	Периартикуларна „плитка“ инфилтрација у ентезу и, парцијално, у радиохумерални зглоб, мешавином Diprophosa и Lidocaina

ДИСКУСИЈА

Од укупно 37 изведених артроцентеза или периартикуларних инфилтрација, ни код једне није примећена ниједна од следећих нежељених појава:

- оштећење околних ткива (тетива, нерава, васкуларних структура),
- погоршање тегоба (болови, парестезије, слабост функције екстремитета),

- инфекција коже или дубоких ткива услед акциденталне инокулације микроорганизама,
- системске реакције на дат кортико-стероид.

Добра припрема за инфилтрацију (рад по правилима асепсе и антисепсе) изводљива је на нивоу примарне здравствене заштите и њом се у потпуности елиминише опасност од озбиљних постинокулационих

инфекција. Познавање основа анатомије и поштовање уобичајених протокола и инструкција (коректан приступ приликом инфилтрације, пре свега!) практично онемогућују акциденталну повреду дубоких поткожних анатомских структура. Правила периартикуларна дисперзија кортико-стероида помешаног са анестетиком онемогућава ткивну деструкцију механичким раздирањем превеликом количином течности инфилтрираном у исту тачку.

Субјективна процена степена побољшања и дужина тог побољшања (до наредне епизоде егзацербације, одн. до индикације за новом инфилтрацијом) је следећа:

Иницијално побољшање (смањење субјективних тегоба) примећено је код 30 од 37 пацијената (преко **80%**). Овакво се стање одржава код укупно 23 пацијента и после 3 месеца (грубо, око **60%**). Коначно, 15 пацијената и после периода од 6 месеци нема рецидиве (око **40%**). Од рецидива, најчешћи су они везани за бол у оквиру коксартрозе и гонартрозе (од 23 пацијената који су прошли интраартикуларну инфилтрацију, само 6 има битно смањене тегобе и после шест месеци, што је око **једне четвртине**).

Није било пацијената који су се жалили на погоршање, односно појачавање симптома после дате инфилтрационе терапије.

Табела 2. Ефикасност интервенција.

ИНДИКАЦИЈА	Побољшање после недељу дана	Побољшање перзистира и после 3 месеца	Без рецидива после 6 месеци и дуже
ОА колена са претходним изливом (хидропсом) услед синовитиса	13/14	9/14	4/14
Остеоартроза колена без хидропса (гонартроза и/или пателофеморална остеоартроза)	6/9	5/9	2/9
Остеоартроза кука	2/2	1/2	0/2
Хумероскапуларни периартритис и „rotatory cuff“ синдром	4/4	2/4	2/4
Бурзитис олекранона	1/2	1/2	1/2
Бактерова циста	1/1	1/1	1/1
Epicondilitis („тениски лакат“)	3/5	3/5	3/5

ЗАКЉУЧАК

Апликација кортикостероида код инфламаторних и дегенеративних процеса на зглобним и перизглобним структурама на нивоу примарне здравствене заштите је безбедна терапијска метода. Најоправданије индикације су акутне „стрес“ упале, као што су „тениски лакат“ (епикондилитис), хумероскапуларни периартритиси услед пренапрезања или истезања, бимеханичке лезије као што су бурзитиси, и сл. Проценат пацијената са иницијалним и накнадним дуготрајним побољшањем и одсуством симптома је највећи код ових болести.

„Спектакуларни“, али, на жалост, релативно краткотрајни резултати се постижу код најчешћих остеоартроза, окоштавања кука и колена. Иако иницијално већина пацијената доживи олакшање у виду смањења болова, само око једне четвртине пацијената има упадљиво смањене тегобе и после периода од 6 месеци. Понављање локалних интраартикуларних апликација кортикостероида је индиковано, али уз свест како лекара, тако и пацијента да је ово само адјувантна терапија и привремено решење, најчешће до дефинитивног ортопедско-хирушког лечења (замене зглоба).

ЛИТЕРАТУРА

1. Desai A, Ramankutty S, Board T, Raut V. *Does intraarticular steroid infiltration increase the rate of infection in subsequent total knee replacements?*, Wrightington Hospital, Hall lane, Appley Bridge, Wigan WN6 9EP, United Kingdom, 2008.
2. Bain GI, Van Riet RP, Gooi C, Ashwood N. *The long-term efficacy of corticosteroid injection into the acromioclavicular joint using a dynamic fluoroscopic method*, University of Adelaide, Royal Adelaide Hospital, North Terrace, 5000 Adelaide, Australia, 2009.
3. www.antirheumatics.com, *Current Intra- and Periarticular Injection Techniques in Rheumatology*, May 17th, 2012.
4. Jess D Salinas Jr. *Corticosteroid Injections of Joints and Soft Tissues*, Medscape, USA, Jul 29, 2011.
5. Seah VWT, Chin PL, Chia SL, Yang KY, Lo NN, Yeo SJ. *Single-dose periarticular steroid infiltration for pain management in total knee arthroplasty: a prospective, double-blind, randomised controlled trial*, Singapore Med J, 2011.
6. Zdravković I, *Priručnik za lekare opšte medicine*, drugo prošireno izdanje, IP Obeležja, Beograd, 2011.

Контакт: Др мед. Ивица Здравковић, специјалиста опште медицине, Дом здравља Пожаревац, Здравствена служба Костолац.