

УДК 617.3

В.П. ПАВЛОВ, С.А. МАКАРОВ, А.Э. ХРАМОВ

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», г. Москва, Российская Федерация

ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У ПАЦИЕНТОВ ШИРОКОГО СПЕКТРА РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Павлов В.П.

В статье представлены выполнения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС) как высокотехнологического метода у больных ревматическими заболеваниями, патогенетической особенностью которых является аутоиммунный характер воспалительного процесса пораженных суставов, включая тазобедренный, у большинства нозологических форм.

Ключевые слова: тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава, ТЭТС, ревматические заболевания, осложнения, результаты.

Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС) насчитывает более чем полувековую историю со времени изобретения эндопротезов англичанином сэром профессором Д. Чанли, а у нас в России – профессором К. М. Сивашом (60-е годы прошлого столетия). За этот период времени ТЭТС получило широкое и повсеместное распространение в связи с высокими результатами этого вида хирургического лечения. Тем не менее, до сих пор обсуждаются не до конца еще решенные проблемы ТЭТС – перипротезные инфекции [1, 2, 3, 4, 5, 6], тромбоз эмболизм [7, 8, 9, 10], нестабильность имплантатов [11, 12], которые наблюдаются у пациентов с различной суставной патологией, в том числе и у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) с поражением тазобедренного сустава. Отметим также отсутствие сведений в мировой литературе об ТЭТС при кокситов, связанных с системной склеродермией или малое число публикаций по поводу ТЭТС при псориатической артропатии тазобедренного сустава [13, 14, 15]. Все это в совокупности послужило поводом для изучения подобных осложнений, а также возможности выполнения ТЭТС при РЗ, патогенетической особенностью которых является аутоиммунный характер воспалительного процесса пораженных суставов, включая тазобедренный, у большинства нозологических форм.

Цель – разработка комплексного восстановительного лечения с использованием ТЭТС как высокотехнологического метода у больных ревматическими заболеваниями (РЗ) с поражением тазобедренного сустава. Сформулированы следующие задачи данного исследования:

– Уточнение показаний и противопоказаний для ТЭТС наиболее распространенных воспалительных и дегенеративных форм РЗ – ревматоидного артрита (РА), ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА), анкилозирующего спондилита (АС), системной красной волчанки (СКВ), псориатической артропатии (ПсА), системной склеродермии (ССД), остеоартроза (ОА).

– Изучение возможности выполнения ТЭТС у больных с редко встречаемыми формами РЗ – кокситов, связанных с

иммунологическими и обменными нарушениями (охроноз, подагра), кристаллическими кокситов, при ревматических синдромах (Бехчета, Бюргера, Шегрена, Рейтера), а также саркоидозе, дерматомиозите, инфекции (сифилис), ревматической полимиалгии.

– Решение вопроса о фармакологической коррекции антиревматической медикаментозной терапии до ТЭТС и в ближайшем послеоперационном периоде с учетом новейших исследований по данной проблеме (16, 17).

– Анализ осложнений, обусловленных перипротезным инфицированием, тромбоз эмболизмом, нестабильностью имплантатов, а также методики их профилактики и лечения.

– Обоснование методики бесцементной фиксации имплантатов с учетом нозологических форм РЗ и возраста пациентов.

– Анализ отдаленных результатов ТЭТС с использованием современных методов оценки функции оперированного сустава, общего состояния пациента, качества жизни, изменения социального статуса оперированных пациентов РЗ.

Материал и методы

Клинический материал включает 1069 пациентов, из них 773 женщины и 296 мужчин в соотношении как 3,6:1 с средним возрастом 49,6 года (16-83 г). Количественное распределение пациентов по нозологическим формам РЗ: РА – 323 пациента, ЮРА – 124, АС – 80, СКВ – 79, ПсА – 18, ССД – 11, ОА – 353, другие – 81. В группу «другие» включены 24 пациента, из которых 6 с кокситов при подагре, 4 – с синдромом Рейтера, по 2 больных с кокситов при дерматомиозите и ревматической миалгии и по 1 пациенту – с кокситов при кристаллических (пирофосфатном и микрокристаллическом) РЗ, а также при синдромах Бехчета, Бюргера, Шегрена, антифосфолипидном; саркоидозе, инфекции (сифилис) и дисхондродиспластическом коксартрозе – 1 пациент. Остальные пациенты старческого и пожилого возраста – с спонтанными и травматическими переломами шейки бедра. Таким образом, наш клинический материал охватывает практически весь спектр ревматических за-

болеваний с поражением тазобедренного сустава, а также небольшую группу пожилых пациентов (n=59) с переломами шейки бедра, в том числе имевших ревматические заболевания.

В общей сложности 1069 пациентам произведено 1201 ТЭТС, из них 2-стороннее 135 больным. Резэндопротезирования, в количестве 26, произведены в связи с глубокими перипротезными нагноениями, повторными вывихами головки эндопротеза, травматическими переломами области эндопротеза в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде. Уточнение показаний и противопоказаний к ТЭТС у больных с воспалительными и дегенеративными РЗ продолжалось в ревмоортопедическом отделении Института ревматологии в течение ряда лет и в окончательном виде сформулировано следующим образом. Показанием к ТЭТС при воспалительных РЗ является упорный коксит II-IV стадии, неуклонно прогрессирующий, несмотря на интенсивную антиревматическую медикаментозную терапию, проявляющийся постоянными сильными болями (ВАШ ≥ 60 мм), увеличивающимися при ходьбе и нагрузке, ограничивающими передвижение пациента и снижающими опороспособность конечности. Бесспорным показанием к ТЭТС является асептический некроз головки бедренной кости, независимо от его стадии. Для производства ТЭТС предпочтительным фактором является низкая или средняя активность заболеваний, достигнутая в результате адекватной антиревматической медикаментозной терапии.

Примечание

а) у пациентов ЮРА подросткового возраста и низкорослых (рост ≤ 140 см) с физическим недоразвитием костного скелета тазобедренного сустава предварительно определяют технические условия выполнения ТЭТС путем подбора эндопротезов малого, очень малого размеров или гибридных имплантатов, комбинированных из элементов различных конструкций эндопротезов;

б) для пациентов РА и ЮРА в зависимости от тяжести воспалительно-деструктивных изменений тазобедренного сустава в показания вносят дополнения по выбранной для данного больного конструкции имплантата и антипротрузионных компонентов;

в) за неделю до операции антиревматическая медикаментозная терапия (метотрексат, хлорбутин, лефлуномид, сульфосалазин, НПВП, за исключением ГК-терапии) отменяются и вновь назначаются спустя 2 недели послеоперационного периода после заживления операционной раны;

г) немногочисленные пациенты с высокой активностью заболевания, получавшие высокие дозы стероидных гормонов ко дню операции (≥ 60 мг преднизолона), оперировались в условиях особо тщательного наблюдения в течение самой операции и первые 2 суток послеоперационного периода – с готовностью своевременного проведения интенсивной терапии по профилактике осложнений, в первую очередь возможной острой надпочечниковой недостаточности.

Показания к ТЭТС при дегенеративных РЗ

Коксартроз (первичный или вторичный, в том числе посттравматический) III-IV стадии с интенсивным болевым синдромом механического ритма, с ограничением движений, опороспособности конечности, самообслуживания,

а также осложненный асептическим некрозом головки бедренной кости. Коксартроз с признаками асептического некроза головки бедренной кости, независимо от его стадии, являлся показанием к ТЭТС. Метаболические коксартрозы (подагра, хондрокальциноз), в том числе осложненные асептическим некрозом головки бедренной кости, также подлежали ТЭТС.

Абсолютные противопоказания к ТЭТС

Гнойная очаговая инфекция: кариозные зубы, гранулемы, карбункул, фурункул, фолликулит, наличие хронического рожистого воспаления, вросший ноготь первого пальца стопы с признаками воспаления.

Короткий срок времени после купирования или санации очага гнойной инфекции (менее 6 мес), сердечно-сосудистая, почечная, печеночная недостаточности, почечный амилоидоз в стадии декомпенсации также являлись противопоказаниями к ТЭТС.

Бесцементный способ фиксации эндопротезов был применен у большинства наших пациентов без каких-либо осложнений с учетом возможного будущего резэндопротезирования в связи с нестабильностью имплантатов или окончанием сроков износоустойчивости имплантатов в отдаленные сроки после операции. В перспективе в подобных случаях мы предполагаем, что замена имплантатов будет осуществляться в более благоприятных условиях.

Осложнения

Летальные исходы ТЭТС за 12-летний период нашей работы отмечены у 4 пациенток РА. Смерть у одной пациентки произошла на операционном столе в результате массивной кровопотери на фоне развившейся острой надпочечниковой недостаточности. Летальные исходы отмечены у двух пациенток из-за повторных инфарктов миокарда в ближайшем послеоперационном периоде и еще у одной пациентки с обострением гнойного бронхита – через 4 недели после ТЭТС.

Таким образом, 4 летальных исхода составили 0,18% на 1201 ТЭТС.

Тромбоз ветвей легочной артерии развилась в первые часы после ТЭТС у пациентки с ОА. В результате своевременной интенсивной медикаментозной антикоагуляционной терапии это осложнение было полностью купировано без каких-либо последствий в отдаленные сроки после ТЭТС. Процент данного осложнения на 1201 ТЭТС составил 0,083%.

Венотромбозы за 2-недельную послеоперационную реабилитацию в стационарных условиях мы не отметили ни у одного пациента, однако через 1-1,5 месяца после выписки из стационара 4 наших оперированных больных прошли курс лечения в специализированных клиниках по поводу указанного осложнения.

Нестабильность имплантата отмечена через 9 лет после ТЭТС у одной пациентки ЮРА: рентгенологически выявлена миграция вертлужного компонента эндопротеза. Ей произведено резэндопротезирование с удовлетворительным результатом.

Перипротезная инфекция. Глубокие перипротезные нагноения развились у 9 больных, из них ранние – у 3 и у 6 пациенток – поздние. 7 больных с нагноениями страдали РА, 1 – СКВ и один пациент – ОА. Интенсивное консерва-

тивное лечение оказалось эффективным у пациента с ОА – имплантат был сохранен. У одной пациентки имплантат был удален, произведено резэндопротезирование, но в ближайшем послеоперационном периоде вновь произошло нагноение. Имплантат был удален, нагноение было полностью купировано, но пациентка стала глубоким инвалидом – она потеряла способность к передвижению. У остальных 5 пациенток образовалась свищевая форма нагноения, они ходят с помощью костылей, у них запланирована ревизионная хирургия. Больная с РА, страдавшая кроме всего сахарным диабетом и функционировавшим свищом, умерла через 2 года после ТЭТС. В итоге глубокие нагноения составили 0,74% на 1201 ТЭТС.

Вывих головки эндопротеза. В течение 12-летнего периода нашей работы отмечены вывихи головок эндопротезов у 12 пациентов РЗ, что составляет 1,33% на 1201 ТЭТС. Как правило, вправление головок осуществлялось под перидуральной анестезией и в более редких случаях (3 пациента) – вправление головок достигалось оперативным путем.

Ближайшие результаты

У 6 пациентов ССД произведено 10 ТЭТС. Каких-либо осложнений со стороны операционной раны не отмечено, реабилитационный период прошел без особенностей. У 23 больных, с редко встречаемыми нозологическими формами РЗ, произведено 24 ТЭТС. Осложнений, непосредственно связанных с операционной травмой, не было. Не отмечено также осложнений у больной с дерматомиозитом, длительно принимавшей высокие дозы преднизолона (60 мг/сут) и оперированной на фоне 100 мг преднизолона. Реабилитационный период у этих 23 пациентов также был завершен без осложнений, что свидетельствует о возможности проведения ТЭТС у данной группы больных РЗ.

Отдаленные результаты в сроки наблюдения от 1 г до 12 лет, в среднем 4,8 года, изучены у 173 пациентов, что составляет 16,2% на 1069 больных.

Оценка функции оперированного сустава проводилась по шкале Harris'а до и после ТЭТС. Приводим данные исследования в соответствии с нозологическими формами РЗ:

РА (n-43) – 26,5 / 80,1 балла, ЮРА (n-22) – 37,7 / 77, СКВ (n-55) – 34,5 / 98,8, АС (n-15) 30,2 / 76,3, ОА (n-32) – 31,5 / 75,2, ПсА (n-6) – 32,8 ± 18,3 / 83,8 ± 14,6 балла (P<0,05).

Функциональный статус определялся по индексу НАQ до и после ТЭТС:

РА (n-43) 2,01 ± 0,7 / 1,12 ± 0,72, АС (n-15) – 1,86 ± 0,63 / 0,88 ± 0,72, ОА (n-32) 1,57 ± 0,66 / 0,65 ± 0,53 балла (P<0,05).

Качество жизни определялось по опроснику EQ -5D до и после ТЭТС:

РА (n-43) – 0,02 / 0,65, ЮРА (n-22) – 0,12 / 0,68, АС (n-15) – 0,1 / 0,56, ОА (32) 0,001 / 0,72 балла.

Социальный статус изучен у 21 обследованного пациента СКВ до и через 2 года – 5 лет после ТЭТС. Исходные данные: 10 пациентов не могли выполнять профессиональный труд по болезни, 8 выполняли рутинную домашнюю работу, у 3 пациентов необходимости работать по профессии и дома не было. После ТЭТС 5 пациентов возвратились к прежней профессии, 4 – вышли замуж, 3 из них родили,

остальные 12 – выполняют рутинную домашнюю работу, чувствуют и считают себя здоровыми.

Обсуждение

Данное исследование можно считать первым в России, а возможно, и в мире, которое затрагивает проблему выполнения ТЭТС у пациентов практически всех нозологических форм РЗ с поражением этого сочленения при отсутствии абсолютных противопоказаний к оперативному лечению. Негативизм ряда хирургов относительно ТЭТС при РЗ, по-видимому, связан с особенностями патогенеза большинства воспалительных нозологических форм РЗ, который характеризуется аутоиммунным воспалительным процессом пораженных суставов, и фармакотерапия назначается таким больным практически пожизненно. Она включает цитостатики, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), стероидные гормоны, генно-инженерные биологические препараты. Все это в комплексе оказывает негативное влияние на процессы заживления ран, замедляет остеогенез, снижает минеральную плотность костной ткани, увеличивает риск нагноений, а в ряде случаев хирург может столкнуться с проблемой непереносимости такой достаточно тяжелой операционной травмы, каковой является ТЭТС.

Послеоперационные летальные исходы

В начальном периоде нашей хирургической деятельности у больной РА во время обработки вертлужной впадины возникло профузное кровотечение, которое с трудом удалось остановить и полностью восполнить кровопотерю донорской одноклассной кровью. Однако, несмотря на все реанимационные меры, наступил летальный исход на операционном столе. На аутопсии – повреждений крупных сосудов области дна вертлужной впадины не обнаружено, не было также гематомы внутри таза. Установлена резко выраженная атрофия надпочечников. Патологоанатомический диагноз – смерть в результате острой надпочечниковой недостаточности на фоне массивной кровопотери во время операции. Этот летальный исход нами был расценен как несчастный случай, предусмотреть который в дооперационном периоде не представлялось возможным.

Другие летальные исходы произошли у двух пациенток РА в результате повторных инфарктов миокарда в первую и вторую недели послеоперационного периода. Обе пациентки в анамнезе имели инфаркты миокарда годовой давности. До операции были обследованы компетентными кардиологами, которые не нашли противопоказаний к ТЭТС. Своевременная диагностика кардиоваскулярных катастроф и немедленные реанимационные мероприятия в специализированных кардиологических отделениях оказались неэффективными. Четвертый случай летального исхода был у больной РА с сопутствующим дооперационным гнойным бронхитом в фазе ремиссии. Пациентка после ТЭТС была переведена в специализированное отделение, где проводили современные меры по лечению обострения гнойного бронхита, но данное осложнение не удалось купировать, через четыре недели наступила смерть. Причиной летального исхода оказалось обострение гнойного бронхита.

Эти послеоперационные летальные исходы мы расценили как результат неполноценного анализа по установлению противопоказаний к ТЭТС, особенно последний случай –

наличие гнойного бронхита даже в фазе дооперационной ремиссии сопутствующего заболевания следовало бы считать абсолютным противопоказанием к ТЭТС.

Тромбоэмболизм. Анализируя проблему тромбоэмболизма после ТЭТС нашего клинического материала при РЗ, можно отметить довольно низкий процент – 0,083% таких осложнений, в частности тромбоэмболию ветвей легочной артерии на вторые сутки после ТЭТС и венотромбозов – 0,37% через 1-2 месяца послеоперационного периода. По-видимому, пациенты РЗ постоянно и длительно принимают НПВП, обладающие антикоагуляционными свойствами, а также им назначаются в течение 35 суток после ТЭТС антикоагулянты типа ривароксабан (ксарелто), не требующие лабораторного мониторинга МНО, что важно, например, пациентам, проживающим в сельской местности или в малых городах. В дополнение ко всему наша программа послеоперационной реабилитации включает раннее вставание, обязательное компрессионное бинтование нижних конечностей или использование компрессионных чулок (колготок) в течение этого же срока после хирургического вмешательства, что в определенной степени оказало положительное влияние на профилактику этого осложнения у больных РЗ после ТЭТС.

Сформулировать какое-либо заключение по поводу нестабильности имплантатов после ТЭТС пока невозможно из-за коротких сроков отдаленных результатов в среднем 4,8 года (1-12 лет) и наличия этого осложнения лишь у одной пациентки ЮРА.

Перипротезное инфицирование является одной из главных и нерешенных проблем ТЭТС. Нами выявлен довольно низкий процент ранних и поздних глубоких нагноений области имплантатов – 0,74% на 1201 ТЭТС. Borngarz et al., 2010 [6] выявили 3,7% ранних и поздних перипротезных инфекций у 462 пациентов после 657 ТЭТС и ТЭКС (тотального эндопротезирования коленного сустава). Однако объединять ТЭТС и ТЭКС и высчитывать общий процент такого осложнения нецелесообразно, т.к., по нашим данным, уязвимость коленного сустава в отношении перипротезного инфицирования выше, чем тазобедренного. Поэтому сопоставление результатов этих двух исследований может дать лишь общее представление о степени риска перипротезного инфицирования после эндопротезирования крупных суставов у больных ревматическими заболеваниями.

Глубокие перипротезные нагноения после ТЭТС отмечены у 7 из 323 пациентов РА, что составляет 2,16%, а также у одного из 79 пациентов СКВ – 1,26% и еще у одного из 353 больных ОА – 0,28%. Отметим 10-кратное превышение данного осложнения у больных РА, сравнительно с пациентами ОА. Аналогичное, но менее выраженное превышение глубоких нагноений при РА в 1,6 раза, по сравнению с ОА, на значительно большем клиническом материале обнаружили Schrama et al. [3].

Эти результаты свидетельствуют о том, что одним из факторов риска перипротезного инфицирования является само заболевание – ревматоидный артрит с аутоиммунным воспалительным компонентом суставного процесса, негативно влияющим на защитные силы организма. По-видимому, та же причина отрицательно влияет и на резуль-

таты ревизионной хирургии у больных РА с перипротезной инфекцией. Так, нам удалось сохранить имплантат после ревизионного хирургического вмешательства с последующим использованием промывной приточно-отточной системы лишь у больного с ОА. У трех пациентов РА аналогичное ревизионное хирургическое лечение оказалось неэффективным: спейсер, а также эндопротезы, в том числе и после резэндопротезирования, были удалены, после чего удалось полностью купировать нагноительный процесс в области тазобедренного сочленения и планировать спустя полгода попытку повторного резэндопротезирования.

173 обследованных от общего количества 1069 пациентов, т.е. 16,2%, – вполне достаточная группа оперированных больных, чтобы дать объективную оценку отдаленных результатов ТЭТС в сроки наблюдения в среднем 4,8 года (1-12 лет). Обращает на себя внимание довольно низкий предоперационный уровень состояния тазобедренного сустава, колебавшийся в пределах 26,1–37,7 балла по шкале Harris'a. Эти данные свидетельствуют о крайне запущенных стадиях и деструктивных изменениях тазобедренного сустава при воспалительных и дегенеративных формах наших пациентов РЗ. Следует также отметить отсутствие значительной разницы предоперационного уровня состояния пораженных тазобедренных суставов между нозологическими формами РЗ.

Отличные и хорошие результаты, в соответствии со шкалой Harris'a, выявлены у 104 пациентов, что соответствует 60%, удовлетворительные – у 69, соответственно 40%.

Такая результативность ТЭТС отразилась и на функциональном статусе, который был исследован до и после операции с помощью опросника HAQ у 43 пациентов с РА, 15 – АС и 32 – ОА, в общей сложности 90 больных. Разница значений индекса HAQ после ЭТС составила Δ 0,89, 0,98 и 0,92, соответственно ($P < 0,05$).

Улучшение качества жизни достигнуто и по показателям EQ-5D, расчет произведен по медиане этих показателей у 43 пациентов с РА, 15 – АС и 32 – ОА. Разница значений индекса HAQ до и после ТЭТС составила Δ 0,65, 0,69 и 0,72, соответственно ($P < 0,05$).

Выводы

Нами установлена возможность выполнения ТЭТС у больных практически всеми формами РЗ с поражениями тазобедренного сустава, включая воспалительные, дегенеративные, редко встречаемые, кокситы, связанные с иммунологическими и обменными нарушениями, кристаллические кокситы, ревматические синдромы, а также при саркоидозе, дерматомиозите, ревматической полимиалгии.

Послеоперационная летальность составила 0,18%, глубокие перипротезные инфекции – 0,74%, тромбоэмболизм (тромбоэмболия ветвей легочной артерии) с благополучным исходом – 0,083%.

У большинства больных с часто встречаемыми формами РЗ-РА, ЮРА, СКВ, АС, ОА, ПсА после ТЭТС в 60% получены отличные и хорошие и в 40% – удовлетворительные результаты в сроки наблюдения в среднем 4,8 года (1-12 лет).

После ТЭТС отмечено значительное улучшение функционального статуса и качества жизни оперированных пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Bisel N. et al. Long term results of total hip arthroplasty in patients with juvenile rheumatoid arthritis // Acta Othop Traumatol Turc. – 2008 Mar-Apr. – Vol. 42(2). – P. 119-2
- 2 Cusher F. et al. Complications and functional outcomes after hip arthroplasty and total knee arthroplasty: results from Global Orthopaedic Registry (GLORY) // Am J Orthop (Belle Mead NS). – 2010 Sep. – Vol. 30 (9Suppl). – P. 22-8
- 3 Scharma et al. Risk of revision for infection in primary total hip or knee arthroplasty in patients with rheumatoid arthritis compared with osteoarthritis a prospective population-based study on 108786 hip and knee joint arthroplasties from Norwegian arthroplasty // Register Arthritis Care Pws (Hoboken). – 2010 Apr. – Vol. 62(4). – P. 473-9
- 4 Jorgensen P.H. et al. Antibiotic prophylaxis in relation to dental treatment on patients with hip or knee joint prostheses in seldom necessary // Ugeskr Laeger. – 2010 Nov 15. – Vol. 172 (46). – P. 3170-3
- 5 Chronig R.W., Chronig C.S., Lai C.H. Total hip arthroplasty in Patients with chronic Auto-immune inflammatory arthroplasties // Int J Rheum Dis. – 2010 Aug. – Vol. 13(3). – P. 235-9
- 6 Bongartz T. et al. Incidence and risk factors of prosthetic joint infection after total hip or knee replacement in patients with rheumatoid arthritis // Arthritis Rheum. – 2008 Dec 15. – N.12. – P.17-13 -20
- 7 Dounketis J.D., Eikelboom J.W., Quinlan D.J. Short-duration prophylaxis against venous thromboembolism after total hip or knee re-placement: meta-analysis of prospective studies investigating symptomatic outcomes // Arch Intern Med. – 2002 Jul. – Vol. 162 (13)
- 8 Haas S., Breyer H.T., Becher H.P. et al Prevention of major venous thromboembolism following total hip or knee replacement : a randomized comparison of low-molecular-weight heparin with unfractional heparin (ECHOS) // Intern Angiol. – 2; 2006 Dec. – Vol. 25(4). – P. 335-42
- 9 Leizorovicz A. Smart Venography Study steering Committee. Epidemiology of postoperative venous thromboembolism in Asian patients. Results of SMART venography // Study Haema-tologica. – 2007 Sep. – Vol. 92(9). – P. 1194 -200
- 10 Pedersen A.B., Sorensen H.T., Mehert F. Risk factors for venous thromboembolism hip replacement undergoing total hip replacement and receiving routine thromboprophylaxis // J Bone Joint Surg Am. – 2010 Sep 15. – N. 92. – P. 2156-64
- 11 Goodman S.B., Oh K.J., Imrie S. et al. Revision total hip arthroplasty in juvenile chronic Arthri; 17 revisions in 11 patients followed 4-12 years // A eta Orthop. – 2006. – Vol. 77(2). – P. 242-50
- 12 McCullough, Remendios D, Tytherleigt-Strong G et al The use hydroxyapatite coated CAD-CAM femoral components in adolescent and young adults with inflammatory polyarthropathy: ten-years results // J Bone Joint Surg Br. – Jul 2006. – Vol. 88(7). – P. 860-4
- 13 Heilpermen G.N., Shah N.N., Fordice M.J. Birmingham hip resurfacing arthroplasty // J Bone Joint Surg Br. – 2008 Sep. – Vol. 90(9). – P. 1137-42
- 14 Michet C.J., Mason T.G., Maziumzaden M. Hip joint disease in psoriatic arthritis // Ann Rheum Dis. – 2005 Jul. – Vol. 644(7). – P. 1068-70
- 15 Pietrzak K., Strzyzewski W., Pucher A., Kac-zmarek W. Total hip replacement // Chir Narzad-ow Ruchu Ortop Pol. – 2011 Mar Apr. – Vol. 76(2). – P. 105-9
- 16 Busty AJ et al Effects perioperative anti-inflammatory and immunomodulating therapy on surgical wound healing. WWW medscape com | viewasticle |516912
- 17 Савенкова Н.А. с соавт. Отменять ли базисную терапию больным ревматоидным артритом перед эндопротезированием крупных суставов у больных ревматоидным артритом? // Науч.-практ. ревматол. – 2011. – №5. – С. 45-50

ТҰЖЫРЫМ

В.П. ПАВЛОВ, С.А. МАКАРОВ, А.Э. ХРАМОВ

ФМБФМ «В.А. Насонова атындағы ревматология ғылыми-зерттеу институты», Мәскеу қ., Ресей Федерациясы

KEŃ СПЕКТРЛІ РЕВМАТИКАЛЫҚ АУРУЛАРЫ БАР НАУҚАСТАРДА ЖАМБАССАН БУЫНЫҢ ТОТАЛЬДІ ЭНДОПРОТЕЗДЕУ

Жамбассан буынның тотальді эндопротезденуі (ЖБТЭ) жарты ғасырдан көп тарихысы бар, эндопротез өнертабысын ағылшын профессоры сэр Д. Чанли, ал бізде Ресейде – профессор К. М. Сиваш (өткен ғасырдың 60-ші жылдары) ашқан. Осы уақытқа дейін ЖБТЭ хирургиялық ем ретінде кең және әр жақты таралып жоғары нәтижелерге ие болды. Бірақ осы уақытқа дейін ЖБТЭ әлі толық шешілмеген мәселелері бар – перипротезді инфекциялар, тромбоземболизмдер, имплантаттардың тұрақсыздығы, олар әр түрлі буын патологиясы бар науқастарда байқалады, соның ішінде жамбассан буын зақымдануымен өтетін ревматикалық ауруларда (РА). Әлемдік әдебиеттерде ЖБТЭ туралы мәлеметтер жоқ, әсіресе жүйелі склеродермияға байланысты кокситтерде, жамбассан буынының псориазді артропатиясына байланысты мақалалар жазылмаған. Осының барлығы асқынуларды болдырмауға себепші болып, сондай-ақ РА кезінде ЖБТЭ жасауға, көптеген нозологиялық формалардың патогенетикалық ерекшелігі ол зақымдалған буындардың аутоиммунді қабыну процесі жамбассан буынында болатындығын мәлемдейді.

Негізгі сөздер: жамбассан буынның тотальді эндопротезденуі, ЖБТЭ, ревматикалық аурулар, асқынулары, нәтижелері.

SUMMARY

V.P. PAVLOV, S.A. MAKAROV, A.E. KHRAMOV

Research Institute of Rheumatology n.a. V.A. Nasonov, Moscow c., Russian Federation

TOTAL HIP REPLACEMENT IN PATIENTS WITH WIDE SPECTRUM OF RHEUMATIC DISEASES

Total hip arthroplasty (THA) has more than half a century, since the invention of implants englishman professor D. Changli, and in Russia – professor K. Sivash (60s of the last century). During this period, that got widely disseminated in connection with the high performance of this type of surgery. Nevertheless, there is still not fully discussed yet unsolved problems THA – periprosthetic infection, embolism, instability of the implants those observed in patients with different joint pathology, including in patients with rheumatic diseases (RD) with the defeat of the hip joint. Note also the lack of information in the world literature on THA at coxitis associated with systemic scleroderma, or a small number of publications about THA with psoriatic arthropathy of the hip joint. All of this together was the reason for the study of such complications, as well as capacity to carry out THA when the RD, pathogenetic feature of which is an autoimmune nature of the inflammatory process of the affected joints, including the hip, the majority of clinical entities.

Key words: total hip arthroplasty, THA, rheumatic diseases, complications, results.